



UNIL | Université de Lausanne

Unicentre

CH-1015 Lausanne

<http://serval.unil.ch>

Year : 2022

Violences sexuelles et traumatisme : une approche clinique et projective du fonctionnement psychique des adolescents victimes au Cameroun

Aboudé Louis Serge

Aboudé Louis Serge, 2022, Violences sexuelles et traumatisme : une approche clinique et projective du fonctionnement psychique des adolescents victimes au Cameroun

Originally published at : Thesis, University of Lausanne

Posted at the University of Lausanne Open Archive <http://serval.unil.ch>

Document URN : urn:nbn:ch:serval-BIB_E499D90EA2129

Droits d'auteur

L'Université de Lausanne attire expressément l'attention des utilisateurs sur le fait que tous les documents publiés dans l'Archive SERVAL sont protégés par le droit d'auteur, conformément à la loi fédérale sur le droit d'auteur et les droits voisins (LDA). A ce titre, il est indispensable d'obtenir le consentement préalable de l'auteur et/ou de l'éditeur avant toute utilisation d'une oeuvre ou d'une partie d'une oeuvre ne relevant pas d'une utilisation à des fins personnelles au sens de la LDA (art. 19, al. 1 lettre a). A défaut, tout contrevenant s'expose aux sanctions prévues par cette loi. Nous déclinons toute responsabilité en la matière.

Copyright

The University of Lausanne expressly draws the attention of users to the fact that all documents published in the SERVAL Archive are protected by copyright in accordance with federal law on copyright and similar rights (LDA). Accordingly it is indispensable to obtain prior consent from the author and/or publisher before any use of a work or part of a work for purposes other than personal use within the meaning of LDA (art. 19, para. 1 letter a). Failure to do so will expose offenders to the sanctions laid down by this law. We accept no liability in this respect.

FACULTÉ DES SCIENCES SOCIALES ET POLITIQUES
INSTITUT DE PSYCHOLOGIE

“Violences sexuelles et traumatisme : une approche clinique et projective du fonctionnement psychique des adolescents victimes au Cameroun”

THÈSE DE DOCTORAT

Présentée à la

Faculté des sciences sociales et politiques

de l'Université de Lausanne, Suisse

pour l'obtention du grade de

Docteur en Psychologie clinique

Par

Louis Serge ABOUDÉ

Directeur de thèse

Pascal ROMAN, Professeur ordinaire de psychologie clinique, psychopathologie et psychanalyse à l'Université de Lausanne (Suisse).

Jury

Jean-Yves CHAGNON, Professeur de psychologie clinique et de psychopathologie à l'Université Paris 13 (France).

Sonia HARRATI, Maîtresse de conférences à l'Université de Toulouse 2 (France).

René KNÜSEL, Professeur honoraire à l'Université de Lausanne (Suisse).

Francesco PANESE, Professeur associé d'études sociales des sciences et de la médecine à l'Université de Lausanne (Suisse).

LAUSANNE



UNIL | Université de Lausanne

Faculté des sciences
sociales et politiques

IMPRIMATUR

Le Décanat de la Faculté des sciences sociales et politiques de l'Université de Lausanne, au nom du Conseil et sur proposition d'un jury formé des professeurs

- Pascal ROMAN, directeur de thèse, Professeur à l'Université de Lausanne
- Jean-Yves CHAGNON, Professeur à l'Université Paris 13
- Sonia HARRATI, Maîtresse de conférences à l'Université de Toulouse 2
- René KNÜSEL, Professeur honoraire de l'Université de Lausanne
- Francesco PANESE, Professeur à l'Université de Lausanne

autorise, sans se prononcer sur les opinions du candidat, l'impression de la thèse de Monsieur Louis-Serge ABOUDE, intitulée :

« Violences sexuelles et traumatisme : une approche clinique et projective du fonctionnement psychique des adolescents victimes au Cameroun »

Nicky LE FEUVRE
Doyenne

Lausanne, le 4 avril 2022

“Tout savoir est potentiellement incomplet et infini. Il en est ainsi non seulement du savoir relatif aux sciences “dures“, comme la physique ou les mathématiques, mais aussi du savoir relatif aux sciences humaines. Ces dernières, compte tenu de la particularité et de l’hyper complexité de leur objet humain, s’appuient sur une épistémologie et des méthodes spécifiques. Les exigences d’objectivité et de reproductibilité de l’expérience sont inapplicables, dans la plupart des cas, à ce domaine. “ Roussillon, 2018, p.145.

Résumé

Il n'existe pas de manifestations psychiques indépendantes des incidences collectives, du contexte et de l'histoire d'où elles germent. Le traumatisme consécutif aux violences sexuelles n'échappe pas à cette donne. Cette thèse se propose de réfléchir sur *une approche clinique et projective de cas de 7 adolescents victimes*. En d'autres termes, comment est-ce que les adolescents victimes de violences sexuelles réaménagent et réorganisent-ils leurs capacités psychiques pour faire face en même temps aux exigences psychiques internes (des sollicitations de la psyché à des changements fondamentaux de l'adolescence) et à la réalité externe (des sollicitations excessives consécutives à l'effraction traumatique sexuelle) dans un contexte socioculturel marqué par le poids du tabou. À partir d'une approche méthodologique portée sur une étude de cas, des entretiens cliniques d'investigations avec en complément les épreuves projectives de Rorschach et de TAT, des données cliniques et projectives ont été récoltées sur 7 sujets, analysées et interprétées dans la perspective de la grille élaborée par l'école française de Paris.

Il en ressort de l'analyse que: le trauma des violences sexuelles subies à l'adolescence vient révéler des effets traumatiques avec toute la dimension de désymbolisation et un fonctionnement du vu-vécu des victimes ; la désorganisation psychique est présente à travers la question des émergences psychotiques ; enfin, les violences sexuelles subies participent au processus adolescent de par l'après-coup pubertaire qui réveille des traumas infantiles refoulés faute de résolution du fait de la fragilité des objets internes.

MOTS-CLES : *Adolescence, Violences sexuelles, Traumatisme, socioculturel camerounais.*

There are no psychic manifestations independent of the collective implications, the context and the history from which they germinate. This thesis proposes to reflect on the impact of sexual violence on the psychological functioning of adolescents victims in a Cameroonian environment. In view of this, I asked myself, how do adolescents who are victims of sexual violence rearrange and reorganize their psychic capacities to simultaneously cope with internal psychic demands (from the solicitations of the psyche to fundamental changes in adolescence) and the external reality (excessive solicitations resulting from traumatic sexual break-in) in a socio-cultural context characterized by the weight of the taboo?

In general, the trauma of sexual violence suffered in adolescence reveals traumatic effects, psychic disorganization and finally, sexual violence suffered participates in the process of adolescent through post-blow puberty which awakens repressed infant trauma.

À toi ma tendre épouse Pauline Joëlle Aboué, pour ton amour, ton soutien, ta patience et l'acceptation des sacrifices consentis afin l'aboutissement de ce travail.

À vous mes enfants

Raymy Davy Aboué,

Yohan Mathis Aboué,

Mathéo Uriel Junior Aboué

Élia Énora Aboué

Pour la joie, le bonheur de vous avoir et pour mon absence...

Pour Tes grâces et ta miséricorde qui ont rendu ces moments possibles, je te dis MERCI SEIGNEUR...

Remerciements

Mes remerciements s'adressent en premier au Professeur Pascal ROMAN qui a été présent dès le début de cette réflexion. Une réflexion qui a débuté à l'occasion d'une rencontre virtuelle il y a quelques années et qui s'est soldée par de multiples collaborations scientifiques réelles, la co organisation des colloques de recherche et la promotion de la psychologie clinique au Cameroun. Au cours de ces années de parcours de recherche, il a su m'accompagner, me recadrer en me rassurant, me supporter lors des tentatives d'égarements, me faire confiance, me redonner confiance quand je faiblissais et enfin, il a su croire en moi.

Je remercie également les Professeurs Ilario ROSSI, Francesco PANESE, Jean-Yves CHAGNON, René KNÜSEL et la professeure Sonia HARRATI qui m'ont fait honneur en acceptant d'être membres du jury et pour leur regard scientifique bienveillant sur ce travail.

Je remercie les adolescents qui ont accepté de livrer une part d'eux-mêmes à un moment de fragilité spécifique, leurs parents qui ont accepté que des données aussi sensibles qu'elles le sont, soient publiées et utilisées à des fins de recherche. Je leur dédie ce travail tout comme à d'autres enfants et adolescents victimes de violences sexuelles en Afrique, qui souffrent en silence sans pouvoir trouver un espace d'écoute et de considération pour transformer leurs maux en mots. Je souhaite que ce travail puisse apporter des éléments de réflexion nécessaires aux différentes approches cliniques dont ils pourraient bénéficier.

Je remercie la **Fondation Brocher de Genève** pour son accueil au sein de son incubateur scientifique propice à la méditation profonde.

Je remercie toute l'équipe de **Soins Psy sans frontières** et particulièrement Boris POURRE, Valérie MOULIN, Régis Marion VEYRON, Valentina GYGAX et l'Unité Psy & Migrant du CHUV dont la présence à Lausanne a boosté ma carrière professionnelle et scientifique.

Je remercie le Professeur Alberto EIGUER de l'Université Paris Descartes Sorbonne Cité pour son accueil dans le cadre de ma formation en thérapies familiales psychanalytiques et pour son encadrement au sein de l'équipe THEMA lors de mes multiples stages à Paris.

Je remercie par ailleurs William Léonard NZIEH pour la relecture de ce travail et à Karine ABOU qui n'a ménagé aucun effort physique et matériel pour son impression.

Ma profonde gratitude à Marlyse GAUDARD pour ses multiples accueils chaleureux à Lausanne et pour tout le soutien sans lequel cette thèse ne serait arrivée à son terme. En toi j'ai trouvé une seconde mère à Lausanne en plus de ma sacrée maman NGUETSOMBO Honorine épouse ABOYA pour qui, aucune parole de gratitude ne saurait suffire à exprimer ma reconnaissance. À mon papa que je n'ai jamais connu car décédé trop tôt.

RÉSUMÉ ET ABSTRACT -----	4
DÉDICACE -----	5
REMERCIEMENTS -----	6
TABLE DE MATIÈRES -----	7
SIGLES ET ABBREVIATIONS -----	12
INTRODUCTION GÉNÉRALE -----	13
PREMIERE PARTIE : ADOLESCENCE, VIOLENCES SEXUELLES ET CONTEXTE SOCIOCULTUREL CAMEROUNAIS -----	20
CHAPITRE 1 : LE CONTEXTE SOCIOCULTUREL CAMEROUNAIS -----	21
1.1-Contexte sociopolitique des violences au Cameroun -----	25
1.2-Violences sexuelles à l'adolescence au Cameroun : justification- -----	27
1.3-Intérêt et champ de la recherche -----	34
1.4-Objet et objectifs de la recherche -----	36
1.5-Le trauma au cœur des violences sexuelles à l'adolescence -----	37
1.6-Esquisse de la question fondamentale -----	39
CHAPITRE 2 : DE L'ENFANCE À L'ADOLESCENCE -----	40
2.1-Sexualité infantile et stades psychosexuels de l'enfant -----	42
2.2-Position schizo-paranoïde, position dépressive et résolution du complexe d'Œdipe ---	47
2.2.1-La position schizo-paranoïde -----	47
2.2.2-La position dépressive -----	48
2.2.3- Œdipe et enjeux identitaires -----	50
2.2.4-Fonctionnement du psychisme et développement psycho-affectif -----	52
2.2.4.1-Première topique freudienne -----	53
2.2.4.2-Deuxième topique freudienne -----	54
2.2.4.3-Contenance psychique, Moi-peau et Enveloppes psychiques- -----	55
2.2.4.3.1-Contenance psychique -----	56
2.2.4.3.2-Le Moi-peau- -----	57
2.2.4.3.3-Enveloppes psychiques -----	59
2.3-Processus Adolescent -----	60
2.3.1-Détour historique -----	60
2.3.2-Dynamique des aménagements Adolescents-----	62
2.3.2.1-Processus narcissique-identitaire et objectal identificatoire -----	63

2.3.2.2-Remobilisation de l'image du corps et épreuve du miroir - - - - -	65
2.3.2.3-Élaboration de la perte - - - - -	66
2.4-Adolescence et dynamique familiale - - - - -	67
2.4.1-Appareil psychique groupal et alliances psychiques inconscientes - - - - -	70
2.4.2-Appareil psychique familial et enveloppe généalogique familiale - - - - -	72
2.4.3-Inconscient familial et position dépressive familiale - - - - -	74
CHAPITRE 3 : LE TRAUMATISME PSYCHIQUE - - - - -	76
3.1-Stress et trauma - - - - -	79
3.1.1-Phases immédiates adaptative et post-immédiate différée - - - - -	80
3.1.1.1-Phase immédiate adaptative - - - - -	80
3.1.1.2-Phase post-immédiate et différée - - - - -	81
3.1.1.3-Syndromes psychotraumatique et de répétition - - - - -	82
3.2-Approches psychiatriques du traumatisme - - - - -	82
3.2.1-Névrose traumatique - - - - -	85
3.2.2-État de stress post-traumatique - - - - -	86
3.3-Clinique du traumatisme - - - - -	89
3.3.1-Du DSM IV au DSM V - - - - -	89
3.3.2-Typologie et symptomatologie du traumatisme - - - - -	90
3.4- Approches psychodynamiques classiques du trauma- - - - -	94
3.4.1- Théorie du traumatisme chez S. Freud : de l'après coup à l'approche économique - - -	94
3.4.2- Théories du traumatisme chez S. Ferenczi : La confusion de langue - - - - -	99
3.4.3-Approches psychodynamiques contemporaines : Winnicott, Janin et Roussillon - - - -	101
3.4.3.1-Traumatisme et temporalité : Winnicott - - - - -	101
3.4.3.2-Traumatisme et détransitionnalisation de la réalité : Noyau chaud et noyau froid de Janin - - - - -	103
3.4.3.3-Traumatisme et " <i>besoins du moi</i> " selon Roussillon - - - - -	105
3.4.3.4-Traumatisme dans la culture - - - - -	106

CHAPITRE 4 : LA DYNAMIQUE DES VIOLENCES SEXUELLES	110
4.1-Nature et typologie	111
4.1.1-Nature des violences sexuelles	111
4.1.2-Typologie des violences sexuelles	113
4.2-Épidémiologie et facteurs de risques : contexte socio-culturel camerounais	115
4.2.1-Épidémiologie-	115
4.2.2-Facteurs de risque	117
4.2.2.1-Profil des victimes	119
4.2.2.2-Profil des auteurs	121
4.2.3-Psychopathologie des agirs sexuels violents	123
4.2.4-Violences sexuelles subies et traumatisme adolescente	128
4.3-Contribution à l'intervention en matière de violences sexuelles	132
4.3.1-Conduite à tenir en cas de violences sexuelles	132
4.3.2-Prise en charge des violences sexuelles au Cameroun	133
4.3.3-Violences sexuelles et Résilience	136
 DEUXIEME PARTIE : APPROCHE METHODOLOGIQUE DE RECUEIL DES DONNÉES	 138
 CHAPITRE 5 : COMMENT PENSER LES VIOLENCES SEXUELLES SUBIES À L'ADOLESCENCE DANS LE CONTEXTE SOCIOCULTUREL CAMEROUNAIS ?	 139
5.1-Constats préalables	139
5.2-La question de recherche et les questions spécifiques	141
5.3-Les hypothèses soulevées	142
5.4-Référence pour l'opérationnalisation des hypothèses de travail	145
5.4.1-Opérationnalisation des hypothèses de travail	145
5.4.2-Cadre de la recherche : le CIPCRE Cameroun	153
5.4.2.1-Objectifs, organisation et fonctionnement	153
5.4.2.2-Impact du cadre institutionnel sur la recherche	154

CHAPITRE 6 : MÉTHODOLOGIE DE RECUEIL DES DONNÉES	158
6.1-Population et modalités de rencontre	158
6.2-Étude de cas en psychologie	159
6.3-Présentations de la population de la recherche	161
6.4-Récapitulatif de la population	173
6.5-Choix méthodologique	175
6.5.1-Entretiens cliniques de consultation et de soutien psychologique	175
6.5.2- Méthodes projectives et outils projectifs	177
6.5.2.1-Le Rorschach	179
6.5.2.2-Le TAT (Thematic Apperception Test)	180
6.5.3-Interdépendance du Rorschach et du TAT	180
6.5.4-Caractéristique des outils projectifs à l’adolescence-	181
6.5.5-Grille d’analyse, écueil méthodologique et récapitulatif des indicateurs-	182
6.5.5.1-Grille d’analyse du Rorschach et du TAT	182
6.5.5.2-Tableau récapitulatif des indicateurs	182
6.5.6-Présentation des données projectives	186
6.5.6-1-Les données du Rorschach	186
6.5.6.1.1-Modes d’appréhension	187
6.5.6.1.2-Déterminants formels	188
6.5.6.1.3-Synthèse des données du Rorschach	190
6.5.6.2-Les données du TAT	190
6.5.6.2.1-Procédés du discours	190
6.5.6.2.2-Synthèse des données du TAT	190
6.6-Synthèse intermédiaire	191
6.6.1-La qualité de l’investissement libidinal de la représentation de soi au Rorschach et au TAT	193
6.6.2-L’invivance objectale au Rorschach et au TAT	199
6.6.3-La qualité de l’investissement des processus de pensée	204
6.6.4-Écueil méthodologique	212

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE---	214
CHAPITRE 7 : ÉPILOGUE SUR LES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE-----	215
7.1-Éffets traumatiques et désymbolisation : le vu-vécu -----	216
7.2-Désorganisation psychique et émergences psychotiques -----	227
7.3-violences sexuelles subies et impact sur le processus adolescent -----	236
7.4-Impact du tabou et ses conséquences sur les manifestations de la sexualité dans le corps à corps adolescent : essai de conceptualisation -----	241
7.4.1-Violences sexuelles, Traumatisme et remigration -----	242
7.4.2-Imbroglie entre pratique clinique et recherche clinique -----	243
7.4.3-Pratique clinique et recherche clinique d'orientation ethno psychanalytique -----	246
CONCLUSION GÉNÉRALE -----	251
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES -----	257

SIGLES ET ABREVIATIONS

ALVF : Association de Lutte contre les Violences faites aux Femmes

BIT : Bureau international du travail.

CASPCAN: Cameroon Society for Prevention of Child Abuse and Neglect.

CDE : Convention des droits des enfants.

CIM : Classification internationale des maladies.

CIPCRE : Centre International pour la Promotion de la Création.

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

ESPT : État de stress post-traumatique

GTZ: Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit.

ISPCAN: International Society for the Prevention of Child Abuse & Neglect.

IST : Infections Sexuellement Transmissibles.

KIRA : Kinderrechte Afrika (droits de l'enfant Afrique).

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

ONG : Organisation Non Gouvernementale.

ONU : Organisation des Nations Unies.

OUA : Organisation de l'unité africaine.

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise.

SNATEM : Service National d'Accueil Téléphonique à l'Enfance Maltraitée.

TAT: Thematic Apperception Test.

UNHCR: United Nation Refugee Agency

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'enfance.

**INTRODUCTION
GÉNÉRALE**

Dernier stade de la maturation psychoaffective de l'enfant en devenir adulte caractérisé par les tempêtes physiques et psychiques, les remaniements identitaires et les réaménagements narcissiques qui bouleversent son vécu, l'adolescence est un remarquable révélateur des contradictions ou mieux des paradoxes que l'être humain porte. *“Révélateur des contraintes dont nous héritons de l'enfance, mais aussi révélateur des modèles que le monde adulte offre en réponse aux attentes spécifiques des adolescents que les changements induits par la puberté font naître”* (Jeammet, 2007), le processus adolescent est très spécifique au point qu'on pourrait penser que la société lui accorde un statut privilégié. Malheureusement, des lignes de rupture sont apparues dans le bel édifice environnemental socioculturel construit pour lui. Déchu de son statut de privilégié, l'adolescent est parfois devenu objet sexuel, instrument de production ménagère et proie facile potentielle et réelle de différentes sortes de maltraitances. Parmi les grandes figures de la maltraitance qui touchent l'adolescence au Cameroun, la violence est omniprésente et multidimensionnelle : Violence institutionnelle, violence familiale, violences scolaires, violences politiques... Je ne m'intéresse heureusement qu'aux violences sexuelles de peur d'être considéré et traité de subversif car parlant de violence politique.

Du fait des passions qu'elles soulèvent, les croyances et les préjugés dont on les entoure, les partis pris qu'elles suscitent, les violences sexuelles à l'adolescence sont en passe de s'inscrire aujourd'hui, parmi les questions qui agitent douloureusement les consciences et occupent une place importante dans les débats publics et scientifiques. *“Sans surprise, l'agression sexuelle se hisse au rang des enjeux sociaux majeurs de santé”* (Association for the Treatment of Sexual Abusers, 2011). Au cœur desdits débats figure la question des transformations physiques et psychiques dont le mirage de la toute-puissance narcissique oblige l'adolescent à la volupté, du fait de l'accès à la puberté, de la maturation physiologique et de *“la potentialité orgasmique”* (Roussillon, 2000) qui l'escortent. Ces transformations attestent d'un déploiement du corps-à-corps forcé et dévoilent une *“forme d'énigme du sexuel”* qu'il convient d'en questionner la raison. Mais en Afrique, ces débats sont parfois loin d'être éclairants tant ils sont pris aux pièges de pseudo convictions traditionnelles de savants naïfs, enfermés dans le dédale des manipulations ésotérico-mystiques et comme recouverts d'un vernis d'hypocrisie consécutif au tabou. En effet, *“si le débat sur les abus sexuels s'internationalise, l'Afrique se plaint dans le silence et l'immobilisme”* (Mbassa & Ngoh, 2009 ; p. 19). Pendant ce temps, des adolescents continuent de subir dans les villes et

campagnes violences sexuelles, persécution, exploitation, viols thérapeutiques¹ et enfin, le déni de leurs droits fondamentaux aux risques de provoquer des conséquences traumatiques et psychopathologiques significatives.

La psychanalyse a été la première orientation théorique à dévoiler les conséquences néfastes de la maltraitance des enfants et adolescents. En effet, *dans Analyse d'une phobie chez un petit garçon de 5 ans (Le petit Hans)* (1909) et *Psychanalyse* (1935), Freud a montré que des situations répétitives survenant au cours de l'enfance peuvent produire des troubles psychologiques immédiats ou différés, avec un tableau clinique différent de la névrose traumatique. Selon lui, *“devient traumatisme psychique toute impression dont la liquidation par travail mental associatif ou réaction motrice offre des difficultés au système nerveux.”* (Freud, 1892, p. 28). À la suite de Freud, les travaux de Ferenczi ont également contribué à la compréhension du retentissement psychique de la maltraitance infantile à l'âge adulte. En effet au cours de ses thérapies psychanalytiques, Ferenczi stimulait ses patients traumatisés pour leur permettre de remonter jusqu'au trauma à l'origine de leur maladie, qu'il déterminera finalement à la petite enfance. Il s'agit d'un trauma subi dans la petite enfance, n'ayant jamais été vécu consciemment, et ne pouvant donc être remémoré au moyen de la technique classique. Deux temps sont nécessaires pour qu'il devienne pathogène. Le premier temps n'est nécessairement pas pathogène et peut même favoriser un développement normal, si l'enfant est bien encadré. Il peut cependant devenir pathogène dans l'après-coup, si l'enfant manque de soutien ou s'il est désavoué par son entourage, sa mère en premier (Ferenczi, 1931). Nicolas Abraham et Maria Torok (1978), s'appuieront sur la théorie ferenczienne du trauma pour formuler leurs conceptions à propos des effets du trauma. Dans une étude de la notion de traumatisme selon Ferenczi, Dupont arrive à la conclusion que *“la précocité du trauma, survenant chez des personnalités encore peu structurées et mal protégées en aggrave certainement les effets. Peut-être implique-t-elle aussi des mécanismes différents selon le degré de développement de la personnalité au moment où le traumatisme survient.”* (Dupont, 2000)

Des études plus récentes menées à partir des difficultés relevées à l'âge adulte montrent la gravité des effets de violences sexuelles subies dans l'enfance ou l'adolescence à l'intérieur de la famille (Sheldrick, 1991). Dans une étude sur l'impact des violences sexuelles subies à l'enfance, des chercheurs soutiennent l'hypothèse que *“bien des abus sexuels de l'enfance*

¹ J'utilise viol thérapeutique pour déterminer la pratique tradi thérapeutique qui consistent à exposer en tenue d'Adam la victime de violences sexuelles en public pendant la tradi thérapie ou encore celle qui consiste à violer l'intimité d'une victime pour lui faire un test de virginité.

n'entraînent pas de manifestations psychopathologiques apparentes. Cette constatation reste vraie tant que dure la phase de latence, mais le silence symptomatique est parfois trompeur. Il faut souvent attendre l'adolescence pour que, sous l'effet d'un remaniement des traces mnésiques dans l'après-coup, se révèle le traumatisme subi. " (Boë et al., 2005). En effet, dans une étude sur le fonctionnement psychique des femmes victimes de maltraitance infantile (les sévices sexuelles) à l'intérieur de la famille, Montreuil souligne à partir des difficultés relevées à l'âge adulte, la gravité des effets de violences sexuelles subies dans l'enfance ou l'adolescence à l'intérieur de la famille. Les difficultés sont essentiellement de l'ordre des symptômes touchant différents secteurs de la personnalité : équilibre psychique, état somatique, vie relationnelle (Montreuil et al., 1996). Bryer établit une relation entre la sévérité des symptômes psychiatriques et des expériences de violences sexuelles dans l'enfance (Bryer et al., 1987). Sheldrick soutient l'hypothèse que, du fait du manque de confiance en soi et en autrui qu'elles créent chez la victime, les violences sexuelles perturbent les relations interpersonnelles. Une étude de Balier montre également que 20 à 60% de délinquants sexuels auraient des antécédents de violences sexuelles infantiles intrafamiliales (Balier, 1987, Burgess et al., 1987). Ce qui donne à comprendre que les violences sexuelles *"constituent invariablement un aspect particulièrement douloureux dans le domaine de la maltraitance à l'encontre des enfants et des adolescents. Peu importe si l'acte se passe dans la famille ou en dehors, à chaque fois l'agression atteint l'innocence de la société "*. (Marchandiaux, 2005).

Ceci m'emmène à envisager que les victimes de violences sexuelles traîneraient une image du corps perturbée, un esprit entaché de honte, de culpabilité et une personnalité désorganisée, témoignant de ce fait l'impact des violences sexuelles subies à l'enfance sur le fonctionnement psychique de l'adolescent. Ce qui me fait penser que la valeur pathogène d'un traumatisme sexuel de l'enfant s'évaluerait efficacement lors des remaniements des traces mnésiques de l'évènement qui prennent un nouveau sens dans le psychisme de l'adolescent du fait de l'effet d'après coup. De ce fait, le cerveau consacrerait ses ressources à la survie et à la réaction contre les menaces de l'environnement selon l'idée que *"le développement cérébral peut être physiologiquement altéré par un stress prolongé, grave ou imprévisible –dont la maltraitance- au cours des premières années de l'enfance...Par exemple, les enfants qui ont souffert de mauvais traitement et de négligence de façon chronique durant leurs premières années risquent d'être continuellement dans un état d'hyperexcitation, de dissociation, s'attendant à ce qu'une menace surgisse de n'importe où. Ils risquent de ne pas pouvoir dûment profiter d'expériences sociales, affectives ou cognitives.* " (OMS, 2006). Une situation trouble qui requiert une attention assez particulière, afin de la dépasser et de l'inscrire non pas comme *" une rupture*

délétère, mais comme une catastrophe mutative “ (Thom, 1983) au sens des catastrophes décrites par René Thom.

Les psychanalystes n'en finissent pas de discuter autour de la nature du trauma, de son ou ses mécanismes, de son niveau d'action, des facteurs impliqués, sans oublier la controverse historique et classique entre trauma psychogène ou exogène, événement réel ou fantasme. Deux angles les intéressent : l'angle de l'évènement réel objectif et l'angle du fantasme pathogène subjectif. En d'autres termes, en tenant compte de la nature de l'évènement traumatique (les violences sexuelles dans le cas présent), ils essayent de comprendre ce qui se passe dans la psyché de l'adolescent et comment y réagirait-il de manière singulière, puisque les mêmes événements traumatiques n'ont forcément pas les mêmes impacts. Est-ce donc en fin de compte, l'importance, l'intensité, les circonstances de la survenue du traumatisme ou bien la réaction du sujet et de l'environnement au traumatisme qui déterminerait son effet ? Ces questionnements se posent généralement avec acuité lorsque se produit un évènement potentiellement traumatique à l'instar d'une catastrophe naturelle (séisme, tsunami, accident de train ou crash) ou provoquée (Attentat terroriste, braquage à main armée, violences sexuelles collectives ou individuelles). Pour penser la souffrance psychique des masses, des structures spécifiques et spécialisées à l'instar des cellules d'urgence médico-psychologiques², des ONG et des associations de lutte contre les violences et la maltraitance des enfants et adolescents effectuent des actions de défense, de prévention, de détection et de prise en charge et déploient des différents dispositifs. Dans le cas spécifique des violences sexuelles, j'ai observé des manquements de ces dispositifs d'aide aux victimes, déployés dans l'urgence à résoudre des situations dites d'urgence d'une part, et d'autre part que des multiples facteurs socioculturels, notamment le poids du tabou, entraînent en jeu dans l'analyse et la prise en charge du traumatisme. Ce qui m'a interrogé en fin de compte sur la dynamique des aménagements psychiques des victimes de violences sexuelles, à une phase *“des remaniements propres à accompagner la maturation psychoaffective de l'enfant en devenir d'adulte, remaniements exigés par l'accès à la maturité sexuelle”* (Roman, 2004). En d'autres termes, quelles sont les modalités du fonctionnement psychique consécutives aux violences sexuelles subies à une phase développementale adolescente elle-même agie par des bombardements psychiques et

² Les cellules d'urgence médico-psychologiques ont vu le jour en France, à la suite d'une vague d'attentats à la bombe qui a frappé la capitale au cours de l'été 1995. La détresse psychologique des blessés et rescapés de l'attentat à la station de RER Saint-Michel a conduit le président de la République à demander la mise en place d'un dispositif de soins psychologiques pour les victimes d'attentats et de catastrophes.

pubertaires importants dans un environnement socio-culturel écrasé par le poids du tabou ? Ces questionnements permettent de comprendre la nécessité de tenir compte des multiples facteurs (Facteurs contextuel, familial, culturel, social et individuel) qui entrent en jeu. En effet, chaque individu vit particulièrement et singulièrement sa souffrance traumatique dont les excitations viennent frapper le psychisme, en y pénétrant par effraction et en s'enkystant comme " *un corps étranger* " (Janet, 1889). Ce kyste étranger donne lieu à une dissociation de la conscience, avec des " *idées fixes* " (Janet, op. cit), isolées dans un recoin du préconscient ignoré de la conscience (même si elle demeure adaptée) pour enfin susciter des manifestations psychiques " *automatiques* ", non délibérées et inadaptées telles que des hallucinations, des cauchemars, des sursauts et des actes automatiques. Ferenczi appelle cela " *choc ou commotion* " qui fait exploser la personnalité, crée une partie morte tout en permettant au reste de la psyché de vivre une vie normale, bien qu'amputée d'une partie d'elle. Il est donc scientifiquement intéressant de connaître les enjeux du traumatisme, dans un contexte africain où l'enfant et l'adolescent sont parfois considérés comme une source de revenu pour la famille et un " *instrument de production ménagère* " ³ et où la violence sexuelle relève parfois du tabou et source de malédiction à penser par des thérapies traditionnelles. Le " *Guēdoñona gāa bēdaña* " ⁴ et le " *test de virginité* " en sont des exemples typiques rencontrés au cours de ma modeste pratique clinique. Ce sont des indications tradi thérapeutique de rites traditionnelle de reconstruction et de restauration des frontières symboliques détruites et une conjuration du malheur éventuel à venir. Des frontières symboliques qui pourraient concerner les représentations qu'on se fait des violences sexuelles qui ne se nomment pas, si oui par l'expression " *gâter* " dans le contexte socioculturel camerounais.

Ce travail s'inscrit dans une perspective psychanalytique de la place des agirs sexuels violents versus subis à l'adolescence. Il explore les variables du traumatisme, le vécu individuel et la dynamique des adolescents victimes de violences sexuelles dans leurs relations avec leur

³ Instrument de production ménagère est utilisé ici pour témoigner la préférence traditionnelle à utiliser l'enfant ou l'adolescent pour les travaux des champs, le commerce ambulante, la mendicité dans les rues et la prostitution en vue de fructifier le revenu financier familial au détriment de sa scolarisation considérée comme source de dépenses inutiles.

⁴ *Guēdoñonã gāa bēdaña* est une tradi thérapie ethnique bantou consécutive à la transgression sexuelle. C'est une cérémonie de guérison ayant pour but de restaurer l'harmonie afin d'obtenir la guérison, " *l'homme médecin agissant comme intercesseur entre le patient et les puissances de l'univers* " (Magny, 2008, p. 12). L'approche tradi thérapeutique se fonde sur des rites traditionnels qui consistent à sacrifier des bêtes, à mélanger leur viande avec des écorces d'arbres, à laver le patient et à lui en donner pour penser la souffrance de la victime.

environnement socio culturel. Il questionne également la place des agirs sexuels violents versus subies dans le processus adolescent au sein de cet environnement. Grâce à une approche méthodologique projective du Rorschach et du TAT et des entretiens cliniques de soutien psychologique, la récolte des données cliniques et projectives s'est faite au cours de ma pratique clinique au sein des ONG sur une population d'adolescents victimes, et 7 en ont été retenus. Les résultats de ce travail sont en eux-mêmes l'aboutissement d'un travail de recherche effectué à l'issue des stages et séminaires dans les universités de Lausanne et de Paris Descartes Sorbonne Cité et grâce aux multiples participations aux colloques internationaux. Trois principales parties en constituent l'ossature et comprennent une partie théorique de 4 chapitres : Un premier est consacré au contexte socioculturel camerounais, un deuxième à l'analyse du passage de l'enfance à l'adolescence, un troisième dédié aux déclinaisons du traumatisme et un quatrième consacré à la dynamique des violences sexuelles à l'adolescence. Une deuxième partie est dédiée à l'approche méthodologique et opératoire et comprend deux chapitres : un premier consacré à l'approche méthodologique de recueil des données et un deuxième réservé au cadre opérationnel du traitement des données. Enfin, comprenant un chapitre, la troisième partie est réservée à l'analyse et à la discussion des résultats.

**PREMIÈRE PARTIE : ADOLESCENCE,
VIOLENCES SEXUELLES ET
CONTEXTE SOCIOCULTUREL
CAMEROUNAIS**

CHAPITRE 1 : LE CONTEXTE SOCIOCULTUREL CAMEROUNAIS

La fin des années 80 et le début des années 90 ont particulièrement été confus pour plusieurs pays d'Afrique subsaharienne qui ont dû se mettre au programme d'ajustement structurel imposé par les institutions de Bretton Woods. Cette situation ne fit qu'aggraver une situation socio-économique déjà insupportable. Par ailleurs, tiraillée à hue et à dia entre ses propres cultures et la civilisation occidentale envahissante, l'Afrique connaît progressivement la dissolution de son identité et davantage l'expansion de plusieurs faits sociaux accompagnant la modernité, une forme de choc culturel qui dégrade la famille. Le Cameroun s'est malheureusement compté parmi ces pays d'Afrique subsaharienne qui ont connu une dégradation du tissu familial : ce sont des familles nombreuses qui comptent *“un grand nombre d'enfants, supérieur généralement à 6 chacune, pendant que les revenus s'amenuisent”* (Degbelo, 2009 ; p.3).

Dans un contexte de calamité économique, les enfants⁵ deviennent une charge insupportable pour les familles et sujet à des maltraitances de toutes sortes à nos yeux, car il n'en est rien au regard des dites familles qui doivent nécessairement les utiliser pour faire fructifier leur revenu et survivre à tout prix. Dans un tel contexte, on pourrait penser que l'enfant serait écrasé par des comportements adultes, qui sont considérés comme mauvais traitements. Entre harcèlement psychologique, traitement discriminatoire, sévices corporels exagérés, surcharge du temps de l'enfant, privation de soins d'affection, intransigeance, intolérance outrancière, travail des enfants, exploitation sexuelle des enfants et violences sexuelles, les figures de la maltraitance des enfants et adolescents au Cameroun selon une lecture excluant celle de la famille sont très vastes, divergentes et feraient l'objet de nombreux écrits. Cependant, seules les violences sexuelles retiendront mon attention au cours de la présente recherche.

On a toujours pensé et même déclaré que les violences sexuelles étaient rares ou plutôt inexistantes en Afrique noire. C'est ainsi qu'une autorité camerounaise récemment accusée de d'homosexualité incestueuse s'est défendue en disant *“Ces pratiques n'existent pas chez nous, ce sont les affaires des blancs. On ne devrait même pas en parler”*. La réalité des violences sexuelles est donc *“encore aujourd'hui fortement contestée et déniée par l'ensemble du corps social. Pour sa défense, cette opinion se base, d'une part, sur l'absence d'étude pour la contredire, et d'autre part, sur le fait que le milieu africain reste fertile en tabous qui empêchent les gens d'en parler”* (Mbassa & Ngoh, 2009, p. 19). Par exemple chez les Bafia et les Béti du

⁵ L'enfance dont je parle ici englobe l'adolescence

Cameroun, on dit d'un enfant ou adolescent victime de violences sexuelles *"qu'on l'a gâté"*. Ce qui présume la destruction de sa contenance physique, de son appareil génital encore immature, mais également une dimension psychologique destructive de son enfance, de sa vie affective et de sa vie fonctionnelle, tout comme la destruction de son identité au sens du *"meurtre de l'identité"* (Balier, 1994) et de l'égorgement psychique. En tant que figure de la maltraitance, les violences sexuelles deviennent un drame préoccupant, car il existe la Déclaration des droits de l'enfant dite *"Convention de Genève"* adoptée en 1924 par l'Assemblée de la Société Des Nations, précédant la déclaration des droits de l'enfant, proclamée en 1959 par l'Assemblée générale des Nations Unies, et enfin la Convention Internationale sur les droits de l'enfant adoptée le 20 novembre 1989 par l'Assemblée des Nations Unies. Malgré cela, *"Un tiers (1/3) des adolescents déclarent avoir subi une initiation sexuelle forcée"* (Jewkes et al., 2001). Selon d'autres recherches effectuées à l'échelle mondiale 20% de femmes et 5 à 10% d'hommes auraient été victimes de maltraitance sexuelle pendant leur enfance (OMS, 2002, p.64). *"Le nombre total d'allégations d'exploitations et d'abus sexuels enregistrés en 2004 dans les opérations de maintien de paix de l'organisation des Nations Unies, soit 121, a plus que doublé par rapport à celui enregistré en 2003, et 45% d'entre elles sont des allégations de rapports sexuels avec mineurs"* (Koffi, 2005, p.88). *" Dans le monde, un enfant est abusé, violé, torturé, tué toutes les trois secondes ; deux millions d'enfants disparaissent chaque année ; 433 472 sites de pédo criminels ont été recensés au 31 décembre 2005 sur internet. Au cours d'une année, un enfant prostitué vend ses services sexuels à 2000 hommes"* (Plasencia, 2007). En Russie par exemple, *" Le taux des crimes d'agressions sexuelles sur mineur à Moscou a augmenté de plus d'un tiers en 2009, pour se chiffrer à 170 cas par an "* (Bagmet, 2010). En Europe, *"un mineur européen sur cinq est victime de violences sexuelles. Ces chiffres sont effrayants "* (Boer-Buquicchio, 2010).

En revenant au cas spécifique du Cameroun, environ 500 000 cas de viols sur des enfants et adolescents ont été enregistrés au Cameroun entre novembre 2008 et février 2009 selon l'organisation GTZ. L'Institut National de la Statistique du Cameroun, révèle de son côté que, le taux de prévalence du viol sur enfants et adolescents est passé de 0,1% en 1990 à 7, 2% en 2009. Selon une étude commanditée en 2008 et réalisée par l'Institut de Recherche Socio-Anthropologique de Yaoundé-Cameroun, plus de 4000 enfants et adolescents sur une population de 10 000 ont été victimes de violences sexuelles en cette année⁶. Ce qui témoigne que, malgré les actions conjuguées des pouvoirs publics et de la société civile du Cameroun en

⁶ Rapport CIPCRE Cameroun 2008.

matière de violences sexuelles, les spécialistes du commerce sexuel des enfants et adolescents, mais surtout de la jeune fille trouvent des voies de contournement pour échapper aux dispositifs récriminatoires mis en place, avec l'appui de certains hauts cadres de l'État qui se nichent dans les appareils décisionnaires. Le phénomène semble donc être en pleine expansion suscitant ainsi le cri d'alarme du Centre International pour la Promotion de la Création (CIPCRE) qui a rendu public le 21 décembre 2012, les résultats de trois études menées depuis 2005. Elle effectue depuis quelques années, des campagnes contre les violences faites aux enfants et adolescents, dans un projet de *“lutte contre les discriminations sexistes, l'exploitation et les abus sexuels sur des enfants et adolescents”*. L'enquête révèle que le Cameroun comptait 40% d'adolescentes et préadolescentes sexuellement exploitées avec la complicité de leurs parents en 2005. L'étude de 2008 va plus loin en mettant en exergue les pratiques sexuelles imposées à cette jeune population : 13 heures de rapports sexuels par semaine et par individu (rapports sexuels anal, vaginal, oral, buccal...). Les méthodes de recrutement des victimes recensées montrent à quel point le phénomène est transversal et multiforme : exploitation domestique de l'enfant, fausse offre de travail par le trafiquant, enrôlement volontaire de l'enfant par lui-même, persuasion par les anciennes victimes, mauvaise utilisation de l'internet, enlèvement des enfants au moyen de la force et des drogues. Entre les considérations socioculturelles encrées sur des perceptions traditionnalistes qui font de la jeune adolescente un outil de travail domestique et de fécondité, le climat de pauvreté source des appétits financiers démesurés, la famille constitue le premier facteur déclencheur de cette violence. Selon le rapport de l'UNICEF publié le 10 octobre 2014, 22% des filles âgées entre 15-19 ans ont été forcées à des rapports sexuels (viols) ; Presque 60% des filles de 15-19 ans ont vécu des expériences de violences sexuelles et/ou physiques perpétrés par leur homme ou mari au Cameroun.⁷ Les mariages forcés et précoces font partie aussi des multiples formes de violences faites aux femmes, des discriminations à l'égard des filles et des abus envers les enfants. À propos des mariages précoces, 37% des filles sont mariées avant l'âge de 18 ans à Kousséri dans la région de l'Extrême-Nord.

De ces différentes données témoignant de l'ampleur des violences sexuelles subies durant la grande enfance aussi bien au sein de la famille que de l'entourage dans le contexte socioculturel camerounais, quelques observations mériteraient d'être relevées : elles mettent en évidence le poids du genre dans ces violences en attestant que les victimes sont beaucoup plus les filles que les garçons et que les auteurs sont beaucoup plus les hommes que les femmes. En effet, dans

⁷ Rapport UNICEF 2014

une étude dont l'objectif était de dégager la prévalence de l'inceste au Cameroun, Mbassa (2016) a procédé à une analyse poolée visant à synthétiser les résultats d'études portant sur les violences sexuelles envers les enfants au Cameroun. Une sélection de neuf études a été faite pour un échantillon total de 10874 participants. 1164 ont été victime de violences sexuelles pour une prévalence de 10,7%. Dans cet échantillon 1056 filles (90,5%) contre 108 garçons (9,3%) sont des victimes. Ces données sont proches des recherches internationales qui stipulaient que *“quasiment une femme sur deux et un homme sur trois subissent des violences sexuelles – toutes violences sexuelles confondues- avant leur 18 ans.”* (Ciavaldini, 2003) ou encore *“la dernière revue systématique de la littérature avec méta-analyse”* (Barthe et al., 2013) qui révèle que *“15 à 30% des filles et que 5 à 15% des garçons sont victimes de violences sexuelles avant leurs 18 ans.* En Suisse, une étude portant sur plus de 6700 adolescents âgés de 15 à 17 ans révèle que 15% d'entre eux ont subi au moins une agression sexuelle avec contact physique, 22% pour les filles et 8% pour les garçons (Schmid, 2012). De ces différentes données, il pourrait donc en résulter que les violences sexuelles sont un témoignage des rapports de domination de genre et une manière de les renforcer ; qu'elles peuvent se coupler à un rapport de domination d'âge des auteurs qui sont essentiellement majeures mineures qu'elles soumettent.

Plusieurs pays africains et occidentaux ont pourtant ratifié la convention des droits des enfants (CDE) sans réserve aucune au sujet des articles 34 et 35, relatifs à la protection de l'enfant contre toutes les formes d'exploitation et de violences sexuelles. Il en est de même de La convention 182 du BIT sur les pires formes du travail des enfants. Elle prévoit l'interdiction et l'élimination de la prostitution et de la pornographie impliquant des enfants. Au niveau du continent africain, l'OUA a adopté en 1990, la Charte Africaine des Droits et du Bien-être de l'Enfant. Le Cameroun a adopté et signé ces lois et conventions, pour assurer et garantir la protection et la bonne éducation des enfants, à l'instar des *États Généraux de la Culture (1991)*, *des États Généraux de l'Éducation (1995)* et *la Loi d'Orientation de l'Éducation au Cameroun (1998)* pour le bien-être de l'enfant et de l'adolescent, après avoir créé en 2016, une plateforme nationale de protection de l'enfance qui travaille avec l'UNICEF pour mieux coordonner la prévention, le signalement, la prise en charge et la réinsertion des enfants victimes de violences sexuelles sous la houlette du Centre Vie et femmes de l'ALVF . Mais des disparités demeurent sur le plan pratique et des enfants et adolescents continuent de subir des violences de toutes sortes. Le fossé est resté grand entre les beaux discours, les généreuses et philanthropiques intentions et la réalité à l'épreuve des faits. L'ampleur reste importante comme le souligne Mbassa, *“ La prévalence en milieu hospitalier camerounais varie de 2,05% à 4,69% et elle est de 15,9% en milieu scolaire “* (Mbassa, 2001). S'il est vrai que la pauvreté, les disparités socio-

économiques, les disfonctionnements familiaux, l'insuffisance d'éducation à la sexualité, la discrimination basée sur le sexe, les drogues et les conflits peuvent accroître la vulnérabilité des enfants et adolescents à l'exploitation sexuelle, il reste cependant aussi vrai que le poids du tabou dans la tradition camerounaise est considérablement mis en cause. Avant d'y revenir en profondeur dans la partie réservée au contexte des violences sexuelles à l'adolescence au Cameroun, j'aimerais préalablement apporter quelques précisions sur la typologie des violences consécutives aux conflits armés au Cameroun.

1.1-Contexte sociopolitique des violences au Cameroun

Le Cameroun était jusque lors le seul pays d'Afrique Subsaharienne à n'avoir pas connu de conflit armé. Mais depuis 2012, il traverse des moments difficiles de son histoire relatifs aux attaques des groupes islamistes Boko Haram au Nord, aux incursions armées des groupes Seleka consécutifs à la déstabilisation de la République Centrafricaine à l'Est et aux actions violentes et belliqueuses des mouvements sécessionnistes au Nord-Ouest et Sud-Ouest, qui semblent dépasser les efforts du gouvernement et les bornes des conflits armés internes. Encore appelée crise anglophone, la violence au Nord-Ouest et Sud-Ouest du Cameroun a débuté en octobre 2016 et oppose les forces de sécurité gouvernementales et les séparatistes sécessionnistes qui prétendent lutter au nom des causes des minorités anglophones, et pour la création de l'État d'Ambazonie. Ils prétendent également lutter contre la dictature du président en place depuis plus d'une quarantaine d'année, fût-il *démocratiquement* élu. Dans cet environnement de guerre et de contestations politiques, la violence est devenue omniprésente: violence à l'arme lourde et blanche lors des combats et en dehors des combats, razzia des villages supposés abriter les sécessionnistes ou supposés donner des renseignements aux forces de sécurité gouvernementales, kidnapping avec demande de rançons, incursion des groupes djihadistes, enlèvement d'adolescents et adolescentes pour en faire des combattants ou des objets sexuels, incursion des sécessionnistes dans les écoles pour molester les élèves qui auraient osé braver leur interdiction d'aller à l'école, attaques des marchés aux explosifs improvisés... chaque seconde qui passe *“les violences armées sont le quotidien des populations dans un conflit qui a fait près de 3500 morts et plus de 700 000 déplacés internes”* (UNHCR, 2021). *“Les médias rendent souvent compte de cas isolés de violences sexuelles contre les femmes, mais la couverture médiatique montre aussi le fardeau qui pèse sur les femmes quand elles sont à la merci des hommes”* (Tanushree Kaushal, 2020, p.10). Dans une situation de tension politiques et d'insécurité la violence généralisée emprunte donc des voies d'expression déroutantes à l'égard des couches vulnérables dont font partie les adolescents. Le climat de

terreur qui s'est installé dans presque tout le triangle national⁸ s'exprime par des agressions physiques et sexuelles, des pillages et des kidnappings. Ces violences prennent parfois le caractère d'arme de guerre ou de *“nettoyage ethnique”* (Branche et Virgill, 2011 ; Jones, 2002 ; Sharlach, 2000). La fonction stratégique de ces violences serait, dans une certaine mesure, la domination d'un groupe sur un autre ou alors la domination d'une classe politique sur une autre. Malgré l'ampleur de la violence généralisée au Cameroun, *“le nombre de violences sexuelles liées aux conflits est gravement sous-estimé ; toutefois, ces statistiques ne prennent en compte que les cas dénoncés après que des organisations féminines et de défense des droits de l'homme aient commencé à rapporter activement tous les cas de viols et de violences sexuelles liés aux conflits”* (Wood, 2014)

C'est donc une forme de violence généralisée à côté de laquelle s'exprime la violence institutionnelle caractéristique des modes de fonctionnement de certaines structures étatiques camerounaises telles que la police, l'armée et l'administration pénitentiaire censées protéger les citoyens, mais qui semblent se dépêtrer de toute contrainte juridique. À côté de ces différentes violences qui se sont invitées à l'occasion des conflits armés et politiques, figure également la violence interpersonnelle inhérente à l'homme. Elle se caractérise par des violences physiques à travers des agressions, des violences sexuelles, la torture et la violence psychologique en l'occurrence le harcèlement, les menaces, les intimidations, la pression, le chantage etc. Elle peut se perpétrer dans un environnement privé ou public. C'est dans cette catégorie que figurent fondamentalement les violences intrafamiliales et les violences extrafamiliales à l'égard de certains adolescents rencontrés. Mais bien que figurent essentiellement les violences sexuelles intrafamiliales et extrafamiliales dans cette catégorie, j'aimerais encore relever que la figure des violences sexuelles envers les adolescents dans le contexte socioculturel camerounais est multi faciale et concerne l'environnement de guerre, socio politique et les violences interpersonnelles inhérentes à l'homme.

⁸ Le Cameroun est un pays subsaharien d'Afrique centrale situé au nord de l'équateur. Ouvert sur l'océan Atlantique, sa forme géographique est triangulaire. D'où l'expression triangle national pour le désigner

1.2-Violences sexuelles à l'adolescence au Cameroun : Justification

Travaillant comme psychologue clinicien au sein des ONG internationales, la nécessité d'une recherche sur des adolescents victimes de violences sexuelles se justifie au quotidien lors des descentes pour la sensibilisation et la prise en charge dans des établissements d'enseignement secondaire, dans des villes, des campagnes et à l'occasion de certaines crises humanitaires. Dans le cadre d'un projet du CIPCRE de la *“lutte contre les abus sexuels et les discriminations sexistes”*, identifier des enfants et adolescents présentant des signes cliniques de souffrance psychique, prévenir les abus sexuels, sensibiliser les populations sur les discriminations sexistes et apporter une aide pluridisciplinaire aux victimes en était l'objectif. Dans l'optique d'une recherche scientifique en appui sur ma pratique clinique, mon projet de thèse initial portait alors sur le sujet *“Traumatisme et Déperditions scolaires : une approche clinique de l'impact du traumatisme sur des enfants scolarisés victimes d'abus sexuels”*, et m'invitait à porter prioritairement mes choix sur des enfants et adolescents qui présentaient une baisse de performances scolaires consécutives aux comportements inadaptés pouvant faire penser aux agirs sexuels violents versus subis. Ce qui m'a emmené à réaliser des entretiens avec quelques enfants, adolescents, le personnel administratif et le corps enseignant dans l'optique de recueillir des informations sur l'origine et la nature desdits problèmes, sur l'existence réelle des abus sexuels et des déperditions scolaires en milieu scolaire et faire un prétest pour la perspective d'utiliser la *figure complexe de Rey* jamais exploitée au Cameroun.

À l'issue de quelques descentes exploratoires sur le terrain, mon sujet a donc subi une évolution et des modifications importantes pour se centrer sur *“Violences sexuelles et Traumatisme : Approche clinique et projective du fonctionnement psychique des adolescents camerounais victimes”*. Plusieurs raisons expliquent le fait qu'à un moment de l'état d'avancement de mon travail, j'ai décidé de ne plus me centrer sur les *“déperditions scolaires des enfants victimes d'abus sexuels”* mais plutôt sur les *“adolescents victimes de violences sexuelles”* et d'utiliser le concept générique de *“violences sexuelles”* au lieu d'*“abus sexuels”*. Les motivations y afférentes concernent en premier ma confrontation à une réalité clinique auprès d'adolescents victimes de violences sexuelles plutôt qu'à des enfants victimes d'abus sexuels. En effet, la majorité des sujets rencontrés au cours ma descente exploratoire sur le terrain étaient essentiellement des adolescents et non des enfants. Deuxièmement, mes interrogations propres au cours de ma modeste pratique clinique concernaient plus le fonctionnement psychique des adolescents victimes de violences sexuelles que des déperditions scolaires consécutives aux abus sexuels, du fait de la spécificité de la période développementale adolescente elle-même particulière. Par ailleurs, l'approche d'une problématique centrée sur

le concept de déperditions scolaires a très tôt échoué du fait de l'insuffisance au Cameroun de travaux scientifiques fiables susceptibles de me permettre d'y travailler en plus de l'échec à utiliser l'épreuve de la figure complexe de Rey, initialement prévue pour évaluer le niveau intellectuel et les effets d'un traumatisme psychique sur les victimes d'abus sexuels. C'est donc à cet effet qu'une prise de distance importante avec l'objet initial s'est opérée à l'issue du refus de plusieurs sujets de produire des réponses exploitables au pré test de la figure complexe de Rey. Je n'oublie enfin pas de mentionner l'interpellation contre-transférentielle propre à moi face au contenu poignant d'entretiens de deux adolescentes de 16 et 14 ans et d'un adolescent de 12 ans victimes de violences sexuelles dont il convient de taire les noms pour garder l'anonymat. Avant d'apporter une synthèse des données de la rencontre y afférentes, j'aimerais observer même rapidement que, si la première victime est nouvelle dans les faits de violences sexuelles, toutes les deux autres sont des anciennes victimes qui reproduisent les faits subis sur de nouvelles victimes.

Évocation clinique du cas Manie 16 ans :

Âgée de 16 ans au moment de notre rencontre, le sujet de sexe féminin rencontré en marge de l'établissement, grâce au contact produit par le personnel administratif, refuse d'aller au lycée où elle faisait la classe de première A4. C'est une adolescente manifestant des signes cliniques d'une souffrance psychique que j'ai rencontrée. Elle a dévoilé avoir subi des violences sexuelles de la part de son enseignant et dans le cadre familial. Elle refuse de retourner à l'établissement pour ne plus rencontrer son "bourreau", car elle souffre des troubles de sommeil et fait des cauchemars nocturnes à cause de l'image terrifiante de cet enseignant qui la harcèle même dans ses rêves. Ce qui l'amène à se méfier de tout le monde. La vie n'a plus de sens pour elle puisque l'école à laquelle elle tenait tant est devenue un calvaire, et son corps un objet de plaisirs. Tous ses rêves sont brisés et elle se comporte dorénavant comme une victime de l'injustice humaine, avec des tentatives de passage à l'acte suicidaire comme issue salvatrice et une délivrance. *"Je n'ai plus de valeur aux yeux de personnes. Je me sens rejetée même par ma propre famille. Ils ont tous honte de moi. Je pense que ma disparition de cette terre me fera plus de bien que ma présence. Ce serait bien pour moi que je cesse d'exister"* (Manie, 16 ans). Il en ressort même sans analyse profonde que les violences sexuelles ont un impact sur le vécu social de la victime. Par ailleurs la honte consécutive au poids du tabou participerait à l'isolement et aux tentatives de passage à l'acte suicidaire de la victime.

Évocation clinique du cas Herman 12 ans :

Un matin, le quotidien d'informations officielles *Cameroun tribune* numéro 10283⁹ du 18 juin 2012 défraie la chronique à travers le grand titre “ *Quatre élèves garçons de la classe de 6^e d'un lycée d'enseignement général de Bafoussam surpris en flagrant délit d'homosexualité dans l'enceinte de l'établissement* ”¹⁰. En effet, alors qu'ils sont tous mis en corvée de nettoyage d'une salle servant de magasin, pour avoir perturbé le cours d'anglais, ils sont surpris, en pleins ébats homosexuels par un surveillant qui convoque leurs parents. Il en ressort que l'acte se permettrait pour la nième fois de manière agressive sur Herman âgé de 12 ans. Au cours de l'entretien il dira qu'il a été forcé à faire ce que papa lui a fait. L'intérêt de cette évocation clinique ne porte pas sur le côté homosexuel de l'acte punissable par la loi camerounaise, mais se focalise sur la contrainte des adolescents aux violences sexuelles et la passivation de la victime à les subir. On observe que l'agir violent à l'adolescence s'inscrit dans une *forme de retournement passif/actif* (Jeammet, 2002) permettant à l'adolescent de se dépendre d'un vécu de passivation lié à l'émergence pulsionnel de la puberté, mais que cet agir échapperait également au contrôle de l'adolescent.

Évocation clinique du cas Anny 14 ans :

L'évocation clinique du sujet féminin de 18 ans est consécutif à une bagarre étrange dans l'une des chambres qui jouxtent l'appartement d'une famille voisine. Bagarre entre des filles âgées de 14 ans et de 18 ans suite à une agression sexuelle de l'une sur l'autre. Une histoire bouleversante et taboue pour les parents qui refusent d'en débattre et parlent d'une attaque démoniaque sur leur fille depuis qu'elle avait, elle aussi, subie des violences sexuelles perpétrées par le voisin. Les parents préfèrent solliciter l'aide d'un pasteur pour exorciser la situation plutôt que celle d'un professionnel de la santé mentale. C'est à l'occasion d'une rencontre négociée entre l'adolescente agresseur et moi qu'elle me confiera ne plus comprendre ce qui lui arrive depuis qu'elle a été victime de violences sexuelles perpétrées par son voisin. Après beaucoup de mal à parler des faits qui lui sont reprochés et qui l'ont conduite à les commettre, elle me confie “*je ne pense même pas que c'était moi qui le faisais. Et d'ailleurs c'était le cas lorsque le voisin m'a fait la même chose.*” (Anny, 14 ans). On peut relever ici que

⁹ Journal officiel, *Cameroun tribune* numéro 10283 du 18 Juin 2012

¹⁰ Dans la loi camerounaise, l'homosexualité est un crime. En effet, selon l'article 347-1 du code pénal camerounais promulgué par la loi n° 2016/007 du 12 juillet 2016, “*Est punie d'un emprisonnement de six (06) mois à (05) ans et d'une amende de vingt mille (20 000) à deux cent mille (200 000) francs, toute personne qui a des rapports sexuels avec une personne de son sexe.*” (Code pénal camerounais, 2016)

les adolescents victimes et auteurs de violences sexuelles peuvent avoir beaucoup du mal à parler des faits commis ou subis, même s'ils les reconnaissent. La difficulté de mettre en mots, de raconter et d'exprimer une quelconque émotion, particulièrement par la victime est omniprésente. *“Tout se passe comme s'ils se considéraient soit “absents“ de la scène des violences sexuelles commises, soit spectateur sans voix de ce qui s'y passe“* (Roman, 2009, p. 40).

Ces évocations cliniques non méthodiques sur la période adolescente viennent réconforter mes écrits précédents sur l'existence des violences sexuelles et l'intérêt d'y travailler dans un contexte socioculturel camerounais. Mbassa abordant la question affirme que *“la violence sexuelle est un crime qui affecte aussi les enfants au Cameroun ... la prévalence des offenses sexuelles envers les mineurs en milieu scolaire est de 15,9% avec dans environ 30% des cas des camarades de classe comme agresseurs, dans 7,9% des cas des enseignants, et dans 7,3% des cas des répétiteurs à domicile“* (Mbassa, 2002). Ces données témoignent d'une forte prévalence des violences sexuelles dans le contexte camerounais, justifiant de ce fait mon choix d'y travailler. D'ailleurs comment pourrait-il en être autrement puisque que, les études sur les violences sexuelles restent particulièrement insuffisantes au Cameroun et en Afrique de manière générale. Contrairement donc à ce que des opinions partisans ont souvent tendance à laisser croire du fait du tabou, les violences sexuelles envers l'enfant et l'adolescent existent bel et bien au Cameroun. Filles et garçons sont concernés et toutes les formes sont rencontrées. Cependant, *“la victime n'est toujours pas reconnue par la communauté au sens anthropologique médicale“* (Mbassa, 2012). Comment donc une victime qui n'est ni connue, ni reconnue en tant que tel pourrait-elle trouver de l'aide auprès d'un environnement socio familial dont les préjugés stipulent parfois qu'on ne peut pas tomber malade *“d'avoir eu des rapports sexuels“* même imposés ? Outre la malédiction qu'un tel acte peut produire, qu'on ne peut pas souffrir s'il y a un lien de filiation entre l'auteur et la victime ?

Le contexte socioculturel camerounais fournirait donc une voie d'exploration des aspects du poids du tabou en tant que facteur de risque. La sexualité cristallise de multiples tabous tant personnels que sociaux au Cameroun. On répugne à envisager une certaine sexualité en dehors d'un contexte précis comme le mariage et d'un lieu précis : la maison ou l'hôtel. Une relation sexuelle en brousse est frappée de malédiction qui doit être pansée par la tradi thérapie du *Guēdoñona gāa bēdaña*. Une forme de thérapie traditionnelle consistant, à partir du sang des bêtes domestiques égorgées et des écorces d'arbres et herbes sacrées, à laver et à purifier les victimes de la malédiction relative aux violences sexuelles, en les réexposant symboliquement à certaines scènes. L'objectif est de les réinsérer après purification dans la société traditionnelle.

Une relation incestueuse d'un parent et d'un enfant ouvre également la voie à des rites de lavage et de purification de l'adulte et de l'enfant. Par exemple, chez les Mundang du nord-Cameroun, le signifiant "*perte de virginité*" n'a pas le même signifié classique pour cette tradition, outrée de l'apparence jugée très transgressive de la petite-fille ou la jeune fille qui ose perdre sa virginité avant le mariage quel que soit les circonstances. A ce titre, une procédure traditionnelle thérapeutique pour sauver la mise (outré l'honneur) et rétablir par des procédés magiques la virginité inconditionnelle pour la poursuite des traditions et donc de la transmission familiale est déployée secrètement au sein de la famille. En effet, dans la plupart des cas, les violences sexuelles provoquent détresse, humiliation, raillerie et déshonneur de la famille. Elles peuvent donc totalement être déniées et scotomisées par la famille car elles participent à la détermination des "*bonnes*" et "*mauvaises*" familles. Les "*bonnes*" étant celles dans lesquelles on n'a jamais compté et rencontré "*publiquement*" de violences sexuelles, même s'il y en a eu secrètement. Les "*mauvaises*" sont l'inverse. Dans ce sens, aucune famille n'envisagerait voir son fils ou sa fille prendre pour époux (se) quelqu'un issue d'une "*mauvaise*" famille. De ce fait, le mariage n'est envisageable qu'avec l'individu d'une certaine famille, d'une certaine ethnie, tribu ou religion déterminée. Les mauvaises familles sont donc souvent déshonorées et exposées à l'opprobre, voire au rejet social. Une relation sexuelle est donc permise avec un partenaire correspondant à des critères spécifiques, mais l'envisager dans un cadre non formalisé par la tradition est prohibé. Pour préserver l'honneur de la famille et protéger la jeune fille contre les dangers des violences sexuelles, elle est rapidement mariée à l'âge de 8 ou 10 ans (pendant qu'elle est encore potentiellement vierge) à un adulte qui compte généralement 4 à 6 fois son âge. Elle est donc confiée aux bons soins d'un protecteur adulte de sexe masculin. À propos de la virginité, la membrane intacte de l'hymen est considérée comme un code d'honneur et un gage de vertu pour la famille de la jeune fille. D'ailleurs, la tradition guiziga du Nord-Cameroun y voit une ultime récompense selon une tradition qui leur fait promesse, dans l'au-delà, un jardin d'éden ou une île paradisiaque avec une profusion de vierges dont l'hymen se reconstitue après chaque passage à l'acte sexuel. "*La défloration et le saignement constituent encore l'événement le plus important de la nuit des noces dans certaines traditions africaines.*" (Fawzia, 2009). On le voit, le tabou semble donc être le codificateur et régulateur de l'accès à la sexualité. J'aimerais consacrer quelques lignes au développement de l'inscription anthropologique du tabou pour déterminer sur quoi il porte en Afrique et au Cameroun en particulier. Cela permettra de me rassurer que mon lecteur évolue en harmonie avec ma pensée lorsque je parlerai de "*tabou*" ou "*du poids du tabou*" et qu'il comprendra la fonction de celui-ci dans l'économie psychique intersubjective autour des violences sexuelles envers les

adolescents. En d'autres termes, comment le tabou encadre-t-il ou n'est-il pas en mesure d'encadrer le rapport que le groupe socioculturel entretient avec les violences sexuelles, dans un contexte où leur nombre reste très important ?

Dans la perspective d'une clarification définitionnelle, j'aimerais dire que, pour les anthropologues et les ethnologues, "*tabous*" et "*interdits*" sont des synonymes. Le premier correspondrait à une appellation anglo-saxonne tandis que le deuxième serait d'appellation française. Dans le sens anglo-saxon, c'est un "*Terme polynésien employé en Angleterre (pour désigner) ce qui est soustrait à l'usage courant, un arbre que l'on ne peut toucher ou abattre est un arbre tabou, et l'on parlera de tabou dans un arbre pour désigner le scrupule qui arrête l'homme tenté d'y toucher ou de l'abattre. Ce scrupule n'est jamais fondé sur une raison d'ordre pratique. Le caractère distinctif du tabou c'est que l'interdiction n'est pas motivée et que la sanction prévue en cas de violation n'est pas une pénalité dictée par la loi civile mais une calamité, telle la mort ou la cécité qui frappe l'individu coupable.*" (Reinach, 1996). Cette approche définitionnelle permet de comprendre que, "*Le mot « tabou » ne se laisse pas facilement définir ni même cerner*" (Du Bois de Gaudusson, 2012, p. 242). Il revêt plus d'une signification au demeurant liées. D'une part, il révèle de l'"*innomé*" ou de l'"*impensé*" et d'autre part de l'"*indiscuté*" ou de l'"*indélibéré*". Au sein des sociétés tribales africaines, le tabou est un mode de gestion et un outil de protection de tout ce qui est sacré. "*Le caractère sacré, divin, attribué à l'ancêtre mythique se trouve donc dans le sang des membres du clan. Or, le tabou est la marque mise sur tout ce qui est divin*" (Durkeim, 1897/2008, p.102). Il serait donc un moyen intelligent de pression psychologique servant à renforcer l'architecture spirituelle sur laquelle reposent les us et coutumes, les croyances et les arcanes. Le tabou révèle progressivement le contenu des enseignements élaborés et divulgués au sein du clan initiatique. Sa compréhension surpasserait tout cadre d'analyse intellectuelle de premier niveau, mais seuls les érudits et éminents hommes de savoir et de sagesse traditionnelle faisant partie des hautes sphères pourraient avoir accès à sa connaissance profonde. C'est une loi de silence non écrite. En Afrique, "*les tabous sont interdits de discours, interdits de recherche, interdits d'existence juridique*" (Du Bois de Gaudusson, op.cit).

C'est pourquoi la pertinence du tabou pourrait échapper à des analystes inexperts, car il vise à modeler autour du sacré les maillons que sont les membres de la cellule familiale ou du clan. Agissant comme régulateur de la vie spirituelle et participant à contenir les dérives morales, culturelles et spirituelles, il sécuriserait les rites et les usages traditionnels de toute déviance et garantirait une sorte de stabilité et de pérennité de la société traditionnelle africaine. De manière

plus explicite, les codifications et interdits liés au tabou sont nombreux en Afrique et au Cameroun. Ils pourraient concerner la virginité, le mariage, l'homosexualité, le divorce, l'adultère et l'inceste. La pratique du sexe hors mariage serait prohibée, l'adultère réprochée et le divorce interdit, car il permet de respecter le cadre conjugal et de participer à la préservation du lignage et des héritages. L'homosexualité, la pédophilie, la sodomie et la zoophilie sont également prohibées. Il y aurait donc de grosses ressemblances entre fonctionnement de notre conscience morale et fonctionnement du tabou : *“ le désir et la crainte de l'infraction s'y concentrent en un même point obscur, la conscience morale n'étant que la perception de cette obscurité sous l'espèce du « catégorique », dont la formalité est le signe d'un rejet qui s'impose par lui-même, sans avoir à exhiber ses raisons – d'un interdit de franchir la ligne”* (Karsenti, 2018). On pourrait en déduire que l'inscription anthropologique du tabou dans l'environnement socioculturel africain résumerait essentiellement le poids du silence relatif à tout ce qui touche au sacré de la sexualité. On aura donc *“d'un côté, des victimes qui se sentent délaissées et n'osent pas parler ; de l'autre, un entourage qui intime l'ordre de rester silencieux ou fait la sourde oreille.”* (Kouchner, 2021).

En me référant aux écrits de Godelier sur la valeur universelle de l'Œdipe comme régulateur du rapport entre les sexes et la valeur relative de la fonction sociale paternelle, qui débouchent sur la séparation entre le sexe et la parentalité, j'aimerais procéder à une analyse qui permette de clarifier l'échec de la fonction du tabou dans l'économie psychique intersubjective autour des violences sexuelles envers les enfants et adolescents au Cameroun. Je l'ai précédemment écrit qu'avec le mode de *confiage* de l'enfant rependu au sein des familles camerounaises, la puissance paternelle cesse de faire loi dans la famille. Le papa devient celui qui *“prend soin de l'enfant”* peu importe le lien de filiation. Dans cet acte de *“prendre soin de l'enfant”* *“la douleur physique et les privations sont considérées comme des valeurs positives de l'éducation et sont données comme indispensables pour que l'enfant devienne un adulte fort et accompli.”* (Agossou, 2009, p. 10). Quant à l'enfant, il doit obéissance totale et servile à son papa ou à sa maman adoptive. Une voie grandement ouverte à la maltraitance et aux violences sexuelles qui restent également un sujet tabou. *“Les violences sexuelles envers l'enfant en Afrique restent encore un tabou...le traumatisme subi par la victime n'est pas toujours reconnu par la communauté au sens de l'anthropologie médicale clinique”* (Mbassa, 2016). Il s'agit d'une *“séparation entre la valeur universelle de l'Œdipe (comme réglage du rapport entre les sexes) et la valeur relative de la fonction sociale du père”* (Godelier, 2004). En effet, la forme sociale de l'appropriation des enfants en Afrique n'est pas directement dépendante de l'accès sexuel

réciroque des parents. *“De ce fait, le complexe d’Œdipe serait beaucoup plus construit par les rapports d’autorité, plutôt qu’ autour des rapports de l’enfant avec celui qui à l’accès sexuel à la mère”* (Godelier, 2004). Comme la sexualité humaine déborde l’ordre moral, le silence du tabou sur la sexualité, loin de pouvoir encadrer le rapport que le groupe socioculturel camerounais entretient avec les violences sexuelles, vient plutôt garantir la jouissance ; et plutôt que de l’interdire, il participerait significativement à l’éclosion des violences sexuelles dans un contexte où leur nombre reste très important.

Bien que pouvant être souvent jugée de sauvage et barbare ou encore d’idéaliste et génératrice d’angoisses et de frustrations, la prise en compte de la dimension socioculturelle camerounaise de la sexualité s’avère donc nécessaire dans une approche clinique et projectives du fonctionnement psychique des adolescents engagés dans les violences sexuelles subies, car elle pourrait permettre de comprendre comment les adolescents structurent leur identité sexuelle en se référant aux modèles sociaux comme le dit Courtois, *“la sexualité est en partie régie par la communauté et est étroitement liée à la socialisation des individus...Elle dépend du contexte social, historique et culturel d’une société”* (Courtois, 1998, p. 614). Elle permet également de limiter l’idée d’une sexualité libre et sauvage et permet de recadrer la sexualité des adolescents. Du fait de sa dimension morale en effet, elle appelle à la responsabilisation de l’agir sexuel. Conduire une recherche dans le domaine des agirs sexuels violents versus subis chez les adolescents victimes dans un tel contexte socioculturel a tout son sens et reste d’un intérêt clinique, social et politique crucial pour le Cameroun et à l’international.

1.3-Intérêt et champ de la recherche

Aux risques de me répéter, m’intéresser à une recherche sur le fonctionnement psychique des adolescents victimes de violences sexuelles dans un contexte socioculturel camerounais a donc tout son sens au regard des différentes contributions qu’elle apporte sur le plan académique, théorique, clinique, social et politique aussi bien pour le Cameroun, qu’à l’international.

La contribution académique concerne l’aboutissement de plusieurs années de recherche pour l’obtention d’une thèse en psychologie clinique, psychopathologie et psychanalyse sur la question des agirs sexuels violents. En tant que manuel scientifique, elle apporte une plus-value à l’insuffisance bibliographique en la matière au Cameroun. C’est donc une participation importante à l’avancement de la recherche et aux débats théoriques autour de la question. En effet, c’est la toute première recherche au Cameroun qui utilise un dispositif méthodologique

comprenant les outils projectifs de Rorschach et de T.A.T dans le cadre de l'évaluation des processus de changement des adolescents et la place occupée par les enjeux socioculturels dans des situations des agirs sexuels violents. De même, très peu d'études y ont été dédiées et plusieurs se sont polarisées sur la liberté ou la réprime de l'homosexualité dans les sociétés africaines ou encore *“aux rituels et mœurs des africains, mettant souvent en avant les aspects les plus exotiques, ou les préjugés non avoués, d'où l'abondante littérature qui existe sur des thèmes comme l'excision, la polygamie et récemment sur l'origine du sida, les supposées relations sexuelles des hommes africains avec les singes verts”* (Ezembe, 2009, p.173)

En partant d'une lecture socioculturelle des agirs sexuels violents au Cameroun, dont l'importance du tabou limite la vulgarisation de la prise en charge psychologique ou psychothérapeutique au détriment de la prise en charge religieuse ou tradi thérapeutique, il est fondamental d'essayer de comprendre quels sont les enjeux de l'engagement des adolescents dans des violences sexuelles dans un tel contexte, en même temps que celui des bouleversements liés à l'adolescence et à la puberté en particulier. Ce qui est d'un intérêt clinique dans le sens de la promotion du bien-être de l'adolescent et surtout une grande avancée dans la compréhension de sa dynamique intrapsychique, de son inscription intersubjective au sein du groupe familial et dans sa rencontre avec les professionnels. Ce qui serait d'un grand enjeu pour les cliniciens, les travailleurs sociaux, les parents, les enseignants, les administrations publiques et les organisations non gouvernementales qui luttent contre la maltraitance des enfants et adolescents.

Toujours comme intérêt sur le plan clinique pour le Cameroun, les approches concernaient jusque-là des études sur les abus sexuels envers les enfants en général sans toutefois spécifier l'adolescence. L'enfance incluait donc l'adolescence qui, pourtant est une période spécifique et singulière du développement humain différente de l'enfance, et un analyseur par excellence des processus de changements aux prises avec les agirs sexuels violents. D'ailleurs, les différentes études posaient très peu le problème de la prise en charge des victimes, pourtant très insuffisante au Cameroun. Certaines étaient beaucoup plus centrées sur la détermination épidémiologique des violences sexuelles. Et pourtant lorsqu'il s'agit de la famille, par ce *“crime contre la généalogie c'est l'ensemble des liens familiaux qui s'inscrivent dans la psychopathologie, nécessitant de facto une prise en charge familiale”* (Mbassa, 2012). En effet, comme l'ont souligné Gonin et Daligang *“l'inceste fait trois victimes : l'enfant perdu, mais aussi le père (dans un certain sens) qui ne l'est plus, la mère qui ne sait pas qu'elle est déchue”* (Gonin et Daligang, 1988)

Ma démarche s'appuie sur certains éléments théorico-cliniques, en l'occurrence, les théories du traumatisme (Janet,1889, Freud,1893,1921, Ferenczi,1930, Winnicott, 1989, Briole et Lebigot,1994, Janin,1996), les théories psychanalytiques de la sexualité infantile (Freud, 1905/1962), du narcissisme (Freud,1914), de la position dépressive infantile (Klein,1968) et familiale (Roman, 1999), du Moi-Peau/enveloppe psychique, contenance psychique individuelle et familiale (Freud, 1923/1991, Bion, 1962, Winnicott, 1971, Anzieu, 1974, 1995, Doron, 2000, Kaës, 2012), de la séduction, de la confusion de langage (Ferenczi, 1982/2004), de l'appareil psychique groupal et des alliances inconscientes (Kaës,1976/1993).

Sur le plan méthodologique, mon choix s'est porté sur des entretiens cliniques d'investigation avec en complément des épreuves projectives de Rorschach et de T.A.T. N'ayant cependant pas été des entretiens de recherche bien structurés, je n'en prélèverai et exploiterai que quelques fragments illustrant des mouvements psychiques des adolescents, dans une perspective psychanalytique visant à déterminer le fonctionnement psychique des victimes de violences sexuelles à une phase adolescente qui les confronte aussi bien aux tempêtes psychiques et physiques qu'à des problématiques intersubjectives, dans leur environnement socio-culturel. Cela relève de la clinique psychanalytique des agirs sexuels violents à l'adolescence, versus victimes qui questionne *“la place de la violence sexuelle dans le processus adolescent et les modalités selon lesquelles, cette violence (subie) contribue au processus adolescent, au sens de sa participation aux remaniements identitaires (autour des enjeux liés à l'appartenance sexuée) et identificatoire (autour des enjeux liés à la redéfinition des liens entre les générations) qui sont en jeu dans ce temps de maturation psychoaffective “* (Roman, 2004).

1.4-Objet et objectifs de la recherche

L'objet de la présente recherche porte sur la clinique psychanalytique des agirs sexuels violents à l'adolescence. Il permet le repérage de certains éléments du fonctionnement psychique des adolescents victimes, dans un contexte socioculturel africain écrasé par le poids du tabou où la souffrance psychique emprunte des voies d'expressions déroutantes pour un praticien formé à l'occidental, et où les va-et-vient migratoires sont de plus en plus fréquents ; un contexte où la recherche d'une créativité intégrant la singularité du patient venu d'ailleurs, devrait emmener à repenser les procédés de soins et les concepts pour comprendre et analyser la situation de rencontre clinique. Ce qui permettra en fin de compte, de mettre en évidence les processus repérables (registre de la vie intrapsychique et registre de l'engagement

intersubjectif), consécutifs au retentissement psychique du traumatisme à une phase de la maturation psychoaffective de l'adolescence dans ce contexte socio-culturel. Pris dans ce sens, c'est analyser pour comprendre les modalités de fonctionnement psychique propres aux adolescents victimes de violences sexuelles dans leur spécificité et leur singularité au regard de l'environnement socio-culturel camerounais.

L'objectif général consiste à appréhender scientifiquement l'impact du traumatisme sur le fonctionnement psychique des adolescents victimes de violences sexuelles dans le contexte socio-culturel camerounais. En d'autres termes, il s'agit d'en analyser l'impact sur les réaménagements identitaires et identificatoires propres à l'adolescence, sur la fonction du traitement de la perte des objets infantiles en vue de leur transformation en objets pulsionnels accessibles à l'adolescence et enfin, de questionner comment est-ce qu'il participe du gel des investissements de la psyché chez l'adolescent victime de violences sexuelles. De manière plus large, il sera question de cerner toutes les dimensions intra et inters psychiques, la dynamique des relations sociales, et enfin les conséquences dans toutes les dimensions de la vie des victimes. En fin de compte, l'issue est d'attirer l'attention des scientifiques, des décideurs, des travailleurs en relation d'aide, des parents, de sensibiliser les familles sur le rôle à jouer pour encadrer et aider les victimes à panser leurs souffrances traumatiques consécutives aux violences sexuelles.

1.5-Le trauma au cœur des violences sexuelles à l'adolescence

Qu'il soit d'origine interne ou externe, le concept de traumatisme en appelle directement à la réalité psychique de l'individu et sa complexité retentit à chaque fois que l'on s'en réfère aussi bien sur le plan clinique que théorique. En effet, étant au cœur de la pratique psychanalytique, il questionne dans le cas présent, l'histoire singulière de l'adolescent, la place de l'évènement traumatique dans son histoire et enfin, la place même du trauma dans l'histoire psychanalytique. En effet, l'adolescent est déjà investi dans une période de remaniements pulsionnels et identitaires-identificatoires qui détermine son appartenance sexuée et lui permet de redéfinir ses liens avec les autres générations, en même temps qu'il est confronté à une expérience traumatique sexuelle. Une expérience caractérisée par un trop-plein d'excitations que sa vie psychique ne peut ou n'arriverait pas à traiter. A côté de l'expérience traumatique pubertaire qui vient sexualiser le vécu traumatique ancien, s'ajoutent donc l'expérience traumatique des violences sexuelles et la souffrance consécutive au sentiment d'abandon et d'absence de secours de l'environnement socio-culturel dans lequel il vit. Il y aurait donc d'abord un effet de surprise consécutif aux remaniements pubertaires et psychiques, puis un

autre effet de surprise du traumatisme sexuel et une répétition des traumatismes et enfin, l'hypocrisie, la culpabilisation, le rejet, le mensonge, la stigmatisation de l'entourage. C'est ce que Ferenczi décrit lorsqu'il insiste sur la récurrence des traumatismes sexuels même dans les familles les plus puritaines lorsqu'il dit que *“les mesures de précaution de l'hystérie et les évitements des obsessionnels peuvent trouver leur explication par des formations fantasmatiques purement psychiques : ce sont toujours de réels bouleversements et conflits avec le monde extérieur, qui sont traumatiques et ont un effet de choc, qui donnent la première impulsion à la création de directions anormales de développement; ceux-ci précèdent toujours la formation des puissances psychiques névrogènes, par exemple aussi celles de la conscience morale”* (Ferenczi, 1930).

Une conception du traumatisme reprise par Janin, lorsqu'il parle du *“noyau chaud”* et du *“noyau froid”* du traumatisme (Janin, 1996). Le premier temps du traumatisme correspond donc au temps de l'infantile, avec ses différentes conflictualités intrapsychiques du développement psychoaffectif. Le second temps correspond à la sexualisation du vécu traumatique ancien (infantile) par l'accès à la génitalité pubertaire de l'adolescence et donc à la maturité sexuelle qui provoque des remaniements psychiques en termes de maturation psychoaffective, de développement identitaire et de remise en jeu de la construction narcissique (Dupont et al., 2015) ou encore *“noyau chaud du traumatisme”* (Janin, op. cit), avec effraction du pare-excitations due aux débordements des angoisses consécutives aux violences sexuelles, associé au sentiment d'avoir été abandonné, pas secouru et stigmatisé par l'environnement socioculturel. Ce qu'exprime Winnicott (1989) lorsqu'il dit que *“là où quelque chose aurait pu se passer pour l'enfant, c'est le rien dont il a fait l'expérience”* (Winnicott, 1989), ou bien le *“noyau froid du traumatisme”* (Janin, 1989). Ce qui entraîne des atteintes ou déchirures d'ordre narcissique du moi, une perturbation des défenses, la constitution d'une *“zone psychique morte”* ou des *“cryptes”* (Abraham et Torok, 1978) du fait de l'absence de représentation et de figuration et la *“ Crainte de l'effondrement”* (Winnicott, 1974) qu'il entraîne. En d'autres termes, déjà préoccupé par la tentative de réaménager les tempêtes psychiques propres à l'adolescence, l'adolescent affronte également l'expérience traumatique due à la mort, voire s'est vu mort et sans être secouru. Que cette mort soit *“ un réel danger physique ou qu'elle constitue une menace de mort psychique, la rencontre avec le réel de la mort ”* (Crocq et al., 2007) est sans cesse présente chez lui. Deuxième temps du développement de la sexualité humaine, la période de l'adolescence est un véritable analyseur privilégié du traumatisme sexuel, du fait d'après coup, de la levée du refoulement et du déni qui y survient. En somme

ma problématique concerne la façon dont l'expérience traumatique pourrait s'organiser autour d'une dynamique très spécifique relevant du processus adolescent, mais pas du traumatisme infantile en tant que processus normal du développement, et la part dynamique du traumatisme sexuel sur le fonctionnement psychique adolescent dans un environnement socio-culturel camerounais.

1.6-Esquisse de la question fondamentale

Ma question princeps à l'issue des analyses précédentes est la suivante: *Comment est-ce que les adolescents victimes de violences sexuelles réaménagent et réorganisent-ils leurs capacités psychiques pour faire face en même temps aux exigences psychiques internes (des sollicitations de la psyché à des changements fondamentaux de l'adolescence) et à la réalité externe (des sollicitations excessives consécutives à l'effraction traumatique sexuelle) dans un contexte socioculturel camerounais écrasé par le poids du tabou?* En d'autres termes, quel est l'impact du traumatisme sur le fonctionnement psychique de l'adolescent à une période du développement psychoaffectif agie par des remaniements propres à accompagner la maturation psychoaffective de l'adolescence et les sollicitations sexuelles de la réalité externe? Ce questionnement participe à la formulation d'une hypothèse générale dont l'opérationnalisation sera faite dans la partie méthodologique à l'issue du développement théorique sur le passage de l'enfance à l'adolescence, le traumatisme psychique et la dynamique des violences sexuelles.

CHAPITRE 2 : DE L'ENFANCE À L'ADOLESCENCE

Différencier l'enfance de l'adolescence n'est pas une chose aisée car dépendant des différentes périodes de l'histoire auxquelles je ne me référerai pas en profondeur au cours de la présente recherche, de peur de déplacer et de me tromper de cible. Cette difficulté définitionnelle impacte particulièrement la clinique de l'enfant et de l'adolescent et confronte les psychologues à la définition d'une norme de mesure des écarts psychopathologiques. En effet, la structure et les aménagements psychiques de l'enfant et de l'adolescent sont eux-mêmes instables au cours d'une période développementale psychoaffective en perpétuelle bouillonnement. Toutefois, en référence à l'étymologie latine "*infans*", "*qui ne parle pas*" l'enfant se définit comme un être humain qui ne parle pas bien, un être humain sans éloquence. Mais la notion de l'enfance va au-delà et se définit selon les contextes. En effet, l'environnement physique, culturel et socio-économique dicte la place et le rôle assignés à l'enfant tout en modulant sa définition. Au Cameroun par exemple, "*c'est une question complexe en raison du statut de l'enfant dans la société africaine et de sa libre circulation dans la famille*" (Ezembé, 2003, p.405). *L'enfant n'étant pas investi dans une relation duelle avec ses géniteurs comme un enfant-propriété, il est un enfant du groupe ou de la communauté. De ce fait, il doit obéissance aux adultes parce qu'il est élevé dans le sens de la soumission et de l'obéissance serviles. Les traditions africaines de "confiage", de don et d'abandon des enfants ajoutent à la confusion, car les parents ne se rendent pas toujours compte des dangers et des risques qu'ils font courir à leurs enfants en les faisant partir ou en les confiant à un tiers, fut-il un proche parent sans aucune garantie de contrôle*" (Mbassa, 2016).

Les divergences définitionnelles et les tranches d'âge de l'enfant s'observent entre pays occidentaux et africains. Dans certaines sociétés traditionnelles africaines par exemple, les personnes connaissent très peu ou ne connaissent pas du tout leur âge et leurs tranches d'âges car l'état civil n'est pas rigoureusement appliqué. L'intégration de l'individu dans la société se fait par des élargissements successifs ; rapports avec la mère, rapports avec le groupe familial, avec la société infantine, avec constitution des classes d'âge et de sexe, rapports avec la société des hommes faits, par l'initiation. "*L'enfant qui au cours de sa croissance est arrivé à intégrer les expériences suscitées par son contact avec le milieu social, se voit à son tour assimilé progressivement par la communauté aux différentes étapes de l'évolution de sa personnalité et doté d'une place dans l'ensemble*" (Erny, 1990, p. 36). Les sociétés occidentales sont beaucoup plus rigoureuses en matière d'état civil de l'enfant dont l'âge se clarifie dès la naissance. Cette confrontation entre société traditionnelle africaine et occidentale met au grand jour la difficulté à raconter l'enfance, à mettre l'enfance en forme narrative et à lui donner du sens en tant

qu'événement ou quelque chose de réel. Mais de manière générale, la petite enfance concerne la tranche d'âge comprise entre 0 et 6 ans tandis que la période de l'enfance concerne la tranche d'âge comprise entre 6 et 13 ans, avec une inclusion de la préadolescence localisée entre 8 et 13 ans. La période de l'enfance détermine les fondements de la constitution de l'identité de l'adulte (Freud, 1905).

Pour appréhender les enjeux des processus fondamentaux qui se dégagent du développement de la vie psychique de l'enfant et plus tard de l'adolescent, il est nécessaire de faire un feedback sur certaines théories du développement psychosexuel de l'enfant. Les psychologues analysent les différents aspects du développement affectif et intellectuel de l'enfant en tenant compte des phénomènes liés à la croissance physique et aux modifications émotionnelles, psychologiques et sociales qui s'y greffent. Les trois théories du développement de la personnalité les plus classiques concernent la théorie de la sexualité infantile de Sigmund Freud, la théorie du développement de l'intelligence chez l'enfant de Piaget et la théorie du développement de la personnalité de Wallon. Selon la théorie freudienne, même si l'affectif y occupe une place dominante, le développement psychologique repose sur le corps, qui est le support du fonctionnement mental. Contrairement à Freud, Piaget considère l'affectivité comme un sous-produit du cognitif, qui constitue l'ossature principale de sa théorie. La troisième théorisation du développement infantile de H. Wallon considère l'enfant dans sa globalité, en tenant compte en plus de l'aspect affectif du développement, de l'aspect social et de l'aspect cognitif. Ces trois aspects sont indissociables dans l'analyse développementale de l'enfant. Cependant, l'orientation du présent travail étant essentiellement psychodynamique, j'ai choisi de m'appuyer essentiellement sur la théorie freudienne du développement de la personnalité centrée sur la sexualité infantile. Ce choix se justifie par le fait que l'adolescent ne surgit pas ex-nihilo, il commence par être un enfant du fait de la petite enfance, avant de devenir adolescent. L'adolescence est une *“phase d'entre deux, conjuguant parfois maturité physique et immaturité sociale où on est tantôt enfant, tantôt adulte”* (Bolognini, 2002). Par ailleurs, il est connu que c'est Freud qui introduit de nouveaux concepts et élabore une nouvelle conception du psychisme humain par son approche topique, dynamique, économique et génétique. Je ne saurais donc parler du fonctionnement psychique des adolescents au cours des présents écrits sans me référer à la théorie freudienne de la sexualité car par sa démarche qui le conduit à élaborer la psychanalyse, *“il mit rapidement à profit ses observations non seulement pour la compréhension du domaine restreint de la psychopathologie, mais aussi pour éclaircir le fonctionnement psychique en général... Freud en arriva à dégager des mécanismes qui sont à la base de n'importe quelle structure psychique, et qui rendent compte à la fois des*

particularités de chaque individu et également de l'universalité qui le relie aux autres hommes“.(Jeanclaude, 2010, p. 113). De même, en plaçant la sexualité infantile au fondement de la psychanalyse, Freud n'a cessé de souligner que *“c'est de la sexualité infantile que découle la sexualité normale de l'adulte”* (Freud, 1913, p. 203) et j'ajouterai même tant dans ses formes normales que pathologiques. Sans toutefois en faire un enseignement de psychologie pour les débutants, revisiter les différents stades psychosexuels de l'enfant trouve donc son sens dans ce travail de recherche car, ils permettent de dégager l'importance et l'origine des pathologies futures de l'adulte dont l'adolescence est le passage obligé, et des mécanismes de fixation et de régression au cours des différentes formes d'organisation pulsionnelle qui déterminent l'évolution de la psychosexualité chez l'enfant. J'accepte ainsi de me mettre à dos tous ceux qui penseront que, aborder la sexualité infantile de manière basique dans un travail de recherche de niveau doctoral et plus est une hérésie, mais en me lisant profondément, ils en comprendront l'intérêt.

2.1- Sexualité infantile et stades psychosexuels de l'enfant

Pour comprendre ce qui se joue à l'adolescence, il me semble opportun de me référer à la psychanalyse qui a révolutionné le regard porté sur l'enfant et l'adolescent à la fin du XIXe siècle, en dévoilant l'existence d'une sexualité infantile et du complexe d'Œdipe. En effet, Freud a révolutionné la sexualité en montrant qu'elle trouve son origine dans la petite enfance et qu'elle constitue le socle d'une période de transformations décisives pour l'individu dans ses rapports à lui-même et aux autres. Pour y parvenir, Freud pense d'entrée de jeu que l'origine des déviations sexuelles remonte à la prime enfance et qu'elles concernent les troubles du développement psychosexuel, contrairement aux scientifiques de son époque pour qui, les déviations sexuelles étaient consécutives à la dégénérescence constitutionnelle. D'une part, il distingue la déviation sexuelle par rapport à l'objet sexuel, c'est-à-dire par rapport à la personne d'où dérive l'extraction sexuelle, et d'autre part, la déviation sexuelle fondée sur la notion de pulsion sexuelle et de zone érogène, qui concerne la déviation par rapport au but sexuel ou encore par rapport à l'acte auquel pousse la pulsion. Dans ce cas, il y a détachement de la pulsion sexuelle en différentes composantes appelées pulsions partielles dont la source d'excitation est une zone corporelle dite *“zone érogène”*. Le terme sexualité doit être pris ici dans son sens large (c'est-à-dire source de plaisir) tel que l'a développé Freud dans ses *Trois Essais sur la théorie sexuelle* (1905d). Comme Freud lui-même l'a indiqué *“ce que la psychanalyse appelle sexualité n'est aucunement identique à l'impulsion qui rapproche les sexes et tend à produire la volupté dans les parties génitales mais plutôt à ce qu'exprime le*

terme général et compréhensif d'Éros dans le Banquet de Platon“ (Freud, 1925b, p.130). En effet, s'appuyant sur l'hypothèse fondamentale que les pulsions sexuelles sont présentes chez l'enfant dès la naissance et se développent dépendamment des stades psychosexuels, la théorie psychanalytique de la sexualité freudienne est un défi ouvert aux préjugés en cours. Sans toutefois méconnaître les interrelations étroites entre le développement intellectuel et le développement psycho-affectif, S. Freud a surtout décrit le développement psycho-affectif de manière chronologique. Les différents stades s'enchaînent de manière progressive et chacune des problématiques successives inhérente à chaque stade (oral, anal, phallique) s'organisent de manière à cristalliser des points de fixation vers où convergeront les éventuelles régressions ultérieures.

L'enfant freudien est donc reconnu comme sujet avec sa sexualité, ses fantasmes, ses pulsions, sa séduction et ses conflits psychiques. Freud développe cette approche dans *Trois essais sur la théorie de la sexualité infantile* (Freud, S. (1905/1962) que je considère personnellement comme la charnière centrale de l'élaboration de la sexualité infantile, du fondement de la compréhension de la vie psychique et du fonctionnement infantile. Grâce à elle, les étapes de la genèse du développement psychosexuel humain semblent précisées et clarifiées. Selon Freud, la source des mouvements psychiques et de l'organisation de la psyché est pulsionnelle et régulée par la vie pulsionnelle à laquelle se greffe fondamentalement une énergie pulsionnelle sexuelle qu'il appelle "*libido*" (p.17). Il fait également un distinguo entre l'objet sexuel et le but sexuel. Le premier consistant à "*la personne qui exerce un attrait sexuel*" et le second à "*l'acte auquel pousse la pulsion*" (p. 18). Selon lui, la typologie fondamentale de la sexualité infantile se décline sous trois modalités : elle "*se développe en s'étayant sur une fonction physiologique essentielle à la vie, elle ne connaît pas encore d'objet sexuel, et son but est déterminé par l'activité d'une zone érogène*" (Freud, op.cit. p. 76). De cette analyse, il en ressort que la pulsion se bonifie d'un but sexuel et vise la satisfaction au moyen d'une zone érogène pour consentir à la réduction des tensions affiliées à cette zone érogène. Les zones corporelles dites "*érogènes*" sont la source des motions pulsionnelles qui rendent possible la satisfaction des pulsions d'autoconservation. Les pulsions étant encore partielles et peu liées entre elles, la vie sexuelle infantile est d'abord autoérotique, en d'autres termes, le propre corps de l'enfant en est l'objet de satisfaction. Puis progressivement, cette sexualité infantile s'organisera plus tard autour d'une sexualité adulte, avec pour but de soumettre les pulsions partielles à une zone érogène unique et de délocaliser l'objet sexuel hors du propre corps de l'enfant.

Freud distingue différents stades du développement de la sexualité infantile : le stade oral, le stade anal, le stade phallique, la période de latence et le stade génital. Dans chaque stade, le rattachement des pulsions sexuelles à des parties du corps définies comme étant des zones érogènes, s'accomplit sur un mode d'étayage. A cet effet, chaque zone du corps fournit aux pulsions une source, un objet et un but. A chacun des stades correspondent des pulsions partielles qui ne visent pas l'objet dans sa totalité, ni l'union génitale. Tout compte fait, le modèle freudien de la sexualité infantile suppose que chaque stade évolue selon une séquence chronologique bien définie et s'appuie sur le stade précédent.

Le stade oral va de 0 à 18 mois et connaît une accointance entre le but sexuel et l'incorporation de l'objet. La satisfaction du désir oral dépend de la stimulation de la zone érogène bucco labiale par laquelle le nourrisson entre en contact avec l'extérieur. Elle permet prioritairement la relation à "*l'autre maternel*", puis la relation à d'autres objets. Principale zone érogène, la zone bucco labiale permet également la découverte de la limite entre l'interne et l'externe. La tâche majeure du développement sera le sevrage. Un mauvais sevrage de l'enfant provoquera une fixation sur le stade oral et des répercussions tels que la boulimie, les attitudes sarcastiques, la domination des sentiments de dépendance et d'impuissance sur le comportement de l'individu à l'âge adulte.

Le stade anal ou sadique-anal va de 18 mois à 3 ans. C'est le deuxième stade du développement psychosexuel de la personnalité déterminé par Freud. Les muqueuses intestinales en constituent la zone érogène et l'enfant devient de plus en plus sensible à la zone anale. L'enfant rentre en conflit avec ses parents et amorce une construction de sa personnalité. Il connaît un plaisir patent à admirer ses excréments et à les considérer comme étant sales bien que faisant partie de lui. Il commence alors l'apprentissage de la propreté et s'affranchit des couches en contenant ses matières fécales. L'enfant manifeste des pulsions agressives (rétention des matières fécales) ou gratifiantes (défécation pour lui témoigner son attachement) envers sa mère. Apparaît alors chez lui un vocabulaire constitué de gros mots organisant un moyen transitionnel fondamental d'exutoire. L'enfant souille son vocabulaire pour contrôler sa propreté. Les transformations obscènes du langage constituent un processus psychologique nécessaire. La mauvaise gestion produit une fixation de l'adulte au stade anal avec des conséquences telles qu'une obsession maniaque de l'ordre, de la propreté, du langage et du détail en cas de surinvestissement à l'excès de la zone anale.

Le stade phallique ou complexe d'Œdipe chez le garçon et complexe d'Électra chez la fille va de 3 à 5 ans et intervient à la suite du stade anal. Classiquement décrit comme un attachement sexuel au parent de sexe opposé et un fantasme d'élimination du parent de même sexe (parent

rival), c'est un stade fondamentalement marqué par un conflit intrapsychique. Il est essentiellement caractérisé par la curiosité sexuelle de l'enfant consécutive à la découverte de la différence anatomique des deux sexes. Une curiosité qui se focalise autour du pénis dont l'interprétation est faite en termes d'absence ou de présence. On observe une organisation phallique de la pulsion sous le primat des zones génitales, qui vient déterminer l'existence de la phase dite génitale. Mais le pénis est conçu comme un organe porteur de puissance plutôt qu'un organe strictement génital. Ce stade est essentiellement marqué par des angoisses de castration voire de mutilation, à envisager ici comme une perte de cet objet fondamental qu'est le phallus pour l'enfant. C'est un stade plus narcissique qu'objectal car émaillé par la question d'avoir ou ne pas avoir un pénis. L'ensemble des interdits du complexe d'Œdipe déterminent la formation du Surmoi. Le garçon nie la castration et l'existence du sexe féminin et/ou établit une croyance selon laquelle la mère serait pourvue d'un pénis (mère phallique). Les angoisses de castration contribuent à la découverte de l'activité masturbatoire et des fantasmes incestueux. Freud parle de l'Œdipe positif, à côté duquel coexiste une forme inversée d'Œdipe dit négatif caractérisé par un attachement homosexuel du garçon à son père. C'est-ce que Freud nomme bisexualité psychique pour désigner une coexistence entre Œdipe positif et Œdipe négatif chez tout individu. En somme, l'Œdipe se résume chez le garçon par la découverte de l'activité génitale à travers l'activité masturbatoire, le désir de tuer son père et se soumettre passivement à la domination sexuelle et enfin, l'acquiescement du renoncement à sa mère pour se dispenser de la castration. Chez la petite fille, le fantasme d'un pénis façonne l'imagination que le clitoris poussera ultérieurement. Elle développe des jeux brutaux et des comportements de *"garçon manqué"* : On parle *"d'ambition phallique"*. L'attachement primaire pour sa mère est décuplé par l'avidité incestueuse pour son père. Elle est donc confrontée à un double interdit à la fois paternel et maternel. En somme, le conflit Œdipien chez la fille se résume par trois étapes. La première concerne son illusion d'être un garçon ; ensuite le préjudice de découvrir sa castration consécutive à la non-possession d'un pénis, enfin la dette symbolique envers le père de n'avoir pas castré le garçon du phallus. Le complexe d'Œdipe est une crise qui contribue au développement psychique du surmoi de l'enfant. Par l'Œdipe, l'enfant apprend à ne pas chercher à avoir tout l'amour des parents, ni de ne rien avoir, mais de se situer dans l'entre deux. L'enfant apprend également à ne pas détruire le rival, mais à le séduire et à devenir également son objet d'amour. Dans la suite de mes développements, en l'occurrence dans la partie réservée au passage de la position schizo-paranoïde à la position dépressive, puis à la résolution du complexe d'Œdipe, je me réserverai un temps d'arrêt particulier à ces concepts dont l'importance n'est plus à démontrer.

À l'issue de cette phase développementale assez bouillonnante, se développe une certaine accalmie pulsionnelle au cours de laquelle, les tendances sexuelles sont refoulées et les pulsions sexuelles sublimées pour tendre vers de nouveaux buts socioculturels et éducatifs. La période de latence, puisqu'il s'agit d'elle, est consécutive à la résolution du complexe d'Œdipe. Les tendances sexuelles sont donc contenues et bridées par des mouvements de formation réactionnelle et de sublimation. Les relations d'objet et les sentiments d'amour sont désexualisés et les sentiments intermédiaires tels la tendresse, la pudeur, la culpabilité et l'orientation sublimés vers des valeurs morales et artistiques qui affleurent. Les expressions pulsionnelles agressives et sexuelles deviennent socialement acceptables. Il y a identification au parent de même sexe et déplacement de la libido vers ses amis ou des êtres symboliques à l'instar de ceux des héros des bandes dessinées, indépendamment de la triade parents-enfant. La théorie psychanalytique stipule que l'amnésie infantile, témoin de l'intensification du refoulement, commence lors de la période de latence. En somme, pendant la période de latence, il y a mise en suspens de l'activité pulsionnelle et un notable réaménagement des conflits, des processus défensifs et de la relation d'objet. Enfin, apparaît donc la période pubertaire ou génitale qui ouvre un accès à une sexualité qui ne porte plus sur une sexualité autoérotique, mais sur un objet extérieur. La zone génitale devient une zone érogène à part entière et une zone d'approfondissement du désir tout autant que d'autres zones érogènes précédemment décrites. Mais la sexualité ne se mettra définitivement en place qu'à la deuxième poussée à l'adolescence. La pulsion sexuelle se déplace donc et se met entièrement au service de la reproduction. Les changements psychiques et physiques inhérents à l'adolescence s'accompagnent de la réorganisation, modification et la réactivation pulsionnelle liées à la puberté et enfin, à la sexualisation des rapports aux autres. La sexualisation n'épargne pas les liens familiaux, obligeant de ce fait l'adolescent à prendre de la distance avec ses objets infantiles : *“Ce dont il a le plus besoin est-ce qui le menace le plus”* (Jeammet, 2007 ; p. 74). En effet, avoir un corps sexué provoque des mutations psychiques très importantes, dans le sens où le corps devient le représentant de la pulsion sexuelle et de l'Œdipe. L'explosion libidinale accompagne cette phase et les pulsions partielles convergent sous le primat de la pulsion génitale. Selon A. Freud, *“la puberté peut se rapprocher des poussées psychotiques du fait de l'adoption des attitudes de défenses primitives”* (A. Freud, 1958, p.18)

En sommes, dans l'ouvrage freudien référencé plus haut, tout en développant les différents stades psychosexuels, il analyse, précise et clarifie le lien entre la libido, qu'il définit comme *“force quantitativement variable permettant de mesurer les processus et les transpositions dans le domaine de l'excitation sexuelle”* (p.126) et les transformations adolescentes au cours de la

période pubertaire dont l'impact traumatique des violences sexuelles est analysé dans ce travail de recherche. La libido est donc quantitative et qualitative, car "*libido narcissique*" au départ, elle se transforme et se dynamise en "*libido d'objet*" (p.126) lorsque l'adolescent investira et cernera des objets sexuels dans son environnement. La position dépressive et le complexe d'œdipe sont deux principaux organisateurs processuels du psychisme qui ne correspondent ni à des moments datables, ni à des stades correspondant à des âges précis. Ce sont des processus dynamiques qui s'élaborent en interaction avec l'entourage.

À l'issue de l'analyse des différents stades psychosexuels déterminés par Freud, il me semble opportun de consacrer quelques lignes spécifiques à la position schizo-paranoïde, à la position dépressive et à la résolution du complexe d'Œdipe. Affleurant dans les tout premiers stades de la maturation infantile, ce sont des organisateurs qui réapparaissent plus tard tout au long du développement. Ils participent fondamentalement à la période de maturation du Moi et à la construction de l'assise de la relation objectale en établissant le processus de séparation-individuation.

2.2-Position schizo-paranoïde, position dépressive et résolution du complexe d'Œdipe

J'espère ne pas me tromper en pensant que les concepts de position schizo-paranoïde et position dépressive permettent nécessairement de comprendre le déroulement de toute la vie ou du cycle de la vie, même si prétendre les analyser de manière exhaustive dans une thèse implique de négliger beaucoup d'aspects importants et pourrait donc s'avérer être un projet trop ambitieux. Faute de pouvoir le faire, je me contenterai donc de rendre compte de certains éléments qui m'ont semblés importants pour comprendre la croissance et les crises de développement allant de la petite enfance à l'adolescence. Aspect très important de cette recherche, je commencerai donc dans un premier temps, par analyser le concept de la position schizo-paranoïde, et dans un second temps celui de la position dépressive. Je terminerai enfin par l'accès à la conflictualité Œdipienne et sa résolution.

2.2.1-La position schizo-paranoïde

D'abord appelée *stade persécutif*, puis *état paranoïde rudimentaire* et enfin position paranoïde-schizoïde ou encore position paranoïde, la position schizo-paranoïde est un concept psychanalytique de Mélanie Klein utilisé pour décrire le fonctionnement psychique du nourrisson, qui pourrait avoir un retentissement à l'âge adulte. Il s'agit en particulier du schizophrène ou du paranoïaque. Cette position prime la première enfance au cours de laquelle la perception des objets par le bébé est partielle, tout comme la relation qu'il entretient avec les

objets. Le sentiment de toute puissance anime le bébé qui n'a pas encore conscience d'être séparé de l'objet maternel. Par un mécanisme de clivage, ses frustrations sont associées à un mauvais objet, tandis que ses satisfactions et ses bonnes expériences sont introjectés à un bon objet, qu'il idéalise en même temps pour se rassurer et se protéger de sa propre violence. En parlant de relation d'objet, il faut comprendre l'objet pulsionnel dans le sens de Mélanie Klein, c'est-à-dire qui ne désigne pas forcément un objet, mais est bien plus une caractéristique de la pulsion et par conséquent bien plus large que l'objet. Cela dit en passant, le terme paranoïde se rapproche aussi bien de la paranoïa que de la schizophrénie paranoïde. D'ailleurs, la position paranoïde et l'identification projective pathologique sont des points de fixation dans la psychose, tandis que l'aboutissement de la position schizo-paranoïde participe à la position dépressive. C'est ce que développe Roussillon lorsqu'il affirme que, le processus qui débouche sur la constitution de la position dépressive *“passe par la différenciation soi/objet, le deuil de l'objet primaire en double narcissique et la constitution de l'objet total rassemblant des aspects bon et mauvais”* (Roussillon, 2018 ; p.).

2.2.2-La position dépressive

Le concept de *“position dépressive”*¹¹ fut introduit en psychanalyse par Mélanie Klein qui s'inspira des travaux de S. Freud (1905/2011) et de K. Abraham (1924) sur la mélancolie. Pour appréhender la nec plus ultra de ce concept, je vais préalablement analyser la notion de *position* à laquelle M. Klein a spécifiquement recouru pour désigner *“une constellation psychique cohérente regroupant les angoisses, les mécanismes de défense qui s'y rapportent et la relation d'objet qui en résulte. (Ce sont des) manifestations d'attitudes fondamentales envers les objets, et se réfèrent tant à des phases de développement qu'à des fixations d'objet ou à des organisations de contextes psychopathologiques”* (Roussillon, 2018 ; p.180). De nature essentiellement défensives, ces organisations affleurent dans les tout premiers stades de la maturation infantile et réapparaissent plus tard tout au long du développement. Roussillon a également introduit ce concept en parlant de *“position psychique”* qui rassemble les points de vue ontogénétique et psychopathologique.

Le concept de *position dépressive* est un marqueur important du développement psychoaffectif du bébé. Il participe fondamentalement à la période de maturation du Moi et construit l'assise de la relation objectale, par l'établissement du processus de séparation-individuation. En d'autres termes, la position dépressive occupe une fonction centrale dans la

¹¹ Concept psychanalytique introduit en 1968 par Mélanie Klein

prédiction psychique et contribue à la constitution de la vie psychique infantile. Elle est l'aboutissement de la position schizo-paranoïde (Klein, 1960). C'est donc par la position dépressive que le bébé accèdera à un objet "total". C'est ce qui lui permettra de percevoir sa mère et les personnes de son entourage comme des objets totaux et séparés, aboutissant ainsi à l'individuation et la différenciation progressive avec son environnement. On parlera donc de la différenciation entre la réalité externe et la réalité interne. Par ailleurs, l'aboutissement de la position dépressive ouvrira la voie à sa capacité d'allier des sentiments opposés chez un même objet et d'échapper au mécanisme de clivage. Le bébé comprendra qu'un même objet peut en même temps fonder de bonnes et de mauvaises expériences. C'est ce que M. Klein appelle "l'ambivalence". Par ailleurs, une angoisse bien spécifique de perte et/ou de destruction de l'objet aimé, du fait des propres mouvements destructeurs de haine du bébé émergera chez lui, aboutissant à une culpabilité archaïque par laquelle il essayera par sa propre agressivité, de réparer l'objet attaqué. L'introjection de l'objet de façon stable et l'éprouvé du sentiment de sécurité dudit objet dispensera le bébé de la position dépressive et ouvrira la voie à la tolérance d'une absence objectale. L'absence de l'objet n'est plus rattachée à un événement destructeur. *"La position dépressive est donc liée à l'expérience de la perte, du manque. Elle est atteinte lorsque cette expérience provoque des sentiments de culpabilité, d'amour (ambivalent) pour l'objet et mobilise des désirs de réparation"* (Roussillon, 2007 ; p. 306). C'est également par l'accès stable à la position dépressive que la continuité narcissique s'établit chez l'humain. Comme développé plus haut, la qualité des expériences positives vécues avec le monde extérieur dans les relations précoces de l'enfant consolide ses objets internes, dont la stabilité participe à la construction des assises qui soutiennent le vécu difficile futur des expériences de la vie du sujet. C'est par l'élaboration de la position dépressive que le Moi du sujet intègre l'angoisse dépressive et tolère le vécu de la perte d'objet. En cas d'instabilité des objets internes du sujet, l'expérience d'une perte réelle d'objet participera à une déstructuration du sujet, faute d'objets internes qui puissent supporter la douleur consécutive à la perte. Par conséquent, la défaillance de l'accès ou l'absence d'accès stable à la position dépressive pourrait non seulement aboutir à des relations de dépendance/anaclitique, mais également à une organisation psychique de type psychotique qui puisse cependant cohabiter avec des modalités de fonctionnement œdipien. Elle résulte de l'échec de la différenciation première sujet/objet "le détruit/trouvé" (Roussillon et al., 2018, p. 61) et témoigne de la plasticité psychique. Ce concept introduit par M. Klein est donc particulièrement important dans le cadre du présent travail, car permet de saisir les enjeux narcissiques et objectaux des adolescents engagés dans les violences sexuelles.

Concept également élargi au fonctionnement familial par Roman (1999) pour édifier l'analyse des agirs sexuels violents à l'adolescence, la position dépressive est fondamentale dans l'évolution psychique d'un individu. En effet, la qualité des relations que le sujet organisera avec son environnement dépendra de la qualité des assises de la position dépressive. Dès lors, la nécessité de comprendre ce concept dans le cadre de ce travail ne fait aucun doute car il permet d'opérationnaliser les enjeux narcissiques et objectaux des adolescents engagés dans les agirs sexuels violents. En d'autres termes, l'analyse de ce concept me semble donc particulièrement important dans le cadre de ce travail de recherche car il me permet de saisir la dimension des enjeux narcissiques et objectaux des adolescents engagés dans des agirs sexuels violents.

L'intérêt d'analyser les deux concepts est qu'ils permettent de comprendre les problématiques très précoces dans l'analyse du début des activités mentales de l'enfant et plus tard de l'adolescent. Par ailleurs, tout en édifiant sur la question de l'origine précoce de la paranoïa et la psychose, avec l'accès à la conflictualité œdipienne, ils participent également à la compréhension de l'édification du Moi de l'enfance à l'âge adulte. Plus loin, ils nous permettent de cerner les enjeux narcissiques et objectaux des adolescents engagés dans les agirs sexuels violents.

2.2.3- Œdipe et enjeux identitaires

Les connaissances qui s'appuient sur les modèles des stades de développement libidinal, narcissiques et objectaux (homo et hétérosexuel), prégénitaux et génitaux (oral, anal, phallique, œdipien) envisagent en général la psychopathologie comme résultant de fixations et de régressions à ces divers stades ou à certains de leurs sous-stades. Cependant, d'autres connaissances s'appuient sur le point de vue structural développé en France (Bergeret et al., 1972 ; Bergeret, 1985). De manière générale, ces dernières envisagent que les personnalités et les psychopathologies sont organisées autour de deux structures : la structure psychotique et la structure névrotique. Tout tableau psychopathologique qui s'écarte de ces deux structures est considéré comme des aménagements et des catégories d'organisations intermédiaires. René Roussillon a le mérite d'avoir donné une hypotypose rénovée du développement psychique qui résulte de ces deux approches. En effet, il en éclaire les typologies sous forme *“d'organisations pulsionnelles qui président le développement de la subjectivation en conformité avec l'évolution de la pensée de Freud”* (Roussillon, 2014, p.48). Pour dire en d'autres termes que les expériences s'intériorisent, se subjectivent pour chacune de ces organisations à partir d'une oscillation de la psyché.

Le complexe d'œdipe est défini comme *“l'ensemble de sentiments que porte l'enfant à ses parents, reconnus comme distincts l'un de l'autre et faisant l'objet de sentiments opposés : attachement tendre pour l'un et sentiments hostiles pour l'autre”* (Emmanuelli, 2016 ; p. 31). Bien que réactualisée lors du passage adolescent, la crise œdipienne concerne la tranche d'âge comprise entre 3 et 5 ans et constitue un moment fondamental du développement psychoaffectif. L'angoisse de castration-pénétration en est prévalent ; le refoulement et les effets du retour du refoulé organisent les défenses. En effet, aux risques de me répéter, la crise œdipienne contribue à la structuration des échanges au sein du groupe familial et à l'organisation des repères identitaires-identificatoires de l'enfant, qui doit pouvoir se positionner face à la différence des sexes et des générations. De ce fait, la crise Œdipienne structure la différence des sexes et des générations qui à son tour, constitue l'assise de la constitution identitaire de l'humain. Grâce aux limites imposées par le couple parental face aux désirs œdipiens de l'enfant, la loi interdictrice apportée par le tiers se structure suffisamment et participe au renoncement de la satisfaction immédiate des désirs. Si cependant l'œdipe n'est pas structurant, l'enfant intègre alors une absence ou une inexistence des limites à ses désirs. Il ne prendra jamais conscience de la différence des sexes et des générations, ce qui serait une menace de confusion et de désorganisation de la famille. On comprend donc que l'héritage de l'œdipe soit l'apparition d'un *“Surmoi”* (Racamier, 2010) avec ses fonctions à la fois interdictrices et protectrices et le pare-excitation joué par la famille, participant à l'intériorisation de la fonction *“autorégulatrice”* du Surmoi de l'enfant. Ce qui vient concorder avec cette analyse qui dit que *“la crise œdipienne se traite dans la capacité du sujet à se représenter ce qu'il ne peut effectivement pas effectuer en acte. L'enfant doit seulement renoncer à certaines formes de réalisation du désir, et non pas à tous ses désirs”* (Roussillon, 2007 ; p. 170). En d'autres termes, en tant que réalisation de l'œdipe, le processus de sublimation mis en jeu par l'enfant participe à la formation du *“Surmoi post-œdipien”* (Roussillon, 2007 ; p.11), compris comme une entité permettant la différenciation des modes de réalisation des désirs. L'Œdipe est de nature un désir incestueux par lequel s'alimentent tous les fantasmes. En intériorisant les interdits parentaux, le renoncement complet aux désirs incestueux de l'enfant s'accomplit et par l'interdit de l'inceste, l'enfant maîtrise ses désirs et intègre la différence des générations. C'est ce processus qui constituera durant toute la vie ce que Freud (1987 ; p. 69) appelle *“une barrière contre l'inceste”* renforcée par les inhibitions et autres interdits moraux. L'instauration de cette barrière est très importante pour la société, comme l'affirme Freud lorsqu'il écrit que *“ le respect de cette barrière est avant tout une exigence culturelle de la société qui doit se défendre contre l'absorption par la famille*

d'intérêts dont-elle à besoin pour établir des unités sociales plus élevées. " (Freud, Ibid, p. 69).

En somme, c'est dans cet ordre que l'interdit de l'inceste est instauré et le parcours du développement de l'enfant s'accomplit de manière harmonieuse et normale. Le déclin du complexe d'Œdipe annonce le début de la formation du Surmoi qui en est le légitime héritier.

Et si le complexe d'œdipe n'était jamais résolu même à l'âge adulte ?

J'ai questionné le destin de l'œdipe au regard du fonctionnement de certaines familles africaines. J'ai préalablement défini ce qu'est l'œdipe et ses désirs incestueux. Je n'y reviendrai donc pas ici. Mais l'observation du fonctionnement de certaines familles africaines m'interroge sur le destin de l'Œdipe à l'âge adulte. On remarque qu'à cet âge-là, l'un des parents, la mère ou le père, est invité à passer de longs séjours au domicile de son enfant, loin du partenaire conjugal. Par exemple, la mère passera plusieurs mois au domicile de son fils, laissant son époux seul au domicile conjugal. Ne serait-ce pas une manière inconsciente pour le garçon de vouloir continuer à posséder sa mère au détriment du père. N'est-ce pas le remaniement et la réactualisation de la crise d'Œdipienne avec ses désirs incestueux, fantasmes inconscients de posséder le parent de sexe opposé, la maman dans ce cas, et d'éliminer le parent rival de même sexe ? *"Maintenant que je suis jeune adulte, beau et riche, papa vieux, laid et généralement moins riche, je vais enfin garder ma mère pour moi"*. J'appellerai cela un *remaniement du complexe d'œdipe* consécutif aux spécificités du fonctionnement psychique et du développement psychoaffectif de l'enfant africain.

2.2.4-Fonctionnement du psychisme et développement psycho-affectif

Freud (1920) parle de *"réalité psychique"* pour mettre en exergue les phénomènes qui permettent de mieux percevoir le fonctionnement de cette entité. En tant que réalité psychique, le psychisme s'auto construit et aurait selon les sujets, une histoire qui serait celle de leur existence. À la base de cette réalité, il y a une énergie qui se libère, se déplace et s'investit : c'est la pulsion. Les pulsions ont leur origine dans le soma, et plus précisément dans une excitation corporelle qui n'est rien d'autre qu'un état de tension. La suppression de l'excitation qui est à leur origine ne peut être possible que grâce à son investissement sur un objet qui est le but de la pulsion. Il faut canaliser ces pulsions de manière à leur offrir le moyen de se décharger ou de s'investir car, lorsque la pulsion ne parvient pas à atteindre son but, elle peut par substitution s'investir sur d'autres objets provoquant ainsi des dysfonctionnements liés à une éventuelle déviation. On peut, à partir de ce qui précède dire que, le psychisme est le centre d'un grand

nombre de conflits, car s'il ne parvient pas à réguler cette énergie psychique, il signe son arrêt de mort mieux, son "*cesser d'exister*" (Freud, 1920).

Freud représente le psychisme selon les aspects économique, dynamique et topique : Le point de vue économique enseigne que, le psychisme est tout d'abord un milieu mouvementé, traversé par des masses d'énergie qui s'écoulent librement. Elles tendent à s'investir pleinement dans tous les objets qui permettent la satisfaction constitutive du désir : c'est la propension innée et absolue de l'organisme à assouvir ses besoins. Le point de vue dynamique spécifie que le psychisme comporte des forces (pulsions, tendances, besoins) qui se déplacent et rencontrent des résistances qui entravent fréquemment leur étayage ou leur investissement sur des objets. Ce sont des contres investissements liés à la secondarisation qui permettent au sujet de vivre en société tout en respectant les normes. Le point de vue topique révèle l'existence des territoires psychiques différents et plus ou moins indépendants les uns des autres chez le même individu. Ce sont les instances psychiques qui composent la première et la deuxième topique freudienne.

2.2.4.1-Première topique freudienne

Conçue entre 1900 et 1915 par Freud, la première topique révèle que l'appareil psychique comprend trois systèmes ou territoires psychiques différents plus ou moins indépendants les uns des autres chez le même individu. Chacun a sa propre fonction, son modèle de processus, son énergie d'investissement et ses périmètres représentatifs. Ce sont l'inconscient, le préconscient et le conscient. Chacun gère les mouvements progrédients et régrédients. Ces mouvements concernent surtout la mobilité des représentations et des représentants pulsionnels. Au milieu de ces sous-systèmes, s'inscrit la censure dont la fonction est de contrôler le passage de l'un à l'autre selon un ordre identique soit progrédient (Inconscient, Préconscient, Conscient), soit régrédient (Conscient, Préconscient, Inconscient). Le passage direct d'une représentation telle que du conscient à l'inconscient ni réciproquement de l'inconscient au conscient n'est pas possible. Je vais essayer de résumer les instances de la première topique Freudienne et leur contenu dans le tableau suivant :

Tableau 1 : les instances de la première topique et leur contenu

Inconscient (Ics)	Préconscient (Pcs)	Conscient (Cs)
-Phénomènes psychiques provisoirement ou inaccessibles à la communication	-Contenus momentanément latents	-Siège des processus de la pensée, du raisonnement et des souvenirs
-Contenus originaires -Contenus refoulés -Imagos infantiles	-Contenus intermédiaires -Représentations qu'on n'oublie pas facilement	-Contenu dont on se remémore sans difficultés et dont on est conscient.

À la suite de la première topique freudienne sur la constitution de l'appareil psychique en trois systèmes ou territoires psychiques différents et plus ou moins indépendants les uns des autres chez le même individu et ayant chacun sa propre fonction, son modèle de processus, son énergie d'investissement et ses périmètres représentatifs, Freud formulera une deuxième topique dont la quintessence suit.

2.2.4.2-Deuxième topique freudienne

Élaborée à partir de 1920 par Freud, la seconde topique freudienne comporte le *ça*, le *moi* et le *surmoi*, et est essentiellement axée sur la notion de représentants des traces mnésiques et sur la notion de conflit entre les différentes instances. A ces trois systèmes, Freud rajoutera plus tard l'*Idéal du moi*, très investi narcissiquement. En d'autres termes, l'Idéal du Moi garantit les intérêts narcissiques. Dans cette topique les 3 systèmes prioritairement déterminés (le Ça, le Moi et le Surmoi) sont dépendants entre eux et comportent des conflits inter-systémiques et intrasystémiques. La dualité pulsionnelle créée par l'ambivalence à l'intérieur du c'est un conflit intrasystémique, alors que l'Œdipe est un conflit inter-systémique entre le Ça et le Surmoi.

Le *ça* représente l'état naturel de l'individu, tout ce qu'il apporte en naissant. C'est le siège des pulsions ou encore pôle pulsionnel qui garantit l'intérêt pulsionnel. Le *moi* c'est l'intérêt de la totalité de la personne, en plus de la raison et de son narcissisme. Il joue le rôle de régulateur et dispose du contrôle des mouvements volontaires. Il assure l'autoconservation et, en ce qui concerne le monde extérieur, il remplit sa tâche en apprenant à connaître les

excitations trop fortes (par la fuite), en s'accommodant (des excitations modérées) par l'adaptation et arrive à modifier le monde extérieur à son avantage. De ce fait, il garantit les intérêts extérieurs. Le *surmoi* enfin, est l'agent critique, l'intériorisation des interdits et des exigences, le représentant de la loi, de la norme sociale. Il garantit les intérêts de la totalité de la personne. Selon Freud (1920), lorsque le *moi* n'arrive pas à harmoniser le *ça* et le *surmoi*, il s'ensuit une série de désordres psychiques qui peuvent pousser l'individu à recourir aux violences sexuelles. Cela signifie donc que, si le *moi* n'arrive pas à mieux se développer, la résolution des conflits psychiques et des tensions peut connaître un échec à cause de l'inefficacité des mécanismes de défense. Dès lors, le *moi* se plie aux exigences du *ça* et pousse l'individu à agir sans tenir compte de la norme sociale incarnée par le *surmoi*.

Je récapitule les instances de la deuxième topique freudienne et leur contenu dans le tableau suivant :

Tableau 2 : récapitulatif de la deuxième topique freudienne

Le ça	Le moi	Le surmoi
<ul style="list-style-type: none"> - C'est le siège de toutes les pulsions sexuelles ; - Il ignore les jugements de valeur ; 	<ul style="list-style-type: none"> - C'est le régulateur des conflits psychiques ; - Il assure la stabilité et l'identité de la personne ; - Il contrôle le reste de l'appareil psychique ; 	<ul style="list-style-type: none"> - C'est la loi. - Il permet le respect des normes qui régissent la vie en société - Il joue le rôle de conscience morale et de censeur

2.2.4.3- Contenance psychique, Moi-peau et Enveloppes psychiques

Dans cette subdivision, il me semble opportun d'analyser les concepts de contenance psychique, de Moi-peau et d'enveloppes psychiques qui ont une forte interdépendance. Saisir leur qualité et leur dynamique, que ce soit dans le cadre des prises en charge psychologiques individuelles ou groupales des victimes de violences sexuelles que des patients psychotiques, concourt à la compréhension de l'ensemble des zones délimitantes, séparatrices et bordantes de l'appareil psychique individuel. Contenance psychique, Moi-peau et Enveloppes psychiques apportent quelques éléments de compréhension des mouvements psychiques à l'œuvre chez les adolescents engagés dans les agirs sexuels violents versus subis.

2.2.4.3.1-Contenance psychique

Le concept de contenance psychique individuel et familial a été développé au cours des écrits métapsychologiques de S. Freud (1923/1991) à partir des premières réflexions sur les limites entre le dedans et le dehors. Freud fait un distinguo entre perceptions sensorielles qui découlent de l'extérieur des sensations et sentiments internes. Par la suite, la pensée de Mélanie Klein inspire W.-R. Bion, 1962 ; D.-W. Winnicott, 1971 ; D. Houzel, 2000 ; qui travaillent sur la notion de contenance. Pour bien comprendre ce concept, il convient d'analyser celui de *fonction alpha* développé par W.-R. Bion.

Pour Bion (1962), l'objet contenant et la fonction contenant sont à l'origine du processus de symbolisation chez le nourrisson, qui en vit les premières expériences au cours des interactions précoces avec sa mère. Son vécu chaotique et confus l'invite à faire appel à un contenant qui va pouvoir accueillir et transformer ce vécu. À partir du contact lors des soins corporels et le langage, la mère transmet certains éléments consécutifs au travail psychique de transformation et d'interprétation du vécu du bébé. Ce mécanisme s'inscrit dans un processus développemental normal du bébé, dont le monde psychique est saturé par des éléments sensorimoteurs peu élaborés appelés éléments *bêtas*. Ces derniers sont très proches des pulsions et sont essentiellement des sensations brutes. L'expérience qu'en fait le bébé est une expérience limite car ni purement corporelle, ni purement psychique.

Constitué par la capacité de rêverie maternelle (*la fonction alpha*), l'objet maternel ouvre au bébé l'accès à la symbolisation. La capacité de symbolisation maternelle est utilisée pour interpréter tous les signaux sensorimoteurs présents chez le bébé et pour les transcrire en images et en mots. Par l'administration de soins corporels et du langage maternel, les éléments sensorimoteurs *bêtas* sont donc transformés en éléments *alphas*. La capacité de rêverie maternelle va contribuer à dégager l'enfant de son monde jusque-là uniquement sensorimoteur, pour accéder à un univers constitué d'images, de pensées et de mots. En définitive, grâce à la relation précoce mère-enfant, dans une dynamique dyadique d'appareil psychique et grâce à l'accompagnement par la parole et la métaphorisation, la mère "*détoxique*" (Ciccone, 2012, p.400) l'expérience de son enfant. On parle donc de la fonction contenance qui en plus d'ouvrir la voie à la symbolisation, s'élargit lors du développement de l'enfant dans la famille. Plus tard, on parlera de la "*contenance familiale*".

Grâce à sa pratique clinique avec les adolescents qu'il appelle "*adolescent en crise*" (p. 760) lorsque la famille échoue dans son rôle de contenance, P.-J. Benghozi (2007) pense que le contenant groupal familial est "*un maillage construit par le lien psychique, (...) uniquement par l'enchevêtrement du lien psychique de filiation et d'affiliation*" (p.758). Face aux

changements qui peuvent apparaître (le passage adolescent d'un membre de la famille en est illustratif), la famille recourt à la "résilience" (p. 758) par une activité de remaniement des liens de filiation et d'affiliation afin de sauvegarder son identité. Il parle de "résilience familiale" pour définir cette "capacité familiale de maillage des liens psychiques" (Benghozi, 2007 ; p. 769). La défaillance du lien familial ou encore le trou dans la contenance familiale que je nomme *contenance familiale criblée*, participe aux symptômes de l'adolescent en crise, dont la fonction est de tenter de combler ces trous. J'appellerai donc *alvéole psychique familiale*, cette cavité où viennent s'encaster le maillage des liens psychiques familiaux consécutifs aux changements, afin de sauvegarder l'identité familiale. Cela sera davantage développé dans mes écrits futurs.

2.2.4.3.2- Le Moi-peau

Le Moi-peau est un concept et le contenant d'une théorie psychanalytique développée à partir de 1973 par D. Anzieu, qui publia pour la première fois un article intitulé "*La peau : du plaisir à la pensée*" dans un ouvrage collectif sur l'attachement dirigé par R. Zazzo. Mais c'est particulièrement en 1985 qu'il l'exposa clairement dans son livre intitulé *Le Moi-peau*. La finalité des analyses y afférentes est contenue dans son testament intellectuel : *Le penser. Du Moi-peau au Moi pensant*, paru en 1994. Le Moi-peau est "une structure intermédiaire de l'appareil psychique : intermédiaire chronologiquement entre la mère et le tout-petit, intermédiaire structurellement entre l'inclusion mutuelle des psychismes dans l'organisation fusionnelle primitive et la différenciation des instances psychiques correspondant à la seconde topique freudienne" (Anzieu, 1995, p.26).

La théorisation du Moi-peau est consécutive aux observations cliniques faites par Anzieu en appui aux résultats des expériences éthologiques de H.F. Harlow. Ce dernier établit l'idée que la recherche du contact entre le petit et sa mère est un accordeur fondamental du développement affectif, cognitif et social indépendamment du don du repas et que les liens d'attachement institués dans le jeu de la peau à peau participent significativement à la sexualité du petit singe. D. Anzieu remarqua que la souffrance des patients limites était particulièrement liée aux vacillations des frontières entre le moi psychique et le moi corporel, le moi-réalité et le moi-idéal, par une spéciation des zones érogènes, les embrouillements entre les expériences gracieuses et douloureuses. Selon D. Anzieu, le Moi-peau est avant tout une métaphore fondée sur les identifications du Moi, une "structure virtuelle" (p.125) qui se manifeste au moment de la naissance du bébé et se constitue par la suite dans la relation du tout-petit avec sa mère. En d'autres termes, c'est une représentation corporelle, métaphorisée, qui prend une enveloppe

pour béquille afin d'organiser sa peau. Pour s'élaborer et se construire au départ, le Moi doit prendre appui sur des représentations corporelles très concrètes. Le Moi-peau constitue donc une interface entre le dedans et le dehors, qui circonscrit l'intérieur (le corps et l'appareil psychique) de l'extérieur (le monde et ses objets). Très archaïque et essentielle pour le psychisme, cette modalité de représentation s'inscrit dans la constitution du narcissisme. C'est donc *“une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps”* (Anzieu, 1985 ; p. 63)

Le mythe grec de Marysas tel qu'interprété par D. Anzieu est le fondement de la perception du Moi-peau en tant que métaphore, qui explique les fantasmes sur lesquels se constitue l'union symbiotique entre la mère et son bébé. Le fantasme d'une peau commune (p. 62) renvoie à une peau partagée par le bébé et sa mère et qui est une interface commune. La séparation est perçue comme une peau qui se déchire, ce que Anzieu appelle le fantasme de peau arrachée (p. 66). La rupture de la peau commune entre la mère et son bébé intervient lorsque ce dernier accède à l'autonomie.

D. Anzieu a défini au total neuf fonctions du Moi-peau pour mettre en évidence la relation entre l'organique et le psychique. Mais seules deux fonctions qui m'intéressent dans le cadre du présent travail feront l'objet d'analyse. Il s'agit notamment de la fonction de holding et de handling.

-Assurée par le *holding*, la *fonction de maintenance* est une notion développée par D.-W. Winnicott (1971), qui résulte de la capacité de la mère à assurer la tenue du bébé. Du fait des soins corporels et la nutrition du bébé, la mère supporte physiquement et psychiquement le bébé, participant de ce fait à la fortification de son Moi naissant. L'intériorisation du holding maternel contribue donc au développement de la fonction du maintien du bébé. De ce fait, le Moi-peau serait donc une arête dorsale qui tient le corps et la pensée.

-La *fonction de contenance* quant à elle, s'accomplit par l'intériorisation de *handling* maternel. Elle assure la liaison entre la fonction biologique et la fonction psychique comme l'explique Anzieu : *“De même que la peau enveloppe tout le corps, le Moi-peau vise à envelopper tout l'appareil psychique, prétention qui s'avère par la suite abusive mais qui est au début nécessaire. Le Moi-peau est alors figuré comme une écorce, le ça pulsionnel comme noyau, chacun des deux termes ayant besoin de l'autre. Le Moi-peau n'est contenant que s'il a des pulsions à contenir, à localiser dans des sources corporelles, plus tard à différencier”* (Anzieu, 1995, p. 124).

La défaillance ou l'excès du Moi-peau peut être à l'origine soit d'une angoisse d'excitation pulsionnelle diffuse, permanent, non localisable, non apaisable et éparse, soit une angoisse d'avoir une enveloppe discontinue et interrompue par des trous "*moi-peau passoire*". Le Moi-peau intervient donc fondamentalement au cours du développement psychoaffectif en participant au traitement des pulsions. Pour faire une liaison entre l'expérience corporelle et l'expérience dans la construction de l'appareil psychique, Anzieu aboutit à une modélisation dont je fais abstraction ici. Les autres fonctions assignées au Moi-peau sont la fonction de pare-excitation, la fonction d'individuation du soi, la fonction d'inter sensorialité, la fonction de soutien de l'excitation sexuelle, la fonction de recharge libidinale, la fonction d'inscription des traces sensorielles et la fonction négative de destruction et d'attaque des liens.

2.2.4.3.3-Enveloppes psychiques

L'enveloppe psychique est une conceptualisation de D. Anzieu en référence aux travaux de S. Freud, qui proposa pour la première fois dans ses écrits en 1920 le terme *enveloppe*. Elle comprend deux couches hétérogènes dans leur structure et leur fonction. La première est constituée d'une couche externe, périphérique orientée vers le monde extérieur qui fait barrage aux stimulations externes et préserve la réalité psychique. Elle s'appelle "*le pare-excitation*". Parfois, elle permet le passage d'une partie de l'excitation qui produit un plaisir ou une douleur, soit le pare excitation bloque la montée pulsionnelle interne (par la couche interne) au point de ne rendre aucune décharge possible que grâce à la présence et à la disponibilité de l'objet du désir. L'enveloppe psychique comporte donc une double face ou couche qui sépare et met en relation le monde intérieur et le monde extérieur. La couche externe est appelée *l'enveloppe d'excitation*, tandis que la couche interne se nomme *l'enveloppe de communication*. Cette double enveloppe apparaît lorsque se développe le Moi au sein de l'appareil psychique de l'enfant. (Il est important de différencier le plaisir d'excitation et le plaisir de la décharge.) L'enveloppe psychique est donc "*un feuillet interne, mince, souple et sensible aux signaux sensoriels, kinesthésiques qui apportent le bain sensoriel permettant le fonctionnement de la psyché, mais qui n'est pas sensible aux affects de plaisir et de déplaisir*" (Cupa, 2006, p.10). Elle ne consigne pas n'importe quoi et n'importe comment, mais tamise les sensations tout en permettant l'enregistrement des traces mnésiques.

Selon Doron (2000), l'enveloppe psychique forme les limites de l'appareil psychique et constitue l'interface entre le monde interne et le monde externe, mais aussi le support entre différents phénomènes de la psyché. C'est la capacité de l'enveloppe psychique à contenir les pulsions par un accès aux processus de symbolisation et de mise en représentation qui participe

à l'autonomisation de l'enfant. Pour D. Houzel, l'enveloppe psychique à une fonction de délimitation d'une triple frontière : *“une frontière avec l'espace interne des objets externes ; une frontière avec l'espace interne des objets internes ; une frontière avec l'espace avec l'objet perceptif”* (Houzel, 2000, p. 66). En d'autres termes, les différentes propriétés de l'enveloppe psychique contiennent et intègrent les différentes parties du Soi. Houzel dévoile également l'existence d'une structure commune aux membres d'une même famille, qu'il nomme *enveloppe familiale*. Elle participe à l'organisation des liens entre les générations dans la lignée familiale, contribue par le processus de différenciation à la constitution identitaire des enfants, définit l'interdépendance des rôles parentaux et garantit enfin le sentiment d'appartenance au sein du cercle familial. L'approche de A. Ciccone (2012) quant à elle, a permis de modéliser les concepts de contenance psychique, de Moi-peau et d'enveloppes psychiques en tant que processus indispensable pour la constitution du sentiment d'exister et de sécurité interne de l'enfant, consécutif à la représentation de *“parentalité interne”* (Ciccone, 2012 ; p. 415), elle-même consécutive à l'intériorisation d'un objet contenant et d'une enveloppe psychique. À ce titre, on comprend donc la place qu'occupe l'analyse des concepts de contenance psychique, de Moi-peau et d'enveloppes psychiques dans une approche clinique et projective des adolescents victimes de violences sexuelles.

2.3- Processus Adolescent

Pour analyser le processus adolescent, je commencerai par un détour historique afin de situer cette étape du développement au sein de la famille et déterminer ce qui la rend sollicitée et privilégiée pour la compréhension du fonctionnement de l'individu. J'analyserai par la suite, les propriétés fondamentales que sont la puberté, les processus narcissiques identitaires et objectal identificatoires qui participent à la compréhension de la dynamique adolescente au niveau intra psychique et au niveau extra psychique.

2.3.1-Détour historique :

L'intérêt des psychanalystes pour l'adolescence s'est véritablement aiguillé dans les années 1950 à travers certaines publications consacrées uniquement à cette étape du développement humain. P. Blos (1962) publie *Adolescence*, un essai psychanalytique consacré aux adolescents. En France, P. Mâle fonde la psychanalyse de l'adolescent sur laquelle, É. Kestemberg viendra développer l'idée que *“tout se prépare dans l'enfance, tout se noue au cours de la période de latence et se joue à l'adolescence”* (Kestemberg, 1980, p. 29). Mais bien avant cette période, l'approche psychanalytique de Freud sur l'adolescence développée dans *Trois Essais sur la*

théorie sexuelle (1905) est axée sur la puberté. S'inspirant des travaux de Sigmund Freud, Alfred Binet, Henri Wallon et Jean Piaget consacrent leurs travaux à l'étude des processus psychiques du passage de l'enfance à l'adolescence sous des points de vue divergents. L'adolescence devient peu à peu objet d'étude pour la psychanalyse dans les années 1920, grâce aux études de E. Jones, F. Bernfeld et A. Aichhorn.

Bien que contrastée et parfois excessive, la sollicitude portée de nos jours sur l'adolescence ne fait aucun doute. Elle occupe une fonction de modèle aussi bien pour l'enfant que pour l'adulte. Sa place et son rôle au sein de la famille sont questionnés. Plusieurs aspects de l'évolution sociale sont pris en compte pour comprendre son statut actuel. L'adolescence constitue un *“organisateur psychique”* fait de remaniements et de bombardements physiques et psychiques, qui engagent un nouveau mode de fonctionnement : Remaniement des conflits antérieurs dont l'aboutissement actuel est éventuellement favorable, embrasement pulsionnel astreint par la puberté, reprise du conflit œdipien, nécessité d'élaborer la problématique de séparation, remise en jeu de la position dépressive, tout cela précarisant les assises narcissiques. C'est sans doute ce qu'Emmanuelli développe lorsqu'elle postule que *“Ces remaniements introduisent à un mode nouveau de fonctionnement, par la reprise de conflits antérieurs qui trouvent ainsi l'occasion éventuelle d'une issue favorable. L'adolescent est confronté en effet, à partir de la flambée pulsionnelle imposée par la puberté, à la reprise du conflit œdipien, à la nécessité d'élaborer la problématique de séparation, qui remet en jeu la position dépressive, tout cela fragilisant ses assises narcissiques”* (Emmanuelli, 2016, p. 26). L'adolescence est donc un analyseur privilégié de la qualité ou de la fragilité du narcissisme et des modalités de la relation d'objet qui à leur tour dévoilent la dépendance ou l'autonomie. Ce qui fait écrire à Roman que l'adolescence est un *“ temps énigmatique au travers duquel se trouvent intriqués processus progrédients et régrédients, mouvements vers la vie et mouvements pris dans la mort”* (Roman, 2009, p.8). *“Ce temps psychotique qui infiltre l'adolescence”* (Chabert, 1990) constitue un *“analyseur privilégié de la vie psychique, et à les inscrire dans une discussion clinique, à laquelle les données issues de l'investissement dans la relation ne sont pas étrangères”* (Roman, op.cit.).

En définitive, les remaniements consécutifs à l'adolescence *“introduisent à un mode nouveau de fonctionnement, par la reprise de conflits antérieurs qui trouvent ainsi l'occasion éventuelle d'une issue favorable”* (Roman, ibidem). Ce qui vient reconforter l'idée déjà développée que l'adolescence est un analyseur privilégié de la qualité ou fragilité du narcissisme, des modalités de la relation d'objet autorisant l'autonomie ou dévoilant tout autrement la dépendance. De ce fait, le processus adolescent est important dans l'élaboration

du fonctionnement de la psyché. C'est ce qui fait l'intérêt pour la présente analyse des modalités de fonctionnement psychique de l'adolescence à l'épreuve des violences sexuelles subies.

2.3.2-Dynamique des aménagements Adolescentaires

Débutant à la puberté et se terminant vers 18 ou 20 ans, l'adolescence est la période de vie transitoire entre l'enfance et l'âge adulte, qui marque généralement le début de l'autonomie de l'individu. Le champ sémantique qui y est associé (puberté, jeunesse, adolescence) témoigne de la mise en jeu des facteurs physiologique, psychologique, culturel et social qui interagissent différemment en fonction des époques et des sociétés. L'adolescence constitue un temps péremptoire du développement humain et la crise d'adolescence le relai de modification nécessaire. En effet, la vie sexuelle gagne une forme décisive ouvrant la voie vers la sexualité adulte. D'ailleurs l'étymologie latine du mot *adolescence* "*adolescere*" signifie grandir. La puberté constitue le maillon essentiel des transformations physiques et psychiques qui conduisent la vie sexuelle infantile à la vie sexuelle adulte. C'est-ce qui fait dire à Freud que "*l'avènement de la puberté inaugure les transformations qui doivent mener la vie sexuelle infantile à sa forme normale définitive*" (Freud, 1905).

Sur le plan physiologique, la masse corporelle et la taille augmentent considérablement et promptement. Les muscles deviennent quantitativement plus importants tout comme le squelette et la masse osseuse ; la pilosité se développe également. Sur le plan psychique, la puberté ouvre la voie à une découverte de l'objet sexuel par une pulsion sexuelle qui était jusque-là autoérotique. Un nouveau but sexuel est révélé. Toutes les zones érogènes se soumettent au primat de la zone génitale avec une coopération des pulsions partielles. La puberté devient donc le carrefour de ce qui se joue entre le somatique et le psychique. La puberté bouleverse l'image inconsciente du corps construite dans l'enfance et remet en question les figures parentales. Un remaniement psychique inconscient se produit et aboutit à une redécouverte du corps en tant que source de jouissance (Lesourd, 2005). Ce remaniement psychique inconscient s'accompagne d'un travail de symbolisation. C'est-ce qui fait développer à P. Gutton (1991) le concept de *pubertaire* et de *scènes pubertaires*. Le premier renvoie à un travail de restructuration psychique et de symbolisation, qui contribue à l'élaboration des identifications à l'issue du pubertaire. Le second renvoie à un risque de retour aux fantasmes infantiles consécutifs à l'envahissement pulsionnel typique à la puberté. C'est-ce que Roman (2005) introduit par le concept de *traumatisme adolescent* pour dire qu'il y a une réactivation des fantasmes œdipiens infantiles meurtriers et incestueux à l'adolescence. Il y a envahissement des pulsions sexuelles et des pulsions destructrices chez l'adolescent. Ce qui fait

dire à Emmanuelli qu'elles sont *“violentes, surgissant brutalement, elles prennent le jeune sujet au dépourvu, procurant un éprouvé de passivité insupportable ; elles induisent un sentiment d'impuissance étrangeté qui peut être à l'origine d'un réaménagement créatif comme d'une catastrophe psychique”* (Emmanuelli, 2015). L'accès à la puberté rend possible la rencontre sexuelle et fait disparaître l'impossible réalisation des fantasmes œdipiens infantiles. L'adolescent assume ses fantasmes infantiles et peut les verbaliser *“Je voulais tuer mon père et épouser ma mère”*. La proximité avec le parent de sexe opposé provoque désormais la gêne et une protection féroce de la zone d'intimité par l'adolescent qui gagne en maturité physique et psychique.

Dans sa première conception, Freud (1985) dit que la puberté organise le temps de l'après-coup. Dans la suite de la pensée de Freud, Emmanuelli dit qu'au cours de la puberté, *“Une scène infantile (Freud considère alors qu'il s'agit d'une scène réelle de séduction), vécue initialement sans émoi, du fait de l'incapacité de la psyché à lui donner le sens sexuel qu'elle comporte, prend une signification traumatique lorsque la puberté permet de lui donner ce sens, au décours d'une expérience qui en réactive la trace mnésique”* (Emmanuelli, 2015, p.13). Certains des sujets rencontrés dans le cadre de la présente recherche sont des victimes de violences sexuelles subies à l'âge infantile et pourraient avoir initialement vécu cette scène sans émoi, du fait de l'incapacité de la psyché à donner sens. Ces scènes auraient pris une signification traumatique à la venue de la puberté, tant on sait que la puberté impose certains bouleversements sur le plan narcissique et objectal. Le processus adolescent qui s'accompagne de son corolaire la puberté, provoque donc d'importants changements qui impliquent de nouveaux défis à relever pouvant déstabiliser l'équilibre psychique. La dynamique des aménagements physiques et psychiques à l'adolescence pourrait donc prioritairement concerner le processus narcissique-identitaire et processus objectal identificatoire.

2.3.2.1-Processus narcissique-identitaire et objectal identificatoire

Dans son livre intitulé *“Pour introduire le narcissisme”*, Freud définit le narcissisme, dont il fait une donnée fondamentale et permanente de tout le fonctionnement psychique, comme un *“complément libidinal de l'égoïsme de l'instinct d'auto-conservation”* (Freud, 1914). Les aspects corporels du narcissisme s'inscrivent dans une conception plus large qui concerne le moi dans son ensemble. Le narcissisme occupe une place centrale à l'adolescence qui se caractérise par une métamorphose du corps et une prépondérance du spéculaire. En effet, j'ai précédemment relevé qu'avec l'avènement de la puberté, l'adolescence devient une période de construction identitaire (je dirai même de fragilisation identitaire) par interaction dialectique

entre l'identité personnelle que l'adolescent négocie, et l'identité sociale que l'adolescent bouscule par un rejet des bases identificatoires de l'enfance et la remise en question de l'ordre préétabli. Ce que Anna Freud appelle un *“ça relativement puissant qui s'oppose à un moi relativement faible”* (A. Freud, 1958). On observe également une quête identificatoire par laquelle l'adolescent recherche une image de lui-même susceptible de lui apporter une béquille narcissique et de trouver une identité différenciée de ceux qui l'ont connu. C'est-ce qui me permet également de penser que l'adolescence est un sujet-image ou un sujet d'images, caractérisée par la fascination des images, sa propre image en premier et celle des autres en deuxième.

Le processus narcissique-identitaire concerne donc la réorganisation de l'investissement de la représentation de soi, tandis que le processus objectal identificatoire concerne l'impact des représentations des relations. Les deux processus sont consécutifs aux remaniements imposés par les changements pubertaires à l'adolescence. C'est l'acte identificatoire qui soutient l'amour narcissique. C'est par le processus d'identification qu'est confirmé le vœu narcissique alors que le fantasme actualise l'amour objectal. On pourrait donc dire que dans le cas de choix d'objet narcissique la personne a été une partie du propre de soi, l'objet étant vécu au service de soi et le soi étant dans une dépendance réelle à l'objet. En me référant à la version d'Ovide de la fable, on s'aperçoit bien que Narcisse s'effondre lorsqu'il découvre que l'objet de son amour n'est que le reflet de lui-même. Cela peut donc signifier en d'autres termes que, c'est la perte de l'autre qui le fait dépérir car s'il avait été l'objet du narcissisme primaire, il se serait rassuré de voir sa propre image et n'aurait eu cure de l'autre. Le rêve de voir l'autre fait à son image s'est estompé faute de l'avoir trouvé, condamné par sa misère dépressive consécutive à une identification secondaire chimérique.

Au cours des processus narcissique-identitaire et objectal identificatoire il se produit une modification des relations avec les parents et un commencement du mouvement de séparation. Ce qui assure la transition entre l'enfance et l'âge adulte et permet l'autonomie de l'individu. Comme je l'ai souligné au début de mon propos, ce processus est consécutif aux multiples changements sur le plan biologique (la puberté et ses avatars), sur le plan psychique et sur le plan social. La place de l'adolescent au sein de la famille et du monde, le statut jusque-là attribué aux parents et aux tiers et la perception de son propre corps subissent des réorganisations radicales. L'administration de ces changements qui passent par une transformation de l'organisation économique, topique et dynamique de la psyché nécessite une mobilisation et remobilisation psychique profonde.

2.3.2.2-Remobilisation de l'image du corps et épreuve du miroir

L'importance d'aborder l'image du corps et l'épreuve du miroir au cours du processus adolescent n'est plus à démontrer, car les changements physiques et psychiques provoqués par la puberté occasionnent une réappropriation de l'image du corps par l'adolescent et un bouleversement de l'image inconsciente du corps constituée dans l'enfance.

L'image inconsciente du corps est un concept introduit en psychanalyse par F. Dolto (1984) pour mener une véritable réflexion psychanalytique sur le corps psychique et sur la place qu'il occupe au sein de l'économie psychosomatique de l'individu. Bien que différents et à ne pas confondre, l'image du corps et le schéma corporel sont deux représentations indissociables qui interagissent entre elles. *“Le schéma corporel est une réalité du fait...en partie inconscient, mais aussi préconscient et conscient, tandis que l'image du corps est éminemment inconsciente”* (Dolto, 1984, p. 22). Identique pour tous, le schéma corporel spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce et est directement associé aux caractéristiques biologiques. *“Le schéma corporel spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce quels que soient le lieu, l'époque et les conditions dans lesquels il vit (...) il réfère le corps actuel dans l'espace à l'expérience immédiate.”* (Dolto, 1984, p.23). Il serait donc une assise nécessaire à l'expression des processus psychiques subjectivés, pétris de vécus et de fantasmes personnels qui constituent l'image du corps. En revanche, l'image du corps est propre à chaque individu, éminemment inconsciente et associée à l'individu et à son histoire. Elle est organisée par l'articulation dynamique entre l'image de base, l'image fonctionnelle et l'image des zones érogènes qui se bâtissent et se remodelent tout au long du développement de l'enfant. La continuité dans l'espace et dans le temps, malgré les transformations qui se produisent dépendant de l'image de base. C'est grâce à elle que l'enfant prédéfinit son narcissisme et son sentiment d'exister. Elle s'élabore uniquement par une série de castrations. Deuxième qualité de l'image inconsciente du corps, l'image fonctionnelle quant à elle permet au sujet d'utiliser son corps de manière adaptée. À l'image fonctionnelle cohabite l'image érogène, un espace propice à l'expression de tensions pulsionnelles dans la relation à l'autre. Image de base, image fonctionnelle et image érogène organisent l'image dynamique, qui est le dégagement du désir orienté vers une quête d'objets externes.

Les questionnements sur le corps chez l'adolescent est énigmatique du fait des mutations corporelles du corps infantile en corps sexué adulte qui sont remaniées dans les nouveaux enjeux de la sexualité génitale. Ils reposent sur plusieurs interrogations : Comment l'adolescent se perçoit-il ? Que voit au juste l'adolescent dans le miroir et de quel miroir s'agit-il ? On peut dès lors parler du corps adolescent dans le miroir, c'est à dire de la manière dont l'adolescent

se confronte à son image spéculaire telle qu'elle s'est constituée au cours du stade du miroir et qui lui vient comme une béquille du moi, de la continuité du Je, face aux transformations importantes et brutales produites par le processus adolescent. Très connu pour l'intérêt que l'adolescent porte à son reflet dans le miroir, on peut se poser la question de savoir ce qui les y attire, quel regard y cherche-t-il et quelles sont les interrogations face à la fixation de ce miroir dont jadis il ne se posait et ne se souciait pas ? À mon humble avis, une certitude est que l'attrait pour le miroir à l'adolescence ne relève pas uniquement d'une question d'apparence qui convoque un regard prêté à l'autre et un coup d'œil critique de soi ou de l'autre. Au regard des transformations corporelles qui chamboulent l'apparence et les repères dans l'espace, je peux projeter que l'adolescent peine à continuer à se reconnaître dans son image et sur l'authenticité de sa personne. Il peine donc à relever le défi de voir son corps se transformer en restant lui-même, et de maintenir sa continuité subjective en vivant la discontinuité opérée en lui par les transformations/pubertaires de son corps. Le travail de la perte d'objet est un réel travail de deuil qui nécessite d'être achevé par l'enfant pour élaborer la position dépressive. Le maniement des expériences par la suite dépendent de la phase dépressive du 8^e mois.

2.3.2.3-Élaboration de la perte

La confrontation à la perte est très vive et cruciale à la fin de l'adolescence quand s'érigent les transformations narcissique-identitaire et objectal identificatoire et quand doit se terminer l'adolescence sans s'anéantir. Les modalités de traitement de la perte traduisent l'efficacité ou les défaillances des mécanismes de défense et de dégageant, du contrôle de la résonance intime et de l'agencement des relations face à la représentation de la perte et de l'effondrement. Il s'agit du décryptage des ressources psychiques requises pour sublimer, canaliser, contrôler l'angoisse de perte et la menace d'effondrement omniprésents chez les adolescents en général et chez ceux dont les attaques traumatiques n'ont pu être surmontées en particulier. L'angoisse de perte est consécutive à la perte d'un objet externe ou interne apprécié et idéalisé. Dans le cas d'un objet externe singulièrement investi, le détachement douloureux et angoissant de la libido est engagé pour permettre au moi de s'affranchir. En s'inspirant de la théorie freudienne, M. Klein développe l'idée que la problématique de la perte est inhérente à la phase dépressive du 8^e mois au cours de laquelle l'enfant vit sa première expérience dépressive lorsqu'il cesse d'être le premier objet d'amour de la mère. Alors, affleurent des objets internes bienveillants et sécurisants pour remédier au vécu douloureux de la perte d'objet externe intensément investi (la mère).

Le travail de la perte d'objet est un réel travail de deuil qui nécessite d'être achevé par l'enfant pour élaborer la position dépressive. Le maniement des expériences par la suite dépende de la phase dépressive du 8^e mois. Si dans un deuxième temps, le réinvestissement de la mère par l'enfant aboutit de façon satisfaisante, l'investissement dans des relations externes en cas de perte sera débrouillé, car l'enfant aura la capacité à substituer les objets externes perdus par les objets internes bons et sécurisants. Si cependant les objets internes ne sont pas solidement organisés, l'expérience de perte présente le risque d'aboutir à une déstructuration du sujet à cause de son incapacité à faire appel aux objets internes pour endurer la douleur relative à cette perte. Il est important d'analyser l'élaboration de la perte car l'adolescence correspond à la période de la vie où la perte est intense, spécifiquement à la fin de l'adolescence quand s'ébranlent les changements d'idéaux, d'identité, d'image de soi et de référents identificatoires, quand l'adolescent doit consentir à une fin d'adolescence sans anéantissement.

2.4-Adolescence et dynamique familiale

Le processus adolescent s'inscrit dans une dynamique psychosociale dont le premier élément est la famille. Par conséquent, il participe à la dynamique familiale qui constitue elle-même une entité directement impliquée dans le passage adolescent et en est le fondement du processus de réaménagement adolescent. L'adolescent s'évalue et se compare aux générations qui les précèdent au sein de la famille. Il accrédite son identité et se positionne par rapport aux adultes, avec et contre les adultes. Il expérimente s'il est aimé et écouté ou pas au sein de la famille et quelle place il y occupe. Comme je l'ai précédemment dit, les bombardements physiques et psychiques consécutifs à la survenue de l'adolescence ne vont pas sans conséquences dans tous les domaines : Les relations avec ses parents se modifient. Ayant déjà une vie sexuelle adulte définitive, l'adolescent que j'appelle également jeune adulte se distance de ses parents et s'oppose même à ces derniers pour se libérer de leur autorité. Il s'embarque dans de nouveaux attachements hors du milieu familial (ses amis par exemple). Ses humeurs et son comportement deviennent changeants. Il investit de nouveaux projets de vie qui participeront à son autonomie. Les parents qui constituaient sa principale figure identificatoire perdent progressivement leur statut prestigieux au profit des pairs. Les parents doivent donc réinitialiser leur place par rapport à eux-mêmes, à leurs descendants ou à leur conjoint pour répondre adéquatement aux tempêtes qu'apporte le processus adolescent dans la dynamique familiale. P. Roman (2005) développe le concept du *deuil de l'enfance* qui implique une réorganisation des relations familiales et des organisateurs inconscients. Il participe au traumatisme adolescent. L'adolescent fait le deuil des objets infantiles et bouscule ses parents

à renégocier leurs propres investissements infantiles. Que ce soit pour les parents que pour l'adolescent, la réactualisation des relations primaires occupe donc une place importante au sein de la dynamique familiale. En lien avec les registres préœdipiens, œdipiens, narcissiques, identitaires et identificatoires, elle participe à la compréhension des enjeux transgénérationnels au sein de la famille.

En référence au contexte socio-culturel camerounais, l'adolescence est souvent très peu ou pas considérée comme une période spécifique mais comme le passage direct du statut d'enfant à celui d'adulte. Les filles sont particulièrement considérées comme des femmes adultes *mariables* et parfois déjà réservées et/ou dotées depuis l'enfance par des adultes qui seront chargés de poursuivre leur éducation. De ce fait, comme je l'écrivais au chapitre premier relatif au contexte camerounais, la sexualité de l'adolescent ne doit se justifier que par la promesse ou la dote d'un futur conjoint au regard de l'importance que la société traditionnelle accorde au mariage et à la crainte du déshonneur. Au regard de tout cela, faudrait-il donner à l'adolescent des sociétés traditionnelles camerounaises, le même visage que l'adolescent des sociétés dites "*industrialisées*", ce visage du surdoué vivant dans un environnement stable, jonglant avec tablettes, Nintendo, téléphones portables et programmations d'ordinateurs ? Ou alors celui de l'enfant soldat dont la parodie de la violence habitue au spectacle des films d'action de guerre ? Ou enfin, celui d'adolescent déscolarisé, d'un avenir incertain et à la recherche de sa pitance journalière dont sa survie et celle de sa famille en dépendent ? L'adolescent peut être tout cela dans toutes les sociétés traditionnelles ou industrialisées, mais il lui faut sa propre place. Le fait des sociétés traditionnelles de conférer très tôt des responsabilités aux adolescents apparaît de ce fait comme une réponse qu'impose la survie. Par conséquent, parler de maltraitance serait partiellement castrer l'analyse d'objectivité. Dans le monde dit de la "*modernité*" dans lequel les impératifs de recherche de la pitance pour la survie se présentent avec moins d'acuité, le problème de responsabilisation des adolescents qualifié du "*travail et d'exploitation des enfants*" et de maltraitance sera moins ou pas présent. Les apports anthropologiques viennent donc nous montrer la relativité de l'adolescence et des aménagements sociaux qui l'encadrent. De la codification du passage de l'enfant au jeune adulte des adolescents par les sociétés traditionnelles, on peut relever une préparation de l'adolescent à prendre rapidement la place adulte dans la famille africaine.

J'ai précédemment promis de revenir sur un aspect consécutif aux variations du fonctionnement des familles africaines qui impacte forcément le développement psychoaffectif de l'enfant/adolescent africain. Les études y afférentes sont encore rares, tout comme les écrits et travaux concernant sa famille et son environnement. Pour des impératifs rédactionnels du

présent travail de recherche et pour éviter de m'éloigner de l'objet, je vais développer de manière économique un certain nombre d'aspects en relevant ce qui me semble généralement mal connu concernant les effets socioculturels du développement psychoaffectif de l'enfant/adolescent africain et de sa famille, en l'occurrence, le poids des déterminismes socioculturels traditionnels dans la construction de sa personnalité. C'est notamment l'aspect du pôle culturel qui, *“avec le somatique, borde le psychisme et le fonctionnement psychique, tant dans ses déclinaisons normales que pathologiques”* (Chagnon, 2020, p.7). En privilégiant la question de la culture, j'ai voulu interroger les relations entre l'individuel (l'enfant/adolescent africain) et le collectif (les effets de sa famille, de son environnement socioculturel) dans leur *continuité/discontinuité/transitionnalité et effets réciproques*. J'ai voulu évoquer le problème de l'authenticité et particularité de son développement dans sa famille, en tant que problème socioculturel majeur dans un monde moderne en changement. Une problématique apparaissant essentielle pour tout travail dans le champ de la santé mentale.

Il est nécessaire de développer de nouvelles études sur de tels sujets car ce sont des clichés hérités de la période coloniale qui restent des références éventuellement amalgamées aux approches navrantes concernant la famille africaine et le développement psychoaffectif de l'enfant africain. Dans cet ordre, *“certains écrits représentaient un véritable dévoiement de la pensée scientifique tel l'exemple cité par H. Bendahman (1959) concernant une approche pseudo psychanalytique de R. Laforgue qui, après un court séjour à Casablanca dans les années 50, décrivait la famille arabe de façon invraisemblable”* (Boucebci, 1993). Quand on connaît le rôle que jouent la famille et l'environnement socioculturel dans le développement psychoaffectif de l'enfant, on comprendra mon insistance à vouloir tourner d'emblée et définitivement le dos à cet orientalisme dangereux qui correspond de loin à la réalité. La démarche psychanalytique qui consiste à intégrer le transculturel dans l'univers et dégager le développement de l'enfant africain des études interculturelles dépassées est fondamentale, car la pratique psychanalytique implique une référence à l'environnement socioculturel où baigne l'enfant dès sa naissance, à l'instar du concept connu de *“niche environnementale”*. Il s'agit de la culture dont Winnicott relève l'apport substantiel à la structuration de la personnalité lorsqu'il la définit comme *“cette tradition dont on hérite, à condition d'avoir un lieu où situer ce que nous recevons”* (Winnicott, 1973). Pour dire en d'autres termes que, les contenants culturels sont organisateurs des investissements de la sexualité infantile en fonction d'une concession entre le Moi et l'Idéal du Moi. *“Venir au monde dans un milieu traditionnel au sein d'une famille étendue ou dans le monde moderne au sein d'une famille dite nucléaire ne structure pas la personnalité de la même façon”* (Bendahman, 1984). Dans la culture des familles africaines,

la prénance du moi collectif est la donnée capitale et la fonction majeure de la durée de la relation symbiotique dans un maternage “*confiage*” étroit (allaitement long allant jusqu’à 2 ans et pouvant être confié à d’autres femmes qui allaitent) ouvre précocement l’enfant au monde extérieur actif. C’est une précocité qui n’est forcément pas innée, “*elle est surtout exclusive aux groupes traditionnels et découle du rôle stimulant très positif des représentations que les adultes ont des compétences du tout petit*” (Bendahman, 1984, p.168). Ces représentations que les adultes ont des compétences du tout petit peuvent donc se traduire par l’attribution des travaux jugés “*inappropriés à son âge et maltraitant*” par des sociétés industrialisées. De ce fait, “*le fonctionnement psychique de l’enfant africain, c’est-à-dire ses conflits et ses identifications en regard de la différence des sexes et des générations, ses angoisses et ses mécanismes de défense peuvent être congruents avec l’environnement socioculturel.*” (Di, 2020). On peut donc se demander quel est l’impact de l’environnement socioculturel dans la mise en évidence du fonctionnement psychique et des troubles psychiques de l’enfant/adolescent africain ?

À l’issue de ces approches de vie adolescente groupale, je vais analyser les concepts d’appareil psychique groupal et alliances psychiques inconscientes, d’appareil psychique familiale et enveloppe généalogique familiale, et enfin, ceux d’inconscient familial et la position dépressive familiale pour déterminer leurs apports théoriques à la compréhension de la dynamique du fonctionnement psychique des adolescents engagés dans les violences sexuelles subies.

2.4.1-Appareil psychique groupal et les alliances psychiques inconscientes

De 1976 à 1993, R. Kaës développa une théorie psychanalytique de groupe centrée sur l’appareil psychique groupal et les alliances psychiques inconscientes. Il démontra qu’il y a une analogie entre l’appareil psychique individuel et groupal, et entre l’intrapyschique et l’intersubjectif. Cette théorie psychanalytique participe significativement à la compréhension de la dynamique et du fonctionnement familial. Pour le faire, Kaës introduit le concept d’“*appareil psychique groupal*” consécutif à la “*groupalité psychique*” (Kaës, 1979, p. 189) pour témoigner qu’un groupe ne saurait uniquement se condenser à la somme des psychés qui le constitue, mais comporte un fonctionnement propre et particulier. À l’instar de l’appareil psychique individuel, l’appareil psychique groupal remplit des fonctions particulières telles que la circulation des fantasmes et des imago inconscientes au sein du groupe. L’appareil psychique groupal lie et transforme la réalité psychique des individus et participe à la différenciation et à l’autonomisation des psychés individuelles par les identifications qu’il met en œuvre. Contenue

dans l'appareil psychique groupal, la psyché groupale résulterait d'une combinaison et articulation des psychés individuelles. Selon Kaës, deux voies de réalisation en tension particularisent l'appareil psychique groupal : la première résulte d'une dénégalion entre l'appareil psychique groupal et l'appareil psychique individuel. Cette voie de réalisation se nomme la voie "*isomorphe*" (Kaës, 1979 ; p. 191). La seconde voie renvoie à une double forme de différenciation dont l'une comprend les appareils psychiques individuels de chaque membre, tandis que l'autre renvoie à la différence entre l'appareil psychique individuel et l'appareil psychique groupal. Cette deuxième voie de réalisation est appelée "*homomorphe*" (Kaës, 1979 ; p. 192).

La nouvelle théorisation d'appareil psychique groupal participe à une compréhension originale des alliances psychiques individuelles au sein du groupe et donne un éclairage de la liaison entre psyché individuelle et dynamique groupale, spécialement sur la contenance des investissements du groupe familial par la psyché individuelle. Kaës en propose une conceptualisation et développe la question des "*alliances inconscientes*" (Kaës, 2009). Ce sont des processus centraux de l'intersubjectivité et des formations psychiques communes à plusieurs sujets dans lesquelles le sujet se construit et dont il est une partie constituante et partie constituée. C'est l'une des dimensions qui constituent la réalité psychique du lien. Elles sont le fondement des mécanismes du groupe qui opèrent le refoulement, le déni ou le rejet de tout élément qui se mettrait potentiellement en travers du lien groupal. Elles sont également le support pour les mécanismes individuels de rejet, de refoulement et de déni, nécessaire au bon fonctionnement d'un groupe. Kaës résume lui-même les alliances inconscientes en affirmant que "*Les alliances inconscientes sont des formations psychiques majeures de toute configuration de liens, des groupes, des couples, des familles et des institutions. Elles sont la matière première et la réalité psychique de tout lien*" (Kaës, 2015, p. 38).

Il en distingue différents modèles allant des alliances structurantes aux alliances pathologiques pour le groupe. Il nous semble donc important d'étudier l'appareil psychique groupal et les alliances inconscientes car ils fondent la réalité psychique du lien et de lien de l'adolescent d'une part et comptent parmi les processus et formation précoce de la socialisation. Ils déterminent le fonctionnement groupal familial et favorisent l'établissement des liens extra-familiaux dans les multiples groupes sociaux formels et informels.

2.4.2- Appareil psychique familial et enveloppe généalogique familiale

Le concept d'appareil psychique familial est une extension théorique de celui d'appareil psychique groupal développé par A. Ruffiot entre 1981 et 1983. C'est une pensée individuelle constituée à partir de la pensée groupale pour laquelle elle se rend toujours disponible. *“Elle est, chez l'individu, cette part extraterritoriale du Moi toujours disponible pour les vécus groupaux”* (Ruffiot, 1981, p. 21). En d'autres termes, n'étant pas encore gravé dans un Moi corporel, l'appareil psychique familial prendrait appui sur la réalité d'une psyché pure particularisée par la non-individuation et l'indifférenciation. Il favorise l'émergence du lien familial inconscient car *“Le groupe primaire qu'est la famille a son germe dans cette psyché pure”* (Ruffiot, 1981, p.12). La groupalité familiale s'étayerait donc essentiellement sur une psyché non corporalisée qu'est le Moi-psychique primaire de l'enfant. Par la procédure de parentalité, l'eucharistie psychique des appareils psychiques paternel et maternel s'opèrent avec celui de leur enfant. Tout comme le fonctionnement psychique individuel, l'appareil psychique familial présente les caractères de l'activité onirique, dominée par les processus primaires appelés fantasmatique familiale inconsciente ou *“rêve amoureux”*. C'est le socle sur lequel s'appuient et se consolident les appareils psychiques individuels.

L'appareil psychique familial est donc *“un espace intermédiaire, ternaire et médiateur, ayant les caractéristiques d'un espace transitionnel, entre la réalité psychique interne et la réalité sociale externe”* (Ruffiot, 1983, p. 137). Il se construit *“dans cette zone psychique obscure et indifférenciée des différents membres du groupe familial”* (Ruffiot, 1983, p.55). Le processus d'individuation se bâtit dans un moule psychique dont l'essence et le moteur sont l'appareil psychique familial. Méta-cadre contenant chacune des psychés individuelles et appareil de symbolisation des éprouvés individuels, l'appareil psychique familial nourrit, encadre ou alors gêne l'avancement du processus d'individuation. Il garantit une fonction proche de *la fonction alpha* de la mère (Bion, 1962) qui, grâce à sa capacité de rêverie, transforme les éprouvés bruts de l'enfant. L'appareil psychique familial transforme et élabore les éprouvés individuels. Grâce à sa fonction onirique familiale, il suscite les organisateurs psychiques familiales à structurer et à réguler les fantasmes individuels. La fonction onirique favorise une mutualisation des rêves et l'alliance du groupe tout entier sur les rêves individuels de chacun des membres. Le rêve d'un membre de la famille émerge comme réaction au rêve de l'autre. C'est donc dire en d'autres termes que tout sujet émerge d'un couffin psychique et est tissu familial avant d'être issu ; et qu'une grande portion de la subjectivité et de l'inconscient est essentiellement groupale. La défaillance de l'appareil psychique pourrait conduire à la

désorganisation familiale, spécialement au regard des fantasmes œdipiens et de l'importance de leur structuration dans la famille.

S'il y a une analogie de fonctionnement entre l'appareil psychique familial et l'appareil psychique individuel, le concept d'enveloppe familiale trouve tout son sens. C'est D. Anzieu qui a modelé ce concept en interrogeant la dialectique entre enveloppe groupale, enveloppe individuelle et liens intersubjectifs inconscients. Elle n'est pas un objet psychique familial, mais une fonction familiale de contenance, de protection, de délimitation et de transformation des éprouvés psychiques individuels de chaque membre de la famille. C'est un organisateur psychique inconscient de la famille constitué de deux feuillets réversibles et articulés entre eux, qui sont appropriés pour comprendre le fonctionnement psychique familial. Tout comme l'enveloppe psychique individuelle, l'enveloppe psychique familiale est donc contenante, protectrice et un fascicule d'informations commis aux échanges avec le monde extérieur. À l'intérieur de l'enveloppe psychique familiale, s'étalent les liens intersubjectifs inconscients, constitués des relations d'objet et des représentations psychiques desdites relations d'objet. En fin de compte, l'enveloppe psychique familiale est une fonction protectrice, contenante et délimitant de l'espace psychique familial. Elle occupe donc une fonction fondamentale dans la constitution d'un espace d'élaboration psychique pour chaque membre de la famille. Sa défaillance¹² pourrait favoriser le blocage de la communication fantasmatique, polluant ainsi la structuration et la régulation individuelle. De cette analyse se dégage l'importance d'étudier en plus du concept d'appareil psychique familial, celui d'enveloppe psychique familiale dans le cadre des adolescents engagés dans les violences sexuelles subies.

¹² En reprenant le propos de Roman qui développa le concept d'enveloppe psychique individuelle passoire, je propose de parler d'une *enveloppe psychique familiale tamis* pour développer l'idée d'une mauvaise circulation fantasmatique familiale, une déstructuration et une dysrégulation individuelle consécutives à la fragilité de l'appareil psychique familial.

2.4.3-Inconscient familial et position dépressive familiale

Dès la naissance, la famille transmet à l'enfant un héritage conscient et inconscient constitué par des éléments de probité, d'héritage religieux, culturel, traditionnel familial visible et invisible. Sans le désirer ou non, en connaissance de cause ou non, de manière consciente ou non, tout individu est donc imprégné des liens et habitus familiaux, des traces traumatiques des deuils familiaux non-élaborés. De manière très précoce, une empreinte familiale se crée et restera à jamais marquée en mémoire et en mémoire corporelle. On parle de transmission transgénérationnelle psychique. *“C'est la manière dont une chose psychique -connaissance, affect, fantasme, état d'esprit, valeur, etc. – passe d'une personne à une autre, notamment d'un parent à un enfant, par voie consciente et inconscient.”* (Eiguer, 2011, p. 23). Le patrimoine psychique est ainsi garanti par la filiation et le lien familial maintenu. Mais dans ce processus de transmission, il y a également une transmission des traces psychiques pathogènes et traumatiques des ascendants aux descendants. Cependant, il y a une responsabilité partagée entre le parent qui transmet et l'enfant qui assimile le processus complexe de transformations psychiques. Étant un être qui ne vit jamais seul mais toujours en interaction avec d'autres, l'homme baigne dans un *co-conscient* et *co-inconscient familial et groupal* (Moreno, 1965) auxquels vient s'accoupler une transmission transgénérationnelle inconsciente qui comporte plusieurs formes : *“La transmission intergénérationnelle, lorsqu'il s'agit des faits de vie clairement perçus ou connus, parlés ou non (on est par exemple notaire, boulanger ou médecin de père en fils, bonne cuisinière ou ayant des doigts verts de mère en fille...) et la transmission transgénérationnelle, lorsqu'il s'agit d'un héritage ou d'une transmission invisible, comme celle des traumatismes de guerres ou de secrets de famille)”* (Schützenberger, 2004, p.48). Ce qui signifie que l'enracinement interactif de l'histoire familiale et groupale et de l'arbre de vie parental est inscrit chez tout homme.

En tenant compte de la transmission transgénérationnelle des violences sexuelles, certains cliniciens proposent d'évaluer *“les antécédents de violence sexuelle du parent, mais aussi la façon dont cette violence a été traitée, voir résolue”* (Friedrich, 2002, p. 396). Cette hypothèse s'appuie sur le nombre élevé des mères d'enfants agressées sexuellement durant leur enfance et dont les enfants ont également à leur tour été sexuellement agressés. Ce qui signifie que *“les risques que court l'enfant d'être victime de violences sexuelles sont accrues lorsque la mère à elle-même subi ces violences”* (Baril et al, 2015, p. 28)

Une approche complémentaire mériterait d'être faite au regard du contexte africain dans lequel la notion de famille est différente de la conception occidentale. À contrario du fameux *“triangle œdipien”* auquel elle se résume dans les sociétés occidentales, en Afrique, la famille

est *“le groupe étendu qui constitue indépendamment des systèmes qui le régissent, la cellule de base de la société, la personne morale fondamentale et le milieu éducatif le plus immédiat “* (Erny, 1972 ; p. 55). En d’autres termes, c’est au sein de ce groupe étendu que s’effectue l’essentiel du fondement de l’éducation de l’enfant. C’est aussi là que la personnalité sociale de l’enfant se forme pour s’accomplir plus tard tel qu’il est pensé comme projet au sein de la communauté traditionnelle. De ce fait, l’enfant est éduqué comme dans le conte bassa : l’enfant doit être obéissant *“à tous les membres avec qui il possède les liens de sang et tous ceux avec qui il entretient une relation d’alliance“* (Beling-Nkoumba, 1985, p. 62). L’enfant peut donc avoir plusieurs familles *“une qui se confine à son père, sa mère, ses frères et sœurs s’il y en a, une dont les individus proviennent de la famille de son père et de sa mère, une autre constituée des individus d’une autre famille qui s’est alliée à la sienne“* (Obono Essomba, 2014). Chacun des membres exercent une influence sur l’éducation de l’enfant et a un droit de regard voire, une certaine responsabilité dans l’éducation de l’enfant. C’est également ce qui ouvrirait la voie aux maltraitances des enfants et à la relativisation de celles-ci. La maltraitance scolaire de l’enfant ne serait pas perçue comme telle, car l’enfant a droit au châtement corporel lorsqu’il commet une bêtise. L’enfant serait parfois écrasé par l’*“éducation“* éparse de plusieurs membres de la famille ouvrant dès lors la porte au trafic et l’exploitation de l’enfant déjà grandement ouverte. Il m’a donc semblé opportun d’analyser le concept d’inconscient familial car chez les adolescents engagés dans les violences sexuelles subies, le transgénérationnel participe significativement à la vie familiale et probablement à la communication d’une violence transgénérationnelle qui revendiquerait plus tard une voie traumatique d’expression.

CHAPITRE 3 : LE TRAUMATISME PSYCHIQUE

Dès le début de la pensée médicale, l'histoire du traumatisme permet de découvrir que chez Hippocrate, la maladie était assimilée à la désorganisation de la nature de l'homme. En effet, pour lui, toute souffrance du corps ou de l'âme était attribuable soit à un traumatisme, soit une lésion survenue de l'extérieur, ou alors à un mal ou malheur d'origine morale. La discontinuité ou la lésion du tissu vivant était provoquée par un choc venu de l'extérieur, alors que les maladies venues du dedans étaient attribuables à des causes diététiques ou humorales, non traumatiques (Marty, 1964). Il était très facile pour les médecins de comprendre et d'expliquer les traumatismes physiques. Par conséquent, tout ce qui dépassait le physique (donc qui relevait du psychique) était attribué à des divinités, alors que le physique était facilement pensable (car on pouvait voir ce qui causait la lésion.)

Vers la fin du XIXe siècle, on expliquait l'inégalité des traumatismes par la dégénérescence de certaines personnalités. Charcot par exemple expliquait les paralysies hystériques par l'incapacité de la femme à affronter un choc émotionnel ; Pierre Janet évoquait l'insuffisance des forces émotives qui ne permettaient pas d'intégrer le choc. C'est Freud qui en 1937, a intégré la notion de réalité du traumatisme sexuel, avant de revenir à l'idée que, les causes de la maladie mentale étaient soit constitutionnelles, soit traumatiques. En d'autres termes, jusqu'à une époque récente, on ne parlait presque pas de traumatisme psychique, car les blessures psychiques n'étaient pas qualifiées de traumatiques. On se souvient que dans le grec ancien, le trauma était appelé blessure. C'est ce terme régulièrement utilisé en médecine et en chirurgie, qui sera importé dans le domaine de la pathologie mentale pour désigner les blessures psychiques. En 1888, Oppenheim décrit un certain nombre de symptômes névrotiques à l'instar des cauchemars, qui se manifestaient généralement auprès des accidentés de chemin de fer. Il les nomme "*Névrose traumatique*". Plus tard, Kraepelin parlera d'une "*névrose d'effroi*" pour traduire l'état psychique de l'individu au moment d'un accident, sans en avoir nécessairement été victime, mais témoin également. Mais les avancées et la compréhension approfondie de la clinique des névroses traumatiques sont essentiellement l'œuvre des psychanalystes Abraham et Ferenczi pendant la première guerre mondiale lorsqu'ils parlent de la "*fin de l'illusion d'immortalité*", et Freud entre les deux guerres mondiales lorsqu'il mentionne l'"*effraction traumatique*" dans ses écrits (Lebigot, 2005). Au regard de ces multiples faits, prétendre visiter de manière exhaustive comment les différentes théories psychanalytiques ont pensé le traumatisme est un projet trop ambitieux et même impossible, puisqu'il est un concept central

dans des multiples modélisations. Mais ma modeste expérience dans la pratique clinique au sujet des victimes de violences sexuelles me questionne régulièrement sur la nature et la spécificité du trauma au point de me demander si toutes les expériences traumatiques sont identiques ? En d'autres termes un traumatisme consécutif à un accident ou une catastrophe naturelle aurait-il le même impact qu'un traumatisme intentionnellement provoqué ? Une expérience traumatique consécutive à une angoisse de castration a-t-elle le même impact qu'une violence sexuelle répétée ?

Aujourd'hui, des interrogations s'accumulent et fusent lorsqu'on parle de traumatisme psychique, de ses formes, de sa prévalence, de ses mécanismes, de ses effets, de sa prévention et de sa typologie. Pour bien illustrer les questionnements autour du traumatisme psychique, je vais reprendre la balade métaphorique de Gustav Schwab (1792-1850) sur l'histoire d'un homme qui meurt brutalement lorsqu'il apprend après coup qu'il vient de franchir sans le savoir, et donc au risque de sa vie, le lac de Constance qu'il cherchait à atteindre, la neige ayant masqué sa fine surface gelée : *“L'homme reste figé sur son cheval. Son cœur se glace et ses cheveux se hérissent, le danger menaçant est toujours derrière lui. Il ne voit que ce gouffre atroce et son esprit sombre dans ce trou noir. Il entend l'immense fracas de la glace qui se brise et des sueurs froides l'emportent comme la vague ruisselante. Alors il gémit et tombe de son cheval. “* (Schwab, 1823) mort d'effroi en imaginant le péril meurtrier auquel il venait d'échapper. Est-ce l'évènement même ou l'idée de l'évènement qui a fait effraction ? L'effet traumatique dépendrait-il de l'importance, de l'intensité, des circonstances du traumatisme, ou bien de la réaction du sujet face à celui-ci ? Et d'ailleurs qu'est-ce qu'un évènement traumatique ? Sauf cas extrêmes, peut-on définir ce qui sera traumatique ou non sans en avoir vu l'impact ? Peut-on dire que des évènements traumatiques, qu'ils soient spectaculaires ou invisibles de l'extérieur, se combinent toujours à la vie fantasmatique pour déclencher un effet traumatique ? Parmi toutes ces interrogations, peut-être suis-je en droit de risquer d'affirmer que, la précocité du traumatisme se produisant chez des personnalités encore peu structurées et mal protégées en exacerbe certainement les effets. Peut-être implique-t-elle aussi des mécanismes différents selon le degré de développement de la personnalité au moment où le traumatisme survient. Il semble donc complexe d'appréhender de façon univoque le concept de traumatisme.

Étymologiquement, *“traumatisme “* vient des mots grecs anciens *traumatismos*, qui signifie action de blesser, et *trauma*, qui signifie blessure. Appliqué à la pathologie chirurgicale, il signifie *“ transmission d'un choc mécanique exercé par un agent physique extérieur sur une partie du corps et y provoquant une blessure ou une contusion “* (Crocq, 2007, p. 28). Transposé

à la psychopathologie, il devient traumatisme psychique ou trauma, soit “ *la transmission d’un choc psychique exercé par un agent psychologique extérieur sur le psychisme, y provoquant des perturbations psychopathologiques, transitoires ou définitives* ” (Crocq, 2007.p. 29). Selon le *Vocabulaire de Psychanalyse*, le traumatisme est “*un événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l’incapacité où se trouve le sujet d’y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu’il provoque dans l’organisation psychique. En termes économiques, le traumatisme se caractérise par un afflux d’excitations qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d’élaborer psychiquement ces excitations* ” (Laplanche et Pontalis, 1967).

Ces différentes approches définitionnelles m’amènent à penser que le traumatisme psychique ou trauma est un phénomène d’effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes consécutives à la survenue d’un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l’intégrité (physique ou psychique) d’un individu, qui est exposé comme victime, témoin ou acteur. En d’autres termes, c’est l’effet sur un individu d’un événement soudain qui vient submerger sa capacité à y faire face, en produisant un sentiment d’effroi ou de détresse intense, une expérience de violence hors norme au cours de laquelle son intégrité physique et psychique ou celle d’un groupe d’individus a été menacée. On parle d’évènement traumatisant ou potentiellement traumatique lorsque le traumatisme désigne l’effet d’un événement sur l’individu. Mais le concept de traumatisme ne se réduit pas à cette conception factuelle car, un même événement vécu par plusieurs personnes, pourrait avoir des effets traumatiques très différents d’une personne à une autre, provoquant des réactions immédiates, immédiates adaptatives, immédiates inadaptatives et différées.

Au cours de ce travail, je m’intéresse particulièrement aux expériences traumatiques consécutives à une agression humaine, qui semblent être assez éloignées des traumatismes structurants nécessaires au développement psychique. J’écarte de ce fait “*le traumatisme sexuel infantile*” de Freud, en tant que source possible de confusion, par lequel il expliquait les symptômes de la névrose au début de l’invention de la psychanalyse. Pour cadrer avec mes besoins théoriques, je choisis donc de développer les approches psychiatriques, classiques et contemporaines du traumatisme. Je commencerai par analyser le concept de stress qui a contribué à la construction de l’approche psychiatrique de la névrose traumatique. S’il est vrai que l’analyse du concept de *stress* relève prioritairement de la psychiatrie biologique, il reste cependant vrai que, l’emprunt dudit concept reflétait l’abnégation de se soustraire des hypothèses psychanalytiques associées au mot névrose.

3.1- Stress et trauma

Physiologiste canadien, H. Selye est le premier à avoir utilisé le terme “*stress*” en 1950 pour caractériser le “*syndrome général d’adaptation*” et désigner ainsi une réaction physiologique standard d’un organisme soumis à une attaque de quelque nature qu’elle soit. En d’autres termes, pour maintenir la vie, l’organisme dispose toujours d’une ressource interne pour affronter et s’accommoder aux événements extérieurs. Cependant les ressources humaines favorisant l’adaptation sont limitées lorsque l’état de stress se prolonge dans le temps. Alors s’installe la détresse. H. Selye définissait donc le stress comme “*une réaction biologique, psychologique et physiologique d’alarme et de défense que présente un individu soumis à une agression ou à une menace*” (Lebigot & Damani, 2011, p. 224). Cette approche définitionnelle porte en elle-même la compréhension approfondie de ce qui va au-delà du stress ou alors lorsque ce qui advient lorsque le stress cesse de l’être. C’est une réaction réflexe présente quotidiennement dans le vécu humain et tolérable à un degré assez élevé lorsqu’il n’induit pas des conséquences trop importantes. Cette réaction réflexe ou stress n’a que des effets à court terme car n’induisant pas d’effraction psychique, au contraire du traumatisme qui comporte des séquelles à plus long terme.

L. Crocq (2012) fait un distinguo entre le “*stress adaptatif*” d’une part et le “*stress dépassé*” d’autre part. Le premier polarise l’attention, engage l’énergie, dompte l’émotion et incite à l’action efficace tandis que le second est marqué par la méconnaissance de la situation et la déperdition de la maîtrise émotionnelle, en plus de la sidération qui deviendrait traumatique. Selon Suzanne Segeström et Gregory Miller (2004) en fonction de sa typologie et de sa durée, le stress provoque ou non une décroissance sélective des défenses du système immunitaire. En effet, plus le stress se chronicise, plus les mécanismes cellulaires complexes normalement mis en action dans la lutte contre les maladies sont altérés. C’est le cas de certains jeunes enfants exposés à un stress prolongé consécutif à des conditions de vie précaires rencontrés en consultation au Cameroun dans le cadre de ma modeste pratique clinique. Leurs registres de santé sont truffés d’observations médicales aboutissant aux mêmes diagnostics tels que rhinites, rhino-pharyngites, bronchites et autres maladies infectieuses de l’appareil respiratoire à longueur de mois, mais dont les facteurs étiologiques véritables seraient consécutifs à la maltraitance cachée dont l’intensité et la durée pourraient contribuer à un passage du stress au traumatisme.

Pour figurer ce qui différencie le stress du trauma et représenter ce qu’est le traumatisme psychique, je me permets d’utiliser la métaphore économique freudienne de l’appareil psychique. Freud a représenté l’appareil psychique comme un volume sphérique enveloppé

dans une membrane imperméable appelée “*pare-excitation*“, dont la fonction est de filtrer les énergies venant de l’extérieur, et d’arrêter celles qui par leur puissance, perturberaient la circulation des petites quantités d’énergies à l’intérieur de la sphère. La membrane du pare-excitation est chargée d’énergie positive pour assurer le rôle de filtre. Le fonctionnement de l’appareil psychique est représenté dans la sphère par le réseau de représentations sur lesquels circulent de petites quantités d’énergie. Le stress et le trauma agissent comme une menace à l’intégrité physique et/ou psychique. Dans le cas du stress, l’enveloppe du pare-excitation se courbe, se plie, mais ne se fracasse pas et ne se détruit pas comme lorsqu’on enfonce un poing dans une membrane plastique gonflée ou un ballon. En me référant à la métaphore freudienne, le poing enfoncé augmente une pression et crée une souffrance psychique à l’intérieur de la vésicule vivante, qui réagit en renforçant l’énergie positive à la surface du pare-excitation. Ce dernier augmente sa résistance et reprend sa forme initiale quand la menace disparaît. Il pourra rester un souvenir douloureux qui perdra sa charge menaçante ou subira un refoulement. Il n’en sera pas de même pour le traumatisme au cours duquel, le pare-excitation sera traversé par l’image traumatique “*effraction du pare-excitation*“ et il y aurait incrustation d’ “*un corps étranger interne*“ à l’intérieur de l’appareil psychique, généralement quand celui-ci est au repos et que la charge protectrice en énergie positive est faible. Très chargé en énergie et différent des autres représentations, ce corps étranger va perturber le fonctionnement de l’appareil psychique.

3.1.1-Phases immédiate adaptative et post-immédiate différée

Après la survenue d’un traumatisme psychique, des troubles peuvent apparaître de manière transitoire ou durable. Le fonctionnement du sujet traumatisé pourra donc s’organiser autour des manifestations immédiates adaptatives, des manifestations post-immédiates différées tout ceci pouvant évoluer au syndrome de répétition.

3.1.1.1-Phase immédiate adaptative

Le vécu d’un événement de grande violence s’organise prioritairement autour de la surprise et du caractère inattendu de celui-ci. A sa survenue, les manifestations immédiates concernent la réaction très courte d’immobilité du corps ou “*freezing*“ du système parasympathique, puis celle de fuite/combat du système sympathique par une accélération du rythme cardiaque et de la respiration, qui suivent immédiatement l’agression. La menace vitale soudaine mettant la vie d’un être humain en péril provoque immédiatement une réaction d’alarme dont la durée

maximale est de 24 heures environs pour affronter cette agression. La réaction immédiate adaptative vient directement à la suite de la réaction immédiate. C'est une réaction normale, adaptative et libératrice. Cette phase permet au sujet menacé de se défendre et de sauver les autres. C'est-ce qu'explique L. Crocq (1999) lorsqu'il atteste que *“la réaction adaptative à trois caractéristiques majeures : Elle est focalisatrice d'attention, mobilisatrice d'énergie et incitatrice à l'action”*. (Crocq, 1999). C'est donc une réaction d'alarme et de mobilisation, une réaction spontanée qui permet de se défendre de l'agression. Elle est très coûteuse en énergie et exténue les réserves de glucides et d'énergie psychique de l'organisme, en même temps que les capacités d'attention, de mémoire, de maîtrise émotionnelle et de contrôle de la motricité. Elle aboutit à une ambiguïté psychique comprenant en même temps un apaisement psychique et un sentiment d'affaiblissement physique et psychique et l'impression pour le sujet en situation d'être vidé (Crocq, 1999).

Ces réactions sont tout à fait normales, adaptées aux circonstances et de courte durée dans la plupart des cas. Ce sont des réactions normales et naturelles après une expérience de grande violence. Ce sont donc des réactions normales dans une situation anormale. En principe, il suffit d'être capable de les affronter, de gérer son stress, ou de mettre de l'ordre dans ses pensées, ses souvenirs et ses émotions pour pouvoir tourner la page à l'évènement traumatisant. L'examen du traumatisme ne dépendra donc pas de la dimension absolue de l'angoisse provoquée, mais de la disponibilité des défenses aptes à être enrôlées ou non lors de la confrontation avec une situation potentiellement traumatique.

3.1.1.2-Phase post-immédiate et différée

On observe les manifestations post-immédiates chez les sujets qui présentent des fragilités et une impréparation à affronter des agressions extrêmement violentes ou bien une position d'attaque perpétuée ou répétée à de courts intervalles de temps. Crocq parle *“des agressions exceptionnellement violentes ou des situations d'agressions prolongées ou répétées à de courts intervalles de temps.”* (Crocq, 2012, p. 37). Un tel évènement traumatique peut être vécu comme une vague de stress aigu, un choc ou chao émotionnel, un sentiment d'impuissance, une grande confusion, une perte de repères, un deuil impossible, ou une crise de sens dans la vie. On parle de manifestations post-immédiates consécutives à l'évènement traumatisant. Après une période, il peut également arriver que les réactions prennent la forme de symptômes tels que l'hyperexcitation somatique (agitation, angoisse), les souvenirs récurrents intrusifs, la dissociation (détachement) et l'évitement (anxiété situationnelle ou sociale). Des manifestations qui peuvent devenir chroniques et être associées à d'autres problèmes comme l'alcoolisme, la

dépression, l'anxiété, les troubles du sommeil...Ce sont des réactions anormales dans une situation anormale ou en d'autres termes un état de stress post-traumatique (ESPT). De manière générale, deux tableaux opposés et souvent associés permettent d'identifier un sujet traumatisé : l'hyper adaptation, l'amoralité, la méfiance et la délinquance, dont le tableau peut s'aiguiller vers la générosité, l'intellectualisation, l'engagement social et la créativité. Ce travail de la mémoire est inévitable pour que les blessés et les délinquants se transforment en héros dont parle Sartre lorsqu'il dit que *"leur génie n'est pas un don, c'est l'issue qu'ils inventent dans les cas désespérés, c'est l'histoire de leur libération, leur victoire verbale"* (Sartre, 1952). Au regard des analyses précédentes, on observe donc que le sujet traumatisé ne saurait être considéré comme un malade mental au premier degré. Cependant, il éprouve une souffrance psychique pénible aussi bien sur le plan psychologique que sur le plan professionnel, scolaire et même social. Cette souffrance se caractérise par une perturbation profonde de ses rapports avec le monde et autrui, mais avec des symptômes organisés en un syndrome psycho traumatique, pathologique mais guérissable. Une fois l'évènement terminé, apparaît la phase du stress aigu à travers l'agitation, l'angoisse, les souvenirs intrusifs et l'absence d'émotions. On peut alors parler de syndrome de répétition.

3.1.1.3-Syndrome psychotraumatique et de répétition

Le syndrome psychotraumatique est consécutif à un événement particulièrement traumatisant sur le plan psychologique, suscitant la peur intense et le sentiment d'impuissance. Il survient chez des sujets qui ont été soumis à un événement potentiellement traumatisant et qui l'ont réellement vécu comme un traumatisme. Son tableau clinique comprend trois volets : les reviviscences anxiogènes de l'évènement (pathognomoniques) ou symptômes de répétition, l'altération de la personnalité et les symptômes non spécifiques ou étiologie traumatique (que l'on peut observer aussi dans d'autres pathologies). On parle de syndrome de stress post-traumatique lorsque les symptômes durent plus d'un mois (ils débutent souvent plusieurs semaines après l'évènement). La durée des troubles peut être de quelques mois à plusieurs années. On peut noter à cet effet des dépressions, des troubles anxieux (attaque de panique, troubles obsessionnels compulsifs, anxiété généralisée, phobie...). *"Des flash-back, particulièrement pénibles parce qu'impossible à contrôler, jalonnent la vie du sujet. Celui-ci revit en imagination, à l'état de veille ou de sommeil, le souvenir de l'évènement traumatique dans ses moindres détails (image, odeurs, cauchemars)"* (Lebigot, 2005, p.115).

On appelle *“syndrome de répétitions un ensemble de manifestations cliniques par lesquelles le patient traumatisé revit intensément, contre sa volonté et de manière itérative, son expérience traumatique”* (Crocq, 2004 ; p. 27). Il distingue sept manifestations du syndrome de répétition :

-La première concerne la reviviscence hallucinatoire qui reproduit l’ambiance et la scène de l’évènement traumatisant et au cours de laquelle le patient se voit (crois y être) et adhère totalement à l’hallucination visuelle, auditive, olfactive, sensitive. Bien qu’il puisse se ressaisir plus tard, il a revécu l’évènement pendant un instant, s’y est revu dedans et s’y est cru *“avec tout l’éprouvé de détresse qui avait marqué son expérience de la scène inaugurale”* (Crocq, 2004, p. 28) et avec une précision d’images, de mêmes personnages, de leurs attitudes et gestes.

-La seconde manifestation concerne la reviviscence par illusion. Elle se distingue de l’hallucination pure car le sujet hallucine la scène traumatique ou l’agresseur sur un paysage ou une silhouette véritablement perçue.

-La troisième manifestation du syndrome de répétition concerne le souvenir forcé. Distincte des reviviscences par hallucinations ou illusions et portant sur une scène particulièrement marquante ou sur une période de vie, elle concerne le jaillissement sans image, ni son de l’évènement à l’esprit.

-La quatrième concerne la rumination mentale à propos de l’évènement, de ses causes ou de ses conséquences. C’est également une forme de reviviscences qui s’accompagnent des auto-interrogations incessantes de la victime et les plaintes ressassées.

-La cinquième manifestation est une forme de syndrome de répétition au cours de laquelle, tout se passe comme si l’évènement allait se reproduire subitement, en l’absence de tout contexte de reviviscence visuelle avec un éprouvé de la même détresse. À des moments, cette reviviscence prend soudain un aspect déréalisant et même dépersonnalisant du désarroi vécu au cours de la survenue de l’évènement.

-La sixième manifestation concerne un agir élémentaire tels que réactions de sursauts ou réactions de recroquevillement comme si l’évènement se reproduisait. Cette manifestation peut également devenir des agirs plus complexes tels que la fuite procursive, fugue ou errance, récits répétitifs ou mise en scène de l’évènement traumatisant.

-La dernière manifestation du syndrome de répétition concerne le cauchemar de répétition au cours duquel le sujet revit l’évènement avec les mêmes décors, les mêmes personnages, les mêmes frayeurs, les mêmes gestes de défense qui peuvent se répercuter durant le sommeil. Ces symptômes du syndrome de répétition sont intensément revécus comme a été vécu l’évènement initial dont ils sont la reproduction artificielle et imaginaire. *“Le patient croit être*

à nouveau au cœur de l'événement, et il le vit dans les trois registres de son être : le registre psychique (détresse ou angoisse intense dans un contexte de sentiment d'absence de secours), le registre neurobiologique (avec toutes les manifestations neurovégétatives du stress ou de l'angoisse, à savoir sensation de gorge serrée, de thorax comprimé, pâleur, sueur, tachycardie, spasmes viscéraux, hérissément, tremblement, et même impression d'être sur le point de s'évanouir), et le registre psychomoteur, où le corps n'est pas détendu mais au contraire raidi, comme prêt à la réaction motrice, telle que fuite, défense ou immobilité pétrifiée“ (Crocq, op.cit.).

L'intérêt d'analyser ces notions au cours de ce travail de recherche est réel car les adolescents engagés dans les violences sexuelles subies, ont fait face au réel de la mort ou se sont vus mort au moment de l'événement. Dès lors, ces symptômes peuvent truffer leur vie quotidienne et participer à leur fonctionnement psychique.

Pour terminer le développement sur le traumatisme, je vais analyser les approches psychiatriques et psychanalytiques du traumatisme.

3.2-Approches psychiatriques du traumatisme

Dans son évolution contemporaine, la clinique du traumatisme ne va pas sans cortèges remarquables de connaissances sur les mécanismes neurobiologiques mis en jeu dans les modalités d'exposition au stress. On a pu déterminer les structures cérébrales impliquées dans les phénomènes psychotraumatiques. *“On connaît mieux l'enchaînement des mécanismes neuroendocriniens, centraux et périphériques, qui accompagnent les conséquences de l'exposition au stress“* (Vallet, 2009 ; p. 162). Ce sont des réalités cliniques qui n'ont été découvertes par les psychiatres qu'à la fin du 19^e siècle alors que Freud et ses élèves en parlaient déjà au cours de la première guerre mondiale. C'est donc l'intérêt des psychiatres pour la névrose traumatique qui participera à une description très argumentée et détaillée des désorganisations que le traumatisme occasionne dans l'appareil psychique. Les approches psychiatriques de la névrose traumatique et de l'état de stress post-traumatique feront l'objet de développements dans les lignes qui suivent.

3.2.1-Névrose traumatique

Le terme “*névrose traumatique*” a été utilisé pour la première fois en 1988 par le neurologue allemand O. Hermann pour désigner les troubles psychiques particuliers consécutifs aux accidents de chemin de fer, essentiellement caractérisés par le souvenir obsédant de l'accident, les troubles du sommeil avec cauchemars de reviviscence, les phobies et la labilité émotionnelle, avant de se déployer à toutes les séquelles d'agression. Il désignait par ce terme, les troubles psycho traumatiques chronicisés installés comme séquelles des chocs émotionnels éprouvés à l'occasion d'accidents, d'agressions, de catastrophes et d'évènements de guerres. Le support théorique s'adosse sur l'idée que l'effroi provoque un ébranlement psychique “*tellement intense qu'il en résulte une altération psychique durable*” (Crocq, 1999). Dans cette optique, la névrose traumatique reste structurellement liée à la structure névrotique, prise dans le sens d'une caractéristique structurale en repère au caractère normatif de l'Œdipe dans l'élaboration de la psyché. Dans ce sens, on mesure les effets du traumatisme dans l'après-coup, au travers des manifestations de répétition traumatique associant les cauchemars de répétition, les manifestations à l'état diurne, l'état d'alerte permanent avec la réaction de sursaut et l'inhibition. Cette analyse a été remise en cause à partir des années 1980 par la nouvelle nosographie américaine DSM (*Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders*) qui, récusant le concept de névrose, prétendait lui substituer le diagnostic d'état de stress post-traumatique “*post- traumatic stress disorder*” (PTSD). Peu de temps après, la classification internationale des troubles mentaux emboîtait le pas aux américains en adoptant dans sa dixième révision (CIM-10) en 1992, le diagnostic d'état de stress post-traumatique. Mais cette classification admettait en outre le nouveau diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe pour les cas sévères, impliquant une altération de la personnalité sous l'impact du traumatisme.

Depuis la fin du XIXe siècle, la névrose traumatique caractérise un groupe de troubles psychiques généralement constitué par un syndrome de répétitions avec cauchemars et terreurs nocturnes qui surgit après un temps de latence plus ou moins long au décours (décroissement) d'un choc affectif très intense (Doron & Parot, 1991, p. 731.). De nos jours, le terme “*névrose traumatique*” est substitué par celui d’“*état de stress post-traumatique*” (ESPT), qui se réfère également à un modèle conceptuel neurologique et biologique. Certains auteurs optent pour les termes de “*névrose psychotraumatique et stress*” qui attribuent une dimension considérable au contrecoup physiologique et comportemental et à la tournure essentiellement symptomatique du traumatisme psychique (Barrois, 1998 ; Crocq 1999 ; Lebigot, 2001).

3.2.2- État de stress post traumatique

Jusqu'à la fin du XIXe siècle, le terme de névrose traumatique ou névrose de guerre était plus fréquemment utilisé pour désigner le traumatisme psychique. Depuis la fin du XIXe siècle à la suite de la révision du DSM en 1980, la clinique du traumatisme psychique est reconnue sous les aspects de l'état de stress post-traumatique. La portée de ce changement de dénomination rend compte de l'extension diagnostique considérable des effets du traumatisme bien au-delà des seules victimes directes recouvrant des aspects très divers des conséquences d'un événement. Le post traumatic stress disorder (État de stress post traumatique, ESPT) s'est progressivement substitué à la névrose traumatique (Barrois, 1998) pour se départir de l'approche théorique psychanalytique et tendre vers un athéorisme, qui reste contestable, pour satisfaire un besoin d'objectivité des troubles observés dans une vision principalement descriptive de ces derniers. L'état de stress post-traumatique se définit donc comme une stratégie psychique défensive, une sorte d'anesthésie mentale produite pour se protéger de l'affreux souvenir d'un événement ayant provoqué de la peur, une panique, une détresse intense ou de l'effroi ; l'évènement sera d'autant plus traumatique que la victime ne s'y attend pas.

Selon l'American psychiatric Association (1980), le stress post-traumatique se définit comme *“un trouble dû à l'exposition à un événement traumatique qui provoque chez l'individu de la peur, de la détresse ou de l'horreur. Ce trouble se manifeste par une ré expérience persistante de l'évènement traumatique, des comportements d'évitement des stimuli associés au traumatisme, un émoussement de la réactivité générale et un état d'hyperactivité neurovégétative”*. En d'autres termes, pour qu'on parle d'état de stress post traumatique, l'organisme doit d'abord avoir subi un traumatisme, mais celui-ci doit être revécu comme tel à travers certains comportements y afférents. On dira plus tard, en l'occurrence lorsque les perturbations persistent plus d'un mois après, qu'un individu est dans un état de stress post traumatique. Ainsi, l'état de stress post-traumatique (ESPT) est un trouble anxieux car, il démarre par une exposition à une situation traumatique. On parle également d'état de stress post-traumatique lorsque la durée du symptôme est très longue. Par exemple, des femmes ayant subi une agression continuent à remplir les critères diagnostiques dix ans plus tard. A cela s'ajoute une série de symptômes physiques, psychosomatiques et ou comportementaux plus ou moins graves, comme les troubles de sommeil, les troubles de conduite alimentaires, les palpitations, les dépressions, les sensations de *“souffle coupé”* ou impression d'étouffement, la nausée, la peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou, les troubles de panique, les phobies, les comportements d'évitement, les cauchemars à répétition, la fatigue, l'ulcère à

l'estomac, l'hypertension, les troubles de la mémoire et la difficulté de concentration. Cet ensemble de signes encore appelés reviviscences anxigènes du trauma ou encore le fait pour le patient de revivre son expérience traumatique intensément, contre sa volonté et de manière itérative, ne vont pas sans conséquences sur son vécu quotidien.

L'état de stress post-traumatique entraîne une altération du fonctionnement social, professionnel ou scolaire et même une sérieuse difficulté conjugale et familiale. Dans des multiples cas, les victimes s'attribuent la responsabilité des causes de l'événement et rarement à autrui. L'attribution causale est donc interne même si dans certains rares cas, elle peut également être externe : Dans l'attribution causale interne, les victimes s'attribuent la responsabilité des causes de l'évènement, avec culpabilité et baisse de l'estime de soi dans de nombreux cas. Dans l'attribution causale externe, les causes sont attribuées au monde extérieur et la baisse de la sécurisation s'en suit par une rupture totale d'avec le monde extérieur, monde dans lequel la personne pensait évoluer. Par ailleurs, l'incommunicabilité avec l'entourage de la victime s'installe par peur de lui faire endurer la souffrance.

Enfin, lorsqu'une personne a été soumise à un événement traumatique, une structure de peur s'établit dans la mémoire au point stimuli (vue, bruit, sensations associées à l'évènement) au point réponse (physique et émotionnelle du traumatisme) et au point significations associées au stimulus et à sa réponse. Cette structure de peur forme un programme d'échappement au danger. En d'autres termes un sujet dans un état de stress post-traumatique va mettre en place un système d'hyper-vigilance, orienté vers un danger éventuel qui va ainsi entraîner des fausses alarmes de panique et d'angoisse. Il va également mettre en place un seuil élevé d'intolérance à des dangers réactivés par des faits de la vie courante, mais aussi des flashes back répétés. On aura donc des manifestations de type psychologique avec des troubles psychoaffectifs (variation de l'humeur, repli sur soi, perte du contact avec la réalité, absence de confiance en soi, manque d'attention et de concentration. Etc.) et des difficultés dans l'apprentissage (retard ou régression) *“Ce manque va hélas conditionner une bonne partie l'avenir de l'enfant. Parce qu'il se trouve précisément à ce stade de développement durant lequel toute une gamme d'apprentissages essentiels se met en place, il est impératif que l'esprit de l'enfant soit en condition de disponibilité et donc serein pour apprendre, retenir, mémoriser, mettre à profit ce qu'on lui montre en le répétant ou en le refaisant lui-même. En l'absence d'attention et de concentration, ces enfants plus préoccupés par ce qui leur arrive chez eux et à fantasmer sur une vie plus agréable que soucieux de leur réussite scolaire, lire, écrire, compter, retenir et se rappeler ce qui s'est passé en classe, on oublie tout car on ne sait rien et on ne veut rien savoir”* (Boisacq-

Schepens et Grommelick, 1996). On observera également des manifestations de type physiologique en rapport avec les mécanismes d'action physico-chimiques en réponse à un stress prolongé avec affaiblissement du système immunitaire, perte de la masse osseuse par la décalcification, fonte de la masse musculaire, des troubles gastros intestinaux, des problèmes mnémoniques de détérioration des neurones de l'hippocampe. Les glucocorticoïdes qui se maintiennent à un taux élevé dans le sang à la suite d'un stress neutralisent le phénomène d'immunosuppression. De ce fait, la personne souffrant de stress post traumatique ressent un sentiment intense d'effroi et d'impuissance, a des rêves ou "*flashes back*" lui rappelant l'évènement, ce qui provoque la détresse sous forme d'anxiété ou de dépression chez elle ; elle adopte des comportements d'évitement tels que faire des efforts pour ne pas se remémorer l'évènement traumatique ou éviter certains lieux ; elle éprouve un sentiment d'engourdissement émotif comme se sentir détachée des autres ou être incapable de ressentir des émotions telles que la tendresse ou le désir sexuel ; Elle témoigne d'une hyperactivité se traduisant par des difficultés à se concentrer, à dormir ou encore, par un état de grande nervosité ou d'irritabilité ; elle a la difficulté à s'occuper des tâches quotidiennes familiales ou professionnelles. Ce que F. Lebigot affirme lorsqu'il dit que "*cette culpabilité immédiate est à comprendre comme une tentative, parfois désespérée, souvent douloureuse, mais toujours positive, de regagner de la maîtrise, de compte, c'est aussi être un acteur direct de l'évènement et ne pas être déshumanisé, réifié et totalement soumis aux aléas de l'existence*" (Lebigot, 2001, p.114)

En ce qui concerne la typologie, on distingue généralement trois catégories de stress post-traumatique : - un état de stress post-traumatique aigu où les symptômes apparaissent dans les six mois suivant le traumatisme et durent cependant plus de six mois, un état de stress post-traumatique chronique où les symptômes durent depuis plus de six mois et un état de stress post-traumatique tardif au cours duquel les symptômes apparaissent seulement six mois ou plus après l'expérience traumatisante. La typologie permet également de citer un syndrome de stress post traumatique où le traumatisé prisonnier de sa mémoire, subit sans cesse le passé sans parvenir à l'intégrer, à en faire un moment douloureux, révolu, un souvenir noir dans une histoire claire. "*Mais la vengeance n'est pas un soulagement efficace dans la mesure où le blessé éprouve sans cesse l'amertume d'avoir été meurtri, à peine adoucie par le mauvais plaisir de la revanche. C'est encore une manière de rester prisonnier de son passé en préparant une guerre de libération*" (Cyrulnik, 2004, p. 177).

Les différentes révisions du DSM IV et V ont davantage amélioré la compréhension des troubles du stress post-traumatique.

3.3-Clinique du traumatisme

La clinique ne saurait se figer dans des figures immuables tant les classifications nosographiques internationales subissent des transformations permanentes. Les changements de la clinique sont consécutifs au retentissement des modèles psychopathologiques qui essayent d'en rendre compte et aux empreintes de l'évolution de la culture qu'ils portent. La clinique du traumatisme psychique n'échappe pas à cette donne tant elle est inamovible dans le champ contemporain de la clinique. On s'en réfère dans le contexte des catastrophes naturelles ou technologiques, des guerres ou du terrorisme mais aussi dans le cadre des accidents individuels et groupaux de la vie quotidienne. Aux risques de me répéter, jadis caractérisée sous le vocable de névrose traumatique ou de névrose de guerre depuis la fin du XIXe siècle, la clinique du traumatisme psychique est reconnue de nos jours, notamment depuis la révision du DSM en 1980, sous le visage de l'état de stress aigu et surtout de l'état de stress post-traumatique. Dans sa dimension d'événement de vie, le traumatisme mérite d'être analysé comme une émergence de la subjectivité du sujet. La clinique revient également à envisager les différents déterminants du traumatisme tels que sa typologie, sa symptomatologie.

3.3.1-Du DSM IV au DSM V

C. Damiani et M. Pereira-Fradin ont publié en 2006 le questionnaire d'évaluation du traumatisme dans un Manuel intitulé Traumaq. Ils y déterminent un certain nombre de critères du stress post-traumatique dérivé du DSM-IV (1994), selon lesquels l'organisation des symptômes post-traumatiques à court et à long termes se distingue en fonction des événements vécus, du contexte, des aménagements défensifs et de l'organisation préalable de la personnalité. Le traumatisme se déclenche lorsque le sujet est exposé à un événement traumatique qui comporte deux éléments fondamentaux : Dans un premier, lorsque le sujet a vécu, a été témoin, ou bien a été confronté à un ou plusieurs événements durant lesquels des personnes sont mortes, ont été menacées de mort ou ont été gravement blessées, ou durant lesquels sa propre intégrité physique ou celle des autres a été menacée. Deuxièmement, lorsque la réponse du sujet s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur (ce qui correspond à l'effroi) (Nada, 2015). Le vécu consécutif à une telle exposition

traumatique participe à la formation des symptômes tels que la reviviscence persistance de l'événement, l'évitement des situations évoquant ou ressemblant à l'événement avec un sentiment d'engourdissement et d'anesthésie émotionnelle générale de même qu'une hyperactivité.

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, dans sa cinquième édition parue en 2015 DSM 5, vient davantage préciser les critères diagnostiques pour le trouble de stress post-traumatique. (Cf. annexe 5). Aux troubles répertoriés dans le DSM 5 vient s'ajouter un vécu significatif d'un traumatisme (C. Damiani, 1997 ; L. Daligand, 2001 ; F. Lebigot, 2005), notamment le sentiment de perte d'une intégrité physique, d'une continuité narcissique, de perte des repères quotidiens, le sentiment d'inquiétante étrangeté, la honte et la culpabilité, la confrontation avec sa propre violence, l'envahissement angoissant de pulsions mortifères non intégrables, un sentiment intense d'abandon. Cette symptomatologie caractérise le tableau clinique du traumatisme et participe à constituer ce que L. Crocq (1999) appelle une personnalité "*traumato-névrotique*" (Damiani & Pereira-Fradin, 2006).

3.3.2-Typologie et symptomatologie du traumatisme

Dans la préface du livre de Claude Janin intitulé *Figures et destins du traumatisme*, Claude Le Guen, affirme que "*le trauma est sans doute l'une des notions les plus indéçises de la psychanalyse, voire des plus équivoques, et sans doute des plus énigmatiques. Cela tient, à l'ambiguïté de ses confluences placées à la rencontre du dedans et du dehors, à sa dynamique d'excès, de rupture et de perte, à sa fonction d'alarme et de protection comme à son pouvoir d'effraction. Agent d'une réalité dont la puissance et la source demeurent incertaines, le trauma est l'occasion d'entrevoir ce qui peut agir au-delà du plaisir et de son principe (...) Le trauma : la pire et la meilleure des choses...*". (Le Guen, 1996). Pour bien analyser les caractères spécifiques des composantes du traumatisme, afin de les décrire et d'en établir une classification, on recourt à la typologie. Il s'agit en mots simples, de déterminer et de classer les différents types de traumatisme.

En tenant compte de la clinique chirurgicale, on distingue deux types de traumatismes : Les traumatismes ouverts où il y a blessure ou effraction du revêtement cutané de la victime. En d'autres termes, la peau qui représente l'enveloppe protectrice du corps de la victime subit une blessure, un dommage. Les traumatismes fermés dans lesquels il n'y a pas eu effraction de la peau, mais des blessures internes dans le corps de la victime.

Du point de vue purement psychologie clinique, on peut de manière générale distinguer deux grandes catégories de traumatisme : la première catégorie comprend les traumatismes psychiques dits ordinaires et la deuxième composée des traumatismes psychiques inadaptés et générateurs de troubles divers. Les traumatismes psychiques dits ordinaires sont généralement liés à la période de la petite enfance. Ils sont constructifs de la personnalité et inhérents à la construction de soi à cette période au cours de laquelle des expériences traumatiques s'invitent dans le développement infantile. Ces expériences paraissent presque inévitables en dehors de contextes familiaux déstructurés pour deux raisons essentielles : D'une part, l'enfant absorbe toutes les émotions de son entourage sans aucun filtre des situations conflictuelles. D'autre part, l'enfant n'a pas la maturité nécessaire pour transformer ce qu'il ressent ou ses maux en mots. Par exemple, ses sensations de faim, de soif et de malaise général peuvent être source de stress, car ces sensations étranges qui se produisent dans son corps restent incomprises à cet âge. De même, quand l'enfant commence à exister en tant qu'individualité, donc quand son processus d'individuation arrive à maturité, les premières expériences de la séparation, de la frustration peuvent être traumatiques, surtout si l'adulte lui-même exprime son malaise ou son incapacité à supporter ces rites, pourtant incontournables dans la vie quotidienne de chacun et de tous. Au regard de ce qui précède, je puis donc penser que le vécu quotidien se construit au prisme de ce type de traumatisme psychique dit ordinaire dont il constitue l'élément fondamental de la construction de la personnalité. Ce sont par conséquent des traumatismes psychiques normaux, différents des traumatismes psychiques inadaptés et générateurs de troubles. Les traumatismes psychiques inadaptés et générateurs de troubles divers peuvent laisser des traces indélébiles psychologiques, émotionnelles et même physiologiques. Ils sont essentiellement consécutifs aux événements de grande violence portant atteinte à l'intégrité physique et psychique, qui m'intéressent particulièrement dans la suite de mes présents écrits. À la suite d'une violente agression physique, un accident violent, un attentat ou bien une catastrophe naturelle, le seul tort des victimes est, a priori et forte proportion gardée, d'être au mauvais endroit et au mauvais moment. Au-delà des souffrances diverses occasionnées, la spécificité spatio-temporelle torture les victimes qui ressentent la culpabilité, à travers des questions lancinantes telles "*pourquoi cela m'est-il arrivé à moi ? Qu'est-ce que j'ai fait pour mériter cela ?*" ou des affirmations "*c'est ma faute si tout cela est arrivé ; il y a une partie de moi qui est responsable de ce qui s'est passé*" Ce deuxième type de traumatisme se rapporte le mieux à l'approche psychopathologique dans laquelle on admet que, les excitations attenantes à l'évènement traumatisant ont fait effraction au travers des défenses du psychisme.

En tenant compte de la classification de Terr (1991) dont la caractéristique référentielle est la fréquence d'exposition au traumatisme et la densité de l'événement traumatisant, on distingue les traumatismes de type I et les traumatismes de type II. Les premiers se rapportent à un événement unique, isolé, limité dans le temps. C'est le résultat d'un événement soudain, inattendu, dangereux, de courte durée (accident, catastrophe naturelle, accident automobile, agression physique et viol unique...). Les traumatismes de type II quant à eux résultent d'événements de longue durée et/ou répétitifs, cumulatifs, souvent infligés volontairement par l'être humain. Ils correspondent à une situation qui se répète : l'individu se trouve réexposé à un danger identique ou comparable (violences familiales répétées, guerres, violences sexuelles répétées, agressions physiques répétées, violences conjugales). A ces 2 types vient s'ajouter le traumatisme de type III complété par E.-P. Solomon et K.-M. Heide (1992) dans la classification originale pour caractériser des événements multiples, envahissants et violents présents sur une longue période. Ils sont consécutifs à un agent stressant chronique ou abusif (camps de prisonniers de guerre et de concentration, torture, exploitation sexuelle forcée, violences et abus sexuels intrafamiliaux, etc.). (Josse, 2014, p. 63)

À côté de cette approche, J. Herman (1992) différencie le traumatisme simple et traumatisme complexe. Le traumatisme simple se rapporte à un événement traumatique unique comme dans le traumatisme de type I, tandis que le traumatisme complexe se réfère à plusieurs événements traumatiques ou vécus sur une période donnée, aux situations extrêmement difficiles. Citons par exemple les guerres et les prisonniers de guerre, le vécu dans les camps de concentration, les viols à répétition, les agressions sexuelles durant l'enfance... etc.

Taquino et Montel (2014) déterminent la typologie du traumatisme en distinguant traumatismes directs et traumatismes indirects. Les premiers sont consécutifs à une confrontation directe au sentiment de mort imminente ou d'horreur. L'individu peut avoir été sujet (avoir subi), acteur (avoir provoqué volontairement ou involontairement) ou témoin (avoir vu) de l'événement traumatique. Alors que le traumatisme indirect fait suite à une participation indirecte en tant que témoin ou acteur de l'événement traumatique. Bien que n'ayant pas directement subi le traumatisme, le sujet peut présenter des troubles psycho-traumatiques consécutifs au contact qu'il entretient avec une personne ou un groupe de personnes traumatisées (Josse, 2014). Par exemple, les intervenants au contact de la victime de traumatisme peuvent être soumis à un processus de traumatisation vicariante sur la base de l'écoute empathique du récit traumatique de la victime primaire (Herbert, Brunet & Wemmers, 2003). Le traumatisme vicariant est un "*traumatisme par contagion ou par identification, lorsqu'un professionnel est*

en contact régulier avec des sujets traumatisés. Ce n'est pas un traumatisme à proprement parler, car il n'y a pas eu d'effraction de l'appareil psychique. Les perturbations restent dans la sphère du langage et des représentations. Le traumatisme vicariant est déterminé par une surcharge émotionnelle lorsque les professionnels sont confrontés à la souffrance d'autrui ou à des situations qui leur font éprouver des émotions intenses et qui s'accumulent“. (Lebigot & Damiani, 2001, p. 267).

Pour déterminer les troubles consécutifs à la traumatisation vicariante, C.-R. Figley (1995) a élaboré un modèle de transmission du trauma des victimes sur les intervenants. Il parle ainsi de *“compassion de fatigue et stress de compassion“*. Il désigne ainsi, le syndrome d'épuisement émotionnel dans lequel le stress traumatique est transmis des victimes aux intervenants (acteurs de l'aide médicale urgente, services de secours, psychothérapeutes, etc...). Tout au long de la présente recherche, mon intérêt se portera particulièrement sur les traumatismes psychiques inadaptés et générateurs de troubles et aux deux types de traumatismes I et II. Mais à quels signes les reconnaît-on et quelles en sont les conséquences sur la victime ?

De manière générale, la sémiologie du traumatisme renvoie à l'étude des signes et des manifestations cliniques du traumatisme dotées de significations. Ici se trouvent donc analysées analyserons les différentes manifestations perceptibles de l'organisation psychopathologique traumatique des patients. Pour dégager le fonctionnement psychique sous-jacent au symptôme du sujet examiné, il semble opportun de questionner le sens de ce symptôme. Selon Reuchlin (1981) *“interpréter des comportements, en particulier des symptômes, c'est savoir en fournir une seconde lecture“* (Reuchlin, 1981). Aujourd'hui, la psychopathologie du traumatisme relative à l'état de stress post traumatique s'est développée autour de deux approches : La première approche est américaine et s'organise autour du Post-traumatic stress disorder (PTSD). La deuxième est européenne et récupère à son avantage le concept de névrose traumatique auquel il attribue une symptomatologie psychodynamique.

3.4-Approches psychodynamiques classiques du trauma

Contrairement à la théorie psychiatrique du traumatisme relative à la névrose traumatique qui se focalise essentiellement sur les aspects objectifs et la conception du traumatisme prise en “*absolu*”, la théorie psychanalytique du traumatisme se trouve amplement développée. En effet, elle se sépare de la conception du traumatisme prise dans “*l’absolu*”, s’oriente vers une conception “*relative*” au sujet et à ses caractéristiques propres du moment tout en réévaluant la dialectique des éléments objectifs et subjectifs. Les théories psychanalytiques dépassent cette modélisation très descriptive et symptomatique et jamais processuelle du traumatisme dépendant de l’approche psychiatrique. Elles sont psychodynamiques et vont de l’après-coup à la temporalité du traumatisme. Le statut accordé à l’événement traumatique dans la formation des pathologies a toujours fait l’objet de controverses et de débats passionnés au-delà même des travaux psychanalytiques. “*En témoignent les premiers récits de guerre et combats, qualifiant les soldats traumatisés de couards et de simulateurs dès le XVIIème siècle, ou à l’inverse les théories organicistes mettant en avant la gravité neurologique des chocs subis par les victimes d’accidents au XIXème siècle ou enfin les évolutions actuelles centrées sur le Post Traumatic Stress Disorder toujours embarrassées par la singularité des vécus traumatiques*” (Duchet, 2011 ; p. 52).

3.4.1- Théories du traumatisme chez S. Freud : de l’après coup à l’approche économique

Bien que Freud s’interrogeât déjà sur les faits de séduction exercés sur ses patientes en accordant dans un premier temps un poids conséquent à la réalité des traumatismes subis et aux souvenirs pathogènes, “*la place du concept de traumatisme dans la théorie freudienne est mouvante et connaît de nombreuses évolutions*” (Bokanowski, 2005). À ses débuts, la psychanalyse s’adosse essentiellement sur cinq cas étudiés par Freud : Le cas Dora, Le Petit Hans, L’Homme aux rats, Le Président Schreber et L’Homme aux loups. Chacun de ces cas incarne une notion psychanalytique clé : L’hystérie par rapport au cas Dora, jeune fille manipulée et abusée par son père ; la phobie pour Le Petit Hans, un jeune garçon qui est pris de panique à la vue des chevaux ; l’obsession pour l’Homme aux rats, un jeune homme obsédé par un horrible supplice chinois ; la paranoïa pour Le Président Schreber, un respectable magistrat se disant persécuté par Dieu et la castration pour L’Homme aux loups, un russe bipolaire aux étranges hallucinations. Le concept de traumatisme occupe et garde une place centrale au sein de l’appareil théorique psychanalytique de l’œuvre freudienne qu’il sillonne de bout à bout. En effet, de l’*Esquisse (1895)* à *L’Homme Moïse (1938)*, il y est essentiel, même

s'il subit d'importants remaniements au gré des avancées. Le concept de traumatisme a donc pris de l'importance avec la naissance de la psychanalyse, du fait de l'hypothèse freudienne de l'inconscient à partir d'une conception traumatique de la sexualité, au fondement du conflit et de l'élaboration de la vie psychique. Trois moments se dégagent des remaniements conceptuels freudiens du traumatisme :

Une première période forte au cours de laquelle le traumatisme qualifie l'événement singulier du sujet. Cet événement singulier et externe répertorie dans la réalité, une séduction d'ordre sexuel et devient subjectivement capital en raison des affects douloureux qu'il provoque. En d'autres termes, le traumatisme est intimement lié à la notion de séduction et l'action de la "*séduction*" sexuelle. Il préside à l'organisation de la névrose qui se rapporte à la mémoire, au refoulement et à sa levée. J'aimerais noter que la théorie psychanalytique du traumatisme chez Freud concerne l'impact traumatique d'abus sexuels perpétrés sur des enfants immatures sexuellement, avec un accent particulièrement mis sur l'impact désorganisateur des abus sexuels eux-mêmes et leur rôle dans la genèse de la pathologie psychique. A l'intérieur de ce premier moment, se singularisent deux sous-périodes. Une première sous-période qui va de 1895 à 1900/1905, se développe autour de l'idée principale que, le modèle princeps de l'action du traumatisme lié à une séduction est celui du modèle en deux temps ("*après-coup*" de l'Esquisse et des Études sur l'hystérie). Cette sous-période correspond également à l'abandon de sa "*neurotica*" en 1897 et la conception que ce n'est non plus la séduction, mais c'est le fantasme qui devient le facteur traumatique principal qui trône à l'élaboration de la névrose. La seconde sous-période va de 1905 à 1920. Freud y décrit le "*développement sexuel infantile*" et construit la métapsychologie à partir de l'idée principale que tous les traumatismes sont consécutifs aux fantasmes inconscients et à la réalité psychique interne. Autrement dit "*En termes de développement sexuel infantile et de théorie de la libido, les situations traumatiques paradigmatiques sont liées aux "fantasmes originaires" et aux angoisses afférentes (angoisse de séduction, castration, scène primitive, complexe d'Œdipe)*" (Bokanowski, 2011, p. 48). Le moi met une pression et livre une lutte aux pulsions sexuelles qui origine le traumatisme.

Une deuxième période forte qui intervient à partir de 1920, au cours de laquelle le concept de traumatisme occupe une place emblématique dans l'impasse économique de l'appareil psychique. Pour Freud, si les faits d'abus sexuels ne sont pas à négliger, il faut accorder un intérêt particulier à leur destin au sein de la réalité psychique, c'est-à-dire à la façon dont ils ont été intériorisés et liés à la vie psychique du sujet, transformés par cette vie psychique du sujet pour être "*métabolisé*" ou tenté de l'être au sein de celle-ci, et enfin, revenir de l'intérieur au

sujet victime d'abus sexuels. Le traumatisme renvoie d'abord, comme Freud l'a lui-même indiqué, à une conception économique : *“nous appelons ainsi une expérience vécue qui apporte, en l'espace de peu de temps, un si fort accroissement d'excitations à la vie psychique que sa liquidation ou son élaboration par les moyens normaux et habituels échoue ce qui ne peut manquer d'entraîner des troubles durables dans le fonctionnement énergétique”* (Laplanche et Pontalis, 2007). C'est *“une effraction étendue du pare-excitation”* (Freud, 1920) étroitement liée à la perte d'objet. Dans son ouvrage intitulé *Au-delà du principe de plaisir* (1920), Freud insiste sur le facteur *“surprise”* du traumatisme psychique. Il en donne à cet effet une représentation figurée en envisageant ce qui suit au niveau d'une relation élémentaire entre un organisme et son milieu : l'appareil psychique est présenté comme une *“vésicule vivante”* tenue à l'abri et protégée tant des excitations externes que du danger pulsionnel interne, par une couche protectrice ou pare-excitation. Elle ne laisse passer que des quantités d'excitations tolérables. *“Cette couche vient-elle à subir une effraction étendue, c'est le traumatisme : la tâche de l'appareil est alors de mobiliser toutes les forces disponibles afin d'établir des contre-investissements, de fixer sur place les quantités d'excitations affluentes et de permettre ainsi le rétablissement des conditions de fonctionnement du principe de plaisir.”* (Freud, 1920, p.20). La névrose traumatique est alors une effraction étendue du pare-excitation. Par ailleurs, il différencie l'angoisse, la peur et l'effroi. Pour lui en effet, l'angoisse désigne un état caractérisé par l'attente du danger et la préparation au dit danger, même s'il est inconnu. La peur quant à elle suppose un objet défini dont on a peur. L'effroi enfin désigne l'état qui survient lorsque le sujet est confronté à une situation dangereuse sans y avoir été préparé. L'effroi met l'accent sur le facteur *“surprise”* tel qu'il le développe dans *Au-delà du principe de plaisir*, (1920) : *“quant-à la névrose traumatique commune, elle offre deux traits susceptibles de nous servir de guides, à savoir que la surprise, la frayeur semblent jouer un rôle de premier ordre dans le déterminisme de cette névrose et que celle-ci paraît incompatible avec l'existence simultanée d'une lésion ou d'une blessure”* (Freud, 1920, p.14)

Une troisième période forte qui se situe à la fin de son œuvre en 1939 où il écrit *L'Homme Moïse et la religion monothéiste*. Il y développe la théorie selon laquelle les expériences traumatiques originaires constitutives de l'organisation et du fonctionnement psychique peuvent entraîner des atteintes précoces du Moi et créer des blessures d'ordre narcissique. Comme lui-même le dit, les traumatismes sont *“les impressions éprouvées dans la petite enfance, puis oubliées, ces impressions auxquelles nous attribuons une grande importance dans l'étiologie des névroses”* (Freud, 1939). En d'autres termes, d'autres événements en dehors de

ceux qui affectent la sexualité à proprement parler, notamment tous ceux qui atteignent une certaine intensité d'excitation ou ceux qui provoquent une certaine détresse recouvrant une nature capitale pour le sujet à cet instant de son développement ou enfin les *“systèmes relationnels toxiques répétés de nombreuses fois au long du développement du sujet”* ont un caractère traumatique. À travers les *cinq cas* référés au début de ce sous-titre, Freud découvre qu'il y a une grammaire du symptôme qui repose sur le refoulement. L'inconscient s'organise à partir d'une opération fondamentale qui repousse les représentations liées aux pulsions. Il pense alors que le refoulement est un *“vouloir ne pas savoir. Il se produit une fixation constituant le noyau originaire, et provoquant la répétition de l'opération refoulant. S'il y a refoulement continuel, c'est qu'il y a sans cesse un retour du refoulé, comme les symptômes”* (Freud, 1920, p.15). Freud met l'accent sur un traumatisme en deux temps. En effet, l'effet traumatique et désorganisant apparaît au second temps lorsque l'écho se produit parfois plusieurs années après le temps 1 de l'événement. On parlera d'un latent resté inélaboré jusqu'alors qui constitue l'après-coup désorganisateur du traumatisme. L'écho d'une deuxième scène se transforme en béquille d'une réactualisation traumatique de la perte initiale. Pour y parvenir, il détermine deux temps du traumatisme : Considéré comme celui de la séduction proprement dite *“pré sexuel”* selon Freud, le premier temps du traumatisme *est* un événement sexuel. Il est apporté de l'extérieur par un adulte à un enfant qui n'est pas encore capable d'avoir des émotions sexuelles du fait d'une absence des dispositions somatiques, de l'excitation et d'une possibilité d'intégrer l'expérience. En ce moment précis, à cause de son extrême jeunesse, l'enfant voit effectivement la scène de séduction se produire sans qu'elle fasse l'objet d'un refoulement. C'est le second temps qui produira le traumatisme. Au premier temps du traumatisme, il s'est produit une scène de séduction qui n'a pas fait l'objet d'un refoulement. Le second temps du traumatisme apparaît seulement à la suite d'un nouvel événement qui survient dans la vie de l'enfant et qui ne comporte pas nécessairement une signification sexuelle, mais qui, par des traits d'association provoque le souvenir des scènes de séduction produites dans le passé. Ce souvenir provoque à son tour un afflux d'excitations dépassant les possibilités du moi à se défendre. C'est donc le souvenir et non l'événement lui-même qui est traumatisant en ce sens que, le souvenir prend déjà à ce niveau la valeur d'une *“réalité psychique”*, de *“corps étranger”* dévolu aux fantasmes de l'enfant. A la suite de plusieurs autres découvertes en psychanalyse, Freud abandonne la théorie de la séduction en 1897, mais *“Freud n'a jamais cessé jusqu'à la fin de sa vie de soutenir l'existence, la fréquence et la valeur pathologique des scènes de séduction effectivement vécues par l'enfant”* (Laplanche et Pontalis, 1967, p. 435).

Au total, trois grandes périodes d'élaboration caractérisent les théories freudiennes du traumatisme : la première période (1895 et 1920) au cours de laquelle Freud postule que l'action séductrice traumatique se réfère au modèle de l'après-coup et abandonne sa *neurotica* pour faire intervenir l'action "*séductrice interne*" du fantasme. Il découvre et développe également les théories sexuelles infantiles. À cette période, les fantasmes inconscients, les fantasmes originaires (séduction, castration et scène primitive), et les angoisses y afférentes qui moulent la réalité psychique sont les références des traumatismes et conflits psychiques, tout comme la réalité du fantasme inconscient est un facteur traumatique. La deuxième période à partir de 1920 au cours de laquelle le traumatisme est directement lié à la dimension économique de l'appareil psychique, notamment d'abord à un défaut du pare-excitation (Freud, 1920) et traduit par la *névrose traumatique* dont la locomotive est la *compulsion de répétition*, ensuite, le traumatisme est lié à la perte d'objet, avec son corollaire psychanalytique des liens à l'objet. La dernière période correspond à la conception du traumatisme dans ses *liens du narcissisme*, où le trauma est consécutif à une blessure d'ordre narcissique et les expériences traumatiques peuvent entraîner des *atteintes précoces du moi*. À cette période, Freud envisage *deux destins* possibles du traumatisme : l'un est *positif et organisateur* tandis que *l'autre est négatif, désorganisateur* et crée *une enclave dans le psychisme*. Selon Freud pour qu'il y ait traumatisme, il faut qu'il y ait surprise et retour sans cesse du refoulé (des symptômes) dans l'appareil psychique avec des conséquences qui traumatisent et déstructurent le développement psychosexuel de l'enfant. Ce sont des "*impressions éprouvées de la petite enfance, puis oubliées*" (Bokanowski, 2012). Dans la perspective freudienne des effets du traumatisme, la question du dévoilement d'un originaire qui est au cœur de l'être s'en trouve dégagée, pour prendre en compte ce qui est singulier à chacun dans la rencontre avec le trauma. Toutefois, les dernières avancées des théories freudiennes ont fortement été influencées par les théories proposées quelques années auparavant entre 1928 et 1933 par Ferenczi (Bokanowski, 2005).

3.4.2- Théories du traumatisme chez S. Ferenczi : la confusion de langue

Même si Freud a établi le concept de traumatisme, Ferenczi est considéré comme celui qui l'a approfondi autour de l'«*endommagement narcissique et auto-clivage narcissique*». Son approche concerne essentiellement l'énonciation métapsychologique de la théorie de la séduction en articulation avec celle du traumatisme. Elle est essentiellement fondée sur la séduction consécutive à la présence inadéquate de l'objet «*Objet trop présent ou trop absent*». Pour Ferenczi en effet, même si le traumatisme peut être consécutif à un fantasme de séduction ou de castration, son origine est rattachée à l'action excessive et violente d'une excitation sexuelle prématurée, qui prendrait la dimension d'un viol psychique selon certaines circonstances. Les conséquences directes sont la sidération du Moi et l'agonie de la vie psychique. En effet, dans «*Confusion des langues entre les adultes et l'enfant*» (Ferenczi, 1933), Ferenczi repère le traumatisme à partir de la violence produite par la confusion entre le langage passionnel chez l'adulte et le langage de la tendresse chez l'enfant. Une pareille confusion peut amener l'enfant à reprendre pour lui-même la culpabilité de l'adulte, à la fois innocente et coupable, avec possibilité d'évoluer de façon clivée «*soit vers une tentative de régression proche d'une béatitude pré-traumatique pôle de l'innocence, soit vers une progression pathologique-pôle de la culpabilité*» (Ferenczi, 1933, p. 86). Plus précisément, Ferenczi évoque les effets d'un traumatisme majeur consécutif à un viol perpétré par un parent proche sur un enfant, dans un contexte de relations familiales défavorables. Peu structuré, le Moi de l'enfant est totalement passif et malhabile à négocier un conflit, fut-ce par la projection. Tout en faisant un déni du conflit, le Moi est confus, perd ses limites, voire se clive. Il en résulte une identification à l'agresseur adulte de type primaire, qui constituera une trace délétère. L'enfant se résigne à la volonté de l'adulte et intériorise la culpabilité de ce dernier dans une sorte de Surmoi destructeur. Il ne reste plus à l'enfant que le Ça et le Surmoi, car la cohérence du Moi ayant été attaquée par l'atteinte narcissique, s'incline dans un mouvement masochiste. Dès lors, la fixation au trauma s'accomplit à travers une répétition au-delà du principe de plaisir. Cette forme d'identification à l'agresseur est destructrice car l'enfant s'aliène pour garder une relation d'amour avec l'adulte coupable. Avec Ferenczi, le traumatisme s'inscrit dans une expérience avec l'objet, une *expérience douloureuse négativante* qui provoque une «*autodéchirure*» (un *clivage auto-narcissique*) modifiant profondément et violemment «*la relation d'objet, devenue impossible, en une relation narcissique*» (Ferenczi, 1934/1982).

Ferenczi insiste sur la fréquence des traumatismes sexuels, même dans les familles les plus puritaines. Il arrive que les adultes se laissent aller à des jeux érotiques avec l'enfant, souvent

sous couvert de manifestations de tendresse. L'enfant y répond avec empressement *“beaucoup plus intensément et beaucoup plus précocement”* qu'on ne l'avait pensé. Mais sa demande reste au niveau du jeu et de la tendresse. L'adulte réagit alors avec une passion incompréhensible pour l'enfant. Puis, sous l'effet de la culpabilité, il en vient à le gronder et à le punir ; la soudaineté de ce retournement d'attitude de l'adulte est un facteur traumatique essentiel. J'aimerais faire observer que lorsque Ferenczi parle de l'innocence de l'enfant, il ne veut pas dire, comme on entend parfois l'affirmer, que la sexualité infantile n'existe pas ; il estime que celle-ci est dépourvue de sentiment de culpabilité. L'insuffisance de stimulation, la carence affective, peuvent avoir un effet tout aussi traumatisant qu'une stimulation excessive.

Au total pour Ferenczi, l'origine du trauma n'est pas seulement liée aux retentissements d'un fantasme de séduction, mais aux transformations d'une certaine catégorie de destin libidinal liée elle-même aux expériences primaires du sujet avec un objet soit trop présent ou alors trop absent, du fait de la *“confusion de langue entre le langage de tendresse de l'enfant et le langage de la passion de l'adulte”* (Ferenczi 1933/1982) pouvant prendre la valeur d'une excitation sexuelle prématurée. Ce sont donc des réponses inadaptées d'un objet défaillant consécutives à ce type d'expérience, qui envahissent le psychisme de l'enfant et déprécient la formation de sa psyché, *“ceci mutilant à jamais son moi tout en le maintenant dans un état de détresse primaire (Hiflosigkeit) qui peut réactiver sa vie durant”* (Bokanowski, 2012, p. 1558). Le traumatisme psychique est donc certes consécutif à un événement objectif, mais c'est l'absence de mots autour de cet événement, le silence et le non-dit qui entourent le drame, le désaveu de l'entourage et la non-reconnaissance de l'événement qui constituent l'événement traumatique et une violence traumatique qui viennent se greffer à la violence réelle. D'autres auteurs ont par la suite développé cette ligne de pensée ferenczienne. Mais pour cadrer avec mes besoins théoriques, j'ai fait le choix de développer les approches psychodynamiques contemporaines de Winnicott, Janin et Roussillon dont les développements entrent en droite du présent travail.

3.4.3-Approches psychodynamiques contemporaines : Winnicott, Janin et Roussillon

De nos jours, la souffrance psychique relative à la destructivité psychique oblige à penser et à regrouper les patients sous des vocables nosologiques différents (fonctionnement limite, fonctionnement non-limite...) et emmène à interroger le rôle de l'objet dans la constitution du Moi et de ses dysfonctionnements. Ce qui conduit à la recherche d'une théorisation de ce qui dans les *liens primaires avec l'objet* (objet primaire et /ou ses substituts – l'environnement, selon D.W. Winnicott) pouvait avoir eu un *impact traumatique* sur l'organisation psychique et le fonctionnement mental du sujet. Ce qui interroge fondamentalement la gigantesque énigme du traumatisme et de sa nature dans la psychanalyse contemporaine. Certains s'appuient sur la temporalité pour la déterminer, d'autres sur la détransitionnalisation de la réalité et d'autres enfin sur les besoins du moi. Ces différentes approches feront l'objet des développements dans la partie suivante, dans l'optique d'apporter des éclairages sur la dynamique du traumatisme psychique.

3.4.3.1-Traumatisme et temporalité : Winnicott

Donald Woods Winnicott (1896-1971) apparaît comme le principal auteur dont les avancées théoriques s'inscrivent directement dans l'héritage de l'œuvre de S. Ferenczi. Si pour Ferenczi, le traumatisme est avant tout essentiellement sexuel c'est-à-dire consécutif à la "*séduction*" de l'enfant par l'adulte c'est-à-dire à une confusion entre le langage de tendresse et le langage de passion, avant d'être lié aux transformations d'une certaine catégorie de destin libidinal liée elle-même aux expériences primaires du sujet avec un objet soit trop présent ou alors trop absent, pour Winnicott, il s'inscrit fondamentalement dans une expérience avec l'objet, notamment l'empreinte de l'environnement et ses carences. Ledit objet ne se situe pas à l'aune de ce qui s'est produit, mais au regard de ou dans ce qui n'a pas pu se produire "*expérience négativante*", par les "*carences de l'objet primaire*" associées à une succession d'absence de réponses de ce dernier face aux sollicitations affectives du sujet, occasionnant chez ce dernier une "*agonie*", une "*asphyxie*" de la vie psychique, une "*paralyse*" de la pensée, une "*paralyse*" du moi, secondaire à ses blessures non cicatrisables. Ce qui provoque une "*autodéchirure*" qui modifie rudement "*la relation d'objet devenue impossible, en une relation narcissique*". Cette théorisation est consécutive au postulat qu'à sa naissance, l'enfant est dépourvu de capacités immédiates lui permettant de distinguer un intérieur et un extérieur, un moi et un non-moi. Le besoin interne éprouvé par l'enfant lui fait construire, de façon hallucinatoire, un "*objet subjectif*" capable de procurer la satisfaction. Il adopte par-là l'hypothèse freudienne d'une satisfaction hallucinatoire primitive, qui prône dans sa plénitude

le principe de plaisir, et qui devra capituler devant l'épreuve de réalité. Mais à cette hypothèse freudienne, Winnicott y ajoute l'importance jouée par l'environnement (d'abord la mère) dans la satisfaction hallucinatoire de l' "*objet subjectif*" capable d'apporter la satisfaction. Pour lui, une "*mère suffisamment bonne*" est une mère qui "*sent*" suffisamment son nourrisson pour lui présenter l'objet lorsque le nourrisson le crée sur la modalité hallucinatoire. Ainsi s'installe progressivement une *zone d'illusion* où l'enfant peut déployer une toute-puissance illusoire, en construisant un objet qui est en réalité procuré par l'environnement.

Pour lui, ce paradoxe de découverte-crédation de l'objet "*object-presenting*" et le rôle qu'y joue l'environnement est primordial, constitutif et doit obligatoirement être respecté et non abrégé. Selon D.W. Winnicott (1965), le traumatisme a un lien avec la dépendance et la temporalité. En effet, c'est un "*échec*" lié à la dépendance, car il "*rompt l'idéalisation d'un objet au moyen de la haine d'un individu, en réaction au fait que cet objet n'a pas réussi à atteindre sa fonction*". Il résulte de "*l'effondrement dans l'aire de confiance de l'environnement généralement prévisible*" (Winnicott, 1965). Il dépend de la capacité ou non de la mère à manier son ambivalence ainsi que sa haine active et passive à l'égard des sollicitations ou des demandes de son enfant. Elle doit pouvoir exécuter son rôle à temps dans le "*processus de désillusion*" qui doit se substituer au premier temps où sa fonction est de "*donner l'occasion au nourrisson d'avoir un sentiment d'omnipotence*". Très déterminant dans l'acquisition du sentiment de l'autonomie de l'enfant, le défaut d'accompagnement par l'objet maternel constitue un traumatisme, car il anéantit la capacité de l'enfant à "*croire en*" ce qui ralentit la formation de sa personnalité et la constitution du moi. De ce fait, le traumatisme est consécutif à une "*intrusion trop soudaine ou imprévisible d'un fait réel*" provoquant chez l'enfant un sentiment de haine réactionnelle qui "*brise l'objet idéalisé*". Le traumatisme est donc à temps ou encore associé à la temporalité, car dans certaines positions excessives, c'est le passage de l'angoisse à la douleur, puis le passage difficilement réversible de la douleur à l'agonie qui entraîne une angoisse catastrophique. "*Après X+Y+Z minutes, le retour de la mère ne répare pas l'altération de l'état du bébé. Le traumatisme implique que le bébé a éprouvé une coupure de la continuité de son existence, de sorte que ses défenses primitives vont dès lors s'organiser de manière à opérer une protection contre la répétition d'une angoisse impensable (unthinkable anxiety) ou contre le retour de l'état confusionnel aigu qui accompagne la désintégration d'une structure naissante du moi*" (Winnicott, 1971). Les théorisations de Claude Janin s'inscrivent en droite ligne à celles de Winnicott, lorsqu'il propose des voies de complexification de sa pensée analytique autour des liens entre traumatisme et réalité en interrogeant la constitution du fonctionnement psychique et l'avènement de l'objet.

3.4.3.2-Traumatisme et détransitionnalisation de la réalité : “*Noyau chaud et noyau froid*” de Janin.

La conception du “*noyau chaud*” et “*noyau froid du traumatisme*” (Janin, 1996) est non seulement une reprise de l’après-coup de Freud, mais également une synthèse entre la conception freudienne et ferenczienne du traumatisme. Elle s’appuie sur la métaphore de Wideman (1977) sur la perle formée à partir d’un grain de sable. “*En psychanalyse le grain de sable, c’est l’événement -ou sa trace-, à partir duquel les fantasmes vont se développer comme les concrétions*” (Janin, 1996). De cette métaphore, Janin introduit la notion de *noyau traumatique* de tout processus psychique pour désigner “*le destin singulier d’un grain de réel qui, investi d’une signification particulière, se transforme en perle, autrement dit devient symbolisable. Il demeure, sinon grain de sable, réel non symbolisé, non inscrit dans le psychisme.*” (Janin, op. cit). L’hypothèse princeps ici est qu’une configuration primordiale du traumatisme se construit lorsqu’il y a “*détransitionnalisation de la réalité*”. En d’autres termes lorsque le sujet ne peut plus différencier et confond ce qui est fantasme et ce qui est événement. Cette confusion topique est intrusive lorsque le sujet se trouve confronté à un événement qui redouble un fantasme inconscient et lorsque l’appareil psychique ne peut plus accomplir sa fonction de contenant du monde externe. Il se produit donc un *collapsus de la topique interne* et le sujet est confus quant à l’origine de son excitation dont il ne sait plus si elle est de source interne ou externe. Tout se produit comme si le fantasme inconscient se trouvait brusquement “*réalisé*”, contribuant à la désorganisation de la psyché. Comme il le dit lui-même, “*tout se passe comme si le fantasme inconscient était ainsi brutalement réalisé, provoquant un collapsus topique, résultat de la rencontre entre “la réalisation interne du fantasme et la réalisation externe du désir*” (Janin, 1996). “*La désorganisation de “l’épreuve de réalité”, de “l’épreuve de la différence”, ainsi que d’une certaine forme de secondarité, à pour incidence sur l’organisation du conflit œdipien l’entrave de l’accès au préconscient, barrage qui devient potentiellement traumatique*” (Bokanowski, 2012, p.1559).

Pour en arriver à cette conclusion, Janin part de la différenciation entre “*noyau chaud*” et “*noyau froid du traumatisme*” (Janin, 1996) en décrivant les états d’afflux d’excitations internes non liées qui neutralisent le fonctionnement psychique du fait de la présence excessive de l’objet par le trop plein d’excitations ou le trop absence de l’objet c’est-à-dire l’excès de pare-excitant. Trois temps sont nécessaires pour ce traumatisme : le premier temps est infantile et concerne l’insuffisance ou l’inadéquation de la réponse maternelle aux besoins vitaux de

l'enfant, qui provoque une déchirure narcissique : C'est le *noyau froid du traumatisme* non assimilé par le moi. Le second temps correspond à la sexualisation du vécu traumatique ancien (infantile) un après-coup consécutif à une tentative échouée d'étayage sexuel de la pulsion, c'est le *noyau froid du traumatisme*. Enfin, le troisième temps consécutif à l'accès pubertaire de l'adolescence et constitue le traumatisme *paradoxal constitué des deux noyaux* précédents, sans qu'il soit possible de les distinguer l'un de l'autre.

Pour cadrer avec la problématique de l'adolescence, je dirai que l'accès à la maturité sexuelle provoque "*des remaniements psychiques en termes de maturation psychoaffective, de développement identitaire et de remise en jeu de la construction narcissique*" (Dupont et al., 2015), surgissent à l'issue du "*noyau froid*" et du "*noyau chaud*" du traumatisme, entraînant des atteintes ou déchirures du moi d'ordre narcissique, une perturbation des défenses, la constitution d'une "*zone psychique morte*" ou des "*cryptes*" (Abraham et Torok, 1978) du fait de l'absence de représentation et de figuration, et la "*Crainte de l'effondrement*" (Winnicott, 1974), qu'il provoque. On voit donc que Janin insiste beaucoup sur les aspects négatifs des expériences traumatiques qui viennent non seulement rompre les liaisons entre processus primaires et secondaires, mais attaquer également la continuité et l'identité du sujet en participant à une mise en jeu du pôle hallucinatoire et un agrippement du sujet au perceptif : "*(...) la trace mnésique de l'événement s'inscrit dans le moi comme trace absente, J'ai ainsi proposé de postuler l'existence d'une "trace amnésique" qui est l'inscription en creux d'une trace mnésique négativée, qui vient prendre corps et représentation chez l'analyste, dans le travail de contre-transfert.*" (Janin, 1996, p.49). La deuxième figure du traumatisme concerne la topique de la réalité partagée par le patient et l'analyste, indubitable de la nature transitionnelle (à la limite de l'intérieur et de l'extérieur selon Winnicott) de l'objet. Un objet situé "*entre-deux*", notamment entre l'objet réel modifié par les processus psychiques et l'objet psychique construit en étayage sur les caractéristiques réelles de l'objet et de l'environnement. Ce rapport au réel est désigné par le terme *transitionnalité de la réalité*, en comparaison au caractère composite issue de la métaphore des concrétions perlières et du grain du sable de Viderman.

Une autre approche psychodynamique que je vais développer s'articule autour des "besoins du moi".

3.4.3.3-Traumatisme et “besoins du moi “ : Roussillon

À la suite de Janin et Winnicott, Roussillon développe une théorie du traumatisme fondée sur les “besoins du moi“, c’est-à-dire l’ensemble des modalités intra et intersubjectives requises, pour qu’un sujet puisse faire le travail psychique de métabolisation de son expérience subjective vécue, que celle-ci soit traumatique ou pas. Il développe donc une théorisation fondée sur le traumatisme primaire et le traumatisme secondaire.

Le traumatisme primaire clivé vient pallier les risques encourus par son retour. C’est un exemple typique de la mise en œuvre de la négativité dans la problématique traumatique, car tout en touchant à la symbolisation primaire, ce modèle à une continuité aux traumatismes les plus précoces et à toutes expériences de détresse telles que celles rencontrées dans les cas de violences sexuelles. Quand la détresse dure et que le manque devient insupportable, il dégénère en état traumatique primaire : *“Ces états traumatiques primaires possèdent un certain nombre de caractéristiques qui les spécifient. Ce sont, comme les états de détresse, des expériences de tension et de déplaisir sans représentation (Ce qui ne veut pas dire sans perception ni sans sensation), sans issue, c’est-à-dire sans recours internes (ceux-ci ont été épuisés) ni recours externes (ceux-ci sont défailants), des états au-delà du manque et de l’espoir. “* (Roussillon, 2012, p. 14). Pour subsister, le sujet se soustrait de la représentation ou refoule l’affect, il se censure d’une portion de sa subjectivité. *“ Pour survivre le sujet se retire de l’expérience traumatique primaire, il se retire et se coupe de sa subjectivité. Il assure, c’est là le paradoxe, sa “survie“ psychique en se coupant de survie psychique subjective. Il ne “sent“ plus l’état traumatique, il ne sent plus là où il est, il se décentre de lui-même, se décale de son expérience subjective. “* (Roussillon, 2012, p.20)

Les traumatismes secondaires sont ceux qui ont confronté le sujet à une situation subjective qui, toute bouleversante qu’elle a pu être, a pu être vécue et subjectivée, représentée puis “secondairement“ refoulée. Ces traumatismes secondaires se maintiennent traumatiques en construisant des fixations mais tout en continuant de s’inscrire dans une économie de refoulement, conflictualisée. Ils sont repris et métabolisés dans les chaînes associatives et le transfert. Cela suppose une organisation psychique, une représentation et un narcissisme suffisamment organisés. *“Or, certaines pathologies (les pathologies narcissiques identitaires par exemple, telles que les étudie R. Roussillon) et surtout certaines expériences ne peuvent pas être refoulées, subjectivées ; leur topique relève du clivage. Des développements se sont articulés autour de la notion du clivage du moi. Il en ressort que, le propre du clivage du moi est de séparer un objet unitaire en deux moitiés qui resteront “côte à côte sans s’influencer*

récioproquement“ (Laplanche et Pontalis, 1967, p. 67). En me référant à mon tour aux notions kleinienne d’objet partiel et d’objet total, je dirai de manière économique que le clivage du moi est une action par laquelle, le sujet constitue deux objets partiels à partir d’un objet total.

Pour revenir au traumatisme, je dirai de façon générale et d’emblée que, pour avoir un effet potentiellement traumatique, l’évènement doit représenter une menace pour l’intégrité physique et ou psychique de la personne. En tant que menace, il doit dépasser les possibilités de réaction de ladite personne, survenir de manière soudaine et non anticipée, et s’accompagner d’un sentiment de terreur, de détresse, d’effroi, de solitude et d’abandon. La gamme d’évènements traumatogène est donc large : une violence physique, un viol sexuel, une catastrophe naturelle, une guerre, une découverte inopinée de corps, une exposition à des séances de violence, un accident de circulation sur la voie publique, un crash d’avion, un cambriolage vécu ou perçu et plus généralement dans un sens étendu, dans tous les cas où une personne ne peut plus s’empêcher de penser à une situation qui l’a débordée émotionnellement.

À l’issue des développements théoriques sur les approches psychodynamiques classiques et contemporaines du traumatisme, j’aimerais maintenant questionner la place de la culture dans le processus de traumatisation.

3.4.3.4-Traumatisme dans la culture

Dans ce sous-titre, l’objectif est d’appréhender l’importance des dimensions culturelles et psychosociales dans le processus de traumatisation et de réfléchir sur la prise en compte de la culture dans le dispositif de soutien psychologique. Plusieurs auteurs ont relevé l’existence d’inégalités sociales et culturelles chez les individus dans la rencontre traumatique (Penk & Allen, 1991 ; Schreiber, 1995 ; Young, 1995). On peut donc interroger les formes d’expressions des traumatismes dans le contexte culturel, (camerounais en l’occurrence), leur évolution, les représentations que le sujet en a en lien avec les représentations culturelles concernant les violences sexuelles. Mais il est préalablement nécessaire de définir la notion de culture, si l’on veut appréhender les emboîtements existants entre culture et traumatisme.

Le terme culture fut utilisé pour la première fois en 1871 par l’anthropologue Edward B. Taylor pour définir *“un ensemble complexe qui inclut connaissance, croyances, art, loi, mœurs, coutume, et autre capacités et habitudes apprises par l’homme en tant que membre d’une société”* (Eshung et Gurung, 2009 ; p. 196). L’UNESCO (2002) intégrera de nouvelles dimensions à l’approche culturelle de Taylor, pour une compréhension plus approfondie de ce

concept universel. La culture est donc un *“ensemble de traits distinctifs spirituels, matériels, intellectuels, émotionnels qui caractérisent une société ou un groupe social et qui englobent, en plus des arts et des lettres, les modes de vie, les façons de vivre ensemble, les systèmes de valeur, les traditions et les croyances”* (UNESCO, 2002 ; p.4). De ce fait, ce sont certains traits culturels qui permettent de lire le monde, de se le représenter à partir des données à priori partagées par la communauté et de le catégoriser en image d'un monde stable et organisé, support à partir duquel les individus se définissent. *“La culture sert d'étayage à la construction de l'identité individuelle, (et la reconstruction psychique doit passer) par la mémoire collective, le réseau social et la culture dans leur fonction de contenant pour les individus”* (Jacques, 2001 ; p. 189)

Le système de représentations participera à la cohésion entre les différents éléments de la vie psychique du sujet et aboutira à une consolidation de la base commune propre aux individus d'une même culture. À cet effet, l'individu incorpore progressivement les représentations culturelles de son environnement *“elles-mêmes prises dans le maillage des signifiants issus de son histoire de vie : une structuration du psychisme somme toute classique, par un processus de subjectivation”* (Bertrand, 2005). L'usage de la notion de subjectivation en psychanalyse participe de nos jours à une nouvelle approche psychothérapeutique de la prise en charge des traumatismes psychiques en tant qu'*“appropriation subjective”* de traces *“qui passe par une construction ou une reconstruction”* des rudiments bruts présents à la conscience de l'individu ou des souvenirs disparus. Les représentations que le sujet a des violences sexuelles peuvent donc être congruentes avec les représentations culturelles des violences sexuelles dans son environnement socioculturel. Leur repérage et compréhension participent au travail d'élaboration. Ce sont des sortes de manifestations qui pourraient représenter des symptômes du trauma, des agents d'entretien des troubles et de la souffrance psychique et de ce fait une envisageable voie d'accès pour la dynamique thérapeutique. Ces manifestations traumatiques ne se réduisent pas simplement aux cauchemars, rêves, ou réminiscences traumatiques, mais ils impliquent également d'autres phénomènes tels que des apparitions nocturnes des mauvais esprits et la malédiction qui deviennent difficilement supportables à vivre dans cet environnement socio culturel. À cet effet, la gestion du contre-transfert traumatique et culturel, la manipulation précieuse des représentations culturelles et du récit traumatique apparaissent comme des éléments complémentaristes à faire émerger au cours d'une prise en charge (par des rites traditionnels) qui s'effectuent essentiellement dans la nuit. Le *“Guēdoñona gāa bēdaña”* se situe dans ce sillage-là. C'est une tradi thérapie ayant pour but de restaurer l'harmonie après

la transgression du tabou, *“l’homme médecin agissant comme intercesseur entre le patient et les puissances de l’univers”* (Magny, 2008, p. 12). De cette phénoménologie culturelle, la thérapie apparaît comme *“une réalité anthropologique culturellement structurée et psychiquement intériorisée comme un élément de la vision du monde”* (Di, 2011). Et selon le monde de la culture des victimes, les violences sexuelles subies deviennent le règne de la sorcellerie et de la malédiction criminelle dont les représentations peuvent informer leurs fonds infantiles qui nourriront leurs fantasmes, leurs peurs et leurs rêves traumatiques. D’ailleurs comment pourrait-il en être autrement puisque l’écologie individuelle s’articule à l’écologie communautaire, à ses rites et traditions, à son mode de vie, à son système de représentations et des valeurs.

Pour intervenir dans un tel contexte socio-culturel, il devient donc important de se demander comment se dit, comment se vit et comment se lit la souffrance, afin de mieux recueillir les idiomes culturels de détresse pour parfois se départir d’une partie des idées occidentales d’abréaction face au traumatisme. De ce fait, les différents modes de réponses au trauma seront fonction des facteurs sociaux, familiaux et contextuels. Par exemple, chez certaines ethnies camerounaises, les cauchemars ne seraient pas systématiquement vécus par elles comme une expérience de souffrance. Le cauchemar serait perçu comme un moyen d’entrer en relation, de communier avec un défunt *“nyôlē yāa bāabā”*¹³ et d’obtenir des communications importantes sur la vie des vivants. De ce fait, une expérience peut revêtir une coloration traumatique si elle est déplacée du cadre culturel interne à partir duquel était décodée la réalité externe. Un travail de construction de sens est donc nécessaire pour intégrer les représentations culturelles des patients et questionnerait de ce fait l’adéquation des modèles de prise en charge classiques qui ne prendraient pas en compte les différentes nuances culturelles. Cette approche des variations culturelles du traumatisme ouvre la voie à une possible plasticité des troubles psychiques dans la genèse des troubles et des maladies mentales. Elle viendrait en contradiction avec les modèles cliniques rigides développés par le DSM ou la CIM. On peut d’ailleurs le constater, non sans amertume, que le DSM-5 (American psychiatric association, 2013), *“à la base de nombreux programmes d’intervention auprès de victimes, ne tient pas assez compte des dimensions culturelles”* (Alarcón, 2009 ; Alarcó et al., 2009 ; Lewis-Fernández et al., 2010), même s’il est vrai que la culture s’y fraye une place non négligeable par la définition d’entités nosographiques appelées *“syndrome lié à la culture”* (*“culture-bound syndromes”*).

¹³ Le fantôme de l’ancêtre

Ainsi donc, la définition psychanalytique du traumatisme basée sur la prise en compte de l'individu et sur l'idée que le trauma est une maladie intrapsychique dont la symptomatologie est essentiellement émotionnelle est loin d'être évidemment commune à toutes les cultures et pourrait ainsi dévoiler les lacunes des diagnostics psychiatriques basés sur les modèles purement occidentaux mettant de l'ombre aux variables culturelles telles, les spécificités linguistiques, les dimensions religieuses et spirituelles, les traditions et croyances, l'histoire ethnique à laquelle appartient l'individu, *“le niveau d'acculturation de ce dernier, les données inhérentes à la structure familiale, ou bien faisant encore l'économie d'une réflexion sur la dimension culturelle de l'expression manifeste du symptôme”* (Alarcò, 2009).

CHAPITRE 4 : LA DYNAMIQUE DES VIOLENCES SEXUELLES

Dans ce chapitre, l'objectif principal est d'apporter un éclairage à la dynamique des violences sexuelles pour déterminer leur place dans la compréhension du fonctionnement des adolescents engagés dans les violences sexuelles versus subies.

Avant les années 1970, les violences sexuelles n'étaient que très rarement évoquées et leur nom presque pas prononcé. On utilisait diverses expressions pour les désigner : attentat à la pudeur, odieux attentat, attentat criminel, odieuses violences, affaire délicate. Tels étaient les euphémismes utilisés pour les décrire et les reconnaître. Ceci dénotait le refus et de l'intolérance avouée, officielle et radicale à l'égard des choses du sexe relatives à cette époque. Et pourtant, personne n'ignorait l'existence des violences sexuelles et leur assez forte proportion dans les plaintes reçues dans les familles, les écoles, les églises, les tribunaux ou les postes de polices. Cinq périodes se distinguent dans l'histoire des violences sexuelles : *“ le silence presque absolu du 19^{ème} siècle ; la découverte des années 1880 qui correspond aussi à une première tentative d'ouverture d'un débat public ; le reflux qui caractérise le demi-siècle compris entre 1920 et 1970 ; la révolution sexuelle des années 1970 au cours de laquelle se mettent en place les éléments d'un débat contradictoire ; le tournant des années 1990 qui voit la question envahir l'espace public, assortie d'une condamnation généralisée de cette pratique, qu'elle soit accompagnée de violence ou non ; le revirement 2004-2006 et la prise de conscience des excès (...) et la parole des enfants inaugure peut-être une sixième et nouvelle période ”* (Ambroise-Rendu, 2007).

A travers ces cinq périodes, un constat clair se dégage de l'histoire des violences sexuelles, et se résume en une évolution jalonnée par des intolérances, des préjugés et des réticences de tout ce qui se rapporte à la sexualité. Aujourd'hui, les violences sexuelles constituent des délits ou des crimes selon la loi. Elles sont réprimées par les articles 189, 190, 194, 197 et 198 du Code pénal suisse (cp). Elles sont poursuivies soit d'office, soit sur plainte et/ou en fonction de leur gravité. La question des agirs sexuels à l'adolescence occupe une place importante dans les débats médicaux, sociaux, politiques et scientifiques. Ces débats questionnent la place du rapport au sexuel et à la sexualité dans l'espace de nos sociétés et apparaissent comme *“une forme d'analyseur des codes symboliques qui structurent les discours sur la sexualité (et qui) en sous-tendent les pratiques”* (Roman, 2015 ; p. 229). *“Au cœur desdits débats se pose également la question des transformations physiques et psychiques dont le mirage de la toute-puissance narcissique contraint l'adolescent à la volupté du fait de l'accès à la puberté et à la maturation physiologique et de la potentialité orgasmique”* (Roussillon, 2000) qui l'escortent.

Si les violences sexuelles à l'adolescence viennent confirmer le déploiement du corps-à-corps forcé et dévoiler une "*forme d'énigme du sexuel*" dont il convient de questionner la raison, leur définition elle-même reste énigmatique. Il me semble donc opportun d'en saisir la nature et la typologie afin de mieux les connaître pour mieux les reconnaître.

4.1-Nature et typologie

Dans ce sous-titre, j'aimerais que mon lecteur soit au même niveau de compréhension que moi lorsque j'aborderai la question des violences sexuelles, de leurs différentes catégories, des données épidémiologiques et des facteurs de risque. À côté de cela, j'aimerais pouvoir déterminer les différents profils des auteurs et des victimes pour apporter des éléments de compréhension de la psychopathologie des violences sexuelles.

4.1.1-Nature des violences sexuelles

Les violences sexuelles concernent donc tout acte impliquant la sexualité, l'identité sexuelle ou l'expression de l'identité sexuelle d'une personne, qu'il soit physique ou psychologique, commis ou menacé de commettre à l'égard d'une personne sans son consentement. C'est un terme générique qui inclut l'agression sexuelle, le harcèlement sexuel, l'attentat à la pudeur et l'exploitation sexuelle. Bien qu'un contact physique soit plus grave qu'une contrainte verbale, il faut cependant savoir que toute violence constitue une violation du caractère sacré et de l'intégrité de la personne humaine et provoque toujours une souffrance potentiellement traumatique, même si elle finit par être gérée différemment en fonction de la personnalité et de l'environnement social de chaque victime. Pour bien analyser la nature des violences sexuelles, j'aimerais faire un distinguo entre contrainte verbale, contrainte visuelle, contrainte psychologique et contrainte physique. On parle de contrainte verbale lorsqu'il y a sollicitation sexuelle directe, usage de termes sexuels, séduction verbale subtile et insinuation vis-à-vis de la personne qui n'est pas disposée ou qui ne désire pas les entendre. La contrainte visuelle consiste à employer le matériel pornographique, à regarder avec insistance certaines parties du corps de la victime, le fait à se déshabiller et à montrer sa nudité, ou à pratiquer l'acte sexuel à la vue de quelqu'un sans qu'elle ne le désire. La contrainte psychologique quant à elle concerne une violation de la frontière entre le relationnel et le sexuel (un intérêt excessif pour la sexualité de son enfant) ou un intérêt trop poussé pour le développement physique d'un (e) adolescent (e). Le contact physique peut être assez grave (baiser, attouchement du corps à travers les vêtements, avec pression psychologique ou affective, attouchement ou pénétration

manuel ou sexuel, simulation de rapports sexuels, contact génital, enfin, viol génital, anal ou oral obtenu avec violence de quelque nature qu'elle soit.

Je m'intéresse particulièrement aux violences sexuelles qui impliquent la participation d'enfants ou d'adolescents mineurs à des activités sexuelles qu'ils ne sont pas en mesure de comprendre, qui sont inappropriées à leur âge et leur développement psychosexuel, qu'elles soient subies sous la contrainte par la violence ou la séduction, ou qui transgressent les tabous sociaux. C'est "*l'implication d'enfants et d'adolescents dépendants, immatures quant à leur développement, dans les activités sexuelles qu'ils ne comprennent pas véritablement, pour lesquelles ils sont incapables de donner un consentement informé, ou qui violent les tabous sociaux*" (Kempé, 1984)

Selon l'organisation mondiale de santé (O.M.S.), la violence sexuelle concerne "*tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avance de nature sexuelle, ou acte visant à un trafic ou autrement dirigé contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail*" (OMS, 2012). Il peut donc s'agir de tout acte allant du harcèlement verbal à la pénétration forcée, ainsi que des formes de contrainte très variées allant de la pression et de l'intimidation sociale jusqu'à la force physique. L'OMS parle de violences sexuelles envers les enfants et adolescents lorsqu'il y a "*exploitation sexuelle d'un enfant. Cette exploitation implique que l'enfant est une victime d'un adulte ou d'une personne plus âgée que lui, aux fins de la satisfaction sexuelle de celle-ci. Le délit prend les formes suivantes : appels téléphoniques obscènes, outrage à la pudeur et voyeurisme, images pornographiques, rapport ou tentative de rapport sexuel, viols, inceste, prostitution des mineurs.*" (OMS, 2004). La violence sexuelle envers l'enfant et l'adolescent se caractérise essentiellement par le pouvoir exercé avec ruse par un grand (fort) sur un petit (faible), la confiance aveugle qu'un petit accorde à un grand naïvement et l'usage délinquant de la sexualité c'est-à-dire l'atteinte au droit de la propriété de tout individu sur le corps de l'autre.

La typologie des violences sexuelles participe à la compréhension de leur nature essentielle.

4.1.2-Typologie des violences sexuelles

De manière générale, la typologie des violences sexuelles s'appuie essentiellement sur les liens entre les victimes et leurs agresseurs, et diffèrent par les regroupements qu'elles opèrent (Brownmiller, 1976 ; Debauche, 2011 ; Le Goaziou, 2013 ;). On distingue deux types de violences sexuelles : d'un côté des violences sexuelles intrafamiliales qui sont perpétrées par des membres de la famille (tous ceux qui ont des liens de parenté avec la victime notamment le père, la mère, la sœur, le frère, le cousin, la cousine, la tante, l'oncle, etc.) sur les enfants. Elles sont dites incestueuses. Elles se produisent entre un enfant ou adolescent et un membre de la famille immédiate ou élargie. Dans ce cas, les auteurs des violences sexuelles peuvent être le père ou la mère biologique, le conjoint de l'un de ses parents, les parents adoptifs ou substituts, les frères et sœurs, les demi-frères et demi-sœurs, les grands-parents, les oncles, les tantes, les cousins ou les cousines de l'enfant ou de l'adolescent.

Sur le plan légal, on parle d'inceste pour désigner des violences sexuelles qui se produisent entre un enfant ou adolescent et toute personne ayant un lien de consanguinité directe avec lui. Cependant, certains auteurs incluent également dans l'inceste les actes sexuels qui se déroulent entre un enfant ou adolescent et ses parents adoptifs ou substituts tel un beau-père ou un concubin de la mère (Hamel et al., 1989 ; Gélinas, 1983). D'autres associent le fait que l'auteur adulte ait un lien de parenté aux yeux de l'enfant ou de l'adolescent victime. Leur thèse est défendue et motivée par le fait que la signification et les conséquences de l'inceste seraient en lien avec la représentation de la figure parentale indépendamment des liens du sang (O'Hare et al., 1983). L'inceste concerne toutes *“relations sexuelles pratiquées par deux individus auxquels la loi (sociale ou pénale) interdit de se marier en raison de leurs liens familiaux ou de leur consanguinité “*. Larousse, 2003, p. 503). L'OMS la définit comme toutes *“relations sexuelles entre un homme et une femme, parents ou alliés à un degré entraînant la prohibition du mariage“*. En d'autres termes, on parle d'inceste lorsque *“la violence sexuelle est commise par un membre de la famille de l'enfant (père, mère, beau-père, belle-mère, frère, oncle, tante, cousine ou par tout individu ayant un lien de sang à qui l'enfant a été confié“* (WHO, 1997). Selon C. Levy Strauss *“la prohibition de l'inceste représente l'élément fondateur de toute société : il constitue l'acte de naissance du groupe humain et marque le passage de la nature à la culture, de la bestialité à l'humanité. “* (Levy,1967, p.1949).

Ce qui me permet d'évoquer ces voix qui s'élèvent de plus en plus en occident contre la prohibition de l'inceste, qui s'appuient sur l'argument du *“droit de l'enfant à la sexualité dans la famille“* (Héritier et al., 1994 p.33). Selon les défenseurs de ces voix, l'inceste n'est pas un

abus sexuel, c'est sa prohibition qui en est abusive. Selon eux, *“on culpabilise aujourd'hui l'inceste comme hier on culpabilisait la masturbation et l'homosexualité, et que, demain, on s'étonnera d'avoir un jour culpabilisé l'inceste”* (Héritier et al. 1994, p. 36). Cependant, quel que soit les arguments qu'avancent les défenseurs de l'inceste, malgré l'évolution des sociétés et la liberté sexuelle promue en occident, la prohibition de l'inceste reste toujours universelle et sa réalisation inspire horreur, honte, déshonneur familial et malédiction au Cameroun. En effet, l'inceste ne lie pas seulement les deux partenaires (victimes et abuseur), mais toute la famille, les membres de la famille qui la composent et l'environnement social dans laquelle vit cette famille. En étant donc d'abord une affaire de famille dont la problématique se situerait au niveau de la dynamique familiale qui entraîne un tel acte, l'inceste deviendrait aussi une affaire de la société inspirant tristesse. Cela n'empêche que sa transgression reste une réalité qu'on ne peut ignorer.

De l'autre côté les violences sexuelles extra-familiales sont perpétrées par des personnes qui ne font pas partie de la famille de la victime, mais qui sont proches d'elle (les voisins, les amis de la famille, les camarades, les enseignants, les soignants, les inconnus). Ce sont généralement des personnes extérieures à la famille de l'enfant ou de l'adolescent, qu'elles soient connues de la victime ou non. Selon l'O.M. S, la typologie des violences sexuelles comprend des appels téléphoniques obscènes, des outrages à la pudeur, le voyeurisme, l'exhibitionnisme, les viols, l'inceste, les images pornographiques, la prostitution des mineurs, les rapports sexuels avec des mineurs, la pédophilie...etc. Le viol concerne la contrainte, l'usage de la force et la transgression. C'est le fait d'imposer ou d'obliger une personne à avoir des relations sexuelles ou de tenter d'avoir des relations sexuelles avec elle contre sa volonté. *“Tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature que ce soit, commis sur une personne d'autrui, par la violence, contrainte ou surprise”* (Le Gueut, 1998). Les scénaris violents comprennent des vêtements arrachés, les étreintes brutales, les attouchements du sexe, les fellations forcées, les gestes de soumission comme faire mettre à genoux, appuyer sur la tête, les pénétrations anales et vaginales avec ou sans objets. L'acte pédophile est une forme de violences sexuelles le plus éprouvé mais aussi le plus fréquent (SNATEM, 2000).¹⁴ Selon la classification internationale des maladies (CIM) la pédophilie est un trouble de la préférence sexuelle pour des jeunes de deux sexes. C'est une forme de sexualité rencontrée aussi bien chez les hommes que chez les femmes, mais fréquemment chez les homosexuels. Le pédophile se

¹⁴ SNATEM, Rapport du Service national d'accueil téléphonique à l'enfance maltraitée 2000

caractérise par un sentiment d'infériorité, et se contente d'aborder les enfants par séduction ou contrainte.

Selon la gravité de l'acte, on peut également distinguer trois types de violences sexuelles : Les violences sexuelles de la sphère sensorielle, du domaine de l'excitation (manifestation de l'exhibitionnisme), les violences sexuelles du stade de la stimulation (attouchements), et les violences sexuelles du stade de la réalisation (tentative de viol). En fin de compte, les violences sexuelles sont à envisager comme une démonstration ou une bouffée comportementale d'atteinte à l'intégrité sexuelle physique et/ou psychique de l'autre, étayée par une hétérogénéité de dynamiques psychiques. Elles se caractérisent par toutes relations sexuelles imposées par la force, la contrainte, la menace ou la surprise et englobe l'idée de contrainte et de coercition physique ou morale. Elles peuvent prendre différentes déclinaisons telles que le viol, l'inceste, la pédophilie. J'accorde une attention particulière aux formes de violences sexuelles les plus fréquemment rencontrées au cours de ma modeste pratique clinique, qui sont inappropriées à l'âge et au développement psychosexuel de l'enfant. Il s'agit notamment du viol, de l'inceste et de la pédophilie, qu'elles soient intra ou extrafamiliales. Quelle en est la figure épidémiologique et les facteurs de risque dans le contexte spécifique du Cameroun ?

4.2-Épidémiologie et facteurs de risques dans le contexte socio-culturel camerounais

Dans ce sous-titre, je vais d'abord déterminer quelques différentes données épidémiologiques liées aux violences sexuelles sur les enfants et adolescents au Cameroun. Ensuite, j'aborderai les facteurs de risque dans le contexte socio-culturel camerounais, pour éclairer sur ce qui participe essentiellement à favoriser les violences sexuelles subies. Au cours de ce dernier développement, j'essayerai de déterminer les différents traits des auteurs et des victimes de violences sexuelles afin d'en préciser le trait qui permette de les identifier au sein d'une population donnée.

4.2.1-Épidémiologie

Les données statistiques sur les violences sexuelles sont peu disponibles en Afrique. Celles qui le sont sous-estiment l'ampleur du phénomène du fait de la rareté des études et des structures de prise en charge spécialisées. Mais de manière générale, les chiffres concernant les violences sexuelles sur enfants et adolescents sont impressionnants. J'aimerais mentionner l'absence de distinguo entre épidémiologie des violences sexuelles sur enfants et épidémie des violences

sexuelles sur adolescents dans le contexte camerounais. En parlant donc d'enfant, cela pourrait également concerner l'adolescent et vice versa.

“Dans le monde, 120 millions de filles (une sur dix) ont subi des viols. “ (UNICEF, 2014) Près de 20% des femmes et 5 à 10 % des hommes rapportent avoir subi des violences sexuelles pendant leur enfance (OMS, 2014). Les victimes des violences sexuelles proviennent généralement des familles nombreuses d'une fratrie moyenne de 7,1 enfants. Dans 40,2 % de cas, la famille est monogamique, dans 24,4% elle est polygamique et dans 35,5% de cas, elle est monoparentale. L'âge des victimes varie généralement entre 10 et 17 ans, avec un pic dans la tranche de 15 à 17 ans (CIPCRE, 2008). Les victimes sont essentiellement issues des familles dont les parents mènent des activités précaires avec un très faible revenu dans plus de 2/3 des cas. Dans 85% des cas, l'enfant connaît son agresseur (parent, ami de la famille, voisin) ; dans 40% des cas, c'est le père ou celui qui joue ce rôle ; 8 fois sur 10, les violences sexuelles sont répétées. La grande majorité des agresseurs sont des hommes, enfants et adolescents (garçons ou filles). Dans une étude menée à Douala à l'hôpital de district de New Bell, Mbassa affirme que *“ sur un échantillon de 76 victimes d'abus sexuels d'âge moyen, 64 étaient des filles (84,2%) et 12% étaient des garçons (15,8%) “ (Mbassa, 2000, p. 65).*

Selon un dossier de l'Organisation Internationale du travail, 531.000 enfants seraient concernés par ce phénomène au Cameroun, principalement dans les régions du Nord-Ouest, du Sud-Ouest et de l'Extrême-Nord. Des intermédiaires véreux entrent en contact avec des familles pauvres pour leur proposer de faire fructifier leur revenu en échange des services de leurs enfants qu'ils enverront travailler comme domestiques, vendeurs de rue ou ouvrier dans les grandes villes. Au Cameroun, les enfants se trouvent souvent confrontés à travailler dans des conditions proches de l'esclavage, ou enrôlés dans des réseaux de prostitution et de pédophilie. Pour les familles, c'est une stratégie de survie économique et sanitaire qui consiste à éloigner leurs enfants pour qu'ils ne périssent pas avec eux dans la misère et la maladie. Si les violences sexuelles ont pris autant d'ampleur sur le plan national et même international, c'est parce que les facteurs de risque sont certainement multiples et multiformes.

4.2.2- Facteurs de risque

Les facteurs de risque des violences sexuelles sont nombreux et multiformes. Ils sont économiques, juridico-politiques et socio culturels.

Les facteurs économiques sont essentiellement liés aux politiques d'ajustement structurel, au déséquilibre des niveaux de revenus familiaux entre le milieu rural de plus en plus pauvre et le milieu urbain, tout comme le matérialisme qui a développé une culture du gain en transformant enfants et adolescents en marchandises dans le but d'acquérir des biens matériels. Généralement identifiée comme la cause principale des violences sexuelles selon le BIT, la pauvreté n'est en réalité qu'une situation de vulnérabilité qui *“crée un contexte dans lequel les mécanismes de défense et de contrôle du groupe s'affaiblissent”* (BIT-Projet Lutrena, 2008 ; p. 7). Au Cameroun, le contexte de la production économique est essentiellement basé sur la main d'œuvre qui valorise aussi l'enfant et l'adolescent. *“La richesse d'un homme se mesure à la grandeur de sa famille, notamment l'importance numérique de ses femmes et surtout de ses enfants”* (Proverbe africain). Par ailleurs, les familles pauvres considèrent la jeune fille comme un fardeau économique, et son mariage comme un indispensable moyen de survie pour la famille.

Les facteurs juridico-politiques concernent l'absence ou l'insuffisance d'une législation spécifique à la cybercriminalité, la porosité des frontières et l'absence d'une politique de lutte contre les violences sexuelles des enfants et adolescents, malgré l'existence des lois. Elles concernent également l'indifférence des autorités administratives et judiciaires face aux violences sexuelles des enfants. Le contexte camerounais est également marqué par le trafic d'influence au point où la prise en charge judiciaire emprunte souvent des voies d'expression déroutantes pour le plaignant. En effet, de nombreuses complexités empêchent souvent que la justice soit rendue. Je citerai entre autres la loi du silence au sein des familles, à cause des pressions sociales. La direction de la protection sociale du ministère des Affaires sociales du Cameroun déclare avoir souvent assisté impuissante, à des désistements spectaculaires des familles des victimes devant la police ou la gendarmerie. En effet, il arrive habituellement qu'une famille fasse le signalement de l'abus sexuel perpétré sur un enfant avec certificat médical à l'appui, mais qu'elle dise le lendemain que le problème n'existe plus ou n'a jamais existé, ou que le problème est familial lorsqu'il s'agit de l'inceste. Et en Afrique, *“On ne partage pas la noix de cola familiale avec des étrangers lorsqu'elle est charançonnée, à moins qu'ils soient initiés à la manger”* (Sagesse africaine). En d'autres termes, les problèmes

familiaux ne doivent en aucun cas être partagés avec des étrangers, mais doivent essentiellement être résolus en famille.

Les facteurs socio culturels concernent d'abord les traditions de migration des familles camerounaises dont, les déplacements incontrôlés à la recherche d'un espace vital de vie rendent les enfants et adolescents vulnérables aux violences sexuelles. Sont par ailleurs mis en cause, l'ignorance, l'analphabétisme et le faible niveau d'instruction des parents et des victimes, le silence et l'indifférence de l'environnement social, la discrimination sexiste entre filles et garçons. Les filles sont généralement sous scolarisées et exposées aux mariages précoces, à l'initiation sexuelle forcée et aux mutilations sexuelles génitales féminines qui sont des pratiques traditionnelles aux conséquences psychopathologiques néfastes. Cependant le poids du tabou sur les violences sexuelles est particulièrement marquant. La réalité des violences sexuelles *“est encore aujourd'hui fortement contestée et déniée par l'ensemble du corps social. Pour sa défense, cette opinion se base, d'une part, sur l'absence d'étude pour la contredire, et d'autre part, sur le fait que le milieu africain reste fertile en tabous qui empêchent les gens d'en parler”* (Mbassa & Ngho, 2009, p. 19).

Au regard de tous ces tabous, il n'est donc pas étonnant de manière générale que la maltraitance, et particulièrement les violences sexuelles trouvent un terrain fertile à leur épanouissement. De nombreuses victimes hésitent dès lors à dénoncer les violences sexuelles subies que ce soit à la police ou à leur famille car redoutant les représailles de l'agresseur, le rejet social ou le mariage forcé avec l'agresseur¹⁵. Dans ce sens, des actes considérés comme des violences sexuelles par la communauté internationale ne le sont forcément pas d'un point de vue culturel. Ce qui participe ainsi au silence des victimes, qui ne se reconnaissent pas comme victimes de violences sexuelles et qui ne sont pas reconnues comme telles. D'ailleurs, des adolescents qui choisissent leurs conjoints contre la volonté de la famille ou qui refusent de se marier au conjoint choisi par la famille sont maudits, bannis et peuvent devenir les victimes de *“crimes d'honneur”* commis par leurs familles. Le trafic d'enfant, le mariage forcé ou l'exploitation des enfants ne seraient pas perçus par elles et par les membres de la communauté comme une forme d'exploitation et de maltraitance puisqu'obnubilé par l'opportunité de s'en sortir financièrement. Il n'est d'ailleurs toujours pas facile de définir la maltraitance des enfants en tenant compte des cultures africaines. En effet, *“faut-il inclure ou non dans la catégorie des mauvais traitements, et si oui d'emblée ou non, telle ou telle pratique que condamne la*

¹⁵ Dans certaines cultures traditionnelles africaines où la virginité de la femme est une question d'honneur familial, les femmes célibataires victimes de violences sexuelles sont souvent contraintes à épouser leur agresseur.

Convention Internationale des droits de l'enfant, mais que valident ou légitiment largement les normes de référence de la société au sein de laquelle cette pratique est constatée ? “ (Jésu, 1995). Après avoir développé cette partie relative aux facteurs de risque, j'aimerais maintenant définir le profil des victimes et des auteurs.

4.2.2.1-Profil des victimes

La victimologie ne pourrait établir un portrait psychologique ou typique des victimes de violences sexuelles, car il n'y a ni catégorie d'âge, de sexe, de couleur typique de la victime : la souffrance psychologique et physique concerne tout le monde. Mais il existe quelques caractéristiques considérées comme facteurs de risque d'être victime. Certaines recherches ont déterminé la scolarisation comme facteur d'être victime. Selon une enquête du CIPCRE Cameroun, une grande partie des victimes de violences sexuelles est issue d'une population d'enfants et d'adolescents à un niveau scolaire assez bas, notamment ceux ayant abandonné l'école au primaire. C'est une catégorie de victime essentiellement prisée par les agresseurs sexuels à cause de leur faible capacité de raisonnement (CIPCRE, 2008). D'autres chercheurs s'étaient déjà clairement mis en opposition de cette posture scientifique. Dans une étude sur l'exploitation sexuelle des jeunes filles à des fins commerciales, Mbassa et al. (2004) ont montré que la majorité des victimes de prostitution avaient atteint le niveau d'études secondaires, témoignant de ce fait que l'analphabétisme n'était pas une cause essentielle de l'exploitation sexuelle qui est une forme de violences sexuelles.

Du point de vue psychodynamique, la problématique narcissique est un facteur de vulnérabilité comme le dit Eiguer lorsqu'il dit que *“toute victime souffre d'une problématique narcissique qui explique sa vulnérabilité à l'emprise de l'abuseur.”* (Eiguer, 2001). En d'autres termes, certaines problématiques narcissiques du manque chez la victime d'inceste dont l'origine est l'absence maternelle sont identifiées comme facteur de risque. Certains facteurs relatifs aux perturbations des relations intra familiales (l'insécurité de l'attachement, la négligence, les abus, la pauvreté de l'attention parentale favorisent un déficit du contrôle comportemental (Elliott, Huiziga & Ageton, 1995) chez les victimes de violences sexuelles. *“Les jeunes mal, peu ou pas aimés pendant l'enfance et/ou l'adolescence peuvent éprouver des difficultés à aimer, à se trouver digne d'être aimé en raison d'une insécurité affective qui les empêche de s'aimer eux-mêmes (...) ainsi de nombreux jeunes partent rapidement à la pêche de l'amour, pour combler les carences affectives passées et présentes, avec un risque non négligeable de violences sexuelles”* (Gamet & Moise, 2010).

Dans le contexte africain en général et camerounais en particulier, enfants et adolescents seraient victimes de lourdes négligences affectives voire d'abandon, encore appelés maltraitance. Les enfants et adolescents sont confrontés à une maturation précoce et forcée aussi bien dans le domaine du travail que du mariage. Puisqu'il a tant été démontré que la maltraitance infantile est un facteur de risque de victimisation de violences sexuelles pour l'enfant et l'adolescent, il en ressort que les victimes peuvent donc faire l'objet de la perversion de ceux qui sont chargés de leur éducation sous l'indifférence de la société au sein de laquelle les violences sont souvent pensées, acceptées et défendues par les pratiques sociales. Je l'ai amplement développé plus haut, je n'y reviendrai donc pas en profondeur ici. Tout compte fait, en m'appuyant sur ma modeste expérience dans la pratique clinique, je puis me permettre de soutenir l'idée de Ezembe qui dit que, *“les enfants de onze à quinze ans sont les plus touchés, et parmi ceux-ci. Les filles seraient plus victimes que les garçons”* (Ezembe, 2009, p.157). Mes arguments vont également dans le sens de ceux de Friedrich qui dit que *“ Certaines caractéristiques sont associées à un risque plus élevé d'abus sexuels : être une fille, être préadolescent ou jeune adolescent, avoir un beau-père, vivre sans l'un des parents biologiques, avoir une mère diminuée, être confronté à un manque d'affection et d'attention de la part de ses parents et être témoin des conflits familiaux. ”* (Friedrich, 1993). En d'autres termes, en plus du critère d'âge et de sexe, la défaillance du système familial et sociétal est un facteur de risque important pour la victime. L'enfant ou l'adolescent qui vit dans une famille instable, conflictuelle ou recomposée est vulnérable face aux violences sexuelles qu'il soit scolarisé ou pas. Enfin, je citerai les pratiques culturelles sociales camerounaises qui rendent les pratiques sexuelles tabou et qui encourage la maturation précoce et forcée de l'enfant et qui participent également aux violences sexuelles chez les victimes surtout que les auteurs ne sont essentiellement pas punis pour leur passage à l'acte violent.

En fin de compte, une dynamique d'aménagement psychique spécifique et singulière à l'adolescence est déterminée par les cliniciens du courant psychodynamique. L'agression sexuelle selon Lemitre (2012) renverrait ainsi à une *“étiologie composite ”* (Lemitre, 2012 ; p. 204). Il existerait ainsi une *“hétérogénéité des facteurs, propre à la trajectoire de vie, au vécu de l'adolescent, une diversité des organisations psychopathologiques”* (Chagnon, 2005).

4.2.2.2-Profil des auteurs

Au regard des inversions de rôles observées entre les auteurs et les victimes de violences sexuelles, c'est-à-dire que dans certains cas, les anciennes victimes deviennent des auteurs, il m'a semblé opportun de consacrer une partie à la psychopathologie des auteurs. En effet, ceci pourrait permettre de comprendre ce qui justifie ou alors ce qui pourrait expliquer ce passage de l'auteur à la victime. Je ne m'étendrai donc pas profondément sur cette partie, de peur de m'écarter de ma principale cible que sont les victimes de violences sexuelles.

Tout comme pour la victime, l'auteur de violences sexuelles n'a pas de portrait psychologique clairement défini du fait de la pluralité des dimensions impliquées, des protagonistes engagés, la différence de leur statut et l'insuffisance des recherches scientifiques. Les recherches sur les auteurs de violences sexuelles étant presque inexistantes au Cameroun, je me réfère donc aux études disponibles sur le plan international.

“Les tentatives de répertorier un profil d'adolescent agresseur sexuel ont toutes concluent à l'hétérogénéité des profils“ (Roman, 2012, Lemitre, 2010 ; Sioui, 2007 ; Van Wijk & al., 2006 ; Righthand et Welch, 2004 ; Veneziano et Veneziano ; Vizard et al. 1995). En effet, *“l'agression sur enfant est un phénomène pluridimensionnel dont les dimensions sont liées aux besoins de l'agresseur sexuel sur enfant. À ces besoins vont s'ajouter des variables contextuelles et des facteurs situationnels qui vont faire émerger le comportement sexuel déviant“* (Pham, 2017, p. 3). C'est Finkelhor qui fut le premier auteur à proposer *“un modèle multifactoriel de l'agression sexuelle sur enfant dans lequel les comportements déviants sont la conséquence de quatre conditions nécessaires : avoir une motivation pour l'agression sexuelle ; surmonter les inhibitions externes ; et surmonter la résistance de l'enfant“* (Finkelhor, 1984 ; Finkelhor & Araji, 1986). Cependant, certaines études identifient un certain nombre de troubles présents chez les auteurs de violences sexuelles. On repère notamment les antécédents de troubles durant l'enfance tels que *“l'énurésie primaire, retard de croissance, troubles du lien social, difficultés de communication émotionnelle, difficultés scolaires“* (Righthand et Welch, 2004). D'autres études citent également *“des comportements sexuels problématiques durant l'enfance “* (Johnson et Oaki, 1993). Certains troubles sont également le plus souvent répertoriés dans les diagnostics des adolescents engagés dans les comportements sexuels abusifs. Il s'agit *“des troubles de la conduite, des troubles de l'humeur, des troubles d'anxiété, les abus de substance, les troubles d'attention et d'hyperactivité, l'état de stress post-traumatique, les troubles des apprentissages“* (Van Wijk & al. 2006). L'hypothèse d'une fragilité des enveloppes psychiques, assurant mal leur fonction de contenance et de pare-excitation a été avancée par

Lemitre et Coutenceau (2006). Des études ont également identifié des antécédents de victimisation sexuelle et une fréquence élevée des vécus traumatiques autres que les traumatismes sexuels durant l'enfance (négligences, violence physique, exposition à la violence au sein de leur famille ou dysfonctionnement du milieu familial) (Silovsky et Niec, 2002 ; Johnson, 2002 ; Zankman, Bomono, 2005) parmi les diagnostics des adolescents engagés dans les violences sexuelles. Il s'agit en l'occurrence du traumatisme sexuel qui pourraient causer un facteur de risque de l'agression sexuelle. *“La mise en acte d'une agression sexuelle par un adolescent, alors que lui-même initialement a été victime, est traduite par certains cliniciens comme un moyen pour celui-ci de reprendre le contrôle sur sa propre victimisation”* (Veneziano, 2002). Selon Finkelhor (1984), toutes ces variables peuvent interagir entre elles pour augmenter la motivation pour l'agression sexuelle.

Mais de manière générale, l'auteur des violences sexuelles est celui qui nous côtoie au quotidien : *“monsieur tout le monde”*. C'est notre frère ou notre sœur, notre oncle ou notre tante, notre cousin ou notre cousine, notre voisin ou notre voisine, notre enseignant, notre répétiteur, notre vigile, notre ménagère ou de manière générale et la plupart de temps, quelqu'un qui nous est très proche. Le potentiel agresseur est dans 29% des cas un membre de la famille, dans 60% des cas un familier ou un ami et seulement 11% de violences sexuelles sont commises par un inconnu. L'âge de la majorité des auteurs de violences sexuelles sur des enfants était de 35 à 40 ans (Herman et Hirschman, 1980). Certains agresseurs sexuels sont extrafamiliaux, c'est-à-dire qu'ils sont étrangers à la famille de la victime. Ils sont pour la plupart connus par la victime et sont des personnes en qui elle fait confiance. On peut citer les camarades de classe de la victime, les voisins, les amis de la famille, les enseignants, les répétiteurs de cours, les employés domestiques, les chauffeurs, les vigiles de maison...etc.¹⁶ D'autres agresseurs sexuels sont intrafamiliaux. Ce sont des membres de famille de la victime ou des personnes qui ont une autorité sur elle. Ce sont des cousins/cousines, des oncles/tantes, le père/mère, les beaux-parents, les tuteurs...etc.¹⁷. Leur âge varie généralement entre 14 et 55 ans et sont à 90% de sexe masculin. Pour la plupart des cas, une violence sexuelle n'est pas un fait du hasard de la part de celui qui la commet. C'est parfois un acte prémédité, organisé et méthodiquement préparé attendant les failles de la victime pour se perpétrer, lorsqu'il ne s'agit pas d'un viol ou agression sexuelle subite. La stratégie de l'agresseur consiste à faire de sa victime une intime et une confidente dans l'optique de la mettre en confiance. Puis viens la phase de l'interaction

¹⁶ Source : Enquête CASPCAN

¹⁷ Source : Enquête CASPCAN

verbale et des contacts physiques apparemment convenables et anodins. Étant dans la plupart de cas membre ou proche de la famille, il ne constitue apparemment aucune source d'inquiétude ni pour l'entourage, encore moins pour la victime qui ne se doute de rien. Il en est de même au moment du passage à l'acte au cours duquel la victime se retrouve dans la même situation qu'un lapin traversant une route de nuit et qui est pris dans les phares d'une voiture : pétrifié, figé, tétanisé, incapable de réagir et se laisse écraser par elle. Enfin se poursuit la phase de la continuation de la violence sexuelle renforcée par la loi du silence imposée à la victime de par la honte, la culpabilité, la victimisation et les menaces ou les privilèges mis en avant. Le silence devenant difficile à rompre et l'acte restant très longtemps et parfois toute la vie un secret absolu, un lourd fardeau dans la conscience de la victime. En gardant silence, elle se fait, malgré elle, l'alliée de l'agresseur qui redoute d'être dénoncé. Si Crivillé et al. (1996, p.63) ont décrit les comportements manifestes de l'agresseur, Razon parle plutôt d'une *“psychopathologie spécifique de l'abuseur dans la mesure où le passage à l'acte n'est pas le fruit d'un acte de folie isolé, mais s'inscrit dans une dynamique particulière”* (Razon, 1996 ; p. 96). D'où la nécessité d'analyser l'histoire parentale de l'auteur de violences sexuelles, dans laquelle se trouverait des éléments de l'enfance, ces derniers seraient plus tard responsables des passages à l'acte sexuel violents. On pourrait citer entre autres la défaillance de la fonction paternelle, la défaillance de la fonction de séparation mère/enfant.

4.2.3-Psychopathologie des agirs sexuels violents

La compréhension approfondie de la problématique psychique des adolescents engagés dans les violences sexuelles subies nécessite de s'appuyer sur une étude dynamique du fonctionnement psychique à l'œuvre plutôt que de réaliser une approche diagnostique psychopathologique structurelle pouvant détourner le problème. Les travaux de Roman (2012) ont approfondi la compréhension du fonctionnement psychique des adolescents engagés dans les agirs sexuels violents, prenant en compte la dimension du développement psychoaffectif de l'adolescent. Faut-il encore le rappeler, une période développementale *“caractérisée par les remaniements psychiques et identitaires, particulièrement par l'irruption du pulsionnel”* (Gutton, 1991).

Tout en s'appuyant sur l'hypothèse préalable que *“les aménagements pulsionnels de la puberté ouvriraient une voie particulière aux expressions adolescentes dans le registre de l'agir”* (Roman, 2012 ; p. 12) et sur l'hypothèse en référence aux travaux de Philippe Jeammet (2002) que, l'interruption du pulsionnel confronterait l'adolescent à *“un vécu de passivité”* dû

aux transformations corporelles, à l'incursion du pulsionnel que l'adolescent ne peut maîtriser, Roman propose une modélisation de la place des agirs sexuels violents : l'agir sexuel violent apparaît comme une " *voie de dégagement à l'égard de l'insupportable rencontre de la passivation-passivité*" (...) " *on peut considérer que l'agir sexuel violent participerait d'une modalité d'aménagement face au risque de la passivation liée à l'irruption pulsionnelle à l'adolescence*" (...) qui " *Prendrait des formes différenciées en fonction de l'économie psychique des adolescents et du type de problématique psychoaffective à traiter*" (Roman, Op cit, p.60). En d'autres termes, selon les circonstances de la participation violente (choix de la victime, type d'agir sexuel violent), l'agir sexuel violent chez l'adolescent, pourrait soit témoigner d'une forme de confortation narcissique, soit d'une stratégie de lutte contre l'effondrement soit enfin d'une désorganisation psychique face à l'émergence de la sexualité génitale.

Les premiers travaux qui se sont intéressés à l'impact traumatique des mauvais traitements infantiles à l'âge adulte ont été initiés par la psychanalyse freudienne. En effet, au cours de ses analyses, S. Freud essayait toujours de rechercher le lien entre l'événement traumatique et les fantasmes intrapsychiques du patient. A partir des travaux sur *le petit Hans* et *l'homme au loup*, Freud (1909, 1918) aboutit à l'idée que des situations répétitives de maltraitements sexuelles survenant au cours de l'enfance peuvent produire des troubles psychologiques immédiats ou différés dont le tableau clinique n'est pas celui de la névrose traumatique et que, les traumatismes sexuels infantiles ou juvéniles déterminent l'hystérie des adultes. S. Freud serait donc le premier chercheur à avoir repéré l'impact pathogène de la maltraitance sexuelle sur l'état psychique des patients. L'idée finale développée est que, même si les expériences traumatiques sont originairement constitutives de l'organisation et du fonctionnement psychique, elles peuvent cependant entraîner des atteintes précoces du moi et des blessures du registre narcissique. C'est cette dernière thèse que S. Ferenczi (1932) mettra en valeur et développera dans son *Journal Clinique*.

Aujourd'hui encore, les violences sexuelles ont la sombre prérogative d'être, avec la torture, les violences qui ont des retentissements psychotraumatiques les plus accablants, avec la menace de développer un état de stress post-traumatique chronique associé à des troubles dissociatifs très élevés chez plus de 80% des victimes de viol, contre seulement 24 % pour l'ensemble des traumatismes (Breslau, 1991). Ce taux approche 87 % en cas de violences sexuelles ayant eu lieu dans l'enfance (Rodriguez, 1997). La scénographie (scénarisation de meurtre, d'humiliation et d'atteinte à la dignité) qui entoure les violences sexuelles concourt à

engendrer chez les victimes un sentiment de mort physique, une perception de *“mort-vivants”* et une chosification. Ce sont des conséquences normales et universelles des violences qui s’expliquent par l’installation des mécanismes neurobiologiques et psychiques de survie face à un stress extrême. Les troubles psychotraumatiques sont à l’origine d’une mémoire traumatique (Macfarlane, 2010). En d’autres termes, les violences sexuelles provoquent la sidération du psychisme qui paralyse la victime, entrave sa réaction adaptée et empêche son cortex cérébral de contrôler l’intensité de la réaction de stress, l’élaboration d’adrénaline et de cortisol. Un ouragan émotionnel (stress aigu) inonde alors l’organisme et *“parce qu’il représente un risque vital (pour le cœur et le cerveau par l’excès d’adrénaline et de cortisol)”* (Yehuda, 2007), déclenche des mécanismes neurobiologiques de sauvegarde dont la conséquence est de faire disjoncter le circuit émotionnel et d’entraîner une anesthésie émotionnelle et physique en produisant des drogues dures morphine et kétamine-like (Lanius, 2010). L’insensibilisation émotionnelle provoque un état dissociatif avec un sentiment d’étrangeté, de déconnection et de dépersonnalisation, comme si la victime devenait spectatrice de la situation car l’appréhendant sans émotion. Aussi longtemps que dure l’exposition de la victime aux violences ou à la présence de l’agresseur ou de ses complices, elle sera déconnectée de ses émotions, dissociée. En tant que système de survie dans un environnement très inhospitalier, la dissociation peut s’établir de façon persistante provoquant la sensation de dévitalisation, de confusion, de mort-vivant de la victime. *“Cette dissociation isole encore plus la victime, explique les phénomènes d’emprise et désoriente toutes les personnes qui sont en contact avec elle”* (Salmona, 2015). Même lorsque les victimes sortent de leur état dissociatif, car étant enfin sécurisées et n’étant plus en permanence confrontées à des violences ou à leurs agresseurs, ou lorsque se produit à nouveau une violence plus extrême qui fait déborder le système de sauvegarde, la mémoire traumatique prend le relais en se reconnectant. Elle est donc au cœur de tous les troubles psychotraumatiques. En effet, elle inonde tout l’espace psychique de la victime de façon ingouvernable aussitôt qu’un affect, une sensation ou une situation évoque les violences ou fait redouter qu’elles ne se reproduisent. Elle fonctionne comme une *“bombe à retardement”* capable d’exploser après quelques temps ou après plusieurs années. Elle métamorphose la vie psychique en un terrain miné, colonise la victime et la plonge dans une situation confusionnelle entre ce qui vient d’elle et ce qui vient des violences et de l’agresseur. Elle alimentera également le sentiment de honte, de culpabilité, d’estime de soi désastreux et de dévalorisation chez la victime. *“Et plutôt les violences ont eu lieu tôt dans la vie des victimes, plus ces dernières seront obligées de se construire avec ces émotions, ces sensations de terreur, ces actes et propos pervers, à devoir lutter contre eux sans les comprendre et sans savoir où se trouve la*

ligne de démarcation entre leur vraie personnalité et leur vraie sexualité, et ce qui est dû à leur mémoire traumatique“ (Van der Hart, 2010 ; Salmona, 2013).

La mémoire traumatique est donc à l'origine des reviviscences des moments d'effroi, de souffrance, de désolation, de panique totale, de mort imminente ou de perte de connaissance comme un supplice sans fin, avec une impression soudaine d'être en grand danger. *“Avec ces sensations, les agresseurs restent éternellement présents, à imposer aux victimes les mêmes actes atroces, les mêmes phrases assassines, la même souffrance délibérément induite, la même jouissance perverse à les détruire et à imposer leurs mises en scène mystificatrices et dégradantes, avec une haine, un mépris, des injures et des propos qui ne les concernent en rien”* (Salmona, 2013). Ce qui provoque une sensation d'insécurité, des conduites d'évitement et de contrôle de l'environnement, des alarmes de paniques, des troubles de sommeil, des troubles cognitifs (troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire) une hyper vigilance pour se soustraire des situations qui risquent de faire exploser la mémoire traumatique. Faute de prise en charge adaptée, la durée de ces troubles psychotraumatiques peut devenir illimitée. Sans forcément être liés à la victime, mais à l'importance de l'agression et à l'intentionnalité destructrice de l'agresseur, ces troubles génèrent une grande souffrance mentale, une perte d'estime de soi, un impact considérable sur le vécu scolaire, professionnel, social, affectif, sexuel et sur l'état de santé général. L'impact sur l'état de santé général concerne d'une part la santé mentale (troubles anxieux, dépressions, troubles du sommeil, troubles cognitifs, troubles alimentaires, addiction pour 95% des victimes) et d'autre part la santé physique, notamment les troubles liés au stress et aux stratégies de survie, aux maladies cardiovasculaires et respiratoires, au diabète, à l'obésité, aux troubles de l'immunité, gynécologique, digestifs et aux infections sexuellement transmissibles. Par ailleurs, l'absence de prise en charge des victimes des violences sexuelles est un facteur de risque de reproduction ou de réexposition aux violences sexuelles, comme une mise en place d'une anesthésie émotionnelle pour échapper à sa mémoire traumatique avec ses écarts de terreur et de peur permanente.

En bref, du fait des stratégies de survie déployées par la victime des violences sexuelles dans l'enfance, elle peut à l'adolescence et à l'âge adulte vaciller entre une incapacité ou un grand embarras à avoir une vie sexuelle harmonieuse car ayant des réminiscences traumatiques et une angoisse forte à la suite des gestes d'un acte sexuel pourtant normal. La victime peut également développer des conduites à risques sexuelles à travers des rencontres avec des inconnus sans protection, des actes sexuels violents dits auto-agressifs, des pratiques sadomasochistes, la mise en danger avec des personnes manifestement perverses et même des pratiques prostitutionnelles pour se dissocier. *“C'est pourquoi il est dit que les violences*

sexuelles subies dans l'enfance en l'occurrence, déterminent l'état de santé des personnes même 50 ans après, et peuvent entraîner une perte d'espérance de vie de 20 ans“ (Felitti, 2010 ; Brown, 2009). En effet, dans une étude sur le fonctionnement psychique des femmes victimes de maltraitance infantile (les sévices sexuelles) à l'intérieur de la famille, Sheldrick (1990), souligne à partir des difficultés relevées à l'âge adulte, la gravité des effets de violences sexuelles subies dans l'enfance ou l'adolescence à l'intérieur de la famille. *“Les difficultés sont essentiellement de l'ordre des symptômes touchant différents secteurs de la personnalité : équilibre psychique, état somatique, vie relationnelle”* (Montreuil et al., 1996).

Bryer établit une relation entre la sévérité des symptômes psychiatriques et des expériences de violences sexuelles dans l'enfance (Bryer et al., 1987). Sheldrick soutient l'hypothèse que, du fait du manque de confiance en soi et en autrui qu'elles créent chez la victime, les violences sexuelles perturbent les relations interpersonnelles. Une étude de Balier montre que 20 à 60% de délinquants sexuels auraient des antécédents d'abus sexuels infantiles intrafamiliaux (Balier, 1987, Burgess et al., 1987). Ce qui donne à comprendre que, *“ les abus sexuels constituent invariablement un aspect particulièrement douloureux dans le domaine de la maltraitance à l'encontre des enfants et des adolescents. Peu importe si l'acte se passe dans la famille ou en dehors, à chaque fois l'agression atteint l'innocence de la société ”*. (Marchandiaux, 2005).

Les conséquences psychologiques des violences sexuelles dépendent de plusieurs facteurs, en l'occurrence du degré de préparation de l'enfant à un événement de ce genre et de la réaction de son environnement s'il en parle. Si l'enfant a reçu une éducation sexuelle assez forte, s'il n'a pas été effrayé par des histoires sexuelles et s'il a un minimum de connaissances sur les violences sexuelles, une rencontre brève avec un étranger n'aura pas d'effet sérieux. D'ailleurs dans ce cas, l'enfant réagira lui-même à cette situation. À l'opposé, un enfant n'ayant reçu aucune éducation sexuelle et pour lequel le sexe est un sujet tabou aura plus facilement une réaction de panique suivie d'un sentiment d'anxiété et de culpabilité. Des réactions similaires peuvent apparaître si les parents ou l'environnement dramatisent l'évènement. Il en ressort que les réactions de l'entourage causent souvent parfois plus de troubles que l'évènement lui-même. En effet, comme développé par Marchandiaux, *“les enfants victimes de violences sexuelles présentent souvent un choc psychologique se traduisant par l'anxiété, l'insomnie, un état dépressif, des cauchemars qui nécessitent une psychothérapie. Mais la durée de ces troubles et leur intensité dépendent essentiellement du comportement de l'entourage”* (Marchandiaux, 2005). Les incestes ont des effets plus sérieux et plus durables, surtout si l'inceste a commencé dès le jeune âge, et se prolonge parfois plusieurs années. Plusieurs victimes de violences sexuelles sont incapables de se souvenir de ce qui leur est arrivé pendant leur enfance du fait

qu'il y ait eu un déni propre au clivage ou que l'acte n'ait pas été travaillé psychiquement sous forme de représentation. Ils restent en possession de quelques figurations qui demeurent à l'état inconscient et qui, à la suite de certains traumatismes vécus dans la vie, resurgissent et provoquent des déviations sexuelles. *“La victime d'un inceste est habituellement envahie par un sentiment de culpabilité et de honte qui conduit à un état dépressif et à un comportement d'autodestruction et, devenue adulte, elle présentera de sérieux problèmes sexuels. “* (Marchandiaux, 2005, p.45)

Les violences sexuelles peuvent donc impacter le vécu quotidien de l'adolescent en déstructurant sa personnalité et en le victimisant en permanence. C'est d'ailleurs pourquoi, une fois adultes, ces enfants ne sortent pas de cette souffrance du fait du regard que l'on peut poser sur eux en tant que victimes. Ce qui les oblige, dans maintes circonstances, à changer d'identité, comme les personnalités multiples. Il est donc intéressant de déterminer le lien entre violences sexuelles subies et traumatisme adolescentaire.

4.2.4-Violences sexuelles subies et traumatisme adolescentaire

Au cours de ma modeste expérience dans la pratique clinique, j'ai souvent été confronté à l'évocation d'antécédents de violences sexuelles subies dans le passé par des adolescents et des jeunes adultes. Des questionnements sur la place des violences sexuelles subies à l'adolescence et du traumatisme adolescentaire sont souvent revenus de manière récurrente. Dans la plupart des cas, il m'est apparu dans un premier temps que, la souffrance psychique à l'adolescence est révélatrice d'un drame sous terrain longtemps gardé secret. Ce qui premièrement légitimerait l'hypothèse que la souffrance psychique donne rétrospectivement sens et valeur aux violences sexuelles en les *“inscrivant alors seulement dans l'histoire du sujet marquée par les remaniements de l'après-coup“* (Boë et al., 2005, p. 5). Dans un second temps, mes constats sont allés dans le sens que les violences sexuelles subies à l'adolescence, pourraient soit témoigner d'une forme de confortation narcissique, soit d'une stratégie de lutte contre l'effondrement, soit enfin d'une désorganisation psychique face à l'émergence de la sexualité génitale. Dans ce présent sous-titre, je me propose d'analyser de plus près ce constat clinique fréquent qui pourraient apporter un éclairage aux processus qui participent à la compréhension des violences sexuelles et de leur processus de traumatisation à l'adolescence.

La compréhension approfondie de la problématique psychique des adolescents engagés dans les violences sexuelles subies nécessite de s'appuyer sur une étude dynamique du fonctionnement psychique à l'œuvre plutôt que de réaliser une approche diagnostique

psychopathologique structurelle pouvant détourner le problème. Les travaux de Roman (2012) ont approfondi la compréhension du fonctionnement psychique des adolescents engagés dans les agirs sexuels violents, prenant en compte la dimension du développement psychoaffectif de l'adolescent. Tout en s'appuyant sur l'hypothèse préalable que *“les aménagements pulsionnels de la puberté ouvriraient une voie particulière aux expressions adolescentes dans le registre de l'agir”* (Roman, 2012 ; p. 12) et sur l'hypothèse en référence aux travaux de Philippe Jeammet (2002) que, l'interruption du pulsionnel confronterait l'adolescent à *“un vécu de passivité”* dû aux transformations corporelles, à l'incursion du pulsionnel que l'adolescent ne peut maîtriser, Roman propose une modélisation de la place des agirs sexuels violents : l'agir sexuel violent apparaît comme une *“voie de dégagement à l'égard de l'insupportable rencontre de la passivation-passivité”* (...) *“on peut considérer que l'agir sexuel violent participerait d'une modalité d'aménagement face au risque de la passivation liée à l'irruption pulsionnelle à l'adolescence”* (...) qui *“Prendrait des formes différenciées en fonction de l'économie psychique des adolescents et du type de problématique psychoaffective à traiter”* (Roman, Op cit, p.60). En d'autres termes, selon les circonstances de la participation violente (choix de la victime, type d'agir sexuel violent), l'agir sexuel violent chez l'adolescent, pourrait soit témoigner d'une forme de confortation narcissique, soit d'une stratégie de lutte contre l'effondrement soit enfin d'une désorganisation psychique face à l'émergence de la sexualité génitale. Roman soutient en fin de compte l'hypothèse que, bien que le comportement en cause prenne une allure génitale, l'agir sexuel violent s'inscrirait davantage dans le registre de la pré-génitalité, dans une dimension régressive d'investissement de la pulsionnalité, tenant pour fonction de réassurance des positions narcissiques, face à l'émergence de la sexualité génitale.

Mes développements précédents sur l'adolescence m'ont conduit à comprendre que le développement des caractères physiques sexuels chez l'enfant inaugure une phase développementale capitale de son histoire, notamment la puberté. *“Au-delà des transformations physiques que le sujet doit affronter, en parvenant au développement de sa capacité sexuelle”* (Winnicott, 1962), il s'agit d'une véritable transfiguration psychique. Elle nécessite pour l'enfant, une intégration des transformations dues à la puberté dans son schéma de représentation et *“dans la construction de son identité, qui amène la vie sexuelle infantile à sa vie normale définitive”* (Freud, 1905). L'adolescence devient une période particulière au cours de laquelle se produisent des tempêtes pulsionnelles, des bombardements physiques et des remaniements psychiques. Une période qui constitue déjà et porte en elle-même un traumatisme assez important pour l'adolescent. On a pu distinguer différentes étapes et temps dans le

processus d'adolescents : la puberté et ses transformations biologiques ; le pubertaire, équivalent psychique de la puberté, ancré dans le biologique, ayant pour but *“une déssexualisation des représentations incestueuses menant au choix d'objet potentiellement adéquat”*, ce que Gutton définit par *“l'engagement pubertaire avec ses investissements et contre-investissements”* (Gutton, 2012) ; et l'adolescent, travail élaboratif issu du pubertaire, où *“l'enfant déssexualise la violence de ses pulsions et procède à un travail de subjectivation et d'historicité”*, travail de *“désinvestissement adolescents”* (Gutton, 2012, p. 13). Le corps de l'adolescent se génitalise et substitue la passivité consécutive à l'impuissance sexuelle de l'enfant par l'activité sexuelle génitale. De ce fait, plusieurs points de vue permettent de lire et de dire le travail psychique de l'adolescence : *“l'adolescence est la reproduction de la névrose infantile où le pubertaire est un renforcement pulsionnel ; l'adolescence est un remaniement compliqué, réécriture, répétition élaborative, effet de mémoire sur le modèle de l'après-coup, moment de temporalisation retrouvé au départ d'un nouvel engrangement atemporel de l'inconscient ; l'adolescence est une possibilité de changement dans le détachement aux objets primaires”* (Gutton, 2012). Ce qui signifie, qu'il faut parfois attendre sa survenue et ses effets d'après-coup pour pouvoir expertiser de manière efficace les conséquences psychiques d'un événement qui touche directement la dimension sexuelle. L'idée que j'aimerais développer dans cette partie est que, cette période de remaniements et de turbulences généralisés participe à la souffrance de l'adolescent, mais que les événements vécus par le passé (les violences sexuelles en l'occurrence) peuvent resurgir, entraîner soit une reconstruction ou une rupture et redonner sens à l'après-coup ou non. *“Ce qui était enfoui, ce qui n'avait pas d'inscription dans le corps, ce qui était parfois dénié, prend d'un seul coup un autre sens”* (Lavaysse, 2005, p. 107). C'est comme si le tamis de l'adolescence était une période qui ouvre la voie à un possible dépannage ou une possible aggravation. En effet, je m'aperçois bien souvent lors des entretiens que l'adolescent s'appuie sur les événements du passé pour restructurer une histoire autobiographique et se l'attribuer. De ce fait, je me permets également d'émettre l'hypothèse que l'adolescence et ses remaniements pubertaires seraient des révélateurs de la souffrance rétrospective liée aux souffrances de la petite enfance. Les troubles réactivés par la puberté correspondraient alors à deux événements : un événement interne inhérent à la puberté elle-même, auquel se mêlent excitations, peurs, angoisses dues à l'abandon des repères et des identifications de l'enfance, et l'autre événement extérieur consécutif aux violences sexuelles et/ou aux maltraitances subies à l'enfance. La combinaison des deux événements participe à la survenue des troubles psychiques, car par la maturation sexuelle qui permet à l'adolescent d'accéder à un nouveau type de signification et de réélaborer son expérience antérieure, le

deuxième événement revient à la conscience. Le retour du refoulé donne alors au traumatisme sa valeur pathogène, dans l'après-coup. *“Les relations sexuelles infantiles et les premiers rapports sexuels adolescents peuvent réapparaître plus tard, dans un après-coup, comme traumatiques, l'événement pubertaire sexualisant des souvenirs infantiles qui n'avaient pas été jusqu'alors perçus comme potentiellement sexuels “* (Lauru, 2004)

À bien la comprendre, cette hypothèse est proche de la théorie freudienne de l'après-coup précédemment développée dans le présent chapitre. Un après-coup comportant une temporalité des effets d'un traumatisme sur le psychisme qui est discontinue. *“La maturation sexuelle de la puberté permet de conférer une signification nouvelle à une expérience traumatique de l'enfance qui peut avoir été refoulée ou dont la dimension traumatique peut avoir été jusque-là déniée. Du fait de l'effet d'après coup, les traces mnésiques de l'événement sont remaniées et prennent un nouveau sens dans le psychisme de l'adolescent “* (Boë et al., Ibidem, p. 15). On voit donc que l'adolescence permet d'interroger la part qu'y prend la réalité externe (extra psychique) de l'événement traumatique, par effraction du pare-excitations dû aux débordements des angoisses consécutives aux violences sexuelles, ajouté au sentiment d'avoir été abandonné, pas secouru et stigmatisé par l'environnement socioculturel traditionnel. Ce que Winnicott (1989) appelle, *“là où quelque chose aurait pu se passer pour l'enfant, c'est le rien dont il a fait l'expérience“*. (Winnicott, 1989), pour faire ressortir et préciser la part qu'y prend la réalité interne (intrapsychique) du traumatisé. Mais comment arriver à modifier le fait que des victimes se mettent constamment dans une position basse, celle que le regard de l'autre leur a assigné et sortir la tête de l'eau ? quelle conduite tenir en cas de violences sexuelles ?

4.3-Contribution à l'intervention en matière de violences sexuelles

Un élément central de la pratique clinique sera examiné ici. De nombreux professionnels affirment avoir peu de connaissances et de formation pour intervenir adéquatement en matière de violences sexuelles au Cameroun, tant le phénomène est complexe et multi facial. J'essaie dans une certaine mesure d'apporter une contribution à l'intervention en matière de violences sexuelles, en m'appuyant sur ma modeste expérience dans la pratique clinique. Cette proposition n'est donc pas exhaustive, de peur de me mettre à dos tous les praticiens qui penseront à d'autres approches cliniques différentes de celle que je développerai ici. Ma préoccupation fondamentale est donc de répondre à ma manière à la question régulièrement posée de savoir : quelle est la conduite à tenir en cas de violences sexuelles ?

4.3.1-Conduite à tenir en cas de violences sexuelles

Une intervention pluridisciplinaire est très conseillée en période post immédiate des psycho traumatismes inhérents aux violences sexuelles. Les *“vertus thérapeutiques ont été démontrées”* (Crocq, 2004) dans le cadre de l'intervention psychologique en période post immédiate. *“La prise en charge de la victime traumatisée doit être la plus précoce et la plus pluridisciplinaire possible afin de la réintégrer au plus vite dans la communauté humaine...”* (Koubbi, 2004). J'en prends parti ferme en tant que psychologue clinicien et accepte de me mettre à dos l'idée que l'intervention psychologique en période post-immédiate n'est pas indiquée dans la prise en charge des psycho traumatismes sexuels. Il me semble important d'effectuer une prise en charge dite d'urgence en même temps que les prises en charge médicale (expertises médico-légale et suivi médical), juridique (dépôt de plainte au tribunal) et sociale. Mais le problème d'une intervention multidisciplinaire immédiate est très complexe dans le contexte socioculturel camerounais en matière de violences sexuelles, car les dénoncer à la justice entraîne deux conséquences : la première qui consiste à systématiquement engager une action de routine : l'enfant sera questionné, examiné par des policiers, des médecins, des travailleurs sociaux, sans approche méthodologique rigoureuse. Dans le cas de l'inceste, et si le parent n'est pas un homme socialement influent, la rupture familiale est rapidement consommée : l'enfant ou l'adolescent sera confié à une institution (dans de rares cas où il en existerait) ou à d'autres membres de la famille (tantes, oncles), le père emprisonné s'il en est l'auteur, la mère et les autres membres départagés entre le soutien à l'enfant/adolescent, le soutien au père et la précarité de la famille dont le père est souvent le principal pourvoyeur financier.

Dans le contexte socioculturel camerounais, toute intervention entraînant la rupture de la famille est donc souvent pesée, et dans cette optique, des interventions constructives sous forme de surveillance des familles, de thérapies familiales peuvent être préconisées et sont souvent moins coûteuses qu'une mesure brutale de rupture. La deuxième conséquence concerne le bannissement de la famille, qui sera jetée à l'opprobre du fait de la stigmatisation et du poids du tabou sur les violences sexuelles. Elle sera étiquetée de *“mauvaise famille et de famille maudite”* au sein de laquelle les relations matrimoniales seraient fortement déconseillées. Au regard de tout ce qui précède et interfère, de quelle manière s'effectuerait une prise en charge de violences sexuelles au Cameroun ?

4.3.2-Prise en charge des violences sexuelles au Cameroun

La prise en charge d'un enfant ou adolescent victime de violences sexuelles est urgente aussi tôt que le dévoilement est fait. Au Cameroun, elle commence par une écoute empathique, verbalisation, puis prise en charge proprement dite. L'écoute est un temps très essentiel de la prise en charge car la victime a fait face à une expérience qui, avec ou sans violences, l'a confrontée à l'agression sexuelle d'un adulte. Cette expérience a dû, à n'en point douter, la murer et la rendre méfiante à l'égard de l'adulte. Que ce soit le médecin, le travailleur social, le psychothérapeute, le psychologue, le psychiatre ou le juriste, le professionnel chargé de la prise en charge doit donc être bien formé à écouter avec empathie et à intervenir dans une approche holistique et multidisciplinaire : Approche holistique qui doit appréhender l'individu comme un tout et traiter son corps comme une entité unique, et non pas par organes distincts, en privilégiant les interactions qui unissent le physique et le psychologique ; approche multidisciplinaire car elle nécessite les prises en charge médicale, sociale, juridictionnelle et psychologique.

La prise en charge médicale est assurée par un médecin généraliste ou pédiatre gynécologue dans le meilleur des cas. Il faut donc immédiatement conduire la victime à l'hôpital dès le signalement d'une violence sexuelle car l'hôpital est le lieu d'accueil bienveillant, permettant d'évaluer le cas et d'impulser la prise de décision pour le reste de la prise en charge. L'issue hospitalière est la consultation pour diagnostiquer le degré de lésions traumatiques ou des infections génitales en vue de prendre médicalement en charge et d'élaborer un certificat médical *“4,69% des certificats médicaux rédigés au Cameroun le sont pour des violences sexuelles“* (Mbassa, 2001 ; p.109). Au cours de l'entretien avec le pédiatre, qu'elle soit enfant ou adolescente, la victime a besoin des paroles bienveillantes telles *“je te crois, tu n'es pas le coupable de ce qui est arrivé, ce qu'il t'a fait est interdit, il faut qu'on le retrouve “*, dans l'optique d'apaiser la souffrance et de lui redonner confiance. En même temps que la prise en charge médicale est engagée intervient la prise en charge psychologique.

La prise en charge psychologique est effectuée par un psychologue, un psychothérapeute ou un psychiatre. C'est l'acte par lequel *“l'esprit vient au secours de l'esprit dans une rencontre salutaire de compréhension et de restauration. “* (Gori et Ey, 1989), par *“l'utilisation des procédés et des techniques psychologiques pour traiter une maladie mentale, une inadaptation ou un trouble psychosomatique“* (Silamy,1989). L'objectif principal est d'aider les patients à transformer leurs maux en mots, de penser leurs souffrances et d'améliorer leur état psychique. Pour des raisons diverses, il est déjà assez difficile pour un enfant de raconter en toute confiance

l'histoire de violences sexuelles subies du fait de la honte, mais aussi de la peur des jugements divers et des représailles :

Premièrement, c'est après beaucoup de temps qu'il réalise avoir été victime de violences sexuelles. En effet, le temps qui s'est presque arrêté ne compte pas pour l'inconscient de l'enfant victime. Ce sont les premiers symptômes comme la dépression ou des troubles sexuels, les IST/MST/SIDA qui l'incitera à laisser enfin sa souffrance refaire surface et à accepter d'en parler. Le psychologue doit donc tenir compte que cette découverte est un choc terrible qui nécessite une approche particulière et une grande compassion pour l'emmener à découvrir et à son rythme, l'ampleur de ce qu'il a vécu, à en comprendre l'extrême répugnance et à admettre que son corps et son âme ont été ravagés. La victime sera encouragée à continuer de parler s'il s'établit une relation de confiance avec le soignant, car elle a besoin de sentir qu'on la croit pour continuer à verbaliser. Le soignant devra éviter certaines phrases blessantes et destructrices comme *“ il a juste fait une erreur comme nous en faisons tous, ce n'est arrivé qu'une seule fois, après tout, il est temps que vous tourniez la page, ça s'est passé il y a si longtemps, vous auriez déjà pu oublier ”*

Deuxièmement, la victime se sent coupable de ce qui lui est arrivé même si elle ne le dit pas ouvertement et se pose certaines questions telles *“ est ce que ce n'était pas un peu de ma faute ? Est que je n'aurai pas pu éviter cela ? Quelqu'un d'autre n'aurait-il pas cherché à se débattre, à résister ou à s'enfuir ? ”*. Le clinicien pourrait poser des questions qu'elle n'ose pas aborder en lui demandant par exemple *“ Qui détenait le pouvoir parental, spirituel, moral, organisationnel, physique ou psychologique ? Qui de vous deux était l'adulte ? Le repère social ? Le référent ? Qui était l'instigateur ou l'organisateur de cet abus ? Qui selon vous pourrait y mettre fin ? ”*. L'objectif ici est d'emmener la victime à comprendre que sa culpabilité est liée au décalage entre ce qu'elle vivait avant, ce qu'elle vit depuis les violences sexuelles et le regard actuel d'une personne avertie. Ce moment constitue la deuxième étape vers la guérison, car bien que la verbalisation puisse éventuellement replonger la victime dans des reviviscences et réminiscences de l'événement, elle commence à panser sa souffrance et à être apaisée à l'issue de cette étape de la prise en charge.

Enfin, la victime éprouve la honte car la violence sexuelle la marque au fer rouge, la souille et la pousse à s'isoler *“ Je ne suis plus moi, je ne suis plus comme j'étais avant, les autres ne me regardent plus comme avant, les autres perçoivent que mon corps n'est plus comme avant, les autres se disent que mon corps a cessé d'être comme il était auparavant ”*. La honte est donc liée au regard que la victime porte sur elle-même et celui que l'entourage porterait sur elle. Elle

sortira la tête de l'eau en changeant sa manière de se penser et de se percevoir. La prise en charge psychologique a donc pour rôle d'amener la victime à verbaliser et à sortir de sa souffrance psychique. L'entretien clinique est donc la principale clé de voute d'une prise en charge psychologique efficace car c'est grâce à lui que s'établit la relation de confiance entre la victime et le soignant. Plusieurs études témoignent que *les enfants peuvent être compétents à rapporter des informations utiles et exactes lorsqu'ils sont interrogés correctement* (Dion, Cyr, Nancy et al., 2006).

En même temps que la prise en charge médicale et psychologique se poursuivent, la prise en charge sociale prend le relais. Elle est généralement assurée par le service des affaires sociales. En cas de violences sexuelles, il évalue le comportement de la famille et l'environnement de vie de la victime. Dans certains cas, l'objectif est d'interroger les besoins sociaux de la victime, et d'analyser la portée d'une action sociale. L'action sociale pourrait donc concerner le placement des enfants ou adolescents en difficultés dans des familles d'accueil plus stables.

En fin de compte quelle que soit sa nature, l'efficacité d'une prise en charge dépend des conditions suivantes : “ - *une équipe bien formée à l'accueil des enfants victimes et de leurs familles, un travail interdisciplinaire qui doit être une réalité impliquant les différentes catégories professionnelles représentées dans cette équipe : pédiatres, pédopsychiatres, psychologues, psychiatres, infirmières, assistantes sociales. Les contacts pris avec les intervenants non hospitaliers connaissant l'enfant et la famille sont nécessaires à l'évaluation et la prise en charge ultérieure. La réflexion doit commencer rapidement pour éviter les pertes de temps inutiles. Pour les cas graves nécessitant une hospitalisation, il faut non seulement des structures appropriées, mais surtout des structures non médicales, des jardins d'enfants ou des endroits qui ne permettent pas aux victimes d'être désœuvrées et écartées de leur vie sociale. Pour les adolescents, il faut organiser des activités adaptées et si possible des sorties hors du service avec un membre de l'équipe*” (Gabel, 1996 ; p. 204).

Au cours de certaines rencontres cliniques, j'ai constaté que toutes les victimes ne présentaient pas toujours des comportements inadaptés consécutifs aux violences sexuelles subies. J'ai donc émis l'hypothèse qu'ils avaient un ensemble de ressources qui leur auraient permis de sortir la tête hors de l'eau. Des ressources qui a amplement été développée au cours de la deuxième guerre mondiale.

4.3.3-Violences sexuelles et Résilience

Les premières publications sur la résilience datent de 1939-1945. Les travaux de Werner et Smith, deux psychologues scolaires américains à Hawaï travaillaient avec des enfants à risques psychopathologiques condamnés à présenter des troubles. Ces psychologues les ont suivis pendant trente ans. Une proportion s'en sort par elle-même, sans thérapie, sans psychologue, sans rien, uniquement grâce aux qualités individuelles et aux opportunités de l'environnement. La source de la problématique était la difficulté à généraliser les faits pathogènes d'une certaine situation générale à tous les individus, puisque certains s'en sortent.

En France et après John Bowlby qui avait introduit le concept d'attachement dans ses écrits, c'est l'éthologue Boris Cyrulnik qui développa le concept de résilience en psychologie en parlant de l'observation des survivants des camps de concentration. Puis il étudia divers groupes d'individus résilients, dont les enfants des orphelinats roumains et des enfants des rues boliviennes. Auparavant, on parlait d'«*invulnérabilité*», car la résistance absolue n'existe pas. Actuellement, des groupes de travaux l'étendent à d'autres situations difficiles comme celles que vivent les aidants des malades d'Alzheimer. Quelle est la nature véritable de la résilience ?

La résilience est un mécanisme de défense psychologique qui consiste, pour quelqu'un touché par un traumatisme, à prendre acte de son traumatisme pour ne plus vivre dans la dépression et le poison que ce traumatisme peut causer. C'est «*vivre avec*», dans le sens où cela fait partie de la vie de cet individu, ne le diminue pas, mais au contraire lui permet de revivre. C'est un moyen par lequel un individu, touché par le traumatisme, recourt à l'imaginaire et tente sans prise en charge spécifique, de vaincre et d'élaborer son traumatisme. «*La résilience c'est l'art de naviguer entre les torrents*» (Cyrulnik, 2004). C'est donc un terme utilisé pour expliquer la résistance des matériaux aux chocs.

La théorie de la résilience (Aiguesvives, 2001 ; Cyrulnik et Duval, 2006) nous permet de bien comprendre l'aspect relatif du traumatisme psychique. En d'autres termes, ce qui fait qu'un événement potentiellement traumatisant fasse effraction ou génère le trauma chez certains individus et pas chez d'autres, pour d'autres individus aujourd'hui mais pas demain, pour d'autres individus enfin, ne les diminue pas, mais au contraire leur permet de revivre. Plus précisément, ces auteurs analysent cet ensemble de processus psychiques permettant à un sujet de surmonter le traumatisme ; cette capacité des personnes ayant vécu des expériences traumatisantes à «*rebondir*», à résister à la désorganisation psychique et à surmonter les difficultés, comme si l'événement perturbant avait développé ou révélé en elles des ressources insoupçonnées. Pour Claude Aiguesvives, l'enfant qui a subi une agression sexuelle «*a souvent*

recours au fantasme pour masquer la réalité vécue, et ainsi reconstruire une situation plus supportable pour lui, qu'il pourra se représenter“ (Aiguesvives, 2001).

Les éléments qui conduisent à la résilience sont rendus possible grâce à la réflexion, la parole et dans les meilleurs des cas grâce à l'encadrement médical et d'une prise en charge psychologique. Elle n'est pas seulement une dimension, c'est le résultat de multiples processus qui viennent interrompre des trajectoires négatives. Les violences sexuelles sur enfants et adolescents constituent des souffrances potentiellement destructrices pour les victimes. La résilience vient dévoiler l'importance de la dimension de la vie personnelle de la victime, à l'instar des aspirations personnelles, de sa vie relationnelle ou spirituelle et de son environnement psycho social qui participent aux processus de sa survie.

Dans un contexte socio-culturel marqué par le poids du tabou, le soutien communautaire traditionnel ne pourrait-il également pas participer à la construction de la résilience ? En effet, faute de prise en charge psychologique, on observe que les victimes construisent essentiellement leur résilience dans la relation avec d'autres personnes de confiance qui peuvent apporter un espoir et un soutien. *“Il s'agit de mettre en jeu des réseaux de proximité et de reconnaître le rôle de la communauté pour lutter contre la solitude, grand facteur de vulnérabilité”* (Manciaux et Gabel, 1997 ; p. 680). Différentes ressources des enfants et adolescents victimes de violences sexuelles et leur environnement psychosocial participeraient donc à la construction du processus de résilience. Certaines préexistent à l'agression sexuelle ; d'autres se déploieraient durant l'agression et d'autres enfin longtemps après l'agression et dureraient toute la vie de la victime. Cependant, en ce qui me concerne, il me semble opportun de nuancer le discours sur la résilience et par conséquent, peu acceptable de développer prioritairement un discours sur la résilience sans préalablement essayer d'organiser et d'envisager une prise en charge. Sinon la résilience deviendrait un prétexte subtil d'abandonner à la victime la responsabilité de sa souffrance et des troubles y afférents. Il s'agit donc de développer des efforts d'interventions *“visant à maximiser les compétences et l'adaptation des enfants pour surmonter avec succès le stress et l'adversité”* (Rutter, 1993 ; p 623).

**Deuxième partie : Approche
méthodologique de recueil des
données**

CHAPITRE 5 : COMMENT PENSER LES VIOLENCES SEXUELLES SUBIES À L'ADOLESCENCE DANS LE CONTEXTE SOCIOCULTUREL CAMEROUNAIS ?

Au cours de ce chapitre, je voudrais clarifier comment est-ce que mes précédents développements théoriques ont permis de faire émerger une problématique et comment est-ce que du problème finalement qui en est ressorti, je me suis proposé de mettre au travail les hypothèses, en l'occurrence l'hypothèse générale et trois hypothèses de recherche consécutives aux questionnements posés. Point essentiel de la présente recherche, cela permettra d'établir finalement un lien entre l'objet de recherche et les développements théoriques. En vue donc de clarifier la problématique précédemment survolée dans le chapitre consacré au contexte socioculturel camerounais, je serai donc emmené à mettre en tension certains nombres d'éléments déjà mis en exergue dans la partie théorique et finalement, cette mise en tension fera état d'un problème que je me propose de mettre au travail. Bien que plusieurs éléments aient émergé de la partie théorique, je n'en prélèverai que quelques-uns, surtout les plus saillants.

5.1-Constats préalables

Au cours de mes précédents développements théoriques sur l'approche clinique et projective du fonctionnement psychique des adolescents engagés dans des violences sexuelles subies, j'ai développé l'idée d'une nouvelle théorisation d'appareil psychique groupal qui participerait à une compréhension originale des alliances psychiques individuelles au sein du groupe et donnerait un éclairage de la liaison entre psyché individuelle et dynamique groupale, spécialement sur la contenance des investissements du groupe familial par la psyché individuelle. Elles sont le fondement des mécanismes du groupe qui opèrent le refoulement, le déni ou le rejet de tout élément qui se mettrait potentiellement en travers du lien groupal. Au risque de me répéter, les alliances psychiques sont également le support pour les mécanismes individuels de rejet, de refoulement et de déni, nécessaire au bon fonctionnement d'un groupe. Kaës lui-même en a synthétisé la compréhension en disant que *“Les alliances inconscientes sont des formations psychiques majeures de toute configuration de liens, des groupes, des couples, des familles et des institutions. Elles sont la matière première et la réalité psychique de tout lien”* (Kaës, 2015, p. 38). Il en a distingué différents modèles allant des alliances structurantes aux alliances pathologiques pour le groupe. Il me semble donc important d'utiliser l'appareil psychique groupal et les alliances inconscientes en tant qu'élément théorique saillant de la présente recherche car elles fondent la réalité psychique du lien et de lien de l'adolescent d'une part et comptent parmi les processus et formations précoces de la socialisation d'autre

part. Elles déterminent le fonctionnement groupal familial et favorisent l'établissement des liens extra-familiaux dans les multiples groupes sociaux formels et informels.

J'ai par ailleurs relevé l'importance des dimensions culturelles et psychosociales dans le processus de traumatisation en tant qu'élément théorique saillant. J'ai donc réfléchi sur la prise en compte de la culture dans le dispositif de soutien psychologique, tout en essayant d'interroger les formes d'expressions des traumatismes dans le contexte socio-culturel camerounais en l'occurrence, leur évolution, les représentations que le sujet en a en lien avec les représentations culturelles concernant les violences sexuelles. Mon questionnement s'est donc prioritairement porté ici sur les enjeux de l'environnement socioculturel pouvant sous-tendre ces violences sexuelles eu égard du processus adolescent et de ses multiples occurrences. Un processus adolescent fait de remaniements identitaires profonds, marqué par des bombardements physiques et psychiques qui poussent l'adolescent à une mise en tension et intégration d'éléments d'une identité nouvelle dans le sens de Dupont qui dit que, l'accès à la maturité sexuelle provoque "*des remaniements psychiques en termes de maturation psychoaffective, de développement identitaire et de remise en jeu de la construction narcissique*" (Dupont et al., 2015), qui surgissent à l'issue du "*noyau froid*" et du "*noyau chaud*" du traumatisme, entraînant des atteintes ou déchirures du moi d'ordre narcissique, une perturbation des défenses, la constitution d'une "*zone psychique morte*" ou des "*cryptes*" (Abraham et Torok, 1978) du fait de l'absence de représentation et de figuration, et la "*Crainte de l'effondrement*" (Winnicott, 1974), qu'ils provoquent. Je vais retenir cet aspect théorique en tant qu'élément important me permettant de clarifier ma problématique

Par ailleurs encore, j'ai dit avoir souvent été confronté, lors de ma pratique clinique, à l'évocation d'antécédents de violences sexuelles subies dans le passé par des adolescents et au traumatisme pubertaire adolescente. L'adolescent qui, je vais me répéter, déjà investi dans une période de remaniements pulsionnels et identitaires-identificatoires déterminant son appartenance sexuée et lui permettant de redéfinir ses liens avec les autres générations, se trouve en même temps contraint de vivre une expérience traumatique sexuelle. Une expérience caractérisée par un trop-plein d'excitations que sa vie psychique ne pourrait ou n'arriverait pas à traiter. A côté de l'expérience traumatique pubertaire qui vient sexualiser le vécu traumatique ancien, s'ajoutent donc l'expérience traumatique des violences sexuelles et la souffrance consécutive au sentiment d'abandon et d'absence de secours de l'environnement socio-culturel dans lequel il vit. J'ai donc compris que le développement des caractères physiques sexuels chez l'enfant inaugure une phase développementale capitale de son histoire, notamment la

puberté. Une véritable transfiguration psychique qui nécessite pour l'enfant, une intégration des transformations dues à la puberté dans son schéma de représentation et *“dans la construction de son identité, qui amène la vie sexuelle infantile à sa vie normale définitive”* (Freud, 1905). L'adolescence devient une période particulière qui constitue déjà et porte en elle-même un traumatisme assez important pour l'adolescent. Le corps de l'adolescent se génitalise et substitue la passivité consécutive à l'impuissance sexuelle de l'enfant par l'activité sexuelle génitale. La maturité physiologique sexuelle confronte l'adolescent à la réactualisation des fantasmes œdipiens, le poussant à la renégociation des liens précédemment établis au sein de la famille. Au regard du rôle primordial que joue l'environnement familial dans le soutien, l'élaboration et l'intégration du processus adolescent, je peux me demander quel est l'impact du fonctionnement familial sur l'engagement de l'adolescent dans les violences sexuelles subies ?

Enfin, toujours comme point théorique saillant, j'ai précédemment développé que plusieurs points de vue permettent de lire et de dire le travail psychique de l'adolescence. L'idée finale développée étant qu'il faut parfois attendre la survenue du processus adolescent et ses effets d'après-coup pour pouvoir expertiser de manière efficace les conséquences psychiques d'un événement qui touche directement la dimension sexuelle. D'où mon questionnement de savoir, comment cette période de remaniements et de turbulences généralisées participerait-elle à la souffrance adolescente, et comment les événements vécus par le passé (les violences sexuelles en l'occurrence) pourraient resurgir, entraîner soit une reconstruction ou une rupture et redonner sens à l'après-coup ou non ? D'ailleurs, comment penser l'engagement dans des violences sexuelles à l'adolescence comme un acte participant à la mise en sens de ce processus adolescent et d'un processus difficile à inscrire d'un point de vue psychique ? Ces différents questionnements pourraient donc se décliner en une question principale et trois questions spécifiques.

5.2-La question de recherche et les questions spécifiques

A l'issue des réflexions précédentes, j'ai donc formulé la question principale suivante : Comment est-ce que les adolescents victimes de violences sexuelles réaménagent et réorganisent-ils leurs capacités psychiques pour faire face en même temps aux exigences psychiques internes (des sollicitations de la psyché à des changements fondamentaux de l'adolescence) et à la réalité externe (des sollicitations excessives consécutives à l'effraction traumatique sexuelle) dans un contexte socioculturel camerounais écrasé par le poids du tabou?

En d'autres termes, quelle est l'impact du traumatisme sexuel sur le fonctionnement psychique des adolescents à une période du développement psychoaffectif agie par des remaniements propres à accompagner leur maturation psychoaffective et les sollicitations sexuelles de la réalité externe ?

Afin de pouvoir mieux opérationnaliser la question principale, 3 questions spécifiques ont émergées et se présentent de la manière suivante :

De quelle manière les violences sexuelles subies à l'adolescence participeraient-elles au processus adolescent en tant que processus de subjectivation, dans un mouvement d'autoreprésentation et d'auto-situation de l'adolescent par rapport à l'autre ?

En quoi les violences sexuelles subies à l'adolescence constitueraient-elles l'échec de l'instauration familiale d'un interdit œdipien structurant et quelle place occuperaient-elles dans l'environnement socioculturel eu égard de l'inscription générationnelle de l'adolescent ?

En quoi est-ce que les violences sexuelles, du fait du traumatisme psychique généré, porteraient-elles atteinte au processus de liaison et à l'élaboration des processus de la pensée chez l'adolescent victime de violences sexuelles dans un environnement socioculturel marqué par le poids du tabou des représentations culturelles ? J'ai donc proposé des réponses provisoires ou hypothèses telles que développées dans le sous-titre suivant.

5.3-Les hypothèses soulevées

Pour proposer une réponse à la question de recherche, l'hypothèse générale a été formulée en appui aux précédents développements théoriques selon lesquelles, le système de représentations participerait à la cohésion entre les différents éléments de la vie psychique du sujet et aboutirait à une consolidation de la base commune propre aux individus d'une même culture. À cet effet, l'individu incorpore progressivement les représentations culturelles de son environnement. À côté de cela, je suis également parvenu à l'idée que l'adolescence et ses remaniements pubertaires sont des révélateurs de la souffrance rétrospective liée aux souffrances de la petite enfance. Les troubles réactivés par la puberté correspondent alors à deux évènements : un évènement interne inhérent à la puberté elle-même, auquel se mêlent excitations, peurs, angoisses dues à l'abandon des repères et des identifications de l'enfance, et l'autre évènement extérieur consécutif aux violences sexuelles et/ou aux maltraitances subies à l'enfance. La combinaison des deux évènements participe à la survenue des troubles psychiques, car par la maturation sexuelle qui permet à l'adolescent d'accéder à un nouveau type de signification et de réélaborer son expérience antérieure, le deuxième évènement revient

à la conscience. Le retour du refoulé donne alors au traumatisme sa valeur pathogène, dans l'après-coup. Ce qui m'emmène à formuler l'hypothèse générale suivante :

Le traumatisme psychique, du fait du court-circuitage des réaménagements identitaires et identificatoires propres à l'adolescence et du court-circuitage de la fonction du traitement de la perte des objets infantiles en vue de leur transformation en objets pulsionnels accessibles à l'adolescence, participe d'un gel des investissements de la psyché chez l'adolescent victime de violences sexuelles. Par ailleurs, l'histoire personnelle dans laquelle s'inscrit la violence sexuelle, les ressources dont dispose l'adolescent dans son environnement, mais aussi dans son propre système défensif sont susceptibles de déterminer l'élaboration du traumatisme sexuel.

Cette hypothèse générale donne naissance à plusieurs sous-hypothèses de recherche qui s'appuient sur certains éléments théoriques :

Les sous-hypothèses de recherche

Même si ses travaux portent essentiellement sur les auteurs de violences sexuelles, les conclusions y afférentes sont également utilisées pour les victimes de violences sexuelles. Ainsi à l'issue d'une étude sur *la contribution des épreuves projectives à l'évaluation des processus de changement chez les adolescents auteurs de violences sexuelles*, Roman et Melchiorre mettent en perspective "les données qui témoignent de l'engagement de deux registres différents des processus psychiques : le registre de la vie intrapsychique, dans ses différentes composantes narcissiques-identitaires et objectales-identificatoires, et le registre de l'engagement intersubjectif en situation groupale" (Roman et Melchiorre, 2015).

Chagnon (2004) quant à lui montre la complexité à établir un tableau clinique et psychopathologique du fait de la singularité des aménagements et du fonctionnement psychique. Il aboutit cependant à l'identification des éléments récurrents chez les auteurs de violences sexuelles : La fragilité narcissique, avec un sentiment de continuité identitaire très menacée et des angoisses dépressives fortes. Tout en m'appuyant sur ces conclusions, je vais à mon tour opérationnaliser l'hypothèse générale en 3 sous-hypothèses qui seront centrées sur la qualité de l'investissement narcissique de la représentation de soi, l'invivance des relations objectales identitaires et objectales identificatoires et enfin l'investissement des processus de pensées.

À propos de la première sous-hypothèse centrée sur l'analyse de la qualité de l'investissement narcissique de la représentation de soi, la formulation est partie du développement théorique suivant : La période développementale adolescente est

“caractérisée par les remaniements psychiques et identitaires, particulièrement par l’irruption du pulsionnel” (Gutton, 1991), l’idée que *“les aménagements pulsionnels de la puberté ouvriraient une voie particulière aux expressions adolescentes dans le registre de l’agir”* (Roman, 2012 ; p. 12) et sur l’idée que, l’interruption du pulsionnel confronterait l’adolescent à un vécu de passivité dû aux transformations corporelles, à l’incursion du pulsionnel que l’adolescent ne peut maîtriser, les violences sexuelles apparaîtraient comme une voie de désobstruction à l’égard de l’insupportable rencontre avec cette irruption pulsionnelle. En d’autres termes, selon les circonstances de la participation violente relative au type de violences sexuelles subies et à l’environnement où elles sont subies, les violences sexuelles chez l’adolescent pourraient soit témoigner d’une forme de fragilité narcissique, soit d’une stratégie de lutte contre l’effondrement soit enfin d’une désorganisation psychique face à l’émergence de la sexualité génitale. Elles constitueraient une forme régressive face à l’émergence de la sexualité génitale tenant pour fonction de réassurance des positions narcissiques. De ce fait, les violences sexuelles pourraient soit témoigner d’une forme de fragilité narcissique, soit d’une stratégie de lutte contre l’effondrement, soit enfin d’une désorganisation psychique face à l’émergence de la sexualité génitale chez les victimes.

La deuxième sous-hypothèse porte sur l’analyse de l’invivance des relations objectales-identificatoires ou le traitement de la perte d’objet versus position dépressive. Pour l’établir, je suis parti du développement théorique que, la souffrance psychique donne rétrospectivement sens et valeur aux violences sexuelles en les inscrivant alors seulement dans l’histoire de l’adolescent marquée par les remaniements de l’après-coup. Dans un contexte de prise de risques par la victime dans la survenue des violences sexuelles, les violences sexuelles subies à l’adolescence dévoilent une fragilité consécutive aux traces de trauma infantiles. La survenue des violences sexuelles à l’adolescence raviverait donc le trauma infantile sans en trouver une solution du fait de la défaillance des objets internes. En définitive, le traumatisme psychique, du fait du court-circuitage de la fonction d’élaboration de la position dépressive et de la mise en faillite de la renégociation des investissements infantiles, participe à la fixation aux premiers objets d’amour et au vécu pathologique de leur perte réelle chez l’adolescent victime de violences sexuelles.

La troisième sous-hypothèse concerne l’analyse des capacités de mentalisation-symbolisation ou encore de l’investissement des processus de la pensée. Il s’agit en d’autres termes, d’analyser la qualité des processus de pensées ou la qualité de fonctionnement d’une pensée soutenue par la nécessité d’élaborer la réactivation pulsionnelle et la pression

fantasmatique. En référence aux précédents développements, il a été relevé que les aspects négatifs des expériences traumatiques viennent non seulement rompre les liaisons entre processus primaires et secondaires, mais attaquer également la continuité et l'identité du sujet en participant à une mise en jeu du pôle hallucinatoire et un agrippement du sujet au perceptif. J'ai donc formulé l'hypothèse que, les violences sexuelles portent atteinte au processus de liaison entre affects et représentations, met en faillite la fonction d'élaboration des mouvements pulsionnels et les processus de la pensée chez l'adolescent victime de violences sexuelles. La défaillance de la mentalisation et la massivité des affects consécutifs au processus adolescent et aux violences sexuelles subies participeraient à rendre les victimes disponibles à l'appétence traumatophilique.

5.4-Référence pour l'opérationnalisation des hypothèses de travail

L'opérationnalisation de l'hypothèse de travail s'est faite en appui aux variables du Rorschach issues des protocoles de 460 belges francophone (8-16 ans) à l'issue de l'étude générique réalisée par Blomart (1998) d'une part, et celles consécutives à l'étude d'Azoulay et coll. (2007) qui présentent les premiers résultats issus d'une population de jeunes de 13 à 25 ans, dans le but de réactualiser les normes du Rorschach sur une population de sujets français (Azoulay, Emmanuelli et Corroyer, 2012). La population étant d'origine camerounaise, ne soyons donc pas surpris de retrouver des particularités qui questionneront les normes du Rorschach précédemment établies sur les populations occidentales.

5.4.1-Opérationnalisation des hypothèses de travail

À ce niveau, il me semble opportun d'opérationnaliser davantage les hypothèses de travail en précisant leurs indicateurs, dont la base référentielle est issue des travaux psychanalytiques de plusieurs chercheurs que sont Rausch de Traubenberg (1970) ; Emmanuelli (1993) ; Bourguignon (2000) ; Roman (2004, 2011, 2015) ; Chaillet (2007) ; Emmanuelli & Azoulay (2009) ; Richelle (2009) ; Moulin (2010) ; Chabert (2013) et Chagnon (2015).

Comme développé précédemment, je me suis proposé d'analyser ma première hypothèse qui concerne *la qualité de l'investissement narcissique de la représentation de soi*. Dans les projectifs elle contient les notions de schéma corporel, d'identité et des identifications (Rausch de Traubenberg, 1970 ; Chabert, 2013). En d'autres termes, la qualité de l'investissement narcissique de la représentation de soi qui concerne la capacité de l'adolescent à avoir une image du corps bien identifiée et la qualité du schéma corporel, est un marqueur d'une représentation de soi défaillante ou non. La représentation de soi vient traduire la façon d'être

au monde de l'adolescent, en lien avec les images parentales que l'individu s'est fabriquées. Ce qui permet de mieux cerner la qualité des assises narcissiques (Moulin, 2010). Chaillet parle de la fragilité de l'image de soi et la représentation de soi (Chaillet-Ballif, 2007).

Une représentation de soi bien constituée suppose avoir une image du corps bien identifiée. Elle est repérable aux planches I, IV, V, VI et IX du Rorschach, à travers les réponses globales, qui témoignent une image de corps stable et bien intériorisée d'une part, et une projection d'un corps unifié d'autre part. Cependant, la sensibilité aux lacunes de ces planches remettrait en question la stabilité et l'unicité du corps. A travers elles, le repérage de la projection de la représentation de soi des adolescents victimes de violences sexuelles, en lien avec la notion d'identité est clarifié, car elles révèlent leurs capacités à se percevoir comme des individus à part entière. Comme le dit Chabert *“Par ces métaphores corporelles, le sujet témoigne de la reconnaissance qu'il se donne d'un espace psychique propre, d'un monde interne éprouvé comme tel, c'est à dire comme réalité personnelle et privée “*. (Chabert, 2013).

La présence ou non des représentations humaines et animales au Rorschach, témoigne de la capacité du sujet à s'identifier ou non à une image humaine. L'absence d'images unifiées et constituées du corps humain au rorschach avec des réponses de type Hd témoigne de l'incapacité de l'adolescent à appréhender intégralement le corps humain. Un pourcentage élevé des réponses animales au détriment des réponses humaines traduirait la difficulté d'investissement du lien à l'autre ainsi qu'un fonctionnement infantile (Richelle, 2009). La mise à l'épreuve de la conflictualité œdipienne en lien avec le registre de confortation narcissique est identifiable au Rorschach par la qualité de l'investissement aux réponses humaines, et au TAT par la triangulation œdipienne à la planche 2 (Roman et Melchiorre, 2015)

Les réponses kinesthésiques entrent aussi bien dans le registre des mécanismes identificatoires que des aménagements narcissiques-identitaires. La stabilité identitaire et l'insertion pertinente du sujet à la réalité s'identifient également par l'analyse de la qualité formelle des kinesthésies humaines et par conséquent, la capacité de l'individu à reconnaître une image humaine et à lui attribuer en même temps un mouvement projectif identificatoire.

Au TAT, un flou ou une confusion dans l'identification des personnages des planches, de leurs différents rôles et leur identité sexuée révèle l'instabilité identitaire. De même, l'observation de la mise en relation ou encore la manière dont l'adolescent investit, sous un mode agressif ou libidinal, les relations des différents personnages présentes aux planches est également indicateur des enjeux narcissico-identitaires (Emmanuelli & Azoulay, 2009).

Au rorschach, un autre élément qui marque la stabilité de l'identité sexuée de l'adolescent est perceptible aux planches dites phalliques (planches IV et VI) et les planches féminines

(planches II, VII et IX). Une attention particulière à la façon dont le genre des personnages (féminin ou masculin) et les symbolismes sexuels se définissent, ou bien le flou et l'absence de définition de leur identité sexuée constituent des marqueurs d'une instabilité des repères identitaires de l'adolescent.

La qualité du traitement des kinesthésiques humaines par leur clarté et l'absence de confusion témoigne d'une cohérence avec les identités sexuelles de l'adolescent. Ce sera le cas aux tests projectifs de TAT et de Rorschach, auxquels s'ajouteront l'observation de la différence des sexes et de générations d'une part, et de leurs liens d'autre part. En d'autres termes, l'adolescent définit-il clairement le genre des personnages et évoque-t-il les liens affectifs ou sexuels entre ces personnages ? C'est donc la capacité de l'adolescent à accéder à une identité sexuée individuelle et des personnages évoqués.

La qualité des enveloppes psychiques individuelles se perçoit par la qualité de la discrimination des stimuli, le mode d'appréhension des tâches au Rorschach, et le mode de traitement du blanc au Rorschach et TAT. En tant que support spatial de projection de l'image corporelle, les tâches au Rorschach marquent les limites entre dedans et dehors. Elles permettent donc de révéler la qualité des limites psychiques et corporelles de l'individu. Elles confrontent les capacités de contenance individuelle aux planches. Ce qui n'est possible que si le Moi-peau de l'individu est suffisamment établi (Anzieu, 1995) pour garantir sa fonction de pare-excitations et assurer la différenciation entre dedans et dehors.

Le mode d'appréhension des tâches par l'adolescent quant à lui, permet d'évaluer la qualité de contenance psychique, témoin de la capacité individuelle à percevoir l'objet unifié ou différencié. Les réponses globales (G) en constituent le prototype et indiquent "*l'élaboration et l'intériorisation de l'espèce psychique*" (Chabert, 2012). En d'autres termes, un protocole très productif en réponses détails (D) ou petits détails, témoigne d'une mise en faillite de la contenance psychique individuelle de l'adolescent.

La qualité de la contenance psychique individuelle s'indique enfin par le mode de traitement du blanc. Il est particulièrement intéressant puisqu'il peut nous mettre sur la piste du repérage de la qualité de la contenance psychique et des relations primaires. Ce qui permet de proposer une analogie entre le blanc dans l'épreuve projective du Rorschach et "*l'enveloppe maternelle primitive qui se constitue dans l'intériorisation des qualités des premières rencontres avec la mère-environnement, rencontres qui se constituent comme siège des premières émergences de la symbolisation*" (Roman, 1996, 2001).

Dans la deuxième hypothèse, je me suis proposé d'analyser *l'invivance des relations objectales-identificatoires ou le traitement de la perte d'objet versus position dépressives*, que j'ai opérationnalisée à travers les indicateurs ou marqueurs suivants :

L'investissement des kinesthésies humaines au Rorschach qui supplantent généralement, à l'adolescence, les kinesthésies animales fort présentes auparavant. Toutes les figurations diverses des K, sur tous les plans (sexuation, registre narcissique ou objectal, type de relations). Chez certains adolescents toutefois, la problématique identificatoire emprunte des voies non kinesthésiques. Elle se révèle dans l'inflation des représentations humaines qui, pour être non dynamiques, n'en sont pas moins porteuses des problématiques identificatoires. D'autres encore se localisent dans un symbolisme fort clair qui investit la nature, les objets et permet une distance rassurante par rapport aux images identificatoires (planche IV, planche VII). (Emmanuelli, 2001)

La précarité des repères affectifs au sein de la famille témoigne de l'invivance des relations objectales et l'absence d'élaboration de la position dépressive familiale. Ce qui permet d'interroger la fiabilité et la sécurité des liens, du point de vue de l'identification des places au sein de la famille, le traitement des angoisses de séparation et angoisses de différenciation, le traitement du blanc et de la symétrie, le traitement des sollicitations dépressives (Roman et Melchiorre, 2015)

L'élaboration de la position dépressive familiale conduit l'adolescent à se constituer une identité stable et différenciée, consécutive à une séparation bien établie et structurante de son groupe familial. La mise en faillite de cette séparation détermine la confusion, le flou et les hésitations dans les représentations de relations, la différence des sexes et des générations. Elle est clairement établie à travers les planches 3BM et 13B du TAT. Ces planches témoignent du lien à l'objet mis en place par l'adolescent avec son environnement et traduisent l'intégration et l'acceptation de la perte de l'objet. De ce fait, la position dépressive familiale doit tenir lieu de support interne pour permettre à l'adolescent d'établir un lien stable et sécurisant à l'objet. L'analyse des réponses aux planches 3BM et 13B permet de déterminer si l'adolescent intègre ou non les problématiques de perte d'objet, de solitude et de deuil.

La conflictualité œdipienne au TAT constitue un marqueur de l'axe objectal. Elle s'effectue en observant si l'adolescent reconnaît la triangulation œdipienne et la différence des sexes à la planche 2. Elle est également définie par l'analyse des planches 4, 6BM et 7BM du TAT, par l'élaboration du lien à l'objet, la reconnaissance et l'inscription des personnages dans le lien. Ce qui permet d'observer et de repérer la fonction structurante de la problématique œdipienne dans la psyché de l'adolescent. L'adolescent nomme-t-il clairement tous les personnages de la

triangulation ? Scotomise-t-il l'un des personnages ? reconnaît-il ou évoque-t-il l'interdit et le renoncement œdipien ?

Relèvent également du traitement de la perte d'objet, la dynamique entre réalité interne et réalité externe qui se traduit au Rorschach à travers la place des réponses globales, du F+%, des banalités, des réponses kinesthésiques et refus, et au TAT à travers la répartition des procédés d'élaboration des récits (Roman et Melchiorre, 2015). L'importance des dysrégulations dans la relation avec l'image maternelle, repli vers des positions défensives, la désorganisation déterminante par la confrontation à une situation relationnelle (mouvements pulsionnels, ambivalence) sont également des marqueurs de cet axe, tout comme l'engagement transférentiel (attachement au regard et au jugement de l'autre).

Dans la troisième sous-hypothèse au cours de laquelle je me suis proposé d'analyser *les capacités ou non de mentalisation-symbolisation ou encore de l'investissement des processus de la pensée*, les indicateurs s'opérationnalisent ainsi qu'il suit :

Au Rorschach la plupart d'éléments d'analyse utilisés de manière classique dans l'étude du fonctionnement cognitif, sont les réponses C symboliques et les réponses formelles à contenus symboliques, et au TAT, les procédés du discours qui témoignent de la capacité du sujet à élaborer des histoires cohérentes et créatives, de mettre en scène les conflits, à exprimer des affects et à produire des récits aux planches pas ou peu structurées (Emmanuelli, 1993, p.162).

Il est important d'accorder une place primordiale aux processus de pensée dans le cadre de la présente recherche, en opérant une analyse du contenu du discours, notamment la qualité et l'étendue du vocabulaire et le déploiement du champ sémantique, mais également sur la forme du discours, à travers la structuration, la syntaxe et l'organisation des différents constituants du discours (Emmanuelli, 1994 ; Roman, 2015 ; p.69). Il s'agira donc de consacrer une place importante aux procédés du discours au TAT, particulièrement la forme du discours porteuse des stratégies défensives du sujet (Shentoub et al.,1990 ; Roman, 2015 ; p.69).

D'une manière plus générale, l'analyse des processus de pensée consiste à examiner la manière dont l'adolescent s'aménage avec le traitement du percept qui lui est proposé au travers de la planche de Rorschach.

Toujours au Rorschach, l'analyse des processus de pensée s'effectue principalement à partir des planches II et III (planches dites rouges et bilatérales) qui attisent sans entremise et abruptement la réactivation pulsionnelle, mais également aux planches pastel (VIII, IX et X) qui stimulent directement l'excitation pulsionnelle. Les trois dernières planches provoquent

généralement la réactivité affective et appellent à un mouvement régressif auquel l'érotisation vient parfois opposer une barrière chez les adolescents (Chabert, 1990)

Au Rorschach, *“On peut considérer que le langage, en tant qu'il témoigne de la qualité de l'élaboration de la représentation-chose en représentation-mot porte les traces du travail de symbolisation et de ses avatars. “* (Roman, 2015 ; p 149)

Je me réfère également aux travaux sur l'analyse des procédés d'élaboration des récits (V. Shentoub, 1990 ; F. Brelet, 1986 ; F. Brelet & C. Chabert, 2003), au-delà du contenu de la verbalisation dont il importe d'appréhender la forme de celle-ci : ainsi, une attention toute particulière conduira à s'intéresser aux modalités syntaxiques qui sous-tendent l'agencement des contenus représentatifs afin d'être en mesure de saisir, ou plus près de la matière discursive, les enjeux qui président leur émergence (Roman, 2015 ; p.150). En d'autres termes, c'est analyser la manière dont les manifestations langagières traduisent des effets de continuité et de discontinuité des processus psychiques, et partant, la qualité du travail de symbolisation à l'œuvre dans la production projective (Roman, 2015, p.150)

Au TAT, la présence du déplacement visant à un traitement du conflit pulsionnel étayé sur les processus de pensée, s'observe prioritairement aux planches favorables aux réactivations pulsionnelles, à savoir les planches 2, 4, 8BM et 13MF. *“ La présence de processus de pensée de qualité qui concourent à l'expression et au traitement du conflit pulsionnel par le jeu du déplacement, semble constituer le signe de capacités de sublimation effectives. Lorsque le processus de pensée ne débouche pas sur des représentations symbolisées suffisamment distancées de leur source, et aboutissent à l'évitement du conflit ou à l'envahissement par l'afflux pulsionnel et par les fantasmes, le recours à la sublimation est alors inexistant. “* (Emmanuelli, 2016 ; p.164)

Tout en s'inscrivant dans les processus de changements normaux vécus par l'adolescent, les indicateurs de cet axe se superposent au travail de centration narcissique qui lui est aussi imposé, l'un et l'autre agissant sur le mode interactif. *“On peut par exemple mettre en évidence combien la fragilité narcissique induite par les vicissitudes du changement joue positivement ou négativement selon la qualité des assises narcissiques sous-jacentes, sur les processus de pensée et de sublimation. A l'inverse, on a pu constater que la créativité des adolescents est essentiellement sollicitée par le travail d'élaboration du narcissisme “* (Emmanuelli, 2001). Ce qui me permet de penser que certains éléments de l'axe narcissique et de la capacité de la symbolisation-mentalisation se chevaucheraient.

L'évaluation de l'investissement des processus de pensée au Rorschach s'effectue également à partir des facteurs qui ne relèvent pas tous des conduites psychiques identiques.

Certains d'entre eux (réponses globales et détails donnant lieu à un travail d'élaboration perceptif qui organise la réponse de manière personnelle, kinesthésies humaines, réponses couleur symboliques et réponses à contenu symbolique portées par d'autres déterminants que la couleur) rendent particulièrement compte de la qualité des processus de pensée. En effet, ils traduisent l'investissement des processus cognitifs sous la poussée des nécessités internes et participent à un travail de synthèse et de symbolisation. D'autres (nombre de réponses, variété et originalité des contenus, variété des modes d'appréhension et des déterminants) ne reflètent l'intensité du travail cognitif que lorsqu'ils sont associés aux précédents, faute de quoi ils révèlent souvent une défense par l'intellectualisation qui ne favorise pas le processus créatif. (Emmanuelli, 2001)

L'observation de la liaison des affects-représentations, à travers le traitement des excitations pulsionnelles sollicitées par la confrontation aux planches permet d'analyser les capacités de mentalisation-symbolisation chez l'adolescent. La capacité de l'adolescent à contenir les excitations sensorielles dans des représentations construites et élaborées témoigne d'une bonne capacité de liaison. La qualité de la liaison-affect représentation et le dégagement de l'envahissement perceptif et/ou traumatique se traduisent au Rorschach par la réduction du nombre de refus et la capacité d'associer forme et couleur (réponse FC), et au TAT par une souplesse des récits et du maniement des procédés d'élaboration (Roman et Melchiorre, 2015). La faillite du processus de séparation-individuation témoigne d'une absence ou incomplète élaboration du traumatisme, liée à l'inachèvement du travail mental (Bourguignon, 2000).

La prise en compte des indices de la symbolisation de l'acte de violences sexuelles apparaît comme élément de soutien du processus de symbolisation, dans la remise en jeu proposée par la rencontre de l'épreuve projective par les réponses kinesthésiques au Rorschach et du mode d'investissement de l'acte subi au TAT. L'observation des modalités d'investissement des kinesthésies dans les protocoles sont témoin de la capacité de l'adolescent à réguler ses mouvements pulsionnels. Ces modalités d'investissements kinesthésiques sont importantes pour comprendre la régulation des mouvements pulsionnels (difficultés ou non à intégrer les mouvements projetés aux représentations) (Emmanuelli, 2001)

Le repérage de la quantité d'énergie pulsionnelle libidinale ou agressive massive témoignerait d'une mise en faillite du Moi et la difficulté à intégrer ces mouvements dans des représentations construites. *“Les kinesthésies sont également le reflet d'une bonne capacité d'élaboration des conflits si les éléments pulsionnels sont liés à des représentations de relations stables”* (Chabert, 2013). Rentrent également comme marqueurs dans cet axe, le rapport au réel et les représentations de la relation (Chaillet-Ballif, 2007), le traitement de l'excitation

pulsionnelle sollicitée par la confrontation aux planches (représentations bien construites ou non), l'aménagement du lien (situation de l'affect par rapport aux planches couleur), la transformation et l'intégration de la pulsion aux planches couleur, la représentation des conflits (mise en représentation intact ou non, reconnaissance ou évitement des conflits), l'élaboration des scénarios en faisant appel aux affects ou recourt à des procédés rigides.

Roman (2017, p.7) parle de l'investissement sensoriel du matériel projectif dans la production de la réponse (symétrie, couleur et estompage) ou l'axe de l'élaboration d'affect, avec un enjeu sous-jacent de l'advenu de l'affect. Toujours selon lui, *“L'observation de la liaison des affects-représentations, à travers le traitement des excitations pulsionnelles sollicitées par la confrontation aux planches permet d'analyser les capacités de mentalisation-symbolisation chez l'adolescent. La capacité de l'adolescent à contenir les excitations sensorielles dans des représentations construites et élaborées témoigne d'une bonne capacité de liaison. La qualité de la liaison-affect représentation et le dégagement de l'envahissement perceptif et/ou traumatique se traduisent au TAT par une souplesse des récits et du maniement des procédés d'élaboration”* (Roman et Melchiorre, 2015). La planche 3BM est très importante pour mettre en évidence la capacité du sujet à lier les affects (dépression, tristesse) à une représentation (absence, mort, donc perte d'objet).

En somme l'analyse de cet axe consiste à apprécier l'élaboration du discours et la qualité de l'articulation qui s'opère dans le langage, entre réalité externe et réalité interne au TAT, en tenant compte du mode de construction des récits ; de l'éventail des procédés et leur articulation ; du lien et des écarts entre affects et représentations ; du poids des mobilisations défensives ; de la résonance fantasmatique aux sollicitations latentes du matériel.

La présente recherche concerne les enjeux du retentissement traumatique sur le fonctionnement psychique des adolescents camerounais victimes de violences sexuelles. Il s'est agi, à partir d'une pratique clinique dans le cadre d'un projet du CIPCRE Cameroun de *lutte contre les abus sexuelles et les discriminations sexistes*, de rencontrer les victimes dans leur singularité. Ce qui a été rendu possible grâce à l'exercice de la profession de psychologue clinicien dans certaines structures spécialisées telles que le Trauma Center et en particulier le CIPCRE Cameroun. La récolte des données auprès de 7 adolescents victimes de violences sexuelles s'est faite lors des descentes dans le champ humanitaire et lors des consultations au sein des structures spécialisées de prise en charge psychologique grâce à une logistique assez spécifique disponible. Dans le cadre du champ humanitaire, il s'agit d'un environnement de fortune consacré à l'accueil des réfugiés et ex-combattants de Boko Haram. Le second cas d'accueil concerne essentiellement l'ONG CIPCRE Cameroun, dont la salle de consultation est

équipée des caméras de surveillance pour enregistrer les entretiens, après consentement préalablement recueilli auprès des parents ou garants des victimes d'une part, et l'information sur la présence desdites caméras aux victimes d'autre part.

5.4.2-Cadre de la recherche : Le CIPCRE-Cameroun

En dehors du champ humanitaire dont l'économie de la description sera faite en tenant compte de mon engagement pris à cet effet, le cadre institutionnel de la présente recherche concerne essentiellement le CIPCRE-Cameroun, Créée en 1990 par le révérend Dr Jean Blaise Kenmogné. Entendu Cercle International pour la Promotion de la Création, le CIPCRE-Cameroun est une organisation non gouvernementale (ONG) de droit Camerounais. C'est en même temps une ONG d'écologie et de développement holistique, un espace de promotion du dialogue social, œcuménique et interreligieux et enfin, un outil de promotion des droits humains et de la démocratie. Le siège de cette ONG est situé dans la Région de l'Ouest Cameroun, Département de la Mifi, Arrondissement de Bafoussam 2^{ème}, à 3 kilomètres des encablures du centre-ville de Bafoussam sur la route Foumbot. Le Cercle International pour la Promotion de la Création est organisé de manière spécifique et fonctionne selon les principaux objectifs qu'il s'est fixé.

5.4.2.1-Objectifs, organisation et fonctionnement

L'objectif du CIPCRE-Cameroun est de participer à l'éradication de la pauvreté et de la faim, de promouvoir les droits de l'enfant et de la femme et de contribuer à la pacification d'une société où la vulnérabilité des populations aux changements climatiques sera considérablement réduite. Ayant à sa tête un directeur général et un coordonnateur, puis une équipe pluridisciplinaire composée de juristes, chercheurs, travailleurs sociaux, psychologues cliniciens, psychiatres et médecins missionnaires, le fonctionnement du CIPCRE consiste à développer des activités orientées vers les intérêts de l'enfant, des adolescents et des personnes vulnérables. Ses actions sur le terrain consistent à mener des actions envers l'État pour garantir l'application des droits de l'enfant, envers la société civile pour davantage défendre et promouvoir les droits de l'enfant, mener des actions de sensibilisation sur le terrain pour l'application concrète des droits des enfants en situation difficile et enfin faire des actions de plaidoyer comme relais sur le plan international ainsi qu'en Allemagne. En partenariat avec Kira, le CIPCRE-Cameroun pilote des projets de lutte contre les abus sexuels et les discriminations sexistes depuis 2010 et participe à la dynamique de renforcement continu des capacités des équipes techniques d'intervention dans ses domaines de compétence. C'est dans

le cadre d'un projet auquel j'ai participé en tant psychologue clinicien, que le recueil des données cliniques et projectives de la présente recherche se sont faites, à l'issue de la rencontre avec des adolescentes victimes de violences sexuelles au Cameroun. Un certain dispositif institutionnel a impacté la recherche.

5.4.2.2-Impact du cadre institutionnel sur la recherche

Dans ce sous-titre, j'aimerais aborder quelques aspects d'ordre éthique consécutifs au cadre institutionnel en l'occurrence son impact sur la production des données cliniques et projectives. De ce fait, j'aimerais également mener une courte réflexion sur un aspect éthique que je nommerai ma *pulsion du voir-exhiber*. Elle consiste à vouloir mettre en lumière au bénéfice de la recherche mon propre vécu transféro contre-transférentiel en violant, d'une manière inconsciente, la volonté des sujets à ne pas voir leur intimité divulguée dans des publications de recherche malgré leur acceptation et signature du consentement.

Trois cadres ont été utilisés pour la collecte des données cliniques et projectives : le Cadre institutionnel du CIPCRE, le cadre institutionnel du domicile familial et le cadre institutionnel humanitaire du camp des réfugiés. L'impact sur la collecte et la production des données de la présente recherche est notoire. En ce qui concerne les victimes rencontrées au sein du CIPCRE, il m'aurait souvent fallu répondre aux protocoles de sécurité de l'institution et négocier la possibilité d'utiliser lesdites données recueillies à des fins de recherche malgré le consentement verbal et écrit des sujets et de leurs garants. Le renforcement des protocoles de sécurité était consécutif à l'absence de secret professionnel des précédents cliniciens, qui ont parfois utilisé les données recueillies au sein de l'institution pour faire du chantage aux familles des victimes. Ce qui a valu à l'institution des procès au tribunal, l'emmenant de ce fait à durcir les conditions de collecte, d'accès et d'exploitation des données recueillies. Dès lors, la sortie des données était scrupuleusement surveillée et soumise à une autorisation préalable. Il était donc strictement interdit aux cliniciens d'écrire les données au cours des séances d'entretien et d'en prendre notes. Seules des caméras dissimulées servaient à enregistrer les données qui pouvaient être réécoutées à des fins d'exploitation pour un soutien psychologique après consentement parental et information de la victime. L'autorisation pour retranscrire les données dans le cadre de la présente recherche était préalablement soumise à l'accord du directeur général et à la disponibilité d'au moins un cadre de l'institution, afin d'éviter qu'elles ne soient enregistrées discrètement avec un smartphone. Il n'était donc toujours pas évident d'avoir un cadre de l'institution disponible pour le faire. C'est-ce qui a souvent justifié la difficulté d'écrire et le temps long entre la production des retranscriptions des données cliniques. Ce qui en fin de

compte cachait également une indicible expérience de contre-transfert simple transposée à travers ma difficulté d'écrire, de formaliser et de mettre en mouvement les paroles violentes d'adolescents victimes de violences sexuelles, que j'étais contraint d'accueillir dès lors que je me mettais en situation d'écoute de leur souffrance. C'était donc un espace transférentiel semblable à une panne du senti et du penser, phénomène normal dans ce type de clinique de l'extrême, qu'il me fallait nécessairement comprendre et travailler. Il me fallait donc adopter une certaine posture méthodologique pour éviter des chavirements et une compréhension partielle de ce que j'étais sensé étudier.

On peut dès lors comprendre que l'impact du contexte de la production des données de recherche puisse porter des enjeux cliniques et projectives de ce travail, c'est-à-dire un *“fonds muet que représente le cadre institutionnel dans lequel se déroule la passation pour en évaluer les enjeux sur le matériel clinique recueilli, afin de donner sens à un protocole d'épreuve projective (et aux productions cliniques) selon leur contexte d'émergence.”* (Ravit, Dublineau, Brolles & Roman, 2013, p. 237). En effet, en tant que cadre institutionnel de pratiques correspondant à l'investissement de positions cliniques singulières rencontrées au cours de la présente recherche, les missions du CIPCRE au sein duquel les sujets Bella, Aïcha, Méline, Élonie et Fernand ont été rencontrés se résument essentiellement à la lutte contre les abus sexuels et les discriminations sexistes. Il pourrait donc être considéré comme un simple lieu de constatation de violences sexuelles. De ce fait, les adolescents qui y sont accueillis et emmenés pourraient être compris et être tentés d'être compris seulement par les faits qui les y conduisent, alors même qu'ils peuvent se trouver inscrits dans des temporalités psychiques pouvant s'entremêler et se différencier. Par ailleurs, avec son dispositif de caméras de surveillance dissimulées, bien que les sujets soient systématiquement informés de leur présence au début des entretiens, ce cadre institutionnel peut se présenter comme *“témoin de la part d'invariant (“le non-processus”) dans les fonctionnements institutionnels (et être) un lieu de dépôt des parts les plus archaïques (le non-symbolisé, le non symbolisable) des productions de la psyché”* (Ravit, Dublineau, Brolles & Roman, op. cit). Il peut même cesser d'être simple témoin de la part d'invariant et devenir un espace de viol institutionnel de l'intimité des sujets, car pour ceux-ci, se sentir filmé engage une certaine réticence à totalement livrer tout ou partie de soi. De ce fait, l'espace institutionnel peut donc devenir un espace qui rend compte des processus engagés dans la rencontre clinique et des variables liées au cadre à l'intérieur duquel des mouvements projectifs viennent se déployer. Ceci peut également concerner le domicile familial, en tant que cadre institutionnalisé au sein duquel la mutation du cadre de la rencontre avec Aude s'est opérée. Certains enjeux de transfert et de contre-transfert peuvent être

envisagés sur le domicile familial au sein duquel s'est déployé le discours d'Aude lors des entretiens cliniques improvisés. C'est dans ce domicile qu'elle a subi des violences sexuelles par son papa pendant plusieurs années. Il peut s'y être créée une organisation inconsciente au travers "*des alliances inconscientes qui s'y nouent*" (Kaës, 2009), en l'occurrence la loi du silence instaurée entre les membres de cette famille du fait de la peur des représailles. Pour terminer, la fonction principale du cadre institutionnel humanitaire, le camp des réfugiés en l'occurrence, au sein duquel la rencontre d'Ahmed s'est faite est d'assurer la sécurité, la protection des personnes vulnérabilisées par les conflits armés et de répondre à leurs besoins primaires en leur apportant un soutien logistique, alimentaire et sanitaire nécessaire à leur survie. Dans ce contexte, passer les entretiens cliniques et les épreuves projectives pourrait participer au travail de "*symbolisation/de non-symbolisation*" des processus du sujet du fait des dispositifs institutionnels mis en place. J'évoque ici la rencontre clinique avec Ahmed en présence des soldats. De ce fait, j'ai pu vivre de manière plus spécifique comment dans cet espace humanitaire cadré et encadré par des règles, des limites, des interdits et des normes, le psychologue clinicien/chercheur se bat avec des particularités, contraintes spécifiques, fonctionnement et attentes de l'institution pour faire connaître, reconnaître et déployer efficacement ses outils méthodologiques. En m'appuyant sur la clinique d'un ancien adolescent captif de Boko Haram, Ahmed, je publiais une communication scientifique intitulée "*Médiation clinique auprès des enfants captifs de Boko Haram auteurs et victimes d'agressions sexuelles : quand l'urgence de soins s'imposent, mais la priorité sécuritaire s'oppose*" dans l'acte du colloque "*figures du soin psychique*" parue en 2016 à l'Harmattan. J'y relevais alors l'imbroglio clinique des praticiens face à la nouvelle catégorie de traumatismes complexes rencontrés chez les victimes de terrorisme, un imbroglio qui s'étend souvent à la posture de soins, au type de soins psychiques à administrer, à l'insuffisance de coordinations entre divers intervenants de soins et le cadre institutionnel dans ce contexte humanitaire (Aboude, 2016). Le camp des réfugiés en question est un lieu de déploiement et expression de la violence sous différentes formes : violence du fait de la simple création d'un espace d'isolement des anciens captifs de Boko Haram, violence entre réfugiés, massivité d'une violence intrapsychique consécutive à leur propre souffrance, violence verbale et physique des militaires... Sans toutefois y revenir en profondeur, je me préoccupais également des choix méthodologiques efficaces à opérer dans un tel contexte pour mettre les données de la pratique clinique au profit de la recherche clinique. Une poussée instinctuelle à vouloir exhiber les aspects transféro contre-transférentiels de la pratique clinique au bénéfice de la recherche. Ce que j'ai préalablement appelé ma *pulsion du voir-exhiber* qui consiste à vouloir mettre en lumière mon

propre vécu transféro- contre-transférentiel en violant de manière inconsciente la volonté des sujets à ne pas voir leur intimité divulguée dans des publications de recherche, malgré la signature du consentement et leur acceptation. Au niveau transférentiel le praticien incite les sujets à faire des récits difficiles à dire et à écouter, à prononcer des phrases avec tant de mots difficiles à dire, à répondre à des épreuves projectives révélatrices des violences sexuelles subies pour ensuite pouvoir utiliser ce matériel aux fins de la recherche. Je me suis souvent demandé comment ces personnes pouvaient-elles se sentir et que pouvaient-elles ressentir face à cette incitation du psychologue/chercheur à vouloir les faire parler et mettre des outils projectifs de collecte des données au profit de la recherche, quand bien-même les entretiens dévoileraient l'essentiel des processus psychiques desdits sujets. L'observation de mes propres réactions contre-transférentielles au cours des consultations cliniques met à jour la sidération, l'agressivité ou au contraire une importante empathie. Il faut donc réussir à mettre en place une temporalité de la recherche permettant d'adopter une posture de praticien/chercheur qui consiste à partir des observations et questionnements consécutifs à la pratique clinique, à aller vers la théorie en se laissant interpellé par l'objet et en se départissant des idées préconçues, des croyances et des a priori. D'où le privilège d'une approche psychanalytique qui, tout en faisant appel à des outils issus d'autres champs de la psychologie, permet de garder l'objet à une juste distance du fait de sa méthodologie rigoureuse.

CHAPITRE 6 : MÉTHODOLOGIE DE RECUEIL DES DONNÉES

Le présent chapitre me donne l'occasion d'apporter des clarifications sur les modalités de choix de la population sur laquelle se centre la présente recherche et la manière par laquelle nos différentes rencontres se sont effectuées. Ce sera également le lieu de clarifier l'articulation sur le passage de la position de clinicien à la position de chercheur et d'en déterminer les différentes imbrications.

6.1-Population et modalités de rencontre

Ma pratique clinique m'amène régulièrement à rencontrer la population des jeunes qui, par le passé proche ou lointain ont fait l'expérience de violences sexuelles subies du fait du passage à l'acte des inconnus, de l'entourage proche ou lointain ou encore des membres de la famille. Dès lors, apprécier les modalités du fonctionnement psychique qui se déploient au sein d'un espace censé favoriser l'expression transférentielle, verbale ou non verbale, de la douleur physique et ou psychique m'interpelle souvent. Et pourtant, exprimer la souffrance peut relever de l'indicible chez des enfants et adolescents victimes de violences sexuelles du fait de l'inhibition ou des projections massives. L'utilisation des épreuves projectives me paraît donc être indiquée pour initier ou faciliter la rencontre clinique.

La population retenue concerne donc un groupe test de 7 adolescents camerounais victimes de violences sexuelles dont l'âge varie entre 12 ans et 16 ans, en référence à la clinique du normal faite par Azoulay et al. (2007). Le critère d'inclusion concerne des victimes dont l'âge se situe entre 12 et 16 ans victimes actuelles et/ou à l'enfance de violences sexuelles intra ou extra-familiales, n'ayant pas reçu de soutien psychologique. Elles ont toutes été rencontrées dans le cadre du projet du CIPCRE Cameroun de *Lutte contre les abus sexuels et les discriminations sexistes* et sur le champ humanitaire au Nord Cameroun. Ce sont des sujets victimes de violences sexuelles soit à l'enfance et à la préadolescence, soit à l'enfance et à l'adolescence, soit uniquement à l'adolescence. Mais toutes ont cependant été rencontrées à leur période d'adolescence. Le mode de recrutement des adolescents s'est fait à l'issue d'une acceptation d'exploitation des données à des fins de recherche (consentement éclairé signé par les parents ou le représentant légal). J'ai également tenu compte de l'objectif et du type de la présente recherche, qui à titre de rappel est une recherche en psychologie clinique, psychopathologie et psychanalyse basée sur une étude de cas.

Les situations sont issues des rencontres cliniques qui s'adosent sur un diagnostic et une évaluation du fonctionnement psychique impliquant les épreuves projectives de Rorschach et

de TAT, afin d'appréhender la dynamique au sein de laquelle s'inscrivent les violences sexuelles subies. Les critères d'exclusion concernent donc tous les adolescents victimes de violences sexuelles venus en consultation au CIPCRE, mais ayant préalablement reçu un soutien psychologique et tous ceux dont leurs parents ou garants ont refusé de signer le consentement pour utiliser leurs données cliniques à des fins de recherche. Le présent cadre méthodologique prend donc en compte les cas d'adolescents victimes de violences sexuelles qui sont venus spontanément ou qui ont été emmenés par leurs parents/proches en consultation dans le cadre du projet cité plus haut et des adolescents rencontrés lors d'une intervention clinique et pluridisciplinaire dans le champ de l'humanitaire, qui correspondent aux critères inclusifs de la recherche. La fréquence des rencontres varie entre 3 et 6 séances d'une heure et demie chacune. La passation des tests de Rorschach et TAT se fait au cours d'une des séances ciblées. La variation du nombre de séances dépend de l'évolution clinique ou des circonstances familiales et judiciaires, de la disponibilité physique et psychique des sujets rencontrés. Leur fatigabilité ou montée d'angoisse, tout comme le refus de répondre aux différentes épreuves proposées me contraignaient à mettre fin à notre séance.

Certaines victimes ont parfois été rencontrées dans des conditions assez particulières : la présence de l'armée dans un cas, la présence des parents et l'ambulation à domicile du cadre de soin dans d'autres cas. D'autres dans des conditions relativement favorables et stables au sein d'une ONG nommée le CIPCRE Cameroun. La signature du consentement était préalablement demandée à la famille ou représentant légal pour sélectionner un cas (consentement libre et éclairé, voir annexes) et utiliser les données recueillies pour la recherche. Les victimes étaient préalablement informées de la présence des caméras dissimulées lors des entretiens cliniques par l'institution et pouvaient refuser d'être filmées. La population restreinte de 7 adolescents victimes de violences sexuelles est donc consécutive à l'acceptation de la signature du consentement éclairé par les parents dans la perspective d'une étude de cas.

6.2-Étude de cas en psychologie

La présente recherche s'appuie sur une approche qualitative fondée sur l'étude de cas. Approche susceptible d'englober plusieurs techniques et méthodes de recueil des données, elle ne comporte pas un protocole méthodologique strict comme dans l'approche expérimentale. On la positionne dans la catégorie des méthodes d'enquête qualitative de type empirique ou clinique plutôt qu'expérimentale. Traduite de l'anglo-saxon "*case study*", l'étude de cas est utilisée dans des sens différents, selon les contextes. Je m'intéresse à son utilisation en sciences sociales et humaines où elle est considérée comme "*une méthode d'investigation à visée*

d'analyse et de compréhension qui consiste à étudier en détails l'ensemble des caractéristiques d'un problème ou d'un phénomène restreint et précis tel qu'il s'est déroulé dans une situation particulière, réelle ou reconstituée, jugée représentative de l'objet à étudier" (Albero, 2011 ; p. 2).

Très prisée en sciences sociales pour étudier des phénomènes complexes nouveaux ou étendre des connaissances sur ceux déjà étudiés, elle apporte une analyse détaillée et profonde sur un nombre limité de sujets. *"Une étude de cas est une description détaillée d'un processus d'évaluation ou de planification dans son contexte de vie réel"* (McCorcle, 2005 ; p. 205). Elle conjugue observation directe participante ou non et différentes sources documentaires consécutives aux pratiques pertinentes à l'objet d'étude. L'objectif est de saisir l'objet de l'étude dans ses dimensions de temps et d'espace tels qu'ils s'élaborent dans un milieu social donné pour rendre possible une analyse des dynamiques des processus complexes *"la pensée par cas se propose de donner une portée heuristique à une démarche dont certains nombres de coordonnées, par définition, échappent au clinicien et/ou au chercheur lui-même"* (Roman, 2013 ; p. 39).

En sciences sociales et humaines, l'intérêt du cas dans la recherche en psychologie clinique, psychopathologie et psychanalyse se situe au centre d'une tension entre les spécificités et la subjectivité d'une part, l'analyse d'un cas singulier et la nécessité d'une généralisation scientifique d'autre part. Je me propose donc en fin de compte, d'envisager le travail du cas dans l'intérêt de sa singularité en vue de comprendre en profondeur, le fonctionnement psychique de 7 cas d'adolescents victimes de violences sexuelles, dans un contexte socio-culturel camerounais, plutôt qu'à élaborer des modèles ou des théories sur tous les adolescents victimes de violences sexuelles. *"La dimension singulière et contextualisée de l'expérience humaine est privilégiée dans une visée heuristique"* (Hamel, 1989) par rapport à la dimension généralisable ou universelle. En effet, dans le cas qui fait l'objet des présents écrits, je sélectionne 7 cas d'adolescents victimes de violences sexuelles qui répondent aux critères d'inclusion de ma recherche et dont le consentement parental a préalablement été requis pour l'exploitation de leurs données à des fins de recherche. La plupart ont refusés d'être retenus par crainte d'être déshonorées par des personnes qui les reconnaîtront, malgré la garantie d'une anonymisation rigoureuse de leurs données cliniques et projectives.

6.3-Présentation de la population de la recherche

Dans ce sous-titre, l'objectif sera de donner une idée synthétique de la clinique de chaque adolescent rencontré retenu dans le cadre du présent travail. L'intégralité des données cliniques et projectives seront présentées intégralement dans les annexes de la thèse.

-Présentation clinique de Bella

Bella est une adolescente âgée de 14 ans vivant dans une famille recomposée. Je l'ai reçue en consultation dans le cadre d'un projet de lutte contre les abus sexuels, les discriminations sexistes et l'exploitation sexuelle des enfants. Elle est aînée d'une fratrie de quatre enfants dont un garçon et trois filles. A l'âge de 12 ans, elle arrête d'aller à l'école avant d'en reprendre le chemin, pour l'abandonner définitivement. A ce moment-là, elle fréquentait la classe de 6^e dans un établissement d'enseignement privé d'une ville camerounaise.

C'est une fille naturelle née des suites d'une agression sexuelle perpétrée sur sa maman à l'âge de 12 ans. Elle a donc été adoptée par son beau-père, le mari de sa mère, qu'elle décrit comme *“ un homme bien, sans problèmes, mais dépassé par la domination de son épouse “*. Elle reconnaît avoir été victime de violences sexuelles à la suite desquelles elle est tombée enceinte et a accouché d'une fille.

Elle verbalise sa souffrance dès le premier entretien en me confiant que sa vie est devenue un enfer pour elle, et ses relations avec sa famille se sont dégradées depuis les violences sexuelles subies. Elle serait donc devenue la risée de tout le monde et de son entourage en l'occurrence, qui la regarde comme si elle était coupable de tout ce qui s'est passé. C'est ce *“ vilain regard qui m'a d'ailleurs poussé à abandonner l'école parce que je pensais... et c'était comme si tout le monde savait ça... “*. Elle a l'impression que tout le monde est au courant qu'elle a subi des violences sexuelles, au point de générer chez elle le sentiment de honte et de culpabilité. Elle est spontanément venue de son propre chef pour *“ certaines choses “* qu'elle trouve *“ bizarres “*. Elle se plaint d'avoir des cauchemars répétés et *“ une envie de rester seule, de s'isoler “*. Elle déclare ne plus se sentir comme un être vivant qui peut profiter pleinement de la vie, mais de se sentir comme *“ un zombie qui meurt à petit feu “* Ce qui d'emblée, me fait penser à Lacan, quand-il parle d'une *“ inhumaine solitude “* dans laquelle le traumatisme plonge le sujet. Les différentes données cliniques et projectives exhaustives recueillies à l'occasion de ce travail sont intégralement présentées dans la partie annexe de la thèse.

-Présentation clinique d'Aude

A la suite d'une campagne de sensibilisation contre les abus sexuels en milieu scolaire, je suis sollicité par Mme Eka, maman d'Armand, un adolescent âgé de 12 ans. L'objet de la demande porte sur le suivi éducatif et l'analyse du comportement étrange d'Armand qui consomme abusivement de l'alcool et des stupéfiants, fait des fugues aussi bien à la maison qu'à l'école. *“Ses résultats scolaires sont catastrophiques et à la maison, il est désinvolte. Il refuse de se soumettre à la discipline générale de la maison. Il est également irrespectueux et insolent à l'égard de tout le monde à l'exception de ses deux sœurs.”* me confie sa maman. Elle soupçonne qu'il consomme des drogues fortes au regard de ses passages à l'acte violents quand elle essaye de le ramener à l'ordre à propos de ses sorties nocturnes et ses fréquentations à risques. Les enfants du voisinage sont également victime desdits passages à l'acte violents.

Accompagné d'une étudiante en psychologie et stagiaire au CIPCRE, je me rendis au domicile de ladite famille pour y conduire un entretien clinique, puisqu'Armand refuse de venir après deux invitations à la consultation clinique. Notre premier entretien dans ce domicile n'est qu'une visite de courtoisie, puisqu'Armand est absent. Nous l'attendrons pendant une heure environ mais il ne rentrera pas. Nous nous contentons d'avoir un bref entretien avec sa maman qui nous reprecise le motif de sa demande : analyser et comprendre le comportement bizarre d'Armand depuis deux ans et lui apporter un soutien psychologique. Nous reprenons rendez-vous afin de le rencontrer deux jours plus tard au domicile parental ou alors au CIPCRE selon sa convenance.

Informé de notre passage à la maison, nous sommes surpris contre toute attente, de sa venue avant la date du rendez-vous. Je le reçois dans la salle d'entretien, mais il refuse de se soumettre au protocole y afférent qui commence nécessairement par une identification. Son unique verbalisation est qu'il ne tardera plus à tuer son papa et cette fois ci pour de vrai. Après m'avoir confié cela, il se lève et en me doigtant violemment, me reprecise d'un ton sévère : *“ je vous assure que je vais le tuer pour de vrai cette fois ci ; il ne m'échappera pas. (En frappant sur la table) je vous dis qu'il ne m'échappera pas”*. Ensuite paradoxalement un peu plus calmement, il demande à prendre congé de moi, se lève et s'en va sans me laisser le soin de répondre à sa demande. Ce comportement ne me laisse pas indifférent et me questionne : Aurait-il déjà tué son papa en pensées ? Aurait-il déjà commis un parricide dans ses fantasmes ? Et qu'est-ce qui dans son vécu participerait à cet accès violent aux limites débordantes ?

Face à cette violente détonation verbale et à cet accès de colère forte, au lieu de lui apporter l'aide qui lui permettrait de maîtriser et de gérer son angoisse, je suis moi-même étreint d'une

angoisse peut être plus grande que la sienne et d'une crainte de devenir le principal objet de décharge de cette pulsion verbale violente. Une violence verbale certes, mais qui pourrait à tout moment devenir un passage à l'acte physique violent. Mon mutisme, pratiquement total, face à cette détonation verbale d'Armand, serait la preuve suffisante de mon malaise contre transférentiel. Mais il m'incombe, du fait de ma fonction de clinicien, d'apporter une aide et une solution à ce drame souterrain qui ne serait qu'un iceberg de la situation qui en réalité, prévalait dans cette famille. Cette crise d'Armand n'était donc qu'un arbre qui cachait la forêt.

Le reste du temps réservé à l'entretien avec Armand parti depuis longtemps, ne sera plus qu'un simple monologue au cours duquel certains questionnements me brûlent les lèvres et se bousculent dans mon esprit : -Que se passe-t-il exactement dans cette famille au point où, le parricide soit le leitmotiv de sortie de crise d'Armand ? -Qu'est ce qui participerait à ce dysfonctionnement psychique d'Armand ? -Comment pourrais-je continuer à apporter de l'aide psychologique à cet adolescent dont l'alliance clinique se fragilise à dès notre première rencontre ?

-Ne faudrait-il pas muter le cadre de consultation pour une consultation en ambulatoire au domicile familial de ce dernier ? Toujours est-il que l'option choisie fut, à la mesure du possible, d'avoir un entretien au domicile familial et en présence des tiers.

C'est à cet effet que je me rendrai deux jours plus tard, une fois de plus au domicile de la famille Eka accompagnée de l'étudiante en psychologie, après avoir pris un rendez-vous téléphonique avec Mme Eka. A ma grande surprise la maîtresse des lieux est absente non sans avoir pris soins de me laisser un message pour s'excuser de son retard. Le seul membre de la famille présent à la maison est Aude, la sœur aînée d'Armand âgée de 14 ans. C'est une adolescente sereinement installée devant un ordinateur portable, apparemment très occupée à effectuer des recherches que nous trouvons dans les lieux. Elle semble ne pas beaucoup s'intéresser à notre présence. Après avoir transmis le message laissé par sa maman, elle se reconnecte dans la manipulation de son ordinateur. Je lui réitère ma disponibilité à aider toute personne en souffrance ou en difficulté, et que depuis deux ans environ, son frère cadet Armand présenterait quelques difficultés nécessitant ce type d'aide. Sans hésitation et avec certitude, elle me confie que son frère cadet Armand ne prendra jamais part à ces entretiens à domicile. Elle y ajoute que le problème est à rechercher ailleurs puisque le comportement d'Armand n'en serait que la conséquence, *“ il faudrait peut-être rechercher cet ailleurs en quelqu'un d'autre...en moi... et en moi seule ”*. Elle demande si je pourrais également m'occuper d'elle et lui apporter une aide si elle me confiait l'objet de sa souffrance. J'accepte de l'écouter en lui affirmant toute ma détermination à l'aider, s'il était opportun de prendre en charge sa

souffrance. Après un tour bref de la maison pour se rassurer qu'aucune autre oreille ne nous écoute, elle prend place face à moi. Sur un ton calme et serein elle commence le récit de ce qu'elle intitule *“voici la terrible et horrible histoire de ma vie depuis plus de 4 ans “*. *“ Je ne semble pas souffrir lorsque vous me voyez, mais je vous assure que ma souffrance est bouillonnante dans tout mon corps entier. J'ai dû douloureusement la garder pendant tout ce temps, plus de 4 années de silence. Mais aujourd'hui, je dois briser le silence. (Silence et balance ses jambes). Mon petit frère veut tuer notre papa afin de mettre fin à la souffrance que je vis et qu'il me fait vivre. Il est au courant que mon papa me viole depuis plus de 4 ans »*.

Puis plus rien et le silence total. Ni elle, encore moins nous, personne ne semble trouver des mots pour continuer l'entretien amorcé brutalement. Je n'ai pas le temps de procéder à la première étape d'un entretien clinique qu'est l'identification de la victime. Je me rends presque à l'évidence que je suis catapulté dans la bulle d'un entretien clinique relatif aux violences sexuelles intrafamiliales, l'inceste. Mon embarras et plus encore celui de l'étudiante en psychologie ce jour semblent être ceux de l'impréparation à effectuer ce type d'entretien dit de l'extrême. En effet, en venant dans cette maison, le protocole me préparait à rencontrer un garçon dont le comportement semble mettre à mal toute la famille. Mais je n'ai aucunement le temps d'y penser car je ressens cet aveu de viol au plus profond de ma sensibilité d'homme et de père d'enfant. Je me sens un tant soit peu, impuissant devant la révélation aussi brutale d'un drame aussi poignant et insidieux, qui aurait pu bénéficier des complicités. Mais je dépasse mon malaise et me mets dans des dispositions d'une écoute empathique, bien que dans un environnement improvisé. A n'en point douter, l'arrivée d'un membre de cette famille interromprait cet entretien de fortune. Mais je ne compte plus que sur la divine providence pour que personne n'interfère. Pendant une demi-heure, Aude va nous décrire avec précisions, tout ce qu'elle est en train de vivre, sans que nous n'ayons le moindre temps d'interférer dans son monologue, déclamé dans un comportement ferme et courageux. Heureusement que la stagiaire avait un téléphone portable ayant un grand espace de stockage d'enregistrement audio. Je m'excuserai plus tard de n'avoir pas demandé la permission d'enregistrer l'entretien dont l'intégralité est développée dans la partie réservée aux annexes du présent travail.

-Présentation clinique de Mérine

Âgée de 15 ans et aînée d'une fratrie de 3 enfants dont deux filles et un garçon, Mérine est une élève de la classe de 5^{ème} d'un établissement d'enseignement général que j'ai rencontrée. Elle fait partie des victimes de violences sexuelles détectées au cours des multiples descentes effectuées dans le cadre du projet de *“Lutte contre les abus sexuels, les discriminations sexistes et l'exploitation sexuelle des enfants”*

Mérine déclare avoir mené une vie aisée et paisible avec ses deux parents jusqu'à l'âge de 8 ans. Quand ils ont divorcé, contre toute attente et malgré le jeune âge de tous les enfants, la décision d'octroyer la garde des trois enfants au papa a été prononcée par la justice. Dès lors son vécu sera essentiellement marqué par des événements contribuant à sa souffrance.

A l'âge de 14 ans, trois bandits armés de machettes et d'armes à feu font irruption dans leur domicile en l'absence de leur papa et les agressent. Au cours de l'évènement en question ils volent des objets précieux de la maison et violent sa belle-mère (la deuxième femme de son papa) et elle. Cette agression sexuelle les conduira à faire des examens paracliniques chez le gynécologue qui sera quand même surpris de l'absence de lésions importantes chez la jeune adolescente. La loi du silence prendra le dessus et la famille scotomiserà cet aspect de l'agression.

Des années plus tard, après une descente sur le terrain pour sensibilisation et détection des violences sexuelles, Mérine verbalisera sa souffrance et transformera ses maux vécus depuis l'âge de 8 ans en mots. Très inhibée au début de nos entretiens, elle verbalise difficilement les violences sexuelles subies. Il en ressort que longtemps avant l'agression sexuelle des bandits, son papa lui faisait déjà des attouchements sur les seins et lui mettait les doigts dans le vagin prétextant faire son hygiène intime. Il demandait si cela lui *“faisait du bien au corps”*. Elle l'a dévoilé à sa belle-mère qui n'y a pas cru et qui l'a d'ailleurs violemment réprimandée avec une certaine violence reconnue aux belles-mères qui en plus, vivent la frustration de prendre soin des enfants d'une autre femme alors qu'elles n'arrivent pas à enfanter. Cette correction l'aurait d'ailleurs murée dans le silence au point d'encourager son papa à passer finalement aux actes sexuels violents. Bien qu'informée sur la situation, la proviseure refusera de s'engager dans une procédure légale face au papa de l'enfant par crainte de représailles. C'est un opérateur économique puissant, au portefeuille important et aux bras longs, qui disposerait même des moyens d'acheter les services de la justice et des vies humaines à la limite. C'est pourquoi la proviseure fera le signalement au CIPCRE en prétextant comme motif de la consultation la crise scolaire aigüe de l'élève. C'est donc en tenant compte de ce motif que je motiverai non sans

moult négociations, le papa de Mérine à accepter de l’emmener en consultations. Il prendra au préalable soin d’imposer sa présence lors des entretiens cliniques, dont le contenu exhaustif est développé dans la partie consacrée aux annexes du présent travail.

-Présentation clinique d'Élonie

Fille unique d'un couple en rupture depuis environ 1 an, Élonie K est une adolescente âgée de 14 ans 6 mois rencontrée au cours d'une consultation psychologique dans le cadre d'un projet du CIPCRE. La demande a été faite par Mme K, sa maman.

Élonie K fréquentait malencontreusement et à corps défendant la classe de CM2 dans un établissement de l'enseignement primaire d'une ville du Cameroun, deux mois auparavant. La symptomatologie caractérisée par des fugues scolaires, des cauchemars répétés, des nuits d'insomnie, d'isolement et de baisse drastique du rendement scolaire a contraint Mme K. à solliciter une consultation. Selon elle, *“Élonie K. est un enfant qui refuse d'aller à l'école, qui sèche les cours, qui drible les leçons et qui refuse d'aller à l'école depuis presque deux mois. Depuis un certain temps, elle s'oppose aux adultes, qu'elle affronte parfois avec beaucoup de violence, en refusant de se taire, quand ils le lui demandent.”*. Un comportement défi, que certains appellerons *“agressif”*, qui engendre de *“grosses difficultés, qui dérangent tout le monde autour d'elle”*. L'enfant qui ose affronter l'injonction parentale à se taire ou à aller à l'école, ne poserait-il pas par sa parole ou son comportement désinvolte, un appel au secours, du fait peut-être d'une maltraitance dans une famille apparemment sans problèmes ? Même si Mme K. nous a confirmé que la séparation avec son époux s'était passée sans heurt, je me questionne tout de même si le climat familial ne contribuerait pas à la crise scolaire et sociale d'Élonie K. ?

Les éléments d'anamnèse révèlent qu'un an auparavant, une symptomatologie d'insomnie, de cauchemars répétés pendant ses rares épisodes de sommeil, des réactions de sursaut à la vue des objets de couleur noir étaient apparus chez Élonie, sans pour autant inquiéter Mme K. Quelques temps après, à ces éléments se sont ajoutés, des sensations intermittentes d'étouffement, des réveils avec sursaut accompagnés de cris et de sudation, la peur de copier des leçons écrites sur le tableau de couleur noir et la peur de rester seul dans le séjour familial même en journée. Remarque faite depuis l'acquisition et l'installation d'un téléviseur et d'un salon en cuir de couleur noire dans la salle de séjour. Si une telle association d'éléments déclencheurs de phobie s'est produite à un moment précis du vécu d'Élonie, c'est qu'il y avait des raisons fondamentales à cela. Ces raisons seraient le levier essentiel sur lequel j'ai trouvé opportun d'agir, sans uniquement me focaliser sur cet aspect. J'explorerai donc le versant productif de cette symptomatologie porteuse de sens. C'est pour cela que j'envisagerai de faire également des entretiens Tout en envisageant que les situations scolaires et sociales pourraient être enchevêtrées, je ferai également des entretiens avec Mme K.

-Présentation clinique de Fernand

Cadet d'une fratrie de 15 enfants d'une famille polygamique, Fernand est un jeune adolescent de 12 ans dont la scolarité est chaotique et ses relations sociales accablantes. Victime de violences sexuelles de son papa à l'âge de 9 ans-10 ans, il dit s'être senti l'unique objet de désir et de plaisir de celui-ci. Son papa était un homme déséquilibré, alcoolique, maltraitant et violent aussi bien à l'égard de sa maman que de sa progéniture. Il avait l'habitude d'organiser des combats entre enfants, des séances contraignantes de visionnage pornographique au cours desquelles chaque enfant était obligé de résumer ce qu'il avait retenu, prétextant donner une éducation sexuelle à ses enfants.

À l'âge de 10 ans, Fernand peine à répondre aux exigences scolaires des enseignants qui lui donnent l'impression de faire de lui un objet, un jouet. Il conteste tout et se révolte contre tout. Il fait preuve de non-respect dans ses relations avec ses camarades. Il a le sentiment d'être toujours abusé, d'être toujours l'objet de plaisir de tous ceux qui lui donnent l'injonction à se conformer aux règles. Il va parfois jusqu'à agresser sexuellement dans les toilettes de l'école des jeunes filles qui ont osé le regarder d'une certaine façon, car un genre de regard lui fait éprouver des sentiments désagréables qui génèrent en lui beaucoup de colère et de violence.

Il confie qu'au début de tout cela, il a tenté d'en parler à ses enseignants qui n'y ont pas cru. Il est ensuite allé au commissariat pour tenter de porter plainte, mais l'officier de police judiciaire auprès duquel il s'est présenté l'a dissuadé à saisir la justice camerounaise à cause de son jeune âge. Il fallait un adulte pour le faire et aucun membre de sa famille n'osait affronter son papa. Il s'est alors muré dans le silence, replié petit à petit sur lui-même et coupé du monde réel.

C'est à l'occasion d'une rencontre avec les autorités judiciaires à la suite des violences sexuelles sur une fillette de 8 ans, que sa propre histoire de violences sexuelles subies sera dévoilée au grand jour. On pourrait de manière précoce imaginer dans ce cas que des situations vécues par Fernand pendant l'enfance auraient eu des retentissements sur son comportement adolescent.

L'intégralité de nos entretiens est contenue dans la partie réservées aux annexes de la thèse.

-Présentation clinique de Ahmed

Depuis environ deux ans, la région de l'Extrême-Nord Cameroun est devenue le théâtre des opérations barbares de la secte islamiste terroriste Boko Haram. Entre incursions à l'arme lourde, razzia des villages avec assassinats, viols et enlèvements des enfants et des adultes, Boko Haram a semé une cohorte de problèmes inhérents à la guerre et au terrorisme. Dans ce climat d'instabilité et d'insécurité, des enfants et adolescents captifs présents ou passés de Boko Haram se comptent par milliers. Ahmed figure parmi les anciens captifs que j'ai rencontrés au cours d'une intervention humanitaire et pluridisciplinaire d'une ONG.

Âgé de 12 ans et élève en classe de 6^e avant son enlèvement, Ahmed a vécu en captivité dans un camp de concentration et d'entraînement du groupe terroriste islamiste Boko Haram pendant 8 mois. Ahmed et ses compagnons de souffrance avaient été kidnappés à la suite d'une incursion armée et une razzia d'un village du Nord-Cameroun effectuées par des combattants du groupe islamiste terroriste Boko Haram. Au cours de ladite incursion à l'arme lourde et blanche, plusieurs personnes sont tombées sous les coups des machettes, des couteaux et de l'arme à feu des terroristes. Certaines victimes ont été égorgées, des femmes et jeunes filles violées, molestées et kidnappées dans le meilleur des cas. Les parents d'Ahmed et ses 2 frères n'ont malheureusement pas échappé à la main criminelle de Boko Haram. Pour ravitailler leur camp d'entraînement en combattants et en femmes, des enfants et adolescents robustes et en bonne santé apparente ont été kidnappés. Ahmed et sa sœur aînée ont eu la chance de se compter, non pas parmi les personnes assassinées, mais plutôt parmi les survivants et captifs du groupe Boko Haram.

Pendant 8 mois, ils y subiront donc des traitements inhumains de toute sorte. Entre torture, entraînement à l'élimination d'un ennemi à balle réelle, exercices terroristes de kamikaze à l'explosif réelle, humiliation, asservissement et égorgement réelle de l'ennemi de manière concrète¹⁸, Ahmed y aura vécu 8 mois de réalité subjective de souffrance hors norme. Des faits assez forts pour son âge au point générer un paysage psychopathologique accablant. Après avoir lui-même subi des violences sexuelles dégradantes et humiliantes afin de se radicaliser, il a été contraint à perpétrer des violences sexuelles sur sa sœur aînée et à l'égorger en public à l'aide d'un couteau. Des faits assez forts et indicibles pour son jeune, qui m'ont emmené à constater que, pour ces anciens captifs de Boko Haram, le recours permanent à l'acte, le passage par

¹⁸ Dans le camp d'entraînement et de concentration de Boko Haram, les entraînements se font parfois à l'explosif, à bal ou à couteau réel. Pendant un exercice, qui consiste à s'exercer à devenir un bon kamikaze, parmi les enfants qui simulent l'exercice, l'un d'entre eux porte une ceinture d'explosif réelle. Et quand tous simulent le déclenchement, contre toute attente, l'un d'entre eux de fait exploser, tandis que les autres vivent cette réalité.

l'acte et le passage à l'acte violent, sexuel ou non, seraient l'un des principaux modes opératoires persuasifs de radicalisation vécu dans le camp de Boko Haram.

Délivrés après un assaut de l'armée camerounaise, Ahmed et ses compagnons de souffrance ont été conduits dans un camp de réfugié et mis sous haute surveillance militaire. Au cours d'une intervention pluridisciplinaire et interdisciplinaire sollicitée par une ONG, l'urgence d'une prise en charge psychologique, médicale, sociale et sanitaire s'est avérée nécessaire, mais le dispositif sécuritaire mis en place pour ce genre de réfugié était l'obstacle poivieux qui enrhumait fondamentalement nos tentatives de prise en charge holistique et multidisciplinaire. C'est donc à cette occasion, dans cet environnement improvisé, insécurisé et surveillé par des militaires armés de fusils d'assauts, que se fera la rencontre clinique avec Ahmed. Une rencontre aux motifs directs de consultation peu ou prou connus. Si oui empiriquement, ma modeste expérience dans la pratique clinique m'a montrée que dans moult cas de guerres et de situation de terrorisme, l'intervention psychologique d'urgence s'avère toujours nécessaire. Mais en psychologie clinique fût-elle d'urgence, des cas se suivent mais ne se ressemblent pas. Ils ne sont donc toujours pas à généraliser. Je suis d'ailleurs convaincu que chaque clinicien pourrait apporter sa propre lecture à partir du même évènement qui touche les psychismes humains différents. D'ailleurs depuis Lagache (1949), la psychologie clinique s'est toujours essentiellement intéressée au singulier du sujet, s'opposant ainsi à toute tentative de généralisation.

L'exhaustivité de nos entretiens cliniques est consultable dans la partie consacrée aux annexes de la thèse

-Présentation clinique de Aïcha

Âgée de 16 ans et aînée d'une fratrie de trois enfants dont deux garçons et une fille, Aïcha est une adolescente de tradition musulmane originaire du Nord-Cameroun. Elle est née en France après une affectation de ses parents dans un poste diplomatique et y a vécu pendant 14 ans. Toute la famille y compris Aïcha est rentrée au Cameroun à la suite d'une nouvelle affectation du Papa. Mais avant ce retour, aucun enfant n'avait connu le Cameroun, ni la grande famille, et encore moins leur grand-mère, sinon de photo. Les liens entre les enfants et la famille se sont quelques rares fois établis par téléphone. Ils sont donc très faibles et complexes.

Depuis leur retour au Cameroun, les parents sont pour la plupart de temps en mission hors du Cameroun et donc absents de la maison. Et pour apporter une solution à cette éventualité, c'est la grand-mère qui assume le rôle surmoïque (autorité parentale) à la maison. Les relations entre les enfants sont resserrées car ils s'entendent bien. Cependant, les relations entre Aïcha et sa grand-mère sont essentiellement conflictuelles et rivales. Elle accuse sa grand-mère d'être extrêmement autoritaire, intrusive, perfectionniste et fanatique de la religion musulmane. Dans son lâchage, elle se plaint de l'autorité exacerbée, de la privation de toutes les libertés et du fanatisme islamique de sa grand-mère. Ce qui l'énerve et elle y répond par son auto-flagellation et l'isolement. Elle lâche spontanément avoir vécu une sexualité précoce avec un adulte, qui n'a pas généré la souffrance. Puis se ravissant, elle me confie être encore vierge.

Au cours de sa verbalisation, aurait-elle dévoilé un secret longtemps enfui dans son jardin secret dont elle ne voulait pas se défaire ? Peut-être, tout en voulant uniquement se plaindre des vicissitudes de sa grand-mère qui l'énerve, cette grand-mère intrusive, Aïcha a dévoilé avoir précocement vécu une sexualité, mais non génératrice de souffrance à cette période-là remaniée par le test de virginité et la précarité de l'environnement où elle vit dorénavant. Tout ceci ne serait-il pas consécutif à une sorte d'errance culturelle, car tiraillée à hue et à dia entre la tradition occidentale d'une part et islamo-africaine d'autre part ? Après quelques minutes de d'expression corporelle, elle renoue avec la parole, comme résignée d'avoir déjà dit ce qu'il ne fallait pas dire. Puisque c'est le cas, autant mieux le dire. *“En France, je faisais des choses avec des garçons, ça m'amusait. Je n'étais pas en colère. C'était un jeu, même s'il était interdit. Entre 8 et 10 ans, j'ai été violée plusieurs fois par un voisin, le papa de notre amie X. Mais je ne l'ai jamais dit à personne et je ne me suis jamais sentie mal. C'est depuis que je suis rentrée ici, et que Mamie me fait certaines choses, que je me sens mal. Elle contrôle mon habillement, m'empêche de sortir seule ; elle est présente partout, dans la cuisine, au salon, dans ma chambre, elle me fait des choses pour savoir si je suis toujours vierge, et me dit que si je suis*

une infidèle de l'islam, je serai maudite, que j'ai commencé à avoir honte de moi, à avoir peur, à rester seule. Je me culpabilise que je ne devrais peut-être pas le faire. Elle me fait boire des écorces pour me soigner de tout cela". Tel un navire en pleine mer, ayant perdu ses amarres, elle se trouverait ballotée entre tempête pulsionnelle et calme plat, entre colère et passivité. Ce qui l'emmènerait à redéfinir les frontières entre son moi et son non-moi. En l'absence de référents stables, elle ne saurait plus sur quel levier s'appuyer. Elle aurait perdu les libertés d'évasion, de divertissement, d'épanouissement dont elle s'est vue octroyée pendant quatorze années, jusqu'à sa remigration il y a bientôt deux ans, où tout a chaviré. *" ici on vit comme en prison : pas de voyages d'études à l'école, pas de congés de la Toussaint, pas de parc et donc pas de divertissements "*.

Ne serait-elle pas *" mal outillé en face d'un univers culturel dont (elle) ne comprends ni les représentations, ni les valeurs, piégée par le clivage procédant du traumatisme (remigratoire), et parfois prise dans des différents même conflits entre les logiques culturelles du pays d'où on vient (où elle est née, la France) et celle du pays d'accueil (son pays le Cameroun), le sujet doit inventer des façons de faire pour ne pas décompenser, pour ne pas s'effondrer, ou pour ne pas se morceler "* (Di et Moro, 2008a). ?

L'intégralité de notre rencontre clinique est développée dans la partie dédiée aux annexes de la thèse.

6.4-Récapitulatif de la population

Dans ce sous-titre, j'aimerais récapituler la population d'adolescents sur laquelle porte la recherche en clarifiant ses caractéristiques et ses spécificités. Ce sera l'occasion d'en clarifier les modalités d'âge, de sexe, de leurs différentes rencontres avec les violences sexuelles et de mes rencontres cliniques avec elle.

Plusieurs perspectives singulières se dégagent de l'analyse des situations des violences sexuelles relatives aux 7 adolescents camerounais qui constituent la population de la présente recherche. Certains ont été rencontrés dans le cadre du projet du CIPCRE Cameroun de *La lutte contre les abus sexuels et les discriminations sexistes* et d'autres dans le champ humanitaire à l'occasion d'une intervention multidisciplinaire dans un camp des réfugiés, d'autres enfin au cours de ma modeste pratique clinique psychologique.

La précarité des liens dans la famille est très marquée par d'importants événements, notamment la remigration et l'abandon de l'autorité parentale à la grand-mère traditionaliste (Aïcha et sa famille) ; l'incursion armée terroriste avec assassinat des parents, enlèvements et viols (Ahmed) ; adolescente née des suites d'un viol, vicariante d'un traumatisme transgénérationnel et élevée dans une famille recomposée (Bella) ; séparation conjugale du couple parental à l'issue d'un divorce avec remise de la garde des enfants à une autorité paternelle maltraitante (Mérine, Élonie K) ; famille apparemment stable mais avec une absence de repère des liens et une confusion de rôles (Aude) ; inconsistance des imagos parentales témoin d'abandon, de maltraitance et de faillite dans l'instauration des interdits fondamentaux (Fernand).

Chez toutes les 7 victimes, le dévoilement des violences sexuelles subies se fait généralement plusieurs mois voire plusieurs années après le passage à l'acte subi dès lors qu'elles ne supportent plus la souffrance y afférente ou encore lorsque la souffrance commence à perturber leur fonctionnement intra et extra psychique. Toutes sont donc des victimes passées, avec des faits qui ont un caractère répété sur plusieurs mois voire plusieurs années et qui remanient et ruminent l'événement traumatogène qui s'est produit à leur enfance ou pré-adolescence. Leur âge se situe entre 12 et 16 ans au moment de notre rencontre. À propos de la répartition par sexe, on compte 02 garçons (Ahmed et Fernand) et 05 filles (Bella, Aïcha, Aude, Mérine, Élonie). La nature des violences sexuelles subies concerne les viols, l'inceste et les violences sexuelles avec objets d'une part, contrainte à la pénétration anale, vaginale et buccale d'autre part. Le tableau suivant permet de donner une vue synthétique de la population adolescente en question.

Tableau récapitulatif de la population

Nom	Age de la consultation	Age des violences sexuelles	Type de violences sexuelles	Auteur Des violences sexuelles	Fréquence des violences sexuelles	Typologie de la famille	Rang dans la fratrie	Situation scolaire	Observations
Aïcha	16 ans	-8 à 9 ans -15-16ans	-viol -Test de virginité	- voisin adulte -Mamie	-unique -Répétés	-2 Parents -3 enfants dont 2 garçons	Aînée d'une fratrie de 3 enfants 1 fille 02 garçons	1ere A4	
Ahmed	12 ans	11 ans 02 mois à 12 ans	-Viol -Tortures sexuelle	-Lui-même - terroristes De Boko Ha	-Répétés -Répétés	-2 parents assassinés -04 enfants	-2° d'une fratrie de 04 enfants 3 garçons et une fille	6°	
Aude	14 ans	9-14ans	Inceste	Son papa	Répétés	2 parents et 02 enfants	Aînée d'une fratrie de 1 garçon et 1 fille	3°	
Élonie K.	12 ans	9 à 12 ans	Viol	-Voisin adulte	Répétés	-02 parents divorcés Fille unique	Fille unique	6°	
Fernand	12 ans	9-10 ans	-inceste	Son papa	Répétés	-02 parents -03 enfants	3e d'une fratrie de 03 enfants 02 filles 01 garçon	CM2	
Bella	14 ans	-8 ans -12 ans -14 ans	-inceste Agression sexuelle	-son cousin adolescent -Bandits	Répétés	Famille recomposée 04 enfants	Aînée d'une fratrie de 04 enfants -1 garçon -3 filles	5e	Fille naturelle née à la suite du viol de sa maman
Mérine	15 ans	8 à 14 ans	-Inceste -viol	-Son papa -des bandits	Répétés	-Parents séparés -03 enfants	Aînée d'une fratrie de 03 enfants -02 filles -01 garçon	5e	

6.5-Choix méthodologique

Le choix méthodologique élaboré dans le cadre de la présente recherche s'est porté sur des entretiens cliniques de soutien avec en complément des épreuves projectives (Rorschach et T.A.T.)¹⁹. Il s'agissait de proposer un " *déplacement ou dégagement de la scène de l'acte à la scène projective* " (Roman, 2004) afin de déterminer des constances du traumatisme, tout en me centrant sur les spécificités ou singularité de chaque fonctionnement (et chaque comportement et réaction) individuel des adolescents rencontrés. " *Les méthodes projectives s'offrent en butée au déploiement du processus de symbolisation et constituent un attracteur pour les processus de subjectivation* " (Roman, 2004). En d'autres termes, les entretiens cliniques participaient au rétablissement du contact humain contenant, à la verbalisation de l'expérience indicible en vue de poser un diagnostic pour penser l'effraction traumatique. L'objectif était d'analyser le traumatisme consécutif aux violences sexuelles dans toutes ses dimensions tel qu'il s'élabore dans un milieu socio-culturel camerounais marqué par le tabou, pour rendre possible une analyse des dynamiques des processus psychiques complexes mis en jeu dans le fonctionnement psychique des 7 adolescents victimes de violences sexuelles. C'est pourquoi, quelques fragments d'entretiens des victimes et parfois de leurs proches me seront d'un intérêt considérable pour explorer les mouvements transférentiels et contre transférentiels qui se sont déployés au cours de nos rencontres cliniques et projectives.

6.5.1-Entretiens cliniques de consultation et de soutien psychologique

De manière générale, l'entretien est une situation de communication orale, l'action d'échanger des paroles avec une ou plusieurs personnes. Mais en ce qui me concerne, l'épithète *clinique* vient apporter une spécification puisque la clinique est ce qui se fait au *lit* du malade " *klinè* " en grec. L'entretien clinique consistera donc à être prêt du malade pour regarder, écouter et parler pour mieux voir, mieux entendre et mieux comprendre ce que dit le patient de sa souffrance. On peut donc parler de relation *d'aide* ou *de conseil* et dans ce cas, l'entretien clinique peut se situer dans le cadre d'une *relation de soins*. Ainsi dit le psychologue clinicien est au service d'autrui et la psychologie clinique pourrait donc être d'un intérêt scientifique et humanitaire porté à l'individu. En tant que chercheur, le psychologue clinicien (c'était mon cas) se trouve aux frontières du champs clinique où il devient un *militant de la santé mentale*. En effet, il a devant lui des individus en souffrance qui viennent demander de l'aide, des conseils ou une prise en charge psychologique ou encore ceux qu'il va chercher pour apporter de l'aide,

¹⁹ T.A.T: *Thematic Apperception Test*

mais qu'il doit par la suite solliciter en fonction d'une série de critères prédéfinis de la recherche. Dès lors, la finalité immédiate de l'entretien n'est plus seulement le service d'autrui, mais il devient une recherche d'amélioration des connaissances dans le champ de la clinique, concourant à la conquête des connaissances scientifiques.

J'aimerais mener une courte réflexion qui concerne les aléas parfois douloureux mettant en exergue les paramètres de mon investissement personnel et précisément à quel prix il me fallait m'accommoder d'une position ambiguë du clinicien-chercheur dans l'élaboration de cette recherche. J'éloigne d'emblée de moi la volonté de donner une importance capitale et exagérée à l'analyse de mes propres implications aussi bien conscientes qu'inconscientes dans la posture méthodologique choisie et leur impact aussi bien sur ma pratique clinique que sur la recherche elle-même, par crainte de déplacement de l'objet de la présente recherche sur celui qui la mène. Cependant, il me semble tout de même épistémologiquement cohérent, pour compléter cette approche méthodologique, de faire savoir comment j'ai été confronté à une inhibition lors du recueil des données cliniques et projectives au cours de ma pratique clinique et leur mise en récit pour la recherche. En effet, cette difficulté a cheminé avec moi de manière insidieuse pendant un temps relativement long au point de risquer de compromettre l'issue de cette recherche. Il s'agit de manière plus explicite d'une angoisse forte face aux pages blanches à la fin des séances et des difficultés à retranscrire plus tard sur du papier, des éléments cliniques susceptibles de constituer l'objet de la présente recherche. Ce qui a significativement participé au ralentissement de l'avancement de ce travail. Au fil du temps, cette inhibition s'est transformée en un comportement d'évitement de la retranscription des données cliniques et projectives, justifiée dans la réalité par la nécessité de la présence d'un cadre du CIPCRE, mais qui n'était pas moins un acte d'évitement de l'acte consécutif à cette clinique de l'extrême, dont le dépassement n'a pu s'effectuer qu'à partir de plusieurs rencontres de mon directeur et des membres du laboratoire LARPsyDIS. En effet, c'est à l'occasion des rencontres avec mon directeur et des présentations lors des séminaires de recherche, que l'aveu de mes insuffisances et les observations apportées par les participants, m'ont permis de surpasser cette inhibition en prenant conscience des enjeux complexes de ma nouvelle identité réversible de clinicien-chercheur ou de chercheur-clinicien.

Cette nouvelle identité réversible met aux prises deux postures dissymétriques, dont l'une est frappée de castration symbolique d'immaturation fonctionnelle fondamentalement appliquée à la posture de jeune chercheur, alors que mon identité de clinicien est prétendument plus définie, plus affirmée, plus ancienne et plus achevée. Ce qui rend difficilement surmontable l'antagonisme de la position de clinicien et celle de jeune chercheur au sein d'un même

dispositif et le défi d'une pratique clinique sous la loupe de la recherche et d'une recherche devant s'élever à la dimension de la clinique dont elle rend compte. Décidément, assurer les deux fonctions pour une seule et même personne et les délimiter n'est pas une chose aisée car il faut se positionner à la fois dedans et dehors. Dedans par rapport aux investissements transféro-contre-transférentiels nécessaires à travailler et dehors dans le relatif souci d'objectivation de ce qu'on observe pour la recherche. Le caractère éminemment conflictuel inhérent à cette problématique ambiguë et angoissante m'emmène à penser à un imbroglio identitaire du clinicien-chercheur avec un caractère surmoïque de ce qui tient à la fois de censure et de critique dans le regard du chercheur sur le clinicien. Dans le cadre de la présente recherche, j'aillais donc devoir accueillir des adolescents en souffrance victimes de violences sexuelles dans le cadre d'une relation d'aide de conseils et de soutien, puis utiliser à des fins de recherche, les données de ceux qui acceptaient verbalement et ceux dont les parents signaient préalablement le consentement éclairé. Il me fallait donc au préalable procéder à une évaluation clinique auprès d'eux, pour être orienté sur le diagnostic et les indications de soins afin de mettre en place des axes cliniques clarifiés et personnalisés, puis plus tard envisager des perspectives de recherche à l'issue des entretiens qui n'étaient pourtant pas des entretiens de recherche structurés.

Pour m'appuyer sur des tests qui résument les diverses expériences faites par ceux qui m'ont précédé à travers des épreuves standardisées, j'ai fait le choix d'utiliser les tests projectifs de Rorschach et de T.A.T qui ont eu l'avantage de m'apporter des précisions et parfois des surprises au cours de l'exploration psychique des sujets.

6.5.2- Méthodes projectives et outils projectifs

Le terme projection se réfère au mécanisme décrit par Freud (1911) dans l'analyse du mécanisme de défense dans la paranoïa en étudiant le cas Schreber. C'est un mécanisme qui consiste à *“expulser hors de soi et attribuer à l'autre des désirs intolérables pour le moi”* (Emmanuelli et al., 2017, p.12). C'est-ce que développe Anzieu lorsqu'il dit du fonctionnement d'un sujet que *“Ce qui est caché est mis en lumière, le latent devient manifeste, l'intérieur est amené à la surface ; ce qu'il y a de stable et de noué en nous se trouve dévoilé”* (Anzieu, 1970, p. 10).

La contribution des méthodes projectives dans l'appréciation des modalités du fonctionnement psychique des adolescents a davantage été mise en évidence par les recherches de Nina Rausch de Traubenberg. Elles restent irremplaçables à la fois dans la pratique du psychologue clinicien et dans le champ de la recherche. Le principal volet concerne la

compréhension de l'associativité et de l'implication du corps et des images dans la production du discours. Elles permettent de dévoiler les complications, les soubassements inconscients, les aménagements défensifs, les états de souffrance ou de douleur de la psyché humaine, pour offrir en fin de compte des représentations subtiles et implacables de la vie psychique. Depuis des siècles, l'utilisation des méthodes projectives a permis de déceler des configurations psychopathologiques authentiques, spécifiques imprévisibles et de rendre manifestes des conduites psychiques indiscernables par de simples approches cliniques. Fondamentalement qualitatives, elles offrent une garantie scientifique inébranlable car elles prennent en compte les multiples variables engagées dans la situation projective. De ce fait, elles fédèrent le volet des données quantitatives par les cotations et leur interprétation qualitative dont les assises garantissent les exigences et la rigueur scientifique. L'hypothèse principale est qu'au cours de la passation des épreuves projectives, les opérations mentales mises en œuvre sont susceptibles de témoigner des modalités de fonctionnement psychique spécifiques de chaque sujet dans leur singularité. Les épreuves projectives de Rorschach et de T.A.T. ont la particularité d'être des outils de prédilection, particulièrement dans le volet de l'intégration du trauma et de son impact sidérant dans la psyché.

Loin de me permettre de détecter d'éventuels cas de violences sexuelles chez les adolescents, les épreuves projectives de Rorschach et de TAT ont contribué à saisir certains éléments psychodynamiques caractéristiques (Haesevoets, 1999). Ces éléments concernent notamment un climat sexualisé, une atmosphère de violence intrafamiliale, une emprise sexuelle, des imagos parentales inconsistantes et d'autres modalités identificatoires et projectives dépendant de la nature de l'agresseur. Ils viennent donc révéler les événements traumatiques de violences sexuelles restés non exprimés et indicibles lors des entretiens, en donnant accès à des contenus et des traces d'effractions extériorisés par des représentations de l'image du corps attaquée, des représentations d'objet ambiguës et floues et des représentations de relations agressives.

6.5.2.1-Le Rorschach

Publié en 1921 par Herman Rorschach dont le test porte son nom, le Rorschach est une épreuve projective constituée de 10 planches de tâches d'encre qui sollicitent profondément la projection d'images corporelles, notamment dans le repérage d'une configuration originaire constituant l'aménagement de l'espace. Il *“appartient à ce que l'on peut reconnaître comme les outils de médiation dans le champ de la psychologie clinique”* (Roman, 2015, p. 5). Du fait de la présence systématique d'un axe de symétrie, il met en évidence les frontières entre soi et l'autre et les limites dedans/dehors, tel que le dit Chabert *“La construction symétrique de chaque planche, construite autour d'un axe médian, renvoyant à l'axe narcissique, invite à la projection du schéma corporel et de l'image corporelle”* (Chabert, 1983). Il est susceptible d'éveiller l'excitation en vue de la traiter par la symbolisation, en présence du médiateur. Il incite à travers la consigne faite au sujet, de dire tout ce qu'il voit dans les tâches des planches et à déployer toutes ses capacités perceptives et imaginaires.

Le Rorschach comprend des planches noires et compactes (I, IV, V, VI) qui facilitent la perception d'une représentation de soi unitaire. D'autres planches sont bilatérales, double comme dans un miroir et dépourvues de repères (II, III, VII). Elles provoquent la production d'angoisses psychiques ou corporelles. En raison de leur forme, elles sont sous-tendues par des représentations de relation interne et externe, et renvoient à la construction identificatoire et identitaire. Les trois dernières planches (VIII, IX et X) regroupent les deux thématiques et combinent les deux particularités que je viens d'évoquer (compact et bilatérale). C'est un outil intéressant et efficace dans le cas des adolescents victimes de violences sexuelles, *“non pas pour détecter un éventuel abus, mais pour saisir certains éléments psychodynamiques caractéristiques”* (Haesevoets, 1999). Il permet d'accéder à des contenus et d'entrevoir des traces d'effraction de l'expérience des violences sexuelles indicibles lors des entretiens.

Deux approches abordent actuellement le Rorschach : La méthode EXNER, qui se base principalement sur l'approche formelle et diagnostique, et la méthode de *“l'école française, de Paris”*, qui aborde le Rorschach sous un angle formel et psychanalytique. C'est sur cette dernière approche que ce travail de recherche s'appuie.

Impulsée par Rausch De Traubenberg, Anzieu et Chabert, cette méthode dite de l'école française de Paris s'appuie sur la théorie psychanalytique élaborée par Freud et d'autres auteurs. Elle s'intègre dans le cadre de la psychologie clinique psychodynamique, notamment en promouvant une approche individuelle du sujet dans sa globalité (cognitif, motivationnel et affectif), en prenant en compte l'aspect normal et le pathologique, les ressources du sujet autant que ses carences, en mettant en lien les éléments du présent avec ceux du passé et en cernant

enfin le latent derrière le manifeste. A côté de cette épreuve, il est souvent recommandé de croiser une autre épreuve projective complémentaire : le T.A.T.

6.5.2.2-Le TAT (Thematic Apperception Test)

Inventé en 1943 par Murray, le TAT est une épreuve projective constituée de 16 planches qui suscitent la mise en histoire de systèmes conflictuels construites entre les personnages figurés à partir d'une articulation entre un dedans et un dehors, un avant et un après. Je puis penser à la suite de plusieurs chercheurs que, une épreuve projective comme le TAT utilisée avec des enfants et des adolescents fait une place importante à des sollicitations latentes consécutives aux problématiques telles que la perte d'objet, la dépression, les fragilités narcissiques ou le maniement du désir et de l'agressivité qui sont des problématiques au cœur de la présente recherche. Les multiples planches qui mettent en exergue des scènes variées ouvrent la voie au déploiement des fantasmes, avec possibilité de déplacement sur des figures apparemment éloignées ou distancées des préoccupations directes du sujet testé.

Contrairement aux autres épreuves projectives, le TAT a le mérite de proposer une grille de lecture référée à la problématique œdipienne, car le contenu latent fait presque toujours référence à la situation éminemment œdipienne de la différence des sexes et la différence des générations (Œdipe en tant que model structural et non période évolutive), bien que le contenu manifeste ouvre la voie à la compréhension d'autres problématiques du fonctionnement psychique individuel telles que l'organisation conflictuel au niveau intersubjectif, fragilité narcissique et dépressive, immaturité fonctionnelle et angoisse de perte d'objet.

6.5.3-Interdépendance du Rorschach et du TAT

L'interdépendance des épreuves projectives du Rorschach et du TAT dans l'exploration et l'analyse du fonctionnement psychique individuel à la suite d'une situation singulière et originale est essentielle. En effet, elles sont utilisées à la fois comme instruments d'investigation et d'évaluation diagnostique et comme outil métapsychologique de recherche en psychologie clinique et psychopathologie. Utilisées de façon complémentaire, les deux épreuves projectives permettent d'éclaircir les possibilités et les modalités de conflictualisation intrapsychique et intersubjective, la nature et l'efficacité des mécanismes de défenses, le registre d'angoisse prévalant, le type de relation d'objet, les modalités d'équilibres entre investissements objectaux et investissements narcissiques (représentation de soi/représentations de relations) (Chagnon, 2004). C'est donc dire qu'il était opportun pour moi d'utiliser de manière croisée les deux épreuves dans le cadre de la présente recherche.

6.5.4-Caractéristique des outils projectifs à l'adolescence

Les épreuves projectives ont une fonction "*symbolisante* ", C'est-à-dire qu'elles sont considérées comme "*dispositif à symboliser*" (Roman, 1997b), avec une déclinaison qui s'étire de l'offre à symboliser à la contrainte à symboliser, dans la perspective d'épreuves qui invitent à repasser sur les traces de l'histoire des processus de symbolisation, et qui soutiennent un "*processus psychanalytique bref*" (Brelet, 1986). Elles favorisent le repérage de la trace des écueils du travail de la symbolisation par le dévoilement de certaines manifestations projectives notamment ce qui fait subjectivement trace dans le traumatisme ou bien le vécu traumatique subjectif : les modalités de conflictualisation intra psychique, la nature des angoisses, l'efficacité ou fragilité des mécanismes de défenses, le type de relation d'objet et les modalités d'équilibre entre investissements objectaux et investissements narcissiques de la représentation de soi et de la représentation de relations. En d'autres termes, les épreuves projectives traduisent de manière efficace et créative le travail de liaison et d'intégration auquel l'adolescent fait face (Emmanuelli & Azoulay, 2009) pour trouver une voie d'expression de ce qui s'est inscrit sur sa singularité, notamment la conflictualité intra et intersubjective. Grâce donc à leurs potentialités symbolisantes, elles participent à une compréhension efficiente du passage adolescent, qui lui-même est essentiellement marqué par la réactualisation des préoccupations narcissiques et objectales, et à une mise en évidence du fonctionnement psychique des victimes de violences sexuelles.

L'organisation ou la désorganisation psychique relative au fonctionnement psychique des sujets examinés s'articule donc autour du double mouvement des préoccupations narcissiques et objectales. Par rapport aux préoccupations narcissiques, c'est le Rorschach qui dévoile la centration narcissique car très sensible à l'intégrité de soi, aux limites et à la différenciation entre dedans/dehors. Les préoccupations objectales quant-à elles sont centrées sur la dynamique de liaison/déliaison et réactivation de la problématique de séparation et le déplacement de l'objet. Le TAT est l'épreuve essentiellement utilisée à cet effet. L'interprétation des épreuves projectives de Rorschach et de TAT en référence à la psychanalyse permet d'enrichir une approche psychodynamique que seuls les entretiens ne peuvent achever aux regards de la méfiance, de la difficulté de verbalisation et de nombreuses défenses que les sujets y déploient très souvent.

6.5.5-Grille d'analyse, écueil méthodologique et récapitulatif des indicateurs

Ce sous-titre me permettra de clarifier le référentiel utilisé pour analyser les données projectives recueillies. Il sera également question de relever les insuffisances qui pourraient nuancer et fragiliser la validité des résultats du présent travail. Ce sera enfin l'occasion de présenter le tableau récapitulatif des indicateurs issus des 3 hypothèses de travail, pour en avoir une vue synthétique.

6.5.5.1-Grille d'analyse du Rorschach et du TAT

L'analyse des protocoles de Rorschach et TAT s'est faite en perspective à l'école de Paris à partir des grilles élaborées par Chabert (1998), Chabert et Azoulay (2011), Azoulay et Emmanuelli (2014) et Roman (2017) sur les catastrophes de symbolisation. Au cours de l'analyse des données cliniques et projectives, j'accorderai une attention particulière à l'interprétation temporelle et dynamique des réponses intra- et inter- planches, ainsi qu'aux éléments verbaux ou non verbaux (déplacements, mouvements, commentaires, doutes, etc.) dans la perspective envisagée par Roman (2009) et Chagnon (2011) qui chez l'enfant, doit prendre en compte son niveau de développement (Chagnon, 2011).

Cependant, malgré une approche méthodologique rigoureuse de collecte et d'analyse des données cliniques et projectives, certaines insuffisances pourraient fragiliser la validité des résultats. Mais avant d'y arriver, j'aimerais présenter le tableau synthétique des indicateurs.

6.5.5.2-Tableau récapitulatif des indicateurs

Aux risques de me reprendre, le Rorschach se focalise sur les ressources et les faillites du narcissisme, tandis que le TAT révèle le mode d'accès et de traitement de la problématique œdipienne et de la perte d'objet. Les deux outils se croisent aussi car chacun a les moyens d'éclairer ce qui se montre en premier chef sous le prisme de l'autre. Le recours à une méthodologie très précise et à des critères spécifiques pour chacune des deux épreuves pour la recherche permet d'étudier très finement et précisément la déclinaison de chacune des problématiques sous les aspects qu'elle prend, face à un matériel déstructuré, mobilisant le sensoriel, le pulsionnel (Rorschach), ou face à des images figuratives qu'il s'agit de transposer en récits secondarisés (TAT). Pour autant, de tels perspectives de ces outils ne sauraient voir leur utilité uniquement cantonnée à la recherche. L'analyse clinique dans la pratique courante ne passe forcément pas par tant de détails, mais le dégagement de ces critères et leur publication offre au psychologue clinicien un soutien et un enrichissement dans tous les cas où il souhaite approfondir son analyse, s'attarder à la compréhension de ces problématiques lorsque cela s'avère nécessaire. (Emmanuelli, 2013)

Tableau des indicateurs

Sous hypothèses	Rorschach	TAT
<p><i>L'axe d'analyse de la qualité des assises narcissiques ou l'axe des vacillements identitaires</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> -La qualité de l'investissement libidinale de la représentation de soi (capacité à avoir une image du corps bien identifiée et la qualité du schéma corporel) planches I, IV, V, VI et IX. -Intégrité, mode neutre, non qualification, valorisation ou dévalorisation des représentations humaines et animales, révélées par la qualité formelle des réponses Hd, Ad à toutes les planches. -La dynamique entre réalité interne et réalité externe à travers les réponses globales, du F+% des banalités, des réponses refus. -La discrimination des stimuli au Rorschach témoin d'une élaboration suffisante de la différence entre Soi et le non Soi (réponses dites confabulations ou G amputées). -Les déterminants formels à travers la capacité du sujet à délimiter les frontières avec ses propres frontières psychiques. -Mise à l'épreuve de la conflictualité œdipienne en lien avec le registre de confrontation narcissique (qualité de l'investissement des réponses humaines) -La qualité des enveloppes psychiques individuelles (discrimination des stimuli et mode d'appréhension des tâches au Rorschach et mode de traitement du blanc) -La qualité de la contenance de psychique individuelle à travers la capacité à percevoir l'objet unifié ou différencié (réponses globales (G)) 	<ul style="list-style-type: none"> -Qualité dans l'identification des personnages des planches, de leurs différents rôles et de leur identité sexuée. -La mise en relation ou encore le mode d'investissement (agressif ou libidinal) des relations des différents personnages présents aux planches et leur genre (masculine ou féminin) -Mise à l'épreuve de la conflictualité œdipienne en lien avec le registre de confrontation narcissique (triangulation œdipienne). -La qualité des enveloppes psychiques individuelles (mode du traitement du blanc au TAT) et la qualité de la contenance individuelle et familial. -Analyse des représentations de relations plus archaïques (des registres conflictuels les plus élaborés aux plus primaires)

<p><i>L'axe d'analyse du traitement de la perte d'objet/de la position dépressive ou encore de l'invivance des relations objectales-identificatoires.</i></p>	<p>-Investissement des kinesthésies humaines qui supplantent les kinesthésies animales fort présentes avant l'adolescence et observation de la dynamique des relations humaines et animales (présence des réponses K ou kan), témoin de la qualité de l'investissement narcissique sur la relation d'objet. (Planches IV et VII)</p> <p>-Réponses symétrie-reflet-double ou réponses de type miroir (investissement d'un objet séparé ou investissement d'une relation spéculaire) planches II, III, VII, VIII</p> <p>-La qualité de l'intériorisation de l'objet à travers la sollicitation des imagos parentales et leur perception à la place VI évocatrice de la bisexualité, la planche VII considérée comme la planche du féminin-maternel, planche IV imago paternelle</p> <p>-L'observation de la qualité du traitement des kinesthésies humaines et animales, notamment le degré de réalité ou de vie des représentations humaines et animales, témoin d'une projection du sujet dans des représentations vivantes, par l'acceptation du mouvement pulsionnel.</p>	<p>-Symbolisme fort clair qui investit la nature, les objets et permet une distance rassurante par rapport aux images identificatoires.</p> <p>-Capacité d'élaboration de la position dépressive familiale (Fiabilité et sécurité des liens, traitement des angoisses de séparation, de différenciation, confusion, flou et hésitations dans les représentations de relations, différence de sexes et des générations) planches 3BM, 13B.</p> <p>-Conflictualité œdipienne ou analyse de la nostalgie liée au renoncement à l'objet d'amour œdipien et par là même la souffrance inhérente à toute perte d'objet (reconnaissance de la triangulation œdipienne et différence de sexes, affrontement entre désirs et défenses, capacité à surmonter la perte d'un objet identificatoire effectif à la planche 2)</p> <p>-Qualité d'élaboration du lien à l'objet, reconnaissance et inscription des personnages dans un lien, témoin d'une fonction structurante de la problématique œdipienne dans la psyché (planches 4, 6BM et 13B)</p> <p>-La qualité de l'intériorisation de l'objet à travers la sollicitation des imagos parentales aux planches 2, 6BM et 7BM et pour la perception desdites imagos aux planches 6BM et 7BM.</p> <p>-Hyper sexualisation des relations, témoin d'une tentative pour inhiber voire geler les mouvements pulsionnels.</p> <p>-Le retrait régressif, le repli vers des systèmes relationnels d'allure anaclitique, témoin d'un refuge contenant les excitations (angoisses de perte d'objet intenses avec aménagement défensif plus ou moins efficaces)</p> <p>-La problématique œdipienne analysée par la capacité de l'adolescent à accéder à une identité sexuée individuelle et des personnages évoqués à travers l'observation de la différence de sexes et de générations. (Planche 2)</p>
--	---	--

<p><i>L'axe d'analyse des capacités de mentalisation-symbolisation ou de la capacité de l'investissement des processus de la pensée.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> -La capacité de la liaison affects-représentations à travers le traitement de l'excitation pulsionnelle aux planches couleur (planche II et III) et aux planches pastel. -Repérage de la quantité d'énergie pulsionnelle libidinale ou agressive massive à travers l'investissement des kinesthésies. -Rapport au réel et représentations de la relation, traitement de l'excitation pulsionnelle sollicitée par la confrontation aux planches (situation de l'affect par rapport aux planches couleur). -la qualité de la verbalisation déterminée par la qualité de la syntaxe, la richesse et la diversité du vocabulaire témoigne du déploiement des processus de la pensée. -Le langage en tant que témoin de la qualité de l'élaboration de la représentation-chose en représentation-mot, porte les traces du travail de symbolisation et de ses avatars. -la qualité de la verbalisation comme témoin du déploiement des processus de pensées (richesse et diversité du vocabulaire, qualité de la syntaxe au Rorschach). 	<ul style="list-style-type: none"> -La capacité de la liaison affects-représentations à travers les représentations de conflit signe d'un potentiel de mise en représentation intact chez l'adolescent à la planche 3BM -Élaboration des scénarios en faisant appel aux affects ou alors à des procédés rigides aux planches 4, 13MF et 8BM. -Surinvestissement de la pensée dans la construction de mise en scène relationnelle à travers des mouvements pulsionnels, soit fortement réprimés, soit explosifs et l'effort pour maintenir un espace interne propre. -Hyperproduction kinesthésique, témoin de l'excitation de la pensée pour se défendre contre les fantasmes et les représentations sexuelles/corporelles. (Préoccupations angoissantes) -Le mode de construction des récits -l'éventail des procédés et leur articulation -le lien et les écarts entre affects et représentations -le poids des mobilisations défensives -la résonance fantasmatique aux sollicitations latentes du matériel. -la qualité de la verbalisation comme témoin du déploiement des processus de pensées (richesse et diversité du vocabulaire, qualité de la syntaxe au TAT).
---	--	--

6.5.6-Présentation des données projectives

Dans ce sous-titre, je présenterai essentiellement les données quantitatives des protocoles de Rorschach à travers les différents psychogrammes d'une part, et les données quantitatives du TAT consécutives aux feuilles de dépouillement des protocoles. Je pourrai par la même occasion donner la synthèse des entretiens cliniques avec les sujets. Le reste des données sera consultable dans les annexes de la thèse. Ce sera enfin l'occasion de donner des clarifications et précisions sur la grille d'analyse qui me permettra d'analyser les données aux fins d'appréhender le fonctionnement psychique des adolescents camerounais victimes de violences sexuelles.

6.5.6.1-Les données du Rorschach

Les protocoles sont essentiellement pauvres et inhibés aussi bien sur le plan quantitatif que qualitatif, témoignant ainsi d'une organisation défensive forte et un bouillonnement de l'animation fantasmatique. La productivité est rarement dense dans certains cas. Sur le plan quantitatif, la moyenne des réponses par protocole est de 12.28. Certains protocoles présentent un faible nombre de réponses qui requiert cependant une prudence dans leur traitement car ne trouvant pleinement de sens qu'à leur analyse qualitative.

Les plus pauvres protocoles comprennent 10 réponses et sont ceux des 2 sujets Mérine et Fernand. 3 sujets (Bella, Aïcha et Aude) présentent des protocoles de 12 réponses, tandis que 2 sujets présentent des protocoles de 15 réponses. Les temps de passation sont généralement courts et oscillent entre 3.40 à 11.33 minutes.

Sujet	R	Refus	Ban	PI+/PI-	Temps (Min.)	Temps/rép (Min.)	Latence Moyen
Bella	12	0	1	I, IV, VII/II, III	11.33	1.03	0.08
Aude	12	0	1	I, V/II, IX	08.53	01.11	0.27
Mérine	10	0	0	III, V/IV, X	04.23	0.42	0.11
Élonie	15	0	0	I, V/II, III, X	06.03	0.37	0.15
Fernand	10	0	4	V/X, IV	03.40	0.34	0.18
Ahmed	15	0	2	V, X.VIII/VII	08.18	0.54	0.24
Aïcha	12	0	2	IX/II, IV	7.38	0.62	0.35

Tableau 5. Résumé des principaux éléments des psychogrammes des protocoles de Rorschach.

6.5.6.1.1-Modes d'appréhension

Le G% se situe essentiellement au-delà de la moyenne dans la majorité des protocoles. Seuls 2 protocoles se situent dans la moyenne (Bella, 50% et Élonie, 46%) ; 2 protocoles se situent légèrement au-dessus de la moyenne (Aude, 58.33 % et Aïcha, 58%), tandis que 3 protocoles se situent largement au-delà de la moyenne (Mérine, 90%, Ahmed, 80% et Fernand, 70%). La qualité formelle du G% est variable d'un adolescent à l'autre, oscillant entre 0 et 83.3%. 4 protocoles d'adolescents attestent une bonne formalisation des réponses globales au moins à 50% (Élonie, F+% :50, Aïcha, F+% : 55.55, Mérine, 60% et Fernand, 83.33%). 2 Protocoles d'adolescents certifient une mauvaise formalisation car F+% se situe en dessous de la norme (Bella, F+% : 36 et Ahmed, F+% : 40), tandis que 1 adolescent n'en a totalement pas recours dans son protocole (Aude, F+% : 0).

Le D% se présente de manière beaucoup plus heurtée aux protocoles car seul 1 protocole (Élonie, D% : 40) se situe dans la moyenne de 40%. Les 4 autres protocoles se situent totalement en dessous de la moyenne et vont de 20% à 25 % (Bella, D% : 25%, Aude, D% : 25, Fernand, D% : 20, Ahmed, D% : 20, Aïcha, D% : 17) tandis qu'1 adolescent n'en a totalement pas recours dans son protocole (Mérine, D% : 0).

Le Dd% se situe dans la moyenne dans un seul protocole (Mérine, Dd% : 10%), totalement au-dessus de la moyenne dans 2 protocoles (Bella, Dd% : 17 et Aïcha, Dd% : 17), 2 protocoles en dessous de la moyenne (Aude, Dd% : 8.33 et Élonie, Dd% : 7), tandis que 2 adolescents n'en font pas recours dans leurs protocoles (Fernand, Dd% : 0 et Ahmed, Dd% : 0).

Le Bl%²⁰ se situe dans la moyenne dans le protocole d'1 adolescent (Fernand, Bl% : 10), en dessous de la moyenne dans 4 protocoles d'adolescents (Bella, Bl% : 8 Aude, Bl% : 8.33, Élonie, Bl% : 7 Aïcha, Bl% : 8) et 2 adolescents n'en font pas recours (Ahmed, Bl% : 0 et Mérine, Bl% : 0). L'observation de cet indice d'appréhension à la lumière des protocoles de recherche conduit à questionner la qualité des enveloppes psychique et les irrégularités relevées dans l'élaboration des stimulus.

6.5.6.1.2-Déterminants formels et contenus

Les réponses formelles pures (F%) sont essentiellement hors norme dans les protocoles. Elles sont pour la majorité en dessous de la moyenne et très peu mobilisées dans 6 protocoles (Ahmed, 33.33, Aude, 25, Bella, 38, Mérine, 50 Élonie, 53 et Fernand, 60) ou alors totalement au-dessus de la moyenne (Aïcha, F% : 75).

De manière générale, la qualité de la formalisation des protocoles de cette recherche se présentent de manière particulièrement fragile car 6 protocoles présentent un F% en dessous de la moyenne, allant de 33.33 % à 60 % et 1 protocole se situe totalement au-dessus de la moyenne (75%).

La tendance est identique pour le F% élargi. A propos des contenus, on observe que le pourcentage des figures humaines (H%) et figures humaines imaginaires (H% élargi) est globalement en dessous de la moyenne.

Les figures animales quant à elles sont suffisamment présentes dans les protocoles avec A% : 36.47

²⁰ Dans l'optique de témoigner de l'impact du blanc, j'ai porté mon choix sur le Bl plutôt que sur le Dbl classiquement utilisé dans les psychogrammes. Il comprend l'ensemble des réponses incluant un détail blanc à la localisation, en occurrence (Gbl, Dbl, Ddbl, Dd/Ddbl). Ce choix est consécutif à un recours restreint du mode d'appréhension Dbl% dans la population de la présente recherche. Toutefois, la norme de cet indice proposé par Azoulay et al. (2007) dans leur recherche s'intitule Dbl I% (pour Dbl intégré).

Sujets	G%	D%	Dd%	Bl%	F%	F% Élargi	F+% Élargi	F+% Élargi	H% élargi	H% élargi	A% élargi	A% élargi
Bella	50	25	17	8	36		36	9	27		9	
Aude	58.33	25	8.33	8.33	25		0	33.33	41.66		33.33	
Mérine	90	0	10	0	50		60	40	10		40	
Élonie	46	40	7	7	53		50	53	20		40	
Fernand	70	20	0	10	60		83.33	70	30		30	
Ahmed	80	20	0	0	33.33		40	5.3	26		53	
Aïcha	58	17	17	8	75		55.55	66.66	8.33		50	

Tableau 6. Résumé des principales cotations des Rorschach des 7 sujets. (Chiffre)

6.5.6.1.3-Synthèse des données du Rorschach

Les protocoles sont généralement inhibés et relativement pauvres quantitativement. Aucun refus n'est enregistré. La disparité au niveau de la répartition des banalités par protocole est frappante. 2 sujets (Mérine et Élonie) ne mobilisent aucune banalité. Tous les 5 autres sujets mobilisent au moins une banalité (Aude, Bella, Aïcha, Ahmed, Fernand). On observe une surenchère des banalités dans le protocole de Fernand qui mobilise 4 banalités pour un total de 10 réponses produites dans son protocole.

6.5.6.2-Les données du TAT

Ce sous-titre sera le lieu de la présentation des procédés du discours et de la synthèse des données du TAT.

6.5.6.2.1-Procédés du discours

Les procédés du discours sont clairement et lisiblement présentés dans le tableau récapitulatif suivant :

Sujets	Série A (%)	Série B (%)	Série C (%)	Série E (%)
Bella	15.85	21.95	43.90	18.29
Aude	12.87	27.72	47.52	11.88
Mérine	12.50	26.38	51.38	9.72
Élonie	8.33	29.16	40.27	22.22
Fernand	9.52	17.85	52.38	20.23
Ahmed	11.21	25.23	33.64	29.90
Aïcha	11.53	34.72	41.02	15.38

Tableau 7. Résumé des principales cotations des TAT par rapport à la totalité du protocole (En caractère gras, les deux séries les plus cotées).

6.5.6.2.2-Synthèse des données du TAT

De manière générale, les protocoles montrent que les sujets tentent, d'entrée de jeu, de maîtriser le matériel projectif en s'appuyant voire en s'accrochant significativement au percept. Mais par la suite, la rencontre profonde avec ledit percept s'effondre dans des mouvements d'inhibition affective massifs et se laisse écraser par une pauvreté fantasmatique patente. Les histoires produites au TAT dévoilent des angoisses mal maîtrisées et un mauvais maniement de l'agressivité. L'angoisse principalement mal maîtrisée ici se rapproche de l'angoisse de morcellement à laquelle se greffe une dépression régulièrement manifeste. Les mises en relations sont certes présentes, mais elles sont peu investies et peu élaborées, et les quelques tentatives d'élaboration se font sur un mode destructeur. Les thématiques de l'abandon, de la mort, de la catastrophe, de l'absence d'objet secourable courent le long des protocoles et les

récits produits sont essentiellement calqués sur le vu-vécu des sujets, c'est-à-dire proches des histoires des violences sexuelles personnellement vécues par eux.

6.6-Synthèse intermédiaire

Aux risques de me répéter, la présente étude s'appuie sur 7 cas cliniques d'adolescents victimes de violences sexuelles. Il s'agit notamment de 2 garçons dont l'âge est de 12 ans et de 5 filles dont l'âge varie entre 12 et 16 ans.

Si je tiens compte de la qualification en fonction des violences sexuelles subies, deux diverses répartitions groupales peuvent se dégager : Un premier groupe composé de 5 cas de victimes de violences sexuelles intra familiales et un deuxième groupe composé de 2 cas de violences sexuelles extra familiales.

Si Je me réfère à la fréquence de l'acte, tous les 7 adolescents ont subi des violences sexuelles répétées.

Si je m'en tiens à la répartition de l'âge au cours duquel l'acte a été subi, un groupe sera composé de 6 adolescents victimes de violences sexuelles de l'enfance à la préadolescence (8 à 9 ans) tandis que l'autre groupe comprendra un adolescent victime exclusivement à l'adolescence. Certaines violences sont hétérosexuelles alors que d'autres sont homo sexuelles perpétrées à l'intérieur de la famille par les papas des adolescents. Plusieurs situations de viol avec sodomie sont repérables dans 3 cas et dans 4 cas de viols, il y a contrainte à la fellation.

De ces groupes émergent quelques éléments spécifiques. Le contact clinique est difficile avec certains adolescents à cause de leur comportement perturbé et leur attitude de retrait consécutifs soit au malaise, soit à l'inhibition ou enfin à l'opposition. Alors que dans le second groupe l'aisance du contact clinique sur fond de séduction et la fluidité de la verbalisation sont sans cesse présentes.

Dans la majorité de cas, on observe une rupture de la relation qui rappelle un tableau psychotique. La place dans l'inscription des générations est dans une sphère de tâtonnement chez 6 adolescentes, tout comme la reconnaissance de l'imago paternelle dans 2 cas et l'imago maternelle dans 3 cas. On observe des positions de déni plus ou moins formalisées voire précaires. La référence au couple parental paraît constitué dans 1 cas, tandis qu'il est dissocié dans les 6 autres cas, à cause du divorce des parents dans 2 cas, de la famille monoparentale ou

encore d'une famille recomposée. Des difficultés d'investissement scolaire voire des ruptures sont repérables chez tous les 7 adolescents.

A propos de l'analyse synthétique des protocoles projectifs dont l'homogénéité est frappante, plusieurs grands axes significatifs émergent :

-les assises narcissiques sont essentiellement attaquées comme le témoignent les marques d'atteinte à l'intégrité, associées à la difficulté à construire le lien à l'objet, repérable par la prépondérance d'un mode persécuteur du lien à l'objet et la versatilité des représentations.

-L'élaboration de la position dépressive bute sur une incertitude identitaire qui se manifeste par une obstruction de l'élaboration secondaire repérable par des représentations incomplètement élaborées.

-Les investissements identitaires sont affectés par une suppression de la différence des sexes menant à une banalisation et une anonymisation des représentations humaines "*des personnes, de gens*" au Rorschach ou à un scotome de la représentation féminine ou masculine au TAT. On observe également des mises en tableau de l'image du couple au TAT "*un couple, un monsieur et sa femme*".

De manière plus explicite, on observe ce qui suit :

6.6.1-La qualité de l'investissement libidinal de la représentation de soi au Rorschach et au TAT

Au Rorschach, la qualité de l'investissement libidinal de la représentation de soi présente des fragilités aux planches I, IV, V et VI dites compactes et unitaires, qui sollicitent la représentation de l'image du corps, même si d'entrée de jeu, il y a une assez bonne tentative d'engagement dans la construction des représentations intègres à certaines planches du protocole chez les sujets Fernand, pl. I et V, Bella, pl. IV, V, et Élonie, pl. IV). "*Le plan d'un trésor ...Une chauve-souris*" (Bella, pl. I), "*Le Roi César et la reine Cléopâtre*" (Bella, pl. IV), "*un papillon noir*" (Bella, pl. V), "*Une forêt...des chaussures*" (Élonie, pl. IV), "*Deux anges avec leurs ailes...*" (Aude, pl. I). Elle échoue par la suite à travers des mouvements de dénigrement et de dévalorisation (Élonie, pl. I) "*un papillon noir et sale, avec des ailes déchirées*" "*Voici les branches de la fleur qui ont vieillis et tombent...Là la racine sèche...elle n'est pas arrosée*" (Fernand, pl. IV), de morbidité et de décomposition "*c'est un chien qui a pourri les pattes en l'air...il est retourné comme ça...on l'a tué le pauvre chien*" (Bella, pl. VI)

“*Un monstre bizarre...avec un squelette pourri*“ (Élonie, pl. VI), ou d’hyper investissement de la représentation de soi “*Des crabes avec des tentacules puissantes... très bizarres*“ (Élonie, pl. V).

La plupart des réponses expriment des traces d’effraction traumatique attestées soit par la représentation d’une image du corps attaquée “*Un rapace avec des ailes déchirées et l’œil percé...*“ (Mérine, pl. I), ou alors des représentations certifiant l’éclatement total de l’image du corps “*Deux chauves-souris qui se bouffent. Elles se déchirent les ailes avec leurs méchantes griffes*“ (Ahmed, pl. I) ou enfin, marquant la fragilité extrême de la représentation de soi “*Un homme bizarre avec un long sexe...son sexe à des épines...*“ (Mérine, pl. IV). Ce mode de fonctionnement relève généralement du registre préœdipien consécutif à un vécu grave d’atteinte narcissique.

L’atteinte narcissique s’observe également à travers les réponses humaines et para-humaines produites dans la majorité des protocoles. Elles marquent parfois un vécu persécuteur et une souffrance masochiste qui empêchent la construction d’une représentation de soi unitaire. En fin de compte, elles contribuent au repli narcissique “*Deux gens qui se piquent les couteaux*“ (Ahmed, pl. I), “*Les os d’un gros monstre...le squelette d’un gros monstre*“ (Ahmed, pl. IV), “*Deux enfants assis qu’on a ligoté les mains sur le dos. Ce sont des diables avec les cornes...*“ (Ahmed, pl. VII), “*C’est...deux enfants heu deux hommes qui se poussent*“ (Fernand, pl. II), “*Une tête coupée d’un fou avec des trucs bizarres sur ça*“ (Fernand, pl. X), “*C’est le crâne d’un humain...*“ (Élonie, pl. VIII).

Les planches II, III et VII dites bilatérales qui sollicitent un effet miroir ou double projettent une construction identitaire et identificatoire fragile. La symétrie est massivement présente et court tout le long de la plupart des protocoles (Ahmed, pl. II, III, VII, Aude, pl. III, Élonie, pl. VII, Mérine, pl. II, VII, Fernand). La représentation de soi semble essentiellement être désagrégée par l’accrochage à la symétrie. “*Deux femmes pilent le nkui... deux traces de sang*“ (Bella, planche III), “*Deux éléphants qui se fendent les têtes avec leurs cornes*“, “*Deux enfants face à face se regardent tristes, les mains ligotées au dos*“ (Mérine, planches II et VII), “*Deux femmes tirent et se discutent un crabe...*“ (Aude, planche III), “*Deux gens qui se piquent les couteaux*“, “*Deux mains qui portaient l’assiette...*“, “*Deux enfants assis qu’on a ligoté les mains sur le dos...*“ (Ahmed, planche I et VII), “*C’est deux chauves-souris...*“ (Planche I), “*...les deux lèvres*“ (Planche II), “*Deux femmes*“ (Planche III), “*deux personnes*“ (Enquête planche III), “*deux yeux percés*“ (Enquête planche IV), “*deux jambes d’une fille*“ (Planche VII), “*deux animaux*“ (Planche VIII) “*deux loups...*“ (Enquête planche VIII), “*Les deux trous*

“ (Planche IX), “ *Deux araignées* “ (Planche X) (Aïcha). Une référence massive à la symétrie qui selon (Roman, 2016 ; p.10), semble constituer un “*auto-soutien subjectif* “ pour la construction de la représentation et la différenciation psychique. Cependant, l’investissement de la représentation de soi est systématiquement désintégrée par cet “*accrochage* “ (Roman, op.cit.) à la symétrie. La présence massive de la symétrie atteste une quête du même et une tentative de construire un double narcissique.

La planche pastel X qui sollicite les capacités d’unification de la représentation de l’image corporelle apparaît fragile et démembrée. Les représentations produites se présentent parfois morcelées, désintégrées, ou enfin éclatées “*une tête coupée d’un fou avec des trucs bizarres sur ça*“ (Fernand), “ *Quel que soit le sens de la photo, c’est une rivière avec des crabes et des scorpions...* “ (Aïcha, pl. X), “*Une grotte dans les roches avec une tête de démon*“ (Bella, pl. X), “*Deux araignées grimpent sur la tête de quelqu’un qu’on a percé ses yeux. Les araignées le mangent la tête et le sang coule. C’est pour le faire souffrir...la torture. Jusqu’à ce qu’il va mourir avec la souffrance*“ (Ahmed, pl. X), “*là c’est la catastrophe. Il y a beaucoup d’histoires et beaucoup de choses...Deux crabes qui dévorent une proie, du sang qui coule dans un jardin de fleurs ; Ça peut aussi être qu’un homme est suspendu sur la croix et son sang coule sur les herbes. Je peux encore dire quelque chose ? Il y a eu un crime dans un jardin et on a caché le corps, mais on n’a pas nettoyé le sang sur des fleurs et les herbes sèches* “ (Aude, pl. X). Quand bien même dans de rares cas, elles essaient d’être unifiées, elles sont menaçantes “*Le monument de Paris de la télé... posé sur la tête d’un homme, avec des lunettes bleues, la moustache verte et les oreilles jaunes...comme un pirate des caraïbes...* “ (Mérine, pl. X).

Au Rorschach, la fragilité des enveloppes psychiques frappe d’entrée de jeu par la précarité de la discrimination des stimuli à certains protocoles (Ahmed F% : 33.33, Bella F% : 36, Aude F% : 25). La porosité des barrières psychiques se traduit également par une baisse de la qualité du rapport au réel. En effet, le F% est inférieur à la norme (Bella F% : 36%, Ahmed F% : 33.33, Aude F% : 25). La confusion des appartenances sexuées est manifeste. Des confusions sont faites entre le registre féminin “*des mains*“ et l’utilisation d’un pronom personnel masculin “*eux*“ “*une assiette remplie de sang. Deux mains qui portaient l’assiette avaient le sang sur eux...et a collé sur l’assiette...C’est aussi comme un puit de sang*“ (Ahmed, pl. III). À contrario, la qualité de discrimination des stimuli semble assez bonne dans d’autres protocoles, comme l’atteste le F% situé dans la norme (Fernand F% : 60, Aïcha F% : 75, Mérine F% : 50, Élonie F% : 50). La qualité du rapport au réel correspondant aux normes peut attester une assez bonne tentative de maintenir les barrières psychiques solides.

Les planches IV et VII révèlent des frontières dedans/dehors essentiellement poreuses dans la majorité des protocoles. Ce que Roman (1992) appelle le *Moi-peau passoire* est repérable ici à travers l'expression projective des trous dans l'enveloppe projective, dans une rupture du fil projectif. Des ruptures dans le fil des réponses et quelques échappés dans le déploiement des enchaînements projectifs sont donc repérables. Ils s'accompagnent parfois de quelques discontinuités de la chaîne associative "*Une peau de bête...*" (Aïcha, planche IV) et à l'Enquête "*Cet animal s'est décomposé*". "*C'est un épée de combat...dans son sac et dans la porte secrète...avec le coran et les écritures floues...*" (Ahmed, planche VI), "*Deux enfants assis qu'on a ligoté les mains sur le dos. Ce sont des diables avec des cornes...des vrais diables avec les cornes*" (Ahmed, planche VII). "*C'est la carapace d'un animal qui a été dévorée par une bête féroce, qui n'a pas mangé la tête, les yeux et les moustaches...heu les oreilles aussi*", "*on a tué une femme, on l'a déshabillée et on a fait la photo de ses deux jambes et fesses nues...c'est la jambes nues d'une femme assassinée...*" (Aude, planche VI et VII), "*(...sursaute en regardant la planche) ... un monstre bizarre...avec un squelette pourri...c'est aussi comme la peau pourrie d'un charognard...*" (Élonie, planche VI). La tension narcissique est consécutive à la porosité des frontières dedans/dehors et à la fragilité de l'investissement narcissique de la représentation de soi. Il s'agit précisément d'un flou repérable à travers des hésitations à clarifier les enjeux identificatoires d'une part, et à constituer les imagos parentales d'autre part. "*une forêt avec des arbres...Des chaussures...je sais pas... ce n'est pas clair... Qu'en pensez-vous ?*" (Élonie, pl. IV). Ce flou aboutit aux hésitations à déterminer des objets stables dont l'intériorisation semble être mise à mal par un vécu dépressif et un repli narcissique. Dès lors, les sujets recourent au clinicien pour un étayage.

L'allongement du temps de latence est manifestement long à certains protocoles (Ahmed, planche I : temps de latence 18 secondes, planche V : temps de latence 19 secondes, planche VI : temps de latence 32 secondes, planche VII temps de latence 21 seconde, planche IX : temps de latence 18 secondes), tandis qu'il semble plutôt assez-bien modulé dans d'autres. L'investissement libidinal est torturé par le retour hallucinatoire du traumatisme, comme si quelque chose de la scène traumatique revenait de façon brute et non transformée. Les sollicitations des planches réactivent des représentations des scènes traumatiques à travers des reviviscences des scènes d'agression sexuelle. Ce que Roman appelle *le vu-vécu*.

Le contrôle pulsionnel semble être renforcé par l'accrochage au percept et l'investissement des limites. Le mouvement libidinal est neutralisé au bénéfice de la violence subie et de l'abandon parentale. De manière générale, la porosité des frontières dedans-dehors et le

déchirement de l'enveloppe psychique se manifestent par des fragilités généralement repérables à travers des mouvements confusionnels entre dedans/dehors ou encore l'hyper investissement narcissique des images projetées. La fragilité à maintenir des représentations stables et unifiées est manifestement impactée par le travail du négatif, qui met en jeu la qualité de la constitution des enveloppes psychiques (Roman, 2015 p. 80). Ce travail est figuré par la décomposition, la dévoration, le saignement, la déchirure, la blessure, des thèmes qui courent le long de tous les 7 protocoles.

Aux planches II, III et IX la prise en compte des détails chromatiques désorganise le fonctionnement des sujets et provoque une effraction des enveloppes psychiques. En effet, ces planches provoquent des réponses *“sang”* et un choc graduellement orienté vers un mode traumatique sidérant la pensée. *“Deux gens qui se piquent les couteaux”* (Pl. II) *“voilà deux têtes. Ça ne se voit pas bien ? deux pieds coupés, les grosses blessures (montrant ses cicatrices) les têtes explosées de sang...”* (Enquête pl. II), *“une assiette remplie de sang. Deux mains qui portaient l'assiette avaient le sang sur eux...et a collé sur l'assiette...C'est aussi comme un puit de sang”* (Pl. III), *“en haut il y a le feu, en bas il y a le sang caché sous les herbes verts...Deux vampires sont en bas des herbes là et boit le sang qui coule”* (Pl. IX).

À propos de la contenance psychique on observe au Rorschach que la couleur participe généralement d'une excitation forte dans tous les protocoles. Les planches rouges (II et III) provoquent des mouvements destructeurs et un débordement pulsionnel massif qui certifie une effraction psychique repérable par la persévération *“sang”* dans tous les protocoles. La couleur rouge provoque donc une sidération et une perturbation émotionnelle témoin d'un monde interne effracté et mal organisé. La redondance perceptive *“traces de sang et tâches de sang”* vient témoigner l'envahissement pulsionnel et la fragilité de la contenance psychique *“Les traces de pas de sang des chercheurs de trésor”*, *“...Je vois aussi deux traces de sang au-dessus de leurs têtes et un papillon avec du sang entre elles”*(Bella, planches II et III), *“ Deux éléphants qui se fendent les têtes avec leurs cornes et le sang sort sur la tête et sur les corps”* (Mérine, planche II), *“ un vagin avec des blessures sur ça et du sang qui coule”* *“deux femmes tirent et se discutent un crabe, sans penser que les tentacules vont les blesser. (Silence) Chacune saigne au sein et à la nuque ”* (Aude, planches II et III), *“ une assiette remplie de sang. Deux mains qui portaient l'assiette avaient le sang sur eux...et a collé sur l'assiette...C'est aussi comme un puit de sang”* (Ahmed, planche III), *“ C'est des tâches de saleté et de sang...”* *“...humm mm ...encore un truc bizarre avec du sang”* (Élonie, planches II et III). Chez Ahmed par exemple, la réponse à la planche III, atteste une fragilité profonde à contenir les excitations

pulsionnelles. L'assiette, tout comme le puit sont des contenants. Mais ils se présentent débordés "*remplis de sang*" et incontinants.

On observe plus d'animation et de dynamisme aux planches pastel, repérable à travers la productivité élevée chez un premier sous-groupe de sujets (Élonie, R = 5 aux planches VIII, IX et X, Ahmed, R= 5 aux planches VIII, IX et X, Aude, R= 5) avec cependant des ratés perceptifs qui viennent mettre en échec leur rôle défensif et leur capacité à contenir les excitations pulsionnelles.

Le deuxième sous-groupe composé de Mérine, Fernand, Aïcha, Bella totalise R=3 chacun pour les 3 planches pastel et manifeste moins d'animation. On observe dans les séquences associatives, une fantasmatique excisée qui submerge les capacités de contenance psychique des sujets. Les modes d'appréhension des tâches se rapprochent de ceux d'un fonctionnement psychique pas suffisamment élaboré ou infantile. Il s'écarte ainsi de la dimension normative de la répartition des modes d'appréhension, selon une étude faite au sein d'une population de 13 à 24 ans (Emmanuelli et Azoulay, 2009), qui vient confirmer les données proposées par J. Blomart, à l'issue d'une étude sur une population de 8 à 16 ans. En effet, dans l'essentiel des protocoles, le mode d'appréhension met en relief la fragilité de contenance psychique et l'incapacité à maintenir l'objet dans une représentation unitaire. La représentation qui semble unitaire et contenante au départ se désagrège et se mortifie par la suite. C'est-ce que révèle la réponse produite par Fernand à la planche IV "*Heu... (silence)...Je ne sais pas. Comme si c'est une fleur...c'est une fleur...Elle a fané*" qui témoigne d'une absence de contenance.

Le traitement du blanc est présent aux protocoles et dévoile généralement, une effraction aux virtualités unificatrices (Aïcha et Fernand, planche IX, Ahmed, planche III, Aude, planche V et IX, Élonie, planche II, Mérine, planche X). C'est-ce qu'atteste la réponse produite à la planche III du protocole d'Ahmed "*Une assiette remplie de sang...*". Elle s'appuie sur une découpe centrée sur une partie blanche significative de la tache de la planche et fusionne la forme et le fond. Ce qui atteste l'ambiguïté et l'indécision quant au mode de traitement de la réalité. Parfois, la réponse intègre le Dbl et une kinesthésie animale interprétative (Fernand). Comme si la réactivité perceptive au blanc de la planche venait faire effraction aux potentialités unificatrices dans la construction de l'unité de la représentation. Ce qui certifie la fragilité de l'enveloppe maternelle primitive qui, selon Roman, soutiendrait "*les procédures d'auto-information du sujet, mouvement participant de l'élaboration du Moi-peau, comme préforme du Moi*" (Roman, 2015 ; p. 79).

Les échauffourées motrices ou engagements moteur, caractérisés par le renversement particulièrement important des planches sont massivement présents aux protocoles. Ils attestent

une mobilisation défensive importante et mal assumée contre le débordement d'excitations pulsionnelles et l'incapacité à les contenir. Chez certains sujets à l'instar d'Ahmed le renversement important des planches I, II, III, VI, VII, et IX est frappant ($\hat{v} > \hat{v}$ Pl. I, $\hat{v} < \hat{v}$ Pl. II, $\hat{v} \hat{v}$ Pl. III, $\hat{v} < \hat{v}$ Pl. VI, $\hat{v} \hat{v} < >$ Pl. VII, $\hat{v} < > < \hat{v}$ Pl. IX, $\hat{v} < \hat{v}$ Pl. X). Chez Fernand également on observe un renversement important aux planches IV ($\hat{v} < \hat{v}$) et X ($\hat{v} < \hat{v}$). Chez Aïcha, il est présent aux planches IX ($\hat{v} < \hat{v}$) et X ($\hat{v} \hat{v}$).

En somme au Rorschach et au TAT, on observe une fragilité à construire un support identificatoire solide à cause des blessures narcissiques. Dans la plupart de cas, le support identificatoire peine à trouver une stabilité. Même lorsque les sujets tentent de le constituer, il échoue par la suite à travers des mouvements de dénigrement, de dévalorisation ou bien une totale désintégration. La porosité des enveloppes psychiques est donc essentiellement frappante au Rorschach et au TAT. Les barrières psychiques sont essentiellement poreuses et révèlent un moi-peau passoire. Les sujets mettent souvent en exergue, leur propre représentation dans un registre identificatoire projectif tantôt spéculaire, tantôt complémentaire. Les représentations massives et agressives sont débordantes et peinent à être contenues. L'utilisation de la couleur rouge est redondante et provoque une sidération traumatique qui met en lumière la désorganisation interne. La mobilisation défensive est importante et se dévoile souvent dans des échauffourées motrices massives. La difficulté à contenir les mouvements pulsionnels bascule souvent dans des mouvements persécuteurs qui attestent d'une atteinte des limites dedans/dehors.

Comme développé plus haut au Rorschach, le traitement du blanc est effractant et ambiguë. La tendance consiste à fusionner, à inverser ou à confondre le fond et la forme, questionnant les processus de la séparation-différenciation, auxquels viennent s'ajouter des problématiques d'angoisse de perte d'objet. La différenciation fond-forme est donc précaire car confrontée à une pulsionnalité débordante *“Si c'est ça ...là je vais dire que c'est le plan d'un trésor caché élaboré sur une carte et... on essaye de repérer le lieu dans lequel il se trouve caché...”* (Bella, pl. I). *“Le monument de Paris de la télé... posé sur la tête d'un homme, avec des lunettes bleues, la moustache verte et les oreilles jaunes...comme un pirate des caraïbes...”* et enquête *“le monument là s'appelle la tour Eiffel... voilà j'ai trouvé...les cheveux sont teintés de sang sur ses joues, là la moustache et je ne sais pas...”* (Mérine, pl. X et enquête). Les représentations sont constituées d'objets frustrants, hostiles et persécuteurs qui entravent la formation du moi. Leur présence massive témoigne une altération profonde du lien à l'autre. (Bella, *“les traces de pas de sang, deux traces de sang, un papillon avec du sang...”* (planches II et III), *“un chien qui a pourri”* (planche VI), *“Un rapace avec des ailes déchirées”* (Mérine, planche I). La mise

en relation se fait le plus souvent sous un mode agressif, persécuteur et parfois même destructeur. Elle contribue à donner une modulation dysphorique et labile aux protocoles.

Le travail psychique de séparation et de différenciation est durement mis à l'épreuve. Les sujets ont tendance à faire des remarques ou à formuler des questions sur la matière constitutive du matériel projectif (Roman, 2015, p. 204). *“C'est quoi monsieur ? Vous avez dit que les planches alors que c'est des cartons...du papier ...”* (Bella, planche I), *“c'est ça votre planche ?”* (Mérine, planche I), *“c'est ça les planches ? c'est le papier... ce n'est pas une planche ça...”* (Élonie, planche I). Les appels au clinicien sont récurrents. Ils témoignent d'une forte dépendance à l'extérieur et une difficulté à se détacher de l'objet, comme pour tenter d'annihiler toute distance entre soi et l'objet. Les réponses produites aux protocoles reflètent la présence des problématiques d'étayage excessifs. Ces problématiques passent parfois par le biais des modalités relationnelles anaclitiques où la fragilité dépressive emprunte des voies de dévitalisation mortifère.

6.6.2-L'invivance objectale au Rorschach et TAT

Précédemment, j'ai également fait remarquer que les réponses kinesthésiques produites reflètent l'incapacité à élaborer les conflits car les éléments pulsionnels sont liés à des représentations de relations instables et fragiles, identifiables par les mouvements agressifs, persécuteurs, menaçants et destructeurs qu'elles projettent. J'ai donc postulé qu'elles certifient la présence d'une charge pulsionnelle mal adaptée et une effraction du lien à l'objet. En définitive, leur figuration agressive massive traduit une difficulté à entrer en relation avec un objet angoissant ou à effectuer un déplacement sur une représentation objectale.

Au Rorschach, la reconnaissance des personnages présente des fragilités et la confusion des sexes est manifeste. Le travail d'intériorisation et de différenciation des objets aux planches IV et VII présente des fragilités. Notamment un flou repérable à travers des hésitations à clarifier les enjeux identificatoires d'une part, et à constituer les imagos parentales d'autre part. *“une forêt avec des arbres...Des chaussures...je sais pas... ce n'est pas clair... Qu'en pensez-vous ?”* (Élonie, pl. IV). Les réponses chargées de mouvements pulsionnels menaçants sont ensuite produites aux planches qui sollicitent la relation aux imagos parentales. La représentation masculine est dénigrée à planche dite paternelle *“Un homme bizarre avec un long sexe qui touche le son...son sexe à des épines...vraiment bizarre”* (Planche IV, Mérine). La réponse à cette planche témoigne un besoin de diminuer la charge agressive consécutive à cette représentation comme pour s'en protéger. Certaines réponses aboutissent à la figuration d'une scène érotique à la planche dite masculine et paternelle *“...C'est le roi César et la reine*

Cléopâtre... assis dans les bras sur leur trône “ (Bella, pl. IV). D’autres réponses aboutissent à la figuration d’une représentation mortifère à la planche dite féminine et maternelle “ *on a tué une femme, on l’a déshabillée et on a fait la photo de ses deux jambes et fesses nues... c’est la jambes nues d’une femme assassinée...* “. Cette réponse est marquée par une défense narcissique qui essaye de voiler l’absence d’une figure parentale étayant et crédible. L’émergence de représentations qui attestent le déplacement de la problématique identificatoire est difficilement repérable. Face aux hésitations à déterminer des objets stables dont l’intériorisation semble être mise à mal par un vécu dépressif et un repli narcissique qui empêche d’aller vers l’autre ou de prendre l’autre en compte, les sujets recourent au clinicien pour un étayage. Par ailleurs, les identifications sexuelles présentent des fragilités, car la manière dont les sujets se projettent par rapport à la sexualité présente des fragilités aux planches III et VI. Les représentations produites à ces planches n’autorisent pas la résolution de l’énigme bisexuelle.

Au TAT, les angoisses identitaires, de castration et d’objet sont marquées aux protocoles. Les angoisses identitaires se dévoilent par la confusion des rôles et la difficulté à identifier et à différencier les personnages à certaines planches. C’est ce que la présence des incohérences spatiales et temporelles des récits, ou enfin les fantasmes crus d’effraction corporelle dans les protocoles témoigne. En effet, si l’intégration de la différence des générations est relativement structurante pour le fonctionnement psychique et si la différence des rôles est parfois relativement bien évoquée dans certains protocoles “*un papa, sa femme, leur fille* “ (planche 2), “*Une mère, le père*“ (Planche 4), “*Une vieille femme, la petite fille, la jeune fille* “ (Planche 5), “*Un homme, une petite fille, la fillette, un papa, sa fille*“ (pl. 6GF), la banalisation et l’anonymisation des personnages et de leur identité sexué sont récurrentes. Des angoisses identitaires qui se manifestent par des glissements dans l’identification et la différenciation de l’identité sexuée de certains personnages “*des gens, ces personnes*“ (Bella, pl. 3BM), Aïcha qui parle de l’enfant et ses parents de façon neutre, sans toutefois clairement distinguer l’identité sexuée des parents “*un petit enfant, ses parents*“ (Planche 1), “*un petit enfant, ses parents*“ (Aïcha, pl. 13B), “*ils sont coincés*“ (Aïcha, pl. 19). “*Un petit enfant* “ (Aïcha, pl. 1 et 13B), “*Un enfant triste*“ (Élonie, Aude, Fernand, pl. 1), “*Une personne* “ (Aïcha, pl. 3BM), “*Ils...* “ (Aïcha, pl.19). “*un petit enfant, ses parents*“ (Planche 1), “*un enfant...les gens du village*“ (planche 13B). On observe donc un engagement fragile dans la différenciation des sexes et des générations. Même lorsque la différenciation des sexes semble relativement posée et celle des générations à certaines protocoles plus ou moins inscrite dans des liens, le récit témoigne la

difficulté pour les sujets à négocier leur place et à accéder au renoncement. Ce qui ferait écho à l'impossible séparation des objets primaires.

En référence aux rôles familiaux, la tentative à constituer l'imaginaire parentale échoue partiellement par le désinvestissement, le dénigrement et la précarisation. Dans ce cas de figure, les protocoles dévoilent des fragilités et une insuffisance dans l'investissement des imagos parentales, car l'imago maternelle est persécutrice tandis que l'imago paternelle n'offre également pas une possibilité identificatoire. En effet, on observe qu'elle est systématiquement dénigrée et désinvestie au cours des récits *“un père qui est méchant”* (Fernand, pl. 7BM). Des difficultés identificatoires sont observables à travers des glissements dans la définition des fonctions parentales : les sujets passent de *“un papa”* à *“son mari”* de *“un papa et sa femme”* à *“ses parents”* (Aïcha, pl. 2), ou par l'anonymisation de l'identité sexuée des figures parentales *“des gens, ces personnes”* (Bella, pl. 3BM). Ce qui témoigne d'un fonctionnement immature. Les incohérences spatiales et temporelles sont également repérables par le recours aux procédés E3 et E4 (Bella, Élonie, Aude, Ahmed, Fernand, Aïcha) aux récits. Les récits expriment un fantasme cru d'effraction essentiellement calqué sur le vu vécu des histoires qui se rapprochent de celles vécues par les sujets *“devant une jeune fille, un peu de mon âge, qui ne voulait pas aller à l'école. Ils l'ont chassée d'aller à l'école, mais elle ne veut pas y aller. Comme elle a peur de son papa, elle s'en va mécontente. Elle ne sera pas concentrée en classe”* (Aude, pl. 2).

La gravité de la perte objectale se montre particulièrement aux planches 3BM et 13B qui permettent d'observer cette problématique. Elles dévoilent de manière variée l'incapacité des sujets à se confronter aux représentations ou aux affects de perte dans un environnement dramatisé. Les protocoles expriment donc une difficulté visible dans le traitement de la perte objectale. A la planche 3BM, les affects (B1-3) sont généralement reconnus et verbalisés, bien qu'ils s'accompagnent à des moments par le scotome de l'objet manifeste (E1-1) (Fernand, Ahmed, Mérine), et sont associés à une représentation de perte d'objet. Le mouvement libidinal semble cependant difficile à supporter et s'appuie sur l'étayage (CM-1) pour tenter de lutter contre la dépression *“La fille qui est partie fâchée a été agressée et est rentrée s'isoler dans sa chambre. Là c'est triste parce qu'elle pleure, regardez... (Elle me sollicite) Mais en cachette pour qu'on ne sait pas ce qui lui est arrivé”* (Élonie, pl. 3BM), *“Une personne triste qui s'est couchée au sol. Elle est entrain de pleurer et de se lamenter sur toutes les bonnes choses qu'elle a perdues et les problèmes qui la dérangent”* (Aïcha, pl. 3BM). À la planche 13B, les affects sont également reconnus et verbalisés (B1-3). L'appui sur l'étayage et l'idéalisation de la représentation d'objet semble également nécessaire pour lutter contre l'invivance de la perte

objectale. *“Ici, c’est l’histoire d’un petit enfant innocent abandonné seul dans une maison isolée. Il est triste parce que ses parents et tous ses frères sont partis. Mais on est allé le laisser seul dans une vieille maison, sans eau à boire, sans nourriture, sans couverture, sans chaussures. Il est très triste... (secoue la tête en signe de négation) “ (Aïcha, pl. 13B).*

Les planches 19 et 16 révèlent également un recours massif aux procédés CM-1 dans les récits. L’élaboration possible du travail de renoncement est mise en échec par le débordement massif des affects et la dramatisation (B2-4). Les personnages mis en scènes sont pauvres en ressources et dans l’incapacité à mobiliser des images soutenantes. La solitude semble ne trouver aucune possibilité de dégagement même si les affects sont reconnus (B1-3) et fortement idéalisés (CN-2) aux récits. L’objectif de l’idéalisation narcissique en particulier serait d’assurer la différenciation entre le moi et l’objet menacé de confusion, même si ces défenses échouent à des moments. La capacité des sujets à surmonter la perte dans un projet identificatoire est davantage rendue fragile par l’incapacité à accéder à l’ambivalence et l’absence de triangulation avantageant l’organisation du complexe d’œdipe.

Dans certains protocoles, la triangulation est totalement ignorée et déniée à travers le scotome d’un personnage parental : le papa dans certains cas *“Une fille va à l’école mécontente de voir sa maman triste entrain de pleurer, qui se s’est adossée sur un arbre “ (Fernand, pl. 2) et la maman dans d’autres cas “La fille est partie de l’école avec ses livres et a retrouvé son père au champ. On ne sait pas pourquoi ils sont allés aux champs... “ (Mérine, pl. 2). Le conflit œdipien n’est pas du tout structurant et son échec se convertit en une scène incestueuse voilée *“ La fille est partie de l’école avec ses livres et a retrouvé son père au champ. (CF-1, A1-2, B1-1) On ne sait pas pourquoi ils sont allés aux champs... “ (Mérine, Fernand, Ahmed, pl. 2).**

Dans d’autres protocoles, la triangulation œdipienne est parfois fortement mobilisée à la planche 2 et le conflit œdipien assez-bien évoqué. Il semble peu ou prou structurant à ces protocoles *“ C’est l’histoire d’une fille et de ses parents. Ses parents la maltraitent et elle refuse d’aller à l’école... (Silence ++ et se ventile avec la planche). Mais...je ne comprends pas pourquoi ses parents sont toujours en conflit avec elle alors qu’elle est une élève...Ça se passe dans les champs je ne sais pourquoi “ (Bella, pl. 2), “Une longue histoire. Là-bas à droite, il y a une maman triste qui s’inquiète en regardant son mari, qui joue avec son cheval sans s’occuper d’elle. Et devant une jeune fille, un peu de mon âge, qui ne voulait pas aller à l’école. Ils l’ont chassée d’aller à l’école, mais elle ne veut pas y aller. Comme elle a peur de son papa, elle s’en va mécontente. Elle ne sera pas concentrée en classe“ (Aude, pl. 2). “ Un papa qui veut voyager à cheval et sa femme est contente. Elle est adossée sur un arbre fruitier et regarde son mari préparer le voyage... (silence ++ et rapproche la planche vers elle) Pendant qu’eux*

sont heureux de ce qu'ils font, leur fille va tristement à l'école avec des livres en main. Ça se voit qu'elle n'est pas accompagnée à l'école par ses parents, ni par la voiture et elle se débrouille seule...heu à la marche à pied “ (Aïcha, pl. 2).

L'adjonction d'affects (B1-3) au conflit triangulaire est dévoilée dans les récits, malgré des subtiles précautions verbales et hésitations entre interprétations différentes (A3-1) témoin d'une fragilité à élaborer la perte de l'objet. Un objet essentiellement représenté sous une valence persécutrice et agressive n'ouvrant pas d'accès à sa substitution ou à sa réparation. Enfin, on observe, une difficulté associative aux planches non figuratives 11, 19 et 16 qui témoigne d'un monde interne fragile animé par des objets faiblement investis. L'accès à l'ambivalence par des sentiments qui témoignent l'intégration d'un objet total perçu en même temps comme bon et mauvais et l'intrication entre animation pulsionnelle agressive et libidinale échouent. Les angoisses massives se déploient lors de la tentative de séparation avec l'objet et témoignent la fragilité d'objets internes. L'angoisse de castration est difficile à élaborer et court le long des protocoles. Elle associe les éventails narcissique et objectal. Le refoulement est inactif et dévoile l'incapable à contrôler les émergences pulsionnelles.

En définitive, que ce soit au Rorschach et au TAT, les sujets sont certes parfois capables de reconnaître et d'identifier les personnages, leurs rôles et leurs sexes, mais des fragilités sont souvent identifiables par la présence d'angoisses identitaires telles que l'échec dans la constitution des imago parentales d'une part et le glissement dans la détermination des fonctions. Par ailleurs, on observe essentiellement l'incapacité des sujets à se confronter aux représentations ou aux affects de perte dans un environnement dramatisé. Ce qui exprime de ce fait une difficulté visible dans le traitement de la perte objectale. La difficulté à accéder à l'ambivalence est donc patente et l'absence de triangulation avantageant l'organisation du complexe d'œdipe parfois totalement ignorée ou dénié dans certains protocoles, même si elle est fortement mobilisée à la planche 2 et le conflit œdipien assez-bien évoqué dans très peu de protocoles.

Au TAT, les commentaires narcissiques et idéalisant (CN-2) sont présents dans tous les protocoles. Même s'ils rendent compte d'une possible inscription dans la réalité, ils s'organisent fondamentalement autour d'un vécu d'abandon et d'effraction. Ils présentent in fine, le retentissement d'une angoisse d'abandon qui, à défaut d'être affrontée est contournée et comblée par des tentatives de réassurance narcissique. C'est donc cette incapacité des sujets à gérer leur angoisse de séparation qui se traduit parfois par la perception de deux personnages semblables dans une relation spéculaire ou en miroir, et qui interroge la dimension du narcissisme. Cette dernière concerne la construction de l'image de soi dans le regard de l'autre

“On peut dire que deux femmes, une mère et sa fille sont contentes de se revoir (B1-1, B1-3). Elles s’embrassent de joie et se regardent après ce long temps d’absence (B2-2). Elles sont contentes de ce moment car elles peuvent encore se séparer”(B2-3). (Aïcha, pl. 10).

6.6.3-La qualité de l’investissement des processus de pensée

Au Rorschach les planches rouges, bilatérales et pastels mobilisent l’investissement de la pensée. C’est une tentative exacerbée d’aménager, par la pensée, la massivité d’excitations pulsionnelles et d’affects qui s’y greffent. C’est ce qu’atteste l’inadéquation des sujets par rapport au réel (la perception du “sang aux planches II, III pour Bella, II, VIII, IX pour Méline, II, III, VIII et X pour Élonie, II, III, VIII, IX et X pour Aude, III, IX et X pour Ahmed). Ces réponses “sang” attestent un investissement traumatique de la pensée qui agit sur la qualité de la liaison affects-représentations.

Des refus sont enregistrés à l’épreuve de choix, par le rejet des planches qui invoquent des réponses “sang” (Élonie, épreuve de choix). Comme si leur présentation provoquait le gel des mouvements pulsionnels. Les réponses sont produites sans gros effort d’élaboration. Comme si le déploiement de la pensée était gelé face à ces planches. Quand bien même la pensée semble déployée, la violence des mouvements destructeurs et l’intensité des charges pulsionnelles peinent à être contenues dans une activité de penser secondarisée. Seul le protocole de Fernand ne propose pas de réponses sang, mais l’investissement traumatique de la pensée y reste également présent.

Au TAT, le processus créatif est entravé par l’émergence d’une pulsionnalité destructrice consécutive à des attaques agressives qui inhibent l’activité de liaison de la pensée. C’est cette pulsionnalité destructrice qui ouvre aux représentations une voie à l’expression affranchissante et imagée repérable par certains éléments prélevés des protocoles. Je citerai l’exemple du rejet des planches qui provoquent l’agressivité et la destructivité chez Élonie, le rejet de toutes les planches à l’épreuve de choix + au TAT “*Je déteste toutes les planches*” (Élonie, épreuve de choix – au TAT), “*Parce que je n’aime aucune...elles sont toutes moches*” (Aude, épreuve de choix + au TAT), Fernand, refus “*Un papier blanc (tourne la planche) avec 16 écrit derrière (retourne la planche). Donc rien à raconter comme histoire. (Silence ++)*” (Fernand, pl.16).

La qualité de la production et de la verbalisation produites dans les protocoles est généralement fragile, même si le langage est relativement assez bien investi. Le cadre perceptif semble être assez bien investi dans sa dimension d’appui sur la réalité. Les réponses élaborées sont produites en quantité suffisante comme le témoigne la forte présence des réponses globales dans les protocoles. Mais elles se présentent parfois comme un refuge contre l’envahissement

défensif. Les craquées verbales et les dérapages syntaxiques sont récurrents “ *là l'autre deux visages...* “ (Fernand, pl. VII), “ *Le fou a des cheveux bouillonnés* “ (Fernand, pl. X) “ *sans un chasseur qui veulent tirer sur la chauve-souris...* “ (épreuve de choix +), “ *les têtes explosées de sang...* “ (Ahmed, pl. II), “ *Deux mains qui portaient l'assiette avaient le sang sur eux...et a collé sur l'assiette...* “ (Ahmed, pl. III), “ *C'est un épée de combat...* “ (Ahmed, pl. VI), “ *le sang caché sous les herbes verts...Deux vampires sont en bas des herbes là et boit le sang qui coule* “ (Ahmed, pl. IX), “ *Les araignées le mangent la tête et le sang coule. C'est pour le faire souffrir...la torture. Jusqu'à ce que il va mourir avec la souffrance* “ (Ahmed, pl. X). “ *je décris ce que je vois ou alors j'imagine ce que je réfléchis* “ (Bella, pl. I). La rigidité psychique est mise en évidence et se répercute sur la qualité de la mise en jeu personnelle de la pensée dans la construction des réponses très peu variées.

Bien que les réponses élaborées soient quantitativement suffisantes, leur qualité est menaçante et la productivité globale faible. Ce qui atteste l'inhibition de l'espace imaginaire. L'appréhension perceptive du matériel est généralement peu variée. Les réponses G et D sont majoritaires dans tous les protocoles. Ceci est beaucoup plus marqué dans les protocoles d'Ahmed et Fernand dont la présence des fragilités dans le déploiement de l'enchaînement projectif témoigne la discontinuité de la chaîne associative “ *c'est un épée de combat...dans son sac et dans la porte secrète...avec le coran et les écritures floues* “ *c'est bizarre ça...Hum !* “ (Ahmed, pl. VI). “ *Deux araignées grimpent sur la tête de quelqu'un qu'on a percé ses yeux. Les araignées le mangent la tête et le sang coule* “ (Ahmed, pl. X) et à l'enquête, la représentation d'araignée se télescope à celle des crabes. La réponse produite à la planche II est “ *Deux gens qui se piquent les couteaux* “, puis il y a discontinuité associative à l'enquête. “ *Deux pieds coupés, les grosses blessures, (montrant ses cicatrices) les têtes explosées de sang...* “ (Ahmed, Enquête pl. II).

La confusion de fonction est présente “ *les poils pour voler* “ et tantôt la chauve-souris vole, tantôt elle est en train d'atterrir. La qualité du contenu du discours, en occurrence la qualité et l'étendue du vocabulaire, le déploiement du champ sémantique et la forme du discours, présentent des fragilités. En effet, même si certains sujets aménagent assez bien le traitement du percept au Rorschach et la qualité de l'articulation qui s'opère dans le langage entre réalité externe et réalité interne (Mérine, Élonie, Aude, Aïcha), on observe quelques fragilités dans d'autres protocoles (Ahmed, Aïcha, Fernand). Le discours est parfois vacillant et très peu structuré. Par exemple la réponse donnée par Fernand à la planche V est “ *C'est une petite chauve-souris...elle vole sur un ciel les ailes ouvertes...* “. Mais à l'enquête, il vacille dans l'étayage de sa réponse “ *Les oreilles de souris et les plumes d'oiseau ici...les poils pour*

voler...elle est en train d'atterrir " (Fernand, pl. V). Le dérapage dans la détermination de la fonction des poils "*les poils pour voler*" est marqué tout comme à la planche VII où il passe d'une confusion entre une face et deux visages, alors que la réponse initialement produite identifiait deux faces. "*Ici c'est une face...et là l'autre deux visages*". (Ahmed, Pl. VII). La qualité de l'étendue du vocabulaire et le déploiement du champ sémantique sont démunis et peu variés. Les mêmes thématiques de persécution, d'agressivité et de destructivité sont récurrents, mais ne sont pas véritablement élaborées. Elles sont à peine amorcées, puis contournées ou évitées. Elles sont dévoilées à travers l'utilisation des verbes déchirer, agresser, combattre, se piquer, être ligoté, maltraiter, s'attaquer.

Au TAT, Les protocoles sont relativement bien investis et la productivité plus ou moins dense. Les histoires sont relativement courtes, avec des temps de latences longs (CI-1) à certaines planches. Tous les sujets sont assez bien impliqués et coopératifs. Ils posent parfois des questions pour rechercher l'étayage de leurs récits (CM-1). Le recours aux procédés rigides s'inscrit dans cette logique défensive de mise à distance par étayage sur la réalité externe. Dans certains cas, l'éprouvé dépressif est inscrit dans des scénarios fantasmatiques peu ou prou élaborés tandis qu'il est absent dans d'autres cas. Certains aménagements défensifs s'associent pour tenter de contenir les mouvements pulsionnels parfois à peine amorcés. Les mises en scène interpersonnelles sont régulières. Les mouvements identificatoires abritent des charges agressives qui ensevelissent les sujets dans le gouffre de l'angoisse de perte d'amour. La fragilité dépressive est gravée dans un environnement œdipien de perte d'objet. Les aménagements antidépressifs sont composés d'une alliance de défenses narcissiques et labiles, dont l'éventail des défenses de dramatisation, de l'hyperlabilité identificatoire, de l'érotisation intense des relations viennent témoigner d'une fragilité.

La qualité des processus de pensée ne permet pas la prise en charge de la problématique œdipienne. En effet, les imagos parentales sont très peu investies et la symbolisation du masculin et du féminin ne s'opère pas aux planches IV et VII. Même lorsqu'il y a des tentatives dans certains rares cas "*Deux femmes*" (Planche III), "*Une fleur*" (Fernand, pl. IV), "*ailles ouvertes*" (Fernand, pl. V), elles présentent des fragilités car les identifications sont difficiles à prendre en charge et échouent par l'absence de réponse sexuée et l'anonymat sexuel des personnages évoqués "*Là c'est deux faces de personnes*" (Fernand, pl. VII.)

À propos des kinesthésies, leur hyperproduction marque l'excitation de la pensée consécutive à une massive vitalité pulsionnelle. Elles reflètent le repli des sujets dans l'imaginaire.

La sidération marque donc tous les protocoles et court-circuite les processus de pensée. En effet, les réponses “sang” et un choc graduellement orienté vers un mode traumatique sidérant la pensée jalonnent tous les protocoles.

Au TAT, les réponses produites aux planches 1 et 13B dévoilent la fragilité à construire un support identificatoire solide à cause des blessures narcissiques. Les sujets présentent des difficultés à établir une représentation de personnages unifiés face à un objet dont l’intégralité est menacée. Les sujets essaient en vain de lutter contre le vide consécutif à la fragilité de l’investissement de la représentation de soi par un recours important aux procédés E (Ahmed, pl. 1 et 13B, Mérine, 13B, Aïcha, pl. 1). La majorité des planches provoquent des attaques pulsionnelles destructrices massives qui constituent une menace à l’investissement narcissique de la représentation de soi. Les récits mettent essentiellement l’accent sur l’éprouvé subjectif et sur les références personnelles. Ils sont largement dominés par les procédés de la série C nommés “*évitement du conflit*” à l’intérieur desquels dominent également les procédés CF et CM-1.

D’entrée de jeu, la recherche d’un soubassement pour la représentation aux récits provoque la recherche d’étayage traduite par l’appel régulier au clinicien “*C’est toujours comme l’autre ? Je dis toujours à quoi je pense ou alors comment je me sens quand je vois l’image ou alors j’imagine n’importe quelle histoire ? Et si c’est des histoires tristes...je raconte toujours ?*”, “*Je fais toujours la même chose que dans les autres photos ? J’imagine aussi ?* (Aïcha, pl. 4), “*Mais là vous vous êtes trompés. N’est pas ? Ou alors ?*” (Aïcha, pl. 16), “*Dite moi, heu monsieur... (Me regarde ...puis silence ++) ...heu vous me regardez seulement ? Qu’est ce qui peut faire fuir un homme comme ça en vitesse ? (Rire)* (Bella, pl. 4), “*Je dis une histoire qui se passe derrière l’image ? Si je réponds tu vas faire quelque chose pour moi ?*” (Ahmed, pl. 1). L’attachement aux détails narcissiques est marqué dans les protocoles, comme le témoigne la présence du procédé CN-2 dit “*détails narcissiques-idéalisation de la représentation de soi et/ou de la représentation de l’objet*”. D’ailleurs la présence de ce procédé dans le protocole, en sus du CN-1, CN-3, CN-4, CL-2 peut témoigner la difficulté à rassembler et à stabiliser l’unité identitaire. Au cours des récits, les représentations des personnages sont essentiellement dévalorisées “*des gens qui ne sont pas sérieux*” (Bella, pl. 1), “*un père qui est méchant*” (Fernand, pl. 7BM) ou définies par des représentations morbides “*Une fille est couchée et peut être morte*” (Bella, pl. 3BM), “*toute la famille est morte*” (Ahmed, pl. 2), “*Une personne triste*” (Aïcha, pl. 3BM) avec un attachement aux détails et aux défenses narcissiques “*un musclé combattant*” (Ahmed, pl.2).

La capacité à identifier les personnages, à établir leurs repères sexués, à différencier leurs rôles et leur identité sexuée est assez bien établie à certaines planches de certains protocoles. *“des filles...un musclé combattant“* (Planche II), *“La mère des deux filles“* (Planche 3BM), *“un homme...ses enfants...sa femme“* (Planche 4), *“une maman...ses enfants“* (planche 5), *“la grand-mère...ses petits-enfants“* (Planche 6BM), *“deux grands hommes“* (Planche 7BM), *“Un enfant...son papa“* (Planche 8BM), *“un papa...sa femme“* (Planche 10), *“un garçon“* (Planche 11) (Aïcha, Mérine, Ahmed, Aude). Mais elle présente soit des fragilités ou alors des court-circuitages des repères identitaires. J’y reviendrai en profondeur dans la partie consacrée au traitement de l’invivance objectale, en l’occurrence les angoisses identitaires. La confrontation à l’immaturité infantile à la planche 1 occasionne une blessure narcissique que les sujets n’arrivent pas à dépasser bien que les projets identificatoires soient amorcés.

Au TAT, le procédé CL encore appelé *“instabilité des limites“*, et particulièrement le CL-2 encore nommé *“appui sur le percept et/ou le sensoriel“* est généralement présent, ainsi que l’insistance sur les limites/les contours et sur les qualités sensorielles (CN-4). L’investissement du personnage central du récit ou héro *“fille“* (Aïcha, Bella, Mérine, Élonie) ou *“des filles“* (Ahmed) transparaît comme une mise en scène d’une représentation des sujets eux-mêmes (CN-1). L’utilisation de ce procédé peut être induit par le mécanisme d’identification projective qui, dans les protocoles est tantôt d’ordre spéculaire *“Et devant une jeune fille, un peu de mon âge“* (Mérine, pl. 2) *“Mais demain, l’île là sera un bon endroit hein...tranquille où je peux vivre tranquille... J’aimerais aller vivre dans une île comme ça...“* (Ahmed, pl. 16), tantôt d’ordre complémentaire *“Pendant qu’eux sont heureux de ce qu’ils font, leur fille va tristement à l’école avec des livres en main. Ça se voit qu’elle n’est pas accompagnée à l’école par ses parents, ni par la voiture et elle se débrouille seule...heu à la marche à pied“* (Aïcha, pl. 2). Les sujets se projettent dans le matériel projectif qui donne forme à leurs récits dans lesquels ils prendraient soit la place du personnage central précarisé, dévalorisé et persécuté, soit rapprocheraient les comportements des personnages des planches à ceux de leur propre entourage (vu-vécu).

Au TAT, les histoires racontées sont essentiellement chargées d’assauts pulsionnels destructeurs (E2-3) dont la force et l’intensité d’effraction constitue une menace par rapport au fantasme narcissique. Les sujets sont capables de mettre en exergue la dangerosité des limites extérieures et la violence des mouvements pulsionnels que les assises narcissiques fragiles ne peuvent contenir (Aïcha, Mérine, Aude, pl.13B). Ils s’appuient essentiellement sur la réalité externe témoin d’un collapsus des instances et d’une confusion dans la délimitation des frontières dedans/dehors. L’accrochage aux limites extérieures (CF-1) bascule régulièrement

sur des mouvements persécuteurs (E2-2) témoin d'une atteinte des limites. Les processus psychologiques sont investis dans un but de contenir la pulsion destructrice et les préoccupations narcissiques. Tout comme au Rorschach, le traitement du blanc provoque une effraction aux planches du TAT. En effet à la planche 16, la majorité des sujets peinent à dégager clairement une figure d'un fond blanc ou à construire clairement une histoire à partir du fond blanc de la planche et par conséquent, à dégager un contenant " *Un papier blanc (tourne la planche) avec 16 écrit derrière (retourne la planche). Donc rien à raconter comme histoire. (Silence ++)* " (Fernand), " *Mais là vous vous êtes trompés. C'est un vide. C'est une page vide et stérile sans rien dessus. Pas de maison, pas d'animaux, pas d'homme, pas de forêt, c'est difficile de dire une histoire là-dessus. N'est pas ? Ou alors ?* " (Aïcha), " *Mais là le papier est vide ! (Retourne la planche) là aussi il faut dire quelque chose ?* (Aude)

Au TAT, la présence des procédés A2-4, B1-1, B2-4 aux protocoles certifie l'existence d'une dynamique relationnelle conflictuelle. Les représentations des conflits s'incarnent dans un registre intrapsychique soit sur le mode intra personnel " *Il réfléchit ce qu'il va faire avec son arme qu'on lui a forcé à lui donner... Il se demande dans son cœur s'il doit toucher à ça et utiliser ?* " (Ahmed, pl. 1), ou alors sur le mode interpersonnel " *Deux personnes se disputent et s'insultent... se violentent (B2-4) (silence+++)* en tout cas c'est l'histoire d'un conflit entre deux personnes " (Mérine, pl. 4). La mise en relation des personnages s'effectue souvent sous le mode intrusif, " *Elle a surement subi des choses violentes par ses parents* " (Mérine, pl. 3BM), persécuteur " *La mère vient dans la chambre de sa fille. Elle vient surveiller...contrôler* " " *Une vieille femme vient ouvrir la porte de la chambre de la petite fille, pour surveiller tout ce qu'elle fait, pour contrôler tout ce qu'elle fait* " (Bella, pl.5, Aïcha, pl. 5, Ahmed, pl. 5, 12BG), et destructeur " *C'est un enfant qui vient d'égorger son papa* " (Ahmed, pl. 8BM).

L'agressivité, la persécution et la destructivité massives qui modulent les liens inter personnels aux récits, nous font penser à un fonctionnement obsessionnel.

La présence des procédés B-1 qui témoignent l'investissement de la relation et B-2 de la dramatisation attestent l'existence des problématiques de surinvestissement libidinal de la relation. La réalité externe est surinvestie pour tenter de contenir les défenses et remédier à la fragilité des objets internes, car la charge massive des angoisses de perte, d'abandon, d'effondrement et de deuil implique des risques de débordement pulsionnels par défaut d'objet secourable.

Les mouvements dépressifs sont récurrents, mais restent insurmontables face à la surdité de l'entourage. Le mode relationnel avec les parents est paradoxal car soit caractérisé par des liens de dépendance, soit conflictuel (pl. 4), soit abandonnant et maltraitant (planches 5, 6GF)

ou enfin confusionnant (planche 10) dans une planche qui, en principe n'appelle pas de différence de génération.

Au TAT, les récits sont relativement bien construits et peu ou prou élaborés. Les affects sont reconnus, verbalisés et mis en tableau à travers le corps (CN-3). La capacité à contenir les excitations pulsionnelles présente des fragilités consécutives aux projections agressives et destructrices massives, qui contribuent de ce fait à court-circuiter les capacités de mentalisation-symbolisation de certains sujets (Fernand, Ahmed). La tendance générale est à l'investissement narcissique comme le témoigne la dominance des procédés CN. Le mouvement libidinal mis en jeu provoque un débordement d'affects exprimés à travers le corps (CN-3) et difficilement contrôlables. Le processus créatif du récit semble être gêné par l'accrochage à la réalité externe et la massivité des mouvements pulsionnels destructeurs, qui à leur tour fragilisent le travail de liaison de la pensée. La tendance à la rigidité des récits et le maniement des procédés attestent une mauvaise qualité de la liaison affect-représentation d'une part et l'impossible dégagement de l'envahissement traumatique d'autre part. (Fernand, Ahmed, pl. 3BM). Les histoires construites sont relativement bien élaborées à certaines planches ou alors projetées sur le vécu des sujets comme je l'ai précédemment dit. En effet, elles sont plus rabattues sur leurs propres histoires ou leurs propres expériences que sur la mobilisation de l'imaginaire sensée être provoquée par le matériel projectif. Dès lors, l'émergence des processus primaires (E) marquent des protocoles à caractère maniaque et aboutit parfois à des histoires construites sur la base des discours altérés par des troubles de la syntaxe et des craquées verbales (E4-1). Même quand les conflits sont mis en scène et les affects exprimés (B1-3) les histoires sont dramatisées (B2) pleines de rebondissements (B2-1) et de représentations d'actions associées à des états émotionnels de peur, de catastrophe, de vertige (B2-4). L'envahissement traumatique précarise la capacité de mise en représentation des conflits comme le témoigne le recours massif aux procédés C "Évitement du conflit". La forme du discours semble lutter contre la déstabilisation psychique qui aiguillonne les sujets dès que le conflit entre en scène. Leurs discours deviennent labiles, parsemés de craquées verbales (E4-1) avec une absence d'évocation de la triangulation œdipienne (E1-1) et un flou (E3-1) dans la mise en scène des personnages (planches 2). Aux planches peu structurées, la 16 en l'occurrence, les histoires sont davantage peu élaborées et très peu créatives. Le mode de construction des récits témoigne un gel des affects et représentations face à la sollicitation latente du matériel projectif. On observe un adossement sur les limites, les contours et sur les qualités sensorielles sans parvenir à mettre en place un véritable récit dont l'inhibition semble être opérée par le silence intra récit important (CI-1). L'adossement sur les qualités sensorielles constitue pour eux, la béquille d'une pensée gelée

par des fantasmes angoissants provoqués par la perception des planches. Cette béquille permet en plus de soutenir la pensée, de la dégager partiellement de l'embourbement. Malgré cela, les récits ne parviennent malheureusement pas à se déployer dans des histoires totalement bien construites et créatives. La qualité de l'articulation de la pensée qui permet d'opérer le langage entre réalité externe et réalité interne semble cristallisée " *Un papier blanc (CN-4) (tourne la planche) avec 16 écrit derrière (puis la retourne). Donc rien à raconter comme histoire. (Silence ++)* (CI-1) " (Fernand, pl.16), " *La fin des temps et tout a été dévasté* " (B2-4) (Bella, pl. 16), (Retourne la planche pour regarder au verso... la retourne à nouveau...me regarde). " *C'est une erreur ou quoi ? (CM-1) C'est une histoire du vide dans laquelle tout est blanc (CL-2), tout a été détruit (E1-4), et c'est...le vide total...ou le blanc total... C'est intéressant ce que je viens d'imaginer hein ? (Rire)* "(CM-1) (Mérine, pl. 16).

La présence du procédé CF-1 témoigne d'un accrochage au factuel au détriment de l'engagement dans l'imaginaire, même si la stature réflexive n'est pas complètement manquante. L'adjonction du CF-1 au CI-1 témoigne la présence des défenses échouant qui fragilisent le processus de symbolisation.

A la planche 7BM, la confrontation des sujets à une situation relationnelle aboutit tantôt à la figuration du traumatisme sexuelle témoignée souvent par un récit bref, factuel et contourné en appui sur des détails narcissiques (CN-2), avec un investissement fragile de l'identité sexuée. Les liens entre les personnages sont parfois superficiels, référés au sens commun et à la morale (A1-3). Les affects forts ou exagérés sont déniés et l'évocation à minima du traumatisme sexuel est souvent voilée ou déviée dans un mouvement identificatoire projectif, comme si les sujets s'y appuyaient pour essayer de mettre en jeu le traumatisme non élaboré (Fernand, pl.7BM, Ahmed, pl. 8BM). La capacité à mettre les conflits en représentations est fragile. La représentation des conflits est amorcée sur un registre agressif et libidinal, mais dont l'expression est parfois massive et sans possibilité de déploiement.

En définitive, il y a de manière générale une légère absence de compromis entre le percept et les récits construits. L'aire de jeu transitionnelle est précaire et essentiellement truffée de projections destructrices massives difficile à contrôler, témoignant ainsi la fragilité de la capacité de mentalisation et symbolisation. On observe cependant un recours intéressant à l'imaginaire à travers l'introduction des personnages qui n'existent pas aux planches (Procédés B1-2) " *Des gens* " (Bella, pl. 1), " *Ces personnes* " (Bella, pl. 3), " *sa fille* " (Bella, pl.5), " *sa maman* " (Bella, pl.13B). Même à la planche dont le contenu manifeste est supposé présenter un paysage sans personnage "orphelins" (Aïcha, pl.12BG).

À la suite de cette synthèse intermédiaire, j'aimerais déterminer certains obstacles au bon déroulement de la présente recherche.

6.6.4-Écueil méthodologique

Certains écueils méthodologiques pourraient participer à fragiliser la validité et la fiabilité des résultats de la présente recherche si je n'en lève l'équivoque. Premièrement, la recherche a été réalisée sur une population réduite d'adolescents victimes de violences sexuelles. Ce qui peut probablement engendrer un biais dans la représentativité, au regard de l'importance des violences sexuelles dans la société camerounaise. Ensuite, la population camerounaise compte plus de 250 groupes ethniques dont la prise en compte serait un atout dans la sélection des cas. Faut-il en tenir compte, une étude sur les 7 cas retenues n'offrirait donc pas une référence ethnique suffisante pour la population adolescente camerounaise, et ne compenserait pas l'insuffisance voire les analyses statistiques souvent restreintes des études sur les violences sexuelles au Cameroun. En parlant de groupe ethnique, un biais méthodologique pourrait d'une part, concerner l'articulation entre le psychisme individuel de l'adolescent africain et sa culture au regard de l'impact de l'environnement socioculturel sur son vécu des violences sexuelles et sur les tests projectifs conçus dans une autre culture. Je me suis donc posé quelques questions : comment prendre en compte l'impact des cultures aussi bien dans l'interprétation que la méthode ? La référence aux normes culturelles locales suffit-elle pour prendre en compte les effets de la culture ? Ne faudrait-il pas créer de nouveaux outils projectifs et réajuster des dispositifs pour répondre adéquatement aux questions relatives à l'articulation entre le psychisme individuel et sa culture dans l'utilisation des tests projectifs ?

Pour terminer mon propos sur les biais méthodologiques, l'introduction des épreuves projectives au cours des entretiens de consultation clinique d'investigation est parfois apparue comme une tentative de défigurer la clinique et par conséquent, une tentative d'asservir les victimes aux contraintes de la recherche clinique. En d'autres termes, le fait de contraindre les victimes à passer les épreuves projectives à des fins de recherche alors que les données des entretiens cliniques d'investigation suffiraient parfois seules pour établir un diagnostic et faire un soutien psychologique m'a semblé parfois se présenter à leur perception comme une contrainte, pouvant rappeler celle de l'agresseur. En effet, je me suis confronté à des questionnements des victimes du genre *“est-ce que je suis obligé de répondre ? Suis-je obligé de dire et faire ce que vous me demandez sur ces images-là ?”* et ma réponse *“Vous êtes libres d'accepter ou non si vous voulez que vos données participent à aider d'autres victimes de violences sexuelles et à y mettre fin”* pouvait apparaître comme une contrainte qui pourrait donc

contribuer au remaniement traumatique chez les victimes et rappeler la contrainte imposée à elles par l'agresseur. Ce qui ouvre une réflexion sur les enjeux transférentiels et contre-transférentiels mis en jeu au cours de la passation des épreuves projectives car elles apparaissaient dans une certaine mesure comme une tendance à asservir les victimes comme lors des violences sexuelles subies. Les victimes peuvent donc vivre la même contrainte que leur a imposé leur agresseur au moment des violences sexuelles et produire un transfert négatif aux tests. Car dès lors, le comportement du clinicien se rapprocherait à celui de l'auteur des violences sexuelles.

Cependant, même s'il est vrai qu'une part de vérité se dégage de ce précédent postulat, il n'en demeure également pas moins qu'une telle perspective reste très limitée au regard de l'apport indéniable des épreuves projectives dans l'exploration de la dynamique du fonctionnement psychique des victimes de violences sexuelles.

**TROISIÈME PARTIE : DISCUSSION DES
RÉSULTATS DE LA RECHERCHE**

CHAPITRE 7 : ÉPILOGUE SUR LES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

A l'issue de mes précédentes analyses théoriques, thématiques de la littérature, de l'encrage méthodologique et de l'analyse synthétique des protocoles des 7 adolescents victimes de violences sexuelles, c'est maintenant le lieu de discuter et de développer des connaissances autour des principaux points dégagés. Dernière étape du présent travail, la discussion me permet de réexaminer les analyses précédentes et la manière dont celles-ci ont été croisées avec l'approche méthodologique choisie. L'objectif finale étant d'arriver à comprendre le fonctionnement psychique des adolescents victimes de violences sexuelles au Cameroun et situer chacun des sujets par rapport aux autres en tenant compte de leur fonctionnement psychique spécifique face à la souffrance consécutive aux violences sexuelles subies, dans un environnement écrasé par le poids du tabou.

De manière générale, trois thématiques majeures émergent à l'issue de l'analyse méthodologique des données projectives et des entretiens, fussent-ils des entretiens d'investigation non structurés : La première concerne la problématique des effets traumatiques avec toute la dimension de désymbolisation, que j'ai désignée *effets traumatique et désymbolisation : Vu-vécu*. La deuxième concerne la désorganisation psychique présente chez les adolescents à travers la question des émergences psychotiques. Je l'ai nommée *désorganisation psychique et émergences psychotiques*. La dernière est une analyse de la manière dont les violences sexuelles subies viennent impacter et participer au processus adolescent. Je l'ai appelée *violences sexuelles subies et impact sur le processus adolescent*.

Je ferai également un détour transculturel pour *analyser l'impact du tabou et ses conséquences sur les manifestations de la sexualité dans le corps à corps adolescent* à l'issue duquel je proposerai une conceptualisation.

7.1-Effets traumatiques et désymbolisation : le vu-vécu

La première partie de la discussion portera essentiellement sur le repérage dans les protocoles projectifs et entretiens cliniques, des éléments saillants qui témoignent des effets traumatiques et désymbolisation et leur mise en relation. D'entrée de jeu, les traces du vécu traumatique subjectif sont repérables dans les fragments d'entretiens cliniques et dans les protocoles projectifs des 7 adolescents victimes de violences sexuelles, à travers l'échec du processus de symbolisation encore appelé la désymbolisation. En effet, les protocoles dévoilent une expérience traumatique caractérisée par une impossibilité à traiter le trop plein d'excitations consécutifs à l'événement qui a fait effraction à la vie psychique des sujets, en l'occurrence les violences sexuelles. C'est ce qui se dégage des fragments d'entretiens suivants : *“Je vis un véritable enfer en famille que je n'arrive pas à comprendre depuis que j'ai été victime d'agression et que ma fille est née, à la suite de cet horrible événement. Depuis cette période, ma vie a basculé et a davantage changé. J'ai cessé d'être comme j'étais avant et tout le monde se moque de moi et me regarde...”*. (Bella). *“Je me masturbais en France et même mes agressions sexuelles ne me posaient pas de problèmes d'insomnie, de cauchemars. Mais depuis que je suis rentrée au Cameroun et que Mamie me traumatise avec ses histoires de test pour savoir si je suis encore vierge, j'ai commencé à avoir honte de moi, à revivre ce que j'ai vécu en France pendant que je suis éveillée, à sursauter comme si quelque chose allait m'arriver et à me rendre responsable de tout cela”* (Aïcha) ; *“...Une peur intense me gagnait ; j'avais peur du noir, peur de la foule, peur de ne plus être moi et d'avoir perdu tout ce que j'avais de bien. Je ne me sentais plus humaine, mais animale...”* (Aude)

A côté de cela, j'ai observé au cours de mes interventions cliniques que l'exacerbation du poids du tabou sexuel dans la culture traditionnelle camerounaise concourt à mettre en faillite le secours de l'adulte. J'en suis arrivé à formuler l'hypothèse que, étant donné la puissance du tabou qui entoure les violences sexuelles au sein de la population camerounaise (même s'il est vrai qu'il est universel mais peu marqué dans certaines cultures), il n'y a pas pour les victimes ce que je pourrai appeler *“méta cadre”* (R. Kaës, 1989) leur permettant de donner sens à ce qu'elles vivent. Et s'il n'y a pas un cadre symbolique dans lequel les violences sexuelles dans la famille peuvent être pensées car le tabou écrase toute possibilité de donner un cadre de pensée, alors ce sentiment d'abandon, je dirai même de redoutable étrangeté de lâchage, contribue à la crainte de l'effondrement dans le sens des développements théoriques proposés précédemment : *“là où quelque chose aurait dû se passer pour l'enfant, c'est le rien dont il a fait l'expérience”* (Winnicott, 1989) ou *“le noyau froid du traumatisme”* (Janin, 1996).

Cela est également proche des développements théoriques sur le défaut de contenance familiale que j'ai développée précédemment en m'appuyant sur la théorie de W.-R. Bion (1962) et D. Anzieu (1995) selon laquelle, les familles des adolescentes témoignent d'un défaut de contenance car incapables d'accueillir et de symboliser le vécu singulier de l'adolescent. Cette faillite de contenance au sein de la famille fragiliserait la capacité des adolescents à établir des repères face aux changements physiques et psychiques lié au processus adolescent d'une part, et face aux violences sexuelles subies d'autre part. Par exemple les familles d'Aude, d'Aïcha et de Mérine tentent de contenir la souffrance du lien familial, mais ne disposeraient pas d'un cadre symbolique dans lequel les violences sexuelles peuvent être pensées en famille, le cadre de pensée est essentiellement écrasé par la puissance de tabou. C'est ce qui explique le fait que, au lieu plutôt de me dévoiler les violences sexuelles subies par Mérine, son papa met en avant la baisse du rendement scolaire comme motif de consultation. Il évite ainsi de parler *“des choses de sexe”*. *“Elle n'est d'ailleurs pas encore majeure pour parler de ces choses-là”*. Il en est de même de la belle-mère qui réprimande Mérine lorsqu'elle lui confie avoir été victime de violences sexuelles par son mari *“hein... elle ne m'a pas crue quand je lui ai dit que papa me fait des mauvaises choses quand il me lave... C'est son attitude... comme si elle voulait me faire du mal... comme si elle fait ça pour me faire du mal...”* (Mérine). C'est également le cas de la famille d'Aude où tout le monde est au courant des violences sexuelles perpétrées par le papa, mais personne n'ose en parler *“chacun de nous se reprochait de ne pouvoir aborder mon problème du viol par papa et à aucun moment, ce problème n'a jamais été abordé ni en famille, ni en dehors de la famille. Même maman qui était au courant n'avait jamais parlé de ça, ni avec nous, ni avec papa, encore moins avec quelqu'un de dehors. Tout le monde détourne son regard, fuit mon regard en me voyant.”* (Aude). C'est enfin le cas de la famille d'Aïcha dans laquelle la grand-mère affirme avoir été déçue lorsqu'à la venue de sa petite fille au Cameroun, elle aurait effectué un test de virginité, en lui introduisant un œuf dans le vagin. Sa surprise a été de très mauvais goût : *“ma fille avait été déshonorée, elle n'était plus vierge. Je l'ai gardé en secret, tout en lui faisant des potions traditionnelles pour reconstituer son hymen”*. Dans ces familles, les adolescentes victimes sont essentiellement la référence symptomatique de la maltraitance subie à l'enfance et chez qui les mouvements massifs de lutte contre la dépression en sont témoin. Dans ces familles en souffrance, ce qui recouvre l'impensable (les violences sexuelles perpétrées par le papa sur Aude, sur Mérine et sur Fernand) qui fait mal, ferait lien. Le silence serait utilisé comme moyen économique pour la problématique psychique de chacun, et chacun utiliserait le silence de l'autre comme moyen défensif pour dénier le pacte inconscient. En d'autres termes dans ces familles en souffrance et en défaillance de contenance,

chacun utiliserait l'autre comme moyen défensif, pour sauver sa peau et chacun modifierait ses règles internes afin d'assimiler des modes comportementaux nouveaux exigés par la loi du silence. Ce qui va dans le sens des développements théoriques de R. Kaës qui affirment que *“le pacte dénégatif maintient l'illusion que le lien déjoue la négativité radicale ; ce pacte soutient le lien par l'accord inconscient conclu entre ses sujets sur le refoulement, le déni ou le rejet des motions insoutenables motivées par le lien. Les effets d'un tel pacte peuvent contribuer à maintenir l'espace vide et l'indétermination nécessaire à la formation de la pensée ou contraindre la pensée à s'attaquer à elle-même ou à détruire certains aspects de la vie psychique chez les autres ou fétichiser le lien lui-même. “ (Kaës, 1989).*

En rapport avec les protocoles projectifs, les effets traumatiques et désymbolisation sont repérables dès les premières planches du Rorschach, par les empreintes d'atteinte de l'intégrité *“papillon noire et sale avec des ailes déchirées“ (Élonie pl. I), “Un rapace avec des ailes déchirées et un œil percé. “ (Mérine, pl. I) qui sont renouvelées aux réponses produites aux planches II *“chien...blessé“, III, VI, VIII et X. Le même constat se dégage des réponses produites aux planches I, II, IV, VI, VIII des protocoles de Mérine, d'Ahmed, de Bella, d'Aude, de Fernand et d'Aïcha. Ces derniers dévoilent une image du corps tantôt attaquée, tantôt blessée témoignée par la redondance de la blessure *“blessé, se blessent, se blessant“, ou tantôt des expressions se référant à ce qui est mortifère *“se tuant, tué, pourri, attaqué“. La défaillance de la représentation corporelle et l'incapacité des adolescents à s'investir par eux-mêmes est manifeste et la question de l'intégrité corporelle court donc le long des protocoles. Elle laisse entrevoir la fragilité à construire des représentations complètes et stables. Ces caractéristiques sont également repérables dans les fragments d'entretiens cliniques à travers les plaintes somatiques des sujets. Elles témoignent des troubles touchant la sphère génitale, la dyspareunie ou douleur provoquée par l'acte sexuel. *“Après ça, j'ai senti quelque chose comme un morceau de bois qui entrait dans mon vagin. La douleur était si forte que c'était comme si la chose même me coupait la respiration et traversait tout mon ventre... et me cognait à la nuque...m'étourdissait. A ce moment-là, je ne savais plus si j'étais encore en vie“ (Bella) ; *“Après ça...les minutes après ont été horribles pour moi. Je ne réalisais pas ce qui m'arrivait. La peur et la terreur de ce qu'il me faisait m'empêchait de me défendre ou de crier au secours. On dirait que j'avais perdu ma mémoire un moment, ainsi que la mobilité de mes pieds et mains... (Silence +++)* Pendant quelques minutes j'ai semblé me voir mourir, accablé par la douleur et l'étouffement. “ (Aude). À côté des plaintes somatiques, on observe chez certains sujets des actes autodestructeurs marqués attestant une mise en question du corps. *“ Et quand je me cache dans ma chambre et je me gifle, je me frappe ou je me blesse, je me sens un peu******

bien. Mais je suis sûre et certaine d'être encore vierge“ (Aïcha). C'est-ce qui est également observable chez Ahmed qui, au cours d'un entretien, s'enroule comme s'il évite le tir de l'ennemi et se frappe volontairement plusieurs coups de poing sur son menton.

Les effets traumatiques et désymbolisation sont aussi repérables à travers la fragilité à construire des représentations et la fragilité des sujets à s'investir par eux-mêmes. Il s'agit notamment de la qualité de mobilisation des réponses dites “*miroirs*“ qui renvoient au double ou à la symétrie “*Deux enfants face à face se regardent tristes, les mains ligotées au dos*“ (Mérine, planche VII). On observe que les planches II, III et VII dites bilatérales qui sollicitent un effet miroir ou double projettent une construction identitaire et identificatoire fragile. La symétrie est parfois massivement présente dans les protocoles. (Élonie, pl. VII, Mérine, pl. II, VII “*Deux éléphants qui se fendent les têtes avec leurs cornes*“, “*Deux enfants face à face se regarde tristes, les mains ligotées au dos*“, (Aude planche III, Ahmed planches I et VII, Aïcha Planches I, II, III, VII, VIII, IX, X et Enquête planche III, IV, VIII, Bella planche III). On observe ici deux catégories de réponses en lien avec la symétrie qui renvoient à des enjeux psychiques différents. La première correspond aux représentations qui se dédoublent et se redoublent de chaque côté de l'axe de symétrie pour témoigner chez les sujets des éprouvés peu représentables que ces perceptions en double viendraient tenter de combler. La deuxième catégorie de réponses de type “*miroir*“ où les sujets tenteraient de maintenir une continuité narcissique pour essayer d'anéantir l'altérité et la différence dans ces réponses. La quête d'une figure d'un double narcissique témoigne donc d'une représentation de soi par l'accrochage à la symétrie. C'est une modalité qui m'intéresse particulièrement au regard de mes précédents développements théoriques car, étant donné l'aspect symétrique des planches, la question du miroir vient interroger et dévoiler la fragilité dans la construction de l'image interne des sujets. C'est une fragilité à accéder à une dynamique relationnelle et un échec de la fonction organisatrice du miroir représentée par la mère dans la construction d'une image interne stable encore appelée “*défaillance réflexive*“. Ce qui va dans le sens des développement théoriques de Roman (2016 ; p.10), pour qui la référence massive à la symétrie semble constituer un “*auto-soutien subjectif*“ pour la construction de la représentation et la différenciation psychique. Cela va également dans le sens de la théorie de Winnicott sur la singularité de l'élaboration de l'état subjectif interne favorisée par la construction d'une image interne en référence à la fonction organisatrice du miroir de la mère pour l'enfant (Winnicott, 1971).

Dans mes précédents développements théoriques, je relevais que l'expérience du miroir est un processus d'élaboration du Moi consécutif à une perception plus unifiée de la mère par le

bébé et la reconnaissance de sa propre image. La reconnaissance de l'image de la mère dans le miroir dépend de la perception de ladite image dans la réalité. L'enfant ne se perçoit pas dans le miroir comme il se perçoit directement, il ne perçoit pas son propre corps dans le miroir comme lui-même se perçoit directement ou alors comme il est perçu en totalité par autrui. Je remarquais donc à l'issue des travaux de Winnicott que l'expérience du miroir a une fonction structurante dans le développement de la personnalité de l'enfant car il lui ouvre la voie à une prise de conscience de l'unité individuelle par le passage d'un corps morcelé à une image unifiée. De ce fait, l'expérience du miroir permet de mettre en place le processus affectif d'identification par une appropriation de son propre corps et une mise en place du "*je spéculaire*" en tant qu'assise de toutes les autres identifications. Cette expérience du miroir contribue également à la mise en place de la fonction narcissique fondamentale à la constitution d'un moi unifié et stable.

A côté de cette dernière analyse, j'aboutissais à l'idée que ce sont les changements physiques et psychiques provoqués par la puberté qui viennent occasionner une réappropriation de l'image du corps par l'adolescent et un bouleversement de l'image inconsciente du corps constituée dans l'enfance. On peut donc observer que les traumatismes pubertaires qui accompagnaient Mérine, Élonie, Ahmed, Aïcha, Fernand, Bella et Aude qui, jusque-là traitaient avec une certaine accalmie la question des violences sexuelles subies à l'enfance, viennent bouleverser la continuité d'être en provoquant une certaine déchirure dans leur représentation de soi, pour mettre en faillite leur identité subjective. *"Quand j'avais 8 ans, je jouais avec mon cousin ...cousin heu...X qui était plus grand que moi...il avait 18 ou 19 ans...il se couchait souvent sur moi et me faisait les choses des grands après avoir enlevé mes habits et mon caleçon. Mais ça ne me faisait pas beaucoup mal, parce que je ne savais pas ce que je faisais..."* (Bella). *"En France, je faisais des choses avec des garçons, ça m'amusait. Je n'étais pas en colère. C'était un jeu, même s'il était interdit. Entre 8 et 10 ans, j'ai été violée plusieurs fois par un voisin, le papa de notre amie X. Mais je ne l'ai jamais dit à personne et je ne me suis jamais sentie mal. C'est depuis que je suis rentrée ici, et que Mamie me fait certaines choses, que je me sens mal. Elle contrôle mon habillement, m'empêche de sortir seule ; elle est présente partout, dans la cuisine, au salon, dans ma chambre, elle me fait des choses pour savoir si je suis toujours vierge, et me dit que si je suis une infidèle de l'islam, je serai maudite, que j'ai commencé à avoir honte de moi, à avoir peur, à rester seule. Je me culpabilise que je ne devrais peut-être pas le faire. Elle me fait boire des écorces pour me soigner de tout cela"* (Aïcha). C'est donc du fait des mutations corporelles du corps infantile (ayant subi des violences

sexuelles) en corps sexué adulte remaniés dans des nouveaux enjeux de la sexualité génitale par eux que vient réarticuler l'expérience du miroir fragilisée dans la construction des représentations et l'investissement des sujets par eux-mêmes.

J'ai également repéré des traces traumatiques caractéristiques de l'organisation des sujets dans le choix d'objets ainsi que l'omniprésence d'éléments redondants consécutifs à une fixation du trauma. En effet, j'ai d'abord observé à la planche phallique IV du protocole de Mérine *“Un homme bizarre avec un long sexe qui touche le sol...son sexe a des épines...vraiment bizarre...”* (Mérine, pl. IV) qu'elle identifie un personnage masculin menaçant auquel elle adjoint un déterminant sexuel effrayant. Ce qui vient témoigner d'un aspect phallique pénétrant, voire destructeur et évocateur de l'agresseur comme en témoignent les fragments d'entretien clinique d'investigation des sujets à l'instar d'Élonie *“si tu pleures fort, les sorciers vont prendre ta voix et tu vas mourir”* (Agresseur d'Élonie) ou alors de Mérine *“...heu Il m'a menacé que si je prononce son nom...je vais le sentir...Il va me tuer avec son fusil...”* (Mérine à propos de son agresseur). Cette verbalisation dévoile que l'agresseur aurait muré les victimes dans un silence imposé lors des premières violences sexuelles à l'âge de 8 ans, pour certaines d'entre elles. Leur long silence au cours des premiers entretiens découlerait donc de ce comportement d'anéantissement et de terreur imposé par l'agresseur lors des passages à l'acte sexuel violent. Ce qui me fait penser à mes développements précédents sur la dynamique du traumatisme au cours desquels je disais qu'un black-out, un vide du trauma et la sidération surviennent lorsqu'une réaction de défense de la victime est empêchée par la force, la menace et la contrainte de l'agresseur. Ce serait donc une forme de court-circuit que l'appareil psychique déclencherait pour protéger l'organisme de la victime d'un survoltage consécutif à l'extrême afflux des excitations de l'agression. Ce vécu anesthésique ou dissociatif permettrait la survie psychique des sujets victimes de violences sexuelles. J'ai d'ailleurs observé une redondance perceptive du *“sang”* dans les protocoles, qui serait évocatrice de la destructivité de l'agresseur dont l'envahissement de la représentation serait sous-tendu par la compulsion de répétition *“le sang”* (Élonie pl. II, VIII, IX et enquête pl. X et Mérine pl. II, III, VIII). D'ailleurs il y a comme une insistance sur la volupté des objets masculin chez Mérine *“long sexe”* et chez Ahmed *“gros pénis, gros monstre”* qui vient mettre en évidence la présence dans les protocoles des traces traumatiques matérialisées avec une force percutante qui allouent aux productions une apparence parfois accablante. L'exacerbation des réponses kinesthésiques (5 kinesthésies sur 15 réponses et une kinesthésie d'objet) dont la qualité est essentiellement menaçante marque la dimension traumatique *“se fendent les têtes (Mérine, pl. I), “...fuiant la*

dangereuse appât pour ne pas mourir (Mérine, pl. II) “ et témoigne également d’une excitation pulsionnelle forte et d’un conflit entre pulsion et mécanisme de régulation narcissique. À des moments, les commentaires sont restreints et caractérisés par la mise en avant des images présentées avec très peu de verbalisation, mais proches des scènes de violences sexuelles vécues comme si chaque planche induisait une série de tableaux fixes. “...Des crabes et des insectes sauvages déchirent un sexe féminin tout saignant. On a peut-être agressé la fille et on lui a mis des herbes, des insectes et des trucs bizarres dans son ...vagin“ (secoue la tête et me remet la planche). C’est tout...j’ai fini“. (Élonie, pl. X). Ce qui élucide fondamentalement les problématiques de fonctionnement narcissique et les aménagements défensifs qui permettent de les examiner telles qu’élaborées par Chabert (1993) à propos des problématiques particulièrement mises à l’épreuve au cours de l’adolescence. Ces problématiques sont consécutives à la réorganisation de l’investissement de la représentation de soi et l’impact des représentations de relations. En effet, l’unité narcissique chez les sujets a premièrement été fragilisée par les modifications de l’image du corps consécutives à l’adolescence. À cela se sont ajoutées les attaques fortes des mouvements pulsionnels et l’immense sensibilité des objets auxquels ces mouvements s’attachent par le remaniement des violences sexuelles subies à l’enfance. C’est-ce qu’attestent le flou et l’incertitude des réponses proposées aux planches I, IV, V, VI et IX, qui viennent également témoigner du flou qui caractérise leur identité. De ce fait, ma conclusion va dans le sens des propositions théoriques de Chabert développées précédemment selon lesquelles, la représentation de soi bien constituée repose d’abord sur la capacité à avoir une image du corps bien identifiée “Par ces métaphores corporelles, le sujet témoigne de la reconnaissance qu’il se donne d’un espace psychique propre, d’un monde interne éprouvé comme tel, c’est-à-dire comme réalité personnelle et privée“ (Chabert, 2013 ; p.49).

Au TAT, les traces traumatiques et la désymbolisation sont témoignées par les problématiques de l’attaque de l’intégrité de la représentation de soi, repérables dès la première réponse produite à la première planche et qui fait référence à une guitare cassée “...regarde une guitare cassée“ (Élonie et Aude pl.1). On observe un recours aux procédés d’évitement des conflits plus ou moins importants sollicités par les planches et des affects essentiellement évités ou mis à distance. Les histoires construites sont essentiellement décalées des problématiques des planches et proches du vécu subjectif. Ce que Roman nomme “*le vu-vécu*“. Le fait que les sujets proposent des récits calqués sur leurs histoires personnelles vient attester d’une défaillance des compétences élaboratrices et d’un accrochage aux percepts dont l’aspect

descriptif des réponses semble venir substituer le travail de symbolisation. (S'assied bien dans son fauteuil, dépose la planche sur la table et me regarde...). *“C'est une histoire triste d'une fille qui a des problèmes et qui pleure sur son sort. Elle a sûrement subi des choses violentes par ses parents... (Secoue la tête pour désapprouver...)”* (Mérine, planche 3BM). *“...C'est l'histoire d'un enfant avec des yeux bien gonflés et des blessures. Il réfléchit ce qu'il va faire avec son arme qu'on lui a forcé à lui donner. (Silence ++) Il n'a pas envie de ça, mais on le force de prendre ça... Il se demande dans son cœur s'il doit toucher à ça et utiliser ? Heu mais comme on le force, il va prendre même s'il ne veut pas, il est obligé”* (Ahmed, pl. 1). On observe que l'histoire construite à la planche 1 est décalée de la problématique de la planche et se centre essentiellement sur les histoires de torture, de guerre et d'armes vues-vécues au cours de sa période de captivité au camp d'entraînement de Boko Haram.

Les protocoles permettent également le repérage des traces traumatiques de *“catastrophes de symbolisation”* qui attestent la prépondérance de l'investissement perceptif-sensoriel. J'y reviendrai en profondeur dans mon développement suivant. En effet, Mérine tente de construire un stimulus en exploitant la préhension perceptive sensorielle lorsqu'elle est confrontée à l'une des planches (planche 11) les moins figuratives du TAT *“Cette image me rappelle quelque chose de dramatique que j'ai vécue... (silence +++) Beaucoup de choses m'entouraient pour voir si je pouvais encore respirer. On voit que c'est dehors... (silence +++) dehors que ça se passe. Des rochers tombaient à l'entrée d'une forteresse.”* (Mérine, planche 11). Elle accorde l'importance à la construction et la délimitation de l'espace *“On voit que c'est dehors”* sur une base qui permet d'émettre l'hypothèse d'une hallucination *“cette image me rappelle quelque chose de dramatique que j'ai vécue”*. Dans certains cas, les identifications des personnages représentés sur les planches sont parfois en place. Dans d'autres cas la confusion dans l'identification des personnages, de leur rôle et de leur identité sexuée est marquée. Leur mise en relation est essentiellement conflictuelle et investie sous un mode violent et destructeur. La confrontation aux conflits provoque également une angoisse forte et oblige les sujets à mobiliser des défenses nécessaires à leur éviter de solliciter des conflits. Ce qui témoigne la fragilité des capacités à entrer dans un processus élaboratif et à mettre en sens les conflits psychiques dans leur mode de fonctionnement et donc d'une certaine instabilité identitaire. En référence à la triangulation œdipienne, la réponse produite à la planche 2 de Mérine témoigne d'un déni du féminin. En effet, seuls *“la fille”* et *“son père”* sont cités parmi les trois personnages du contenu manifeste de la planche tandis que le deuxième personnage féminin est purement et simplement scotomisé. Ce qui a pu faire trauma pour l'adolescent se soustrait pour la plus grande partie à sa faculté d'évocation verbale. J'aimerais relever que tous les sujets victimes

d'inceste infantile (Mérine, Aude, Élonie K.) ont assumé au cours de leur enfance, des responsabilités maternelles importantes, forcées et inadaptées à leur niveau de développement. En l'occurrence la participation importante à des travaux ménagers ou sexuels qui ne correspondrait pas à leur niveau de développement (la prise en charge physiques et nutritionnelle du père et des cadets). Ce qui aurait abouti à une confusion des rôles et des générations. On peut projeter dans ces conditions que l'élaboration du conflit œdipien bute sur cette confusion des rôles et des générations et constitue le facteur ayant participé à l'inceste et à l'émergence traumatique. En effet, l'élaboration du conflit œdipien ne trouve pas des voies de dégagement affectives grâce aux capacités de déplacement de l'adolescent, car le conflit entre mouvements pulsionnels et préservation narcissique est spécifiquement incisif et pénétrant. Ce sont pourtant ces capacités de déplacement qui auraient contribué à une séparation d'avec les objets d'amour originaires de l'adolescent grâce à la capacité de liaison pulsionnelle. Mais la quête identitaire essentiellement caractérisée par la recherche de nouveaux repères identificatoires fragilise le travail psychique qui requiert une centration importante sur soi. On comprend dès lors que le lien à l'objet mis en place par les sujets avec leur environnement présente des failles. Ils dévoilent l'incapacité à intégrer l'acceptation de la perte de l'objet faute d'une position dépressive familiale pouvant constituer un support interne pour le sujet et pouvant l'aider à établir un lien stable et sécurisant à l'objet.

Parfois, l'appel au clinicien est clairement formulé au cours des entretiens *“C'est vrai ce que tu dis, c'est vrai que tu peux faire ça ? Tu vas les dire qu'ils font (fassent) comme ça avec moi ? (Silence ++ et me regarde) “ (Ahmed) ou “Pourriez-vous également vous occuper de moi si je vous dévoile quelque chose qui me fait souffrir ? “ (Aude) et lors de la passation des épreuves projectives pour soutenir le processus de mise en représentation face à une sollicitation sensorielle. Comme si le témoignage apporté par le clinicien sur le stimulus garantissait la fiabilité du vécu perceptif du sujet ou tentait de réassurer le sujet face à une situation d'incertitude consécutive à la production de la représentation *“ Ici c'est une histoire triste (tire les pieds au sol) des parents ont abandonné un enfant seul dans une vieille maison. (Elle s'installe bien dans sa chaise) ...il n'a même pas la nourriture et l'eau, même pas les draps pour le froid... Cette maison doit avoir beaucoup de serpents et de scorpions dedans...et on le laisse seul... (silence ++). C'est vraiment triste ça“ (Élonie K., planche 13B). Je me réfère également ici au comportement d'Ahmed lors des entretiens, lorsqu'intrigué par le silence de cimetière qui règne dans notre salle d'entretien, un militaire fait son intrusion dans la salle, observe un moment, s'assure qu'il n'y a aucun problème et s'en va. Ahmed a des poings serrés**

prêt à se battre et a fait une boule avec du papier qu'il manipulait. Je lui demande ce qu'il a entre ses mains. *“ Regarde, c'est une bombe...une bombe pour nous défendre... comme un infidèle allait entrer... ”* (Ahmed). Avant de s'asseoir, il me regarde sans débrider puis lâche une rafale avec son pistolet imaginaire représenté par ses doigts. Il mime des rafales orientées vers la porte *“ toh, toh, toh, toh ”* ; il a mis un genou au sol en position de tir, se donne des coups de poing sur le menton et s'enroule même comme s'il évite des tirs de l'ennemi. Sa gestuelle et son agilité de commando le font plonger sous la table qu'il renverse. Cette forte mobilisation somatique et sensorimotrice traduit une somatisation de l'affect dans la production de la réponse ou encore une mise en acte dans l'ici et maintenant du vécu pour soutenir l'élaboration du récit. De ce fait, je vais dans le sens de la théorie des catastrophes de symbolisation développée par Roman, qui témoignent de *“l'échec dans la symbolisation des expériences précoces, en deçà du langage, éprouvées et non symbolisées (ou insuffisamment symbolisées) ”* (Roman, 2017, p.269). En d'autres termes, je suis d'avis à la suite de Roman (2017) que, en tant que *“coups de théâtre de la vie psychique, les catastrophes de symbolisations contribuent à témoigner et à réduire la part du clivé dans le jeu de la pulsion, de sa transformation et de son destin et articule une remise en jeu subtile entre traces perceptives, émergences affectives et constructions conceptuelles”* (Roman, 2017, p. 272). Elles traduisent la précarité d'une élaboration d'expériences traumatiques précoces. Il y aurait donc chez les sujets une défaillance dans le processus de liaison psychique intégratif probablement consécutif à une inconsistance de la contenance psychique individuelle. La fragilité de l'appareil psychique dans sa fonction de liaison mettrait en déroute la capacité de traitement des conflits et de liaison des affects sollicités pour construire des représentations.

A l'instar des propositions de Janin, la dimension délétère du traumatisme se serait donc constituée chez les sujets à partir de deux temps : Localisé dans la petite enfance et clivé dans un lieu hors psyché, le premier temps du traumatisme ou le temps du vécu traumatique à proprement parler, se serait constitué au moment des premières expériences de violences sexuelles subies à l'âge de 8 ans. En d'autres termes du fait de l'intervention du clivage, la dimension délétère du traumatisme serait restée maintenue dans un lieu hors-psyché et non vécue comme telle par les sujets. Ce n'est qu'avec le temps de la sexualisation du traumatisme à l'adolescence au cours duquel le traumatisme prend sens dans l'économie psychique génitale, que la souffrance psychique aurait, dans le second temps de l'après-coup, pris corps et provoqué un déficit de symbolisation. C'est ce dont témoignent les formes expressives de certaines réponses au Rorschach et au TAT et certains fragments d'entretiens dans la dynamique et contexte de leur production : La perception immédiate ou des réponses de l'ordre du vu-vécu

priment et témoignent d'une tentative de renouer le fil d'un processus de symbolisation échouant de manière répétitive. Les violences sexuelles subies peuvent donc se comprendre comme révélatrice de traumatismes infantiles non résolus réveillés et réactivés plus tard sur le devant de la scène intime par les bombardements pubertaires de l'adolescence, dont l'impact déstabilisateur à la fois sur l'unité de l'image du corps, sur la représentation de soi et sur le registre objectal semble conséquent.

En définitive, à l'issue de cette analyse sur les effets traumatique et désymbolisation, je puis avancer dans la compréhension que j'avais de la réalité psychique lorsque je disais que, du fait de la fragilisation de la fonction narcissique par le désinvestissement libidinal de la représentation de soi, le déchirement du moi-peau et de l'enveloppe psychique, le traumatisme participe à la désorganisation du fonctionnement psychique de l'adolescent camerounais victime de violences sexuelles.

7.2-Désorganisation psychique et émergences psychotiques

Afin de discuter de la désorganisation psychique et émergences psychotiques qui se dégagent du fonctionnement psychique des adolescents victimes de violences sexuelles au Cameroun, je m'appuierai essentiellement sur les fragments d'entretiens et projectifs marquant de certains sujets rencontrés au cours de la présente recherche chez qui, la désorganisation psychique et les émergences psychotiques y sont dévoilées de manière plus saillante à travers les hallucinations, le délire de persécution et l'état manique. Je n'abandonnerai totalement pas ceux chez qui la psychose n'est pas étalée au grand jour sous ses formes classiquement identifiables. Ce sera également l'occasion de discuter la pertinence d'un tel diagnostic en me référant à la perspective structurale et la perspective centrée sur la dynamique du fonctionnement psychique de l'adolescent.

Au cours de mes précédents développements, j'émettais l'hypothèse que le traumatisme détermine les troubles de la pensée par le biais de l'activité de figuration et de représentation morbide. En d'autres termes les troubles de la pensée s'organiseraient dans un lien avec l'impact du trauma sur le travail de figuration et de représentation chez les victimes de violences sexuelles. Cela signifie que le traumatisme vient court-circuiter les processus de pensée par le canal du travail de figuration et de représentation. Ce qui va dans le sens des développements théoriques de Freud (1925) dans son article sur *La Négation*. Pour lui, il faut que les choses prennent figure pour que l'on puisse en penser quelque chose. Mais pour ce faire, encore faut-il qu'elles aient été auparavant perdues, probablement perdues de vue. La perte de l'objet se situe donc entre figuration et pensée et constitue l'inoubliable *préhistorique* liée à l'*expérience de satisfaction* ou de déplaisir qui est perdue à tout jamais. Tout comme entre la perception et la conscience, la mémoire inconsciente s'inscrit et comme Freud le dit " *le champ de l'esprit humain se situe tout entier dans l'entre-perception-et-conscience, entre la présence au monde et l'absence de la représentation, dans cet écart entre le monde et le sujet.* " (Freud, 1885). C'est-ce qui est repérable dans les entretiens et les protocoles projectifs où la destructivité est massivement déployée au point de s'en prendre aux perceptions, aux représentations, aux capacités de symbolisation et à la pensée. "...Après ça...les minutes après ont été horribles pour moi. Je ne réalisais pas ce qui m'arrivait. La peur et la terreur de ce qu'il me faisait m'empêchait de me défendre ou de crier au secours. On dirait que j'avais perdu ma mémoire un moment, ainsi que la mobilité de mes pieds et mains... (Silence +++). Pendant quelques minutes j'ai semblé me voir mourir, accablé par la douleur et l'étouffement. (Aude). Les mécanismes d'identification projective sont massifs et parviennent souvent à un vécu

confusionnel et d'indifférenciation de l'image de soi avec des objets partiels idéalisés. Les sentiments dépressifs ne sont pas liés à la perte de l'objet dont la présence tend parfois à être déniée par des mécanismes d'identification cités plus haut. (Voire l'importance des précédés de l'émergence en processus primaires chez Ahmed E2-3 = 10). Dès lors, dominant donc des angoisses identitaires, d'annihilation de soi et de persécution. Le mécanisme de désinvestissement objectal et le repli narcissique témoignent ici d'un fonctionnement psychotique versus schizo paranoïde qui fonctionne dans le clivage, avec angoisse de persécution et indentification projective. On pourrait donc penser ici que les angoisses dépressives des sujets psychotiques se rattachent à un niveau très primitif de différenciation d'avec l'objet allant dans le sens de Donald Woods Winnicott (1896-1971) à la suite de Freud. En effet si le traumatisme est essentiellement sexuel c'est-à-dire consécutif à la "*séduction*" de l'enfant par l'adulte ou encore à une confusion entre le langage de tendresse et le langage de passion pour Ferenczi, il s'inscrit dans une expérience avec l'objet, notamment l'empreinte de l'environnement et ses carences pour Winnicott. Ledit objet ne se situe pas dans ce qui n'a pas pu se produire en termes d'"*expérience négativante*", du fait des "*carences de l'objet primaire*" associées à une succession d'absence de réponses de ce dernier face aux sollicitations affectives du sujet, occasionnant chez ce dernier une "*agonie*", une "*asphyxie*" de la vie psychique, une "*paralysie*" de la pensée, une "*paralysie*" du moi, secondaires à ses blessures non cicatrisables. Ce qui provoque une "*auto-déchirure*" qui modifie rudement "*la relation d'objet devenue impossible, en une relation narcissique*". Ce qui va dans le sens des développements de Winnicott (1965). Pour dire en d'autres termes que le traumatisme est lié à la dépendance et la temporalité : il est à temps ou encore associé à la temporalité, car dans certaines positions excessives, c'est le passage de l'angoisse à la douleur, puis le passage difficilement réversible de la douleur à l'agonie qui entraîne une angoisse catastrophique. À ce niveau, le traumatisme implique que les sujets ont éprouvé une coupure de la continuité de leur existence, de sorte que leurs défenses primitives se sont dès lors "*organisées de manière à opérer une protection contre la répétition d'une angoisse impensable (unthinkable anxiety) ou contre le retour de l'état confusionnel aigu qui accompagne la désintégration d'une structure naissante du moi*" (Winnicott, 1971).

À la suite de Winnicott, F. Tustin (1972), parle de "*dépression psychotique*" que J. Gammil (2007) choisit de nommer "*dépression primaire*" pour dire que, c'est par le biais du déploiement d'une destructivité massive qui s'en prend aux perceptions, aux représentations mentales, aux capacités de symbolisation, à la pensée que la confusion avec l'objet se maintient dans les fonctionnements psychotiques. C'est probablement ce que témoigne l'envahissement

de l'angoisse de morcellement et de persécution dans les entretiens des sujets *“Je réussissais à l'école, je répondais bien aux questions. Ce n'est plus la même chose aujourd'hui. Je ne suis plus comme avant et mon corps a changé. Je suis devenue nul...j'ai des problèmes avec tout le monde”* (Élonie). *“... Mais depuis que je suis rentrée au Cameroun et que Mamie me traumatise avec ses histoires de test pour savoir si je suis encore vierge, j'ai commencé à avoir honte de moi, à revivre ce que j'ai vécu en France pendant que je suis éveillée, à sursauter comme si quelque chose allait m'arriver et à me rendre responsable de tout cela. Je sens que mon corps n'est plus comme avant. Il est détruit et a totalement changé en mal. Il y a une mauvaise partie de mon corps et une bonne partie mais très petite”* (Aïcha). Les protocoles et entretiens des sujets victimes de violences sexuelles sont également jalonnés de scénarios d'un sadisme morbide particulièrement inquiétants telles que l'attestent la présence massive des productions crues au Rorschach *“ des têtes qui explosent...de vagin qui se déchirent...toutes vos bêtes sont blessées”*. Les idées paranoïdes sont dévoilées par des préoccupations importantes pour la contamination, la dysmorphobie comme l'atteste la présence massive *“des tâches de saletés, des traces de pas de sang, des bêtes avec la tête pourrie”* dans les protocoles. C'est donc dire que le souvenir traumatique ne serait devenu pathologique que dans l'après-coup de l'avènement du sexuel pubertaire et les troubles psychotiques qui s'y sont greffés révèlent un arrêt du temps dans la psyché.

Je peux donc dire que des situations potentiellement traumatiques acquièrent un caractère effractant à un moment donné, mais n'auront nécessairement pas un caractère traumatique à d'autres moments, car organisées par le fait que les adolescents mettent au travail quelque chose de particulier dans l'histoire de leur processus. Ce qui les rend particulièrement vulnérable à tout ce qui forme la contexture de ce moment de crise. Les marques de violences sexuelles subies semblent avoir sidérées leurs capacités de symbolisation les abandonnant en pâture aux risques de désorganisation psychique sur un mode de l'effondrement. Ce qui rappelle le registre de l'originaire en tant que l'un des registres d'expression de la violence sexuelle évoqué par C. Balier (1996) avec la psychose comme modalité d'aménagement principale. En tant que forme d'expérience de la violence sexuelle à l'adolescence, elle se traduit comme une défense contre l'anéantissement sans représentation, face à la menace que constitue le vide. Comme relevé plus haut ce fonctionnement serait consécutif à la carence affective et au défaut d'existence des victimes dans le regard parental. Il participe à la compréhension, dans une approche psychodynamique, de manière plus ou moins directe de la clinique des violences sexuelles.

Un autre indice de reconnaissance d'une expérience délirante psychotique que j'ai identifié au cours de l'examen du Rorschach concerne l'intrusion au milieu du test du discours ou de

postures que je perçois comme délirants et que la situation du test projectif en facilite l'apparition. Il s'agit notamment de la présence massive, des représentations morbides des réponses originalement bizarres et extraordinaires, des dérapages de la pensée et l'absence de perception des banalités, qui témoignent d'une pensée délirante et d'une émergence psychotique.

Dans certains cas, j'ai observé que la collaboration des sujets au test est parfois peu altérée quoiqu'assujettie à l'inhibition (Mérine et Fernand R=10, Aïcha et Aude R= 12). Dans d'autres cas, la description clinique montre une agitation de type maniaque avec exaltation, logorrhée (Ahmed et Élonie, R= 15, Bella R = 14), fuite des idées, incapacité d'attention et de concentration, intuitions délirantes et hallucinations. Les réponses animales sont parfois nombreuses dans certains rares cas (Ahmed A% : 53, Aïcha A% : 50) et inférieures aux valeurs moyennes dans la plupart des cas (Bella A% : 9, Fernand A% :30, Élonie A%, Aude A% :33.33 : 40, Mérine A% : 40, Élonie A% : 40). Selon Chabert (1992 ; p. 28) l'humeur dépressive augmente le pourcentage d'animaux et diminue le nombre de kinesthésies (Les Kinesthésies sont très peu nombreuses chez Mérine et Bella), l'humeur déprimée diminue le nombre de réponses kinesthésiques et des réponses globales tandis que l'euphorie les augmente (kinesthésies nombreuses chez Aïcha, Fernand, Ahmed, Aude, Élonie et le G% très élevé chez tous les sujets ; (G% Bella 50%,G% Mérine 90%, G% Élonie 46%, Aude G% 58.33%, Ahmed G% 80, Fernand G% 70, Aïcha G% 58 alors que la valeur Moyenne des données normatives est de G% 43). Les réponses à contenu anatomique ou sexuel sont plus fréquentes qu'à l'ordinaire. On observe des fluctuations des bouffées délirantes tributaires des conditions d'examen (l'entrée subite d'un soldat de l'armée dans le cas d'Ahmed, la présence du papa pour Élonie et de la grand-mère pour Aïcha), soit à la suite d'un refus subite de poursuivre spontanément l'épreuve (Ahmed qui se braque après le départ du soldat de la salle). La présentation des planches est parfois brouillée par l'agitation anxieuse et la distraction devant la tâche proposée. À des moments, le sujet semble être médusé par la personne du clinicien. À l'enquête, on observe parfois des moments de lassitude et d'imprécision dans les localisations, tandis que les formulations sont parfois stéréotypées et témoin de l'incapacité à se remémorer les réponses produites à la présentation de la planche. Ce constat est également observable aux entretiens cliniques, chez Ahmed en l'occurrence lorsque je lui demande ce qu'il a entre ses mains après l'entrée et sortie du soldat. *“Regarde, c'est une bombe...une bombe pour nous défendre... comme un infidèle allait entrer...”* (Ahmed) alors qu'il s'agit du papier froissé en boule. C'est également le cas lorsqu'il s'enroule au sol comme s'il évitait le tir de l'ennemi, renverse la table et mime des rafales de coup de feu *“toh, toh, toh, toh”* comme si l'ennemi

était véritablement présent dans la salle d'entretien et en face de lui. Par la suite tout en m'aidant à ranger la table, Ahmed me fait savoir qu'il a détruit l'ennemi. *“On va être tranquille pendant un bon moment... et on peut même faire nos ablutions et prier”*. (Ahmed).

C'est un fonctionnement psychique désorganisé de l'ordre de la psychose aiguë marquée par des débordements hallucinogènes, des bouffées délirantes et des confusions oniriques qui se déplaceraient et se transformeraient en agir violent. Selon EY les indicateurs de la psychose aiguë concernent l'accès de manie et de mélancolie, les bouffées délirantes et hallucinatoires, les états crépusculaires oniroïdes, les confusions oniriques soit sous forme de crises isolées, soit dans le cadre des psychoses périodiques.

Il m'a semblé opportun de prendre un peu de recul par rapport à l'ensemble des données souvent contradictoires des protocoles et psychogrammes de la recherche par rapport aux désorganisations psychotiques. Il me revient peut-être de cerner à chaque niveau, quelques traits caractéristiques typiques desdits protocoles pour établir à mon sens, une représentation relativement originale de la désorganisation perceptive dans la psychose. Il me semble donc conforme de considérer quelques éléments protocolaires des sujets dans leur unité psychopathologique, en abandonnant momentanément au second plan les disparités sémiologiques qui m'ont guidées jusqu'à présent. C'est pour cette raison que j'essayerai de dégager d'autres syndromes communs à l'ensemble des situations psychotiques à partir des observations analytiques des présents protocoles. Ce qui apportera une originalité dans la reconnaissance des caractéristiques principales des protocoles psychotiques et une distinction particulière d'un test réalisé dans le pic d'une crise. Je projette donc d'interroger la carence interprétative ou altération de la conscience interprétative (Husain, 2005 ; p. 1) et l'impact du délire dans l'élaboration perceptive.

La première caractéristique du syndrome est constamment présente dans les troubles de la conscience quel qu'en soit le niveau structural. Sa sémiologie est plus patente dans les accès maniaco dépressifs comme le témoignent les présents protocoles, qui sont marqués par des réponses descriptives, la quête par les sujets de l'approbation du clinicien *“Je dis ce que je vois ? ^”* *“Quel est le sens de cette photo, comme ça (v) ou comme ça (< v) ? (Aïcha, pl. I et II), “C'est toujours comme l'autre ? Je dis toujours à quoi je pense ou alors comment je me sens quand je vois l'image ou alors j'imagine n'importe quelle histoire ? Et si c'est des histoires tristes...je raconte toujours ? “(CM-1) ...Une histoire triste n'est-ce pas monsieur ? “ (CM-1, EI-1) (Aïcha, pl. 2 TAT)* les commentaires de symétrie attestant des échappés temporaires à la tâche interprétative suggérés par la consigne du test. Loin de déterminer dans leurs réponses ce qui pourrait être, les sujets cherchent parfois à trouver l'unique bonne réponse à la planche, tout

en s'inquiétant de savoir s'ils ont su, et par anticipation, ils ébauchent des excuses pour s'innocenter d'éventuelles erreurs et loupés. Je prendrai ici le cas des réponses vagues imprécises à l'enquête immédiatement accompagnées de critiques, soit amputées ou annihilées. L'intention interprétative des sujets s'embourbe dans la perplexité ou le doute qu'ils expriment par des tournures interrogatives ou même négatives. *“On ne voit pas bien ... c'est flou... (B2-1, CL-2) (silence ++). (CI-1) Mais je vois quand même“ (Ahmed, pl.11 TAT)*. Dans ce cas, la réponse avortée sert de démarrage à une série d'associations et d'interprétation et se laisse substituer à des références personnelles, des confabulations et des réponses symboliques avec un lien très lointain de la situation d'examen. Le clinicien est donc régulièrement sollicité et cette sollicitation se solde à des moments par l'effondrement. Le recours au clinicien témoigne d'une reconnaissance de l'impuissance en écho au contenu latent de la planche et d'une tentative des victimes de rechercher une béquille de soutien et d'aide d'un interlocuteur qui tolère et contient la forte charge pulsionnelle destructrice. La recherche d'un support est consécutive à l'incapacité pour les sujets à surmonter les mouvements dépressifs destructeurs. C'est-ce que témoigne le recours important aux procédés CM-1 au TAT (domination des procédés d'évitement des conflits CF-1 = 15 chez Fernand, CM-1 = 12 chez Aude) et les réponses produites à certaines planches du Rorschach *“(silence) Je raconte toute histoire qui me rappelle ce que je vois ? l'histoire que j'imagine c'est l'histoire de qui ? (...me regarde) (planche I, Aude) planche X “... Je peux encore dire quelque chose ? “*. Les sujets m'interpellent donc familièrement pour m'inclure dans leurs multiples agirs sur le matériel et leur persévération. Je prendrai l'exemple d'Élonie et sa persévération *“bizarre“*. Ce qui est laid ou catastrophique est souvent souligné avec insistance *“Avec des choses bizarres“* pl. VI

La deuxième caractéristique est le désengagement narcissique et objectal comme mode de résolution qui vient dévoiler les marques de désorganisation psychique et émergence psychotique. Les représentations pulsionnelles en rapport avec les parents sont insupportables et se transforment parfois en peur d'un danger externe, par le déplacement du conflit inconscient sur le clinicien ou sur tout ce qui l'entoure. (Ahmed renverse la table au cours des entretiens). Mais parfois, le déplacement du conflit inconscient échoue et l'angoisse reste surabondante et mal élaborée (inhibition dans certains cas). En effet, j'ai particulièrement observé chez Ahmed et Aïcha, une hyperactivité et une destructivité débordantes sous-tendues par des angoisses persécutrices probablement justifiées par le vécu traumatique de l'entraînement à balle réelle et la torture pendant sa période de captivité au camp de Boko Haram pour Ahmed, et les agressions sexuelles perpétrées par la grand-mère à travers ses tests de virginité pour Aïcha. Mais le contraste est frappant avec l'inhibition lors des premières séances avec ces sujets, qui

n'évoquent aucun aspect concret du vécu traumatique en dehors, du rituel de caresses des poignets où se fixaient des menottes (Ahmed) et du nouvel environnement fait d'obscurité et de précarité (Aïcha). Ils n'associent pas et ne livrent pas de contenu de leur pensée et semblent également avoir des problèmes de repérage dans le temps et dans l'espace. Cependant, à l'instar d'Élonie et Bella, la passation des projectifs se fera dans un climat calme et différent des premiers entretiens et connaîtra une excitation psychique et motrice importante (R= 15 pour Ahmed et Élonie, et R= 14 pour Bella). Ces réponses sont essentiellement accompagnées d'engagement moteur important et d'une scénarisation des personnages dont les rapports sont basés sur l'emprise, la manipulation et la tromperie au TAT. L'enquête au Rorschach draine un double mouvement : le premier concerne la peine à reconnaître les premières réponses produites à la planche avant l'enquête, comme si les représentations étaient trouées et dévoilaient de ce fait, la problématique de la permanence et instabilité des objets internes. Le deuxième mouvement concerne des fabulations délirantes aux thématiques répétitives destructrices caractérisées par une perte d'amarres avec le réel du matériel projectif que ce soit au Rorschach ou au TAT. Les constructions produites à l'enquête sont donc inaccoutumées et parfois illogiques (Réponse Ahmed planche VI) " (silence ++++) *c'est un épée de combat...dans son sac et dans la porte secrète...avec le coran et les écritures floues* " *c'est bizarre ça...Hum !* (Grimace de rejet de la bouche) *ich...* " (Enquête pl. VI) "*Tu ne peux pas voir...c'est normal... tu es encore de l'autre côté et tu ne peux pas dîner avec le prophète...* ". (Réponse Aude Planche VI) "*C'est la carapace d'un animal qui a été dévorée par une bête féroce, qui n'a pas mangé la tête, les yeux et les moustaches...heu les oreilles aussi* ", " (Enquête pl. VI) "*Cet animal c'est le rat qui a été mangé par un homme* ". L'animal est dévoré par une bête féroce et à l'enquête l'animal féroce c'est l'homme selon Aude. L'homme serait-il une bête féroce selon Aude ? Ces fabulations sont des défenses constituées pour tenter d'ordonner une pensée confuse à travers un univers manichéen (monstres destructeurs versus personnages imaginaires idéalisés) pour expulser le trop plein d'énergie pulsionnelle et l'angoisse de mort y afférente. À l'excitation corporelle s'annexe une excitation psychique typique des défenses maniaques : Le discours est parfois logorrhéique, touffu et confus, ou parfois répétitif avec un enchaînement des mêmes thématiques destructrices.

Dans une perspective analytique psychopathologique, leur hyperactivité au cours des séances d'entretien s'inscrit dans le cadre d'une décompensation psychotique avec déploiement marqué des défenses maniaques. Les défenses massives secondairement déployées par eux lutteraient contre le retour et la réactivation des traces traumatiques. Elles protégeraient les sujets contre l'effondrement consécutif aux violences sexuelles subies. Ce qui va dans le sens

de Winnicott qui dit que le tableau clinique de la psychose, ce n'est pas le fond du problème, la psychose est un ensemble de défenses mises en place par le sujet pour se protéger d'une expérience agonistique première. De ce fait, je réconforte ma posture de départ que, les violences sexuelles portent atteinte au processus de liaison entre affects et représentations, met en faillite la fonction d'élaboration des mouvements pulsionnels et les processus de la pensée chez l'adolescente victime. Selon que le traumatisme est vécu dans l'intimité d'un sujet ou bien mutualisé par plusieurs sujets, l'élaboration de la situation traumatique ne sera pas identique et les dispositifs de soins et de prise en charge non plus. Pour conclure donc ces développements, je me réfère à N. Rausch de Traubenberg et M.F. Boizou pour qui *“une expression fantasmatique intense peut aussi avoir valeur de défense. Le percept perd toute importance, la pensée primaire prédomine, l'univers magique tient lieu de réalité comme si l'extériorisation massive, répétée du fantasme cherchait à en affaiblir la portée, comme si la verbalisation et la projection pouvaient avoir valeur d'une expulsion libératrice. La plupart du temps, cette forme de défense s'allie à d'autres essais au même niveau, à savoir l'identification à l'agresseur, au puissant, le déni de la réalité, l'utilisation de pseudo rationalisations, de justifications arbitraires. Tous ces éléments sont en fait des modes de défense psychotiques ou délirants visant le plus souvent chez les enfants à juguler le fantasme de l'angoisse d'annihilation”* (Rausch de Traubenberg et Boizou, 1977, p.98).

Pour terminer à propos de l'émergence psychotique, j'aimerais mener une courte discussion quant-à la pertinence d'un diagnostic de psychose à l'adolescence en référence à l'articulation entre perspective structurale et perspective centrée sur la dynamique du fonctionnement psychique à l'adolescence. Les dernières classifications psychiatriques, fondées sur le modèle de la vulnérabilité, inciteraient à étiqueter, les adolescents qui font l'objet de la présente analyse, dans le sillage des entités sémiologiques de *“psychoses atténuées”* ou de risque voire d'ultra-haut risque au *“spectre schizophrénique”* (American Psychiatric Association, 2013). Mais il est réellement difficile de prétendre connaître l'évolution de leur destin psychopathologique au regard des symptômes d'allure psychotique tout aussi variés et discutables tels que les hallucinations atypiques, les formes relativement massives de repli, les épisodes de dépersonnalisation et leur vécu de persécution. Leur identification prématurée en termes structuraux ou diagnostiques est donc à envisager avec beaucoup de retenue aux regards des destins aussi variés que leurs symptomatologies liées aux crises adolescentes. Je préfère donc garder une proportion en m'avançant dans *“un modèle unique de la psychose à la puberté”* (Gutton, 1989) pour rendre compte de la diversité des éclosions et de leurs sorts, et donc de la

psychose pubertaire (Gutton, 1991) qui reste un modèle spécifique “*malgré la diversité symptomatologique, malgré aussi la diversité des facteurs étiologiques (qui unifierait ainsi) toutes les manifestations d’allure psychotiques qui, d’une façon ou d’une autre sont en rapport avec le pubertaire*” (Marty, 2001, p.156). En effet, bien que ce modèle ait le mérite d’unifier l’éparpillement provoqué par une symptomatologie polymorphe, il ne saurait être unique au sens statique ou structurel du terme, mais tirer sa force du sens processuel et dynamique qui lui est idoine, “*du fait de sa spécificité adolescente, qui permet de rendre compte des possibilités transformationnelles et évolutives qu’elle comporte*” (Sleiman Haidar, 2020). Chez l’adolescent victime de violences sexuelles, les symptômes peuvent donc éclore et évoluer en fonction du développement et des conditions familiales et sociales qui participent à les organiser et avoir un caractère mobile et transitoire ou une signification heureuse et constructive.

7.3-violences sexuelles subies et impact sur le processus adolescent

De manière générale, les 7 adolescents dont les données cliniques font l'objet de cette discussion sont confrontés à des traumatismes pubertaires qui nécessitent un travail d'intégration et d'élaboration pour accéder à de nouveaux signifiants, notamment l'engagement des défenses à l'égard des transformations corporelles internes, l'appropriation de ces transformations, leur incorporation dans des représentations et l'identité, pour aboutir en fin de compte à une réduction de l'excitation physique et psychique et une libération contre l'attaque interne. Je me propose de mener une discussion sur la voie complexe d'entrée à la sexualité adolescente consistant en la prise de risques dans la survenue des violences sexuelles (appétence traumatophilique) et sur l'idée que, la répétition du transgénérationnel semble avoir un impact dans la survenue des violences sexuelles par l'influence de la généalogie de la mère à la fille. Et enfin que la puberté des adolescentes participerait à la réactivation des angoisses de la mère quant à leur propre traumatisme et des angoisses des adolescentes du fait de ce traumatisme inconsciemment transmis à elles par leur maman, sans qu'elles puissent le traiter.

J'ai remarqué l'expression forte d'une voie complexe d'entrée à la sexualité adolescente consistant en la prise de risque initiale des victimes dans la survenue des violences sexuelles à l'adolescence, me faisant émettre l'hypothèse d'une appétence au traumatisme. C'est donc dire que, dans un environnement de prise de risque initiale par la victime dans la survenue des faits, les violences sexuelles témoignent d'une appétence au traumatisme et d'une trace de traumatismes infantiles ravivés par l'avènement du pubertaire à l'adolescence du fait de la défaillance d'objets internes, des assises narcissiques certifiant une défaillance de construction identitaire. Face aux violences sexuelles, les victimes exploitent une voie de recours inopinée, par un engagement moteur pouvant se déplacer jusqu'à les engager à recourir à des situations incontrôlables de prise de risques. Tout comme en l'absence de réactions négatives de refus explicite des adolescents lors de certains passages à l'acte sexuels à l'enfance, je pourrais émettre l'hypothèse d'une disponibilité de la victime à accueillir les pulsions sexuelles adultes et d'une passivation pulsionnelle propre au vécu des bombardements corporelles à l'adolescence. De ce fait, je réconforte mes écrits au début de cette réflexion que, les violences sexuelles participent au "*besoin de traumatisme à l'adolescence*", à la "*pulsion traumatophilique*" à l'adolescence (Guillaumin, 2001) et à sa capacité organisationnelle dans le sens du "*traumatisme pubertaire*" de P. Gutton (1993). En d'autres termes, elles constituent une forme spécifique d'expression du besoin de traumatisme à l'adolescence, qui se comprend comme une voie de dégagement réalisable pouvant conduire à des situations de violences

sexuelles subies. Aux risques de me répéter, la puberté devient donc le carrefour de ce qui se joue entre le somatique et le psychique. Elle bouscule l'image inconsciente du corps constituée dans l'enfance. Les pulsions sexuelles et destructrices envahissent l'adolescent ; elles sont *“violentes, surgissant brutalement, elles prennent le jeune sujet au dépourvu, procurant un éprouvé de passivité insupportable ; elles induisent un sentiment d'impuissance étrangeté qui peut être à l'origine d'un réaménagement créatif comme d'une catastrophe psychique”* (Emmanuelli, 2015). L'accès à la puberté rend possible la rencontre sexuelle et fait disparaître l'impossible réalisation des fantasmes œdipiens infantiles. L'adolescent assume ses fantasmes infantiles et peut les verbaliser (Aïcha et Belle assument leur sexualité infantile). La puberté bouleverse l'image inconsciente du corps construite dans l'enfance et remet en question les figures parentales. Il y a remaniement psychique inconscient qui aboutit à une redécouverte du corps en tant que source de jouissance (Lesourd, 2005). Ce remaniement psychique inconscient s'accompagne d'un travail de symbolisation. C'est-ce qui m'a précédemment emmené à me référer aux concepts de *pubertaire* et de *scènes pubertaires* de P. Gutton (1991). À titre de rappel, le premier renvoie à un travail de restructuration psychique et de symbolisation, qui contribue à l'élaboration des identifications à l'issue du pubertaire. Le second renvoie à un risque de retour aux fantasmes infantiles consécutifs à l'envahissement pulsionnel typique à la puberté. Ce que Roman (2005) nomme *traumatisme adolescent* pour dire qu'il y a une réactivation des fantasmes œdipiens infantiles meurtriers et incestueux à l'adolescence.

En fin de compte on peut donc dire que, dans un environnement de prise de risque initiale par la victime dans la survenue des faits, tout en participant au processus adolescent, les violences sexuelles témoignent d'une trace de traumatismes infantiles ravivés par l'avènement du pubertaire à l'adolescence du fait de la défaillance d'objets internes. En effet, on observe qu'en mobilisant les ressources face aux transformations pubères internes et face aux réactions du monde externe, le processus adolescent mis à l'œuvre vient réactiver et révéler la violence sexuelle subie à l'enfance à l'âge de 8 ans chez Bella, Aude, Aïcha, mais non vécue comme telle et considérée comme *“un jeu”* comme en témoignent leurs fragments d'entretien. Bella me confie lors des entretiens que *“Je jouais avec mon cousin ...cousin heu...X qui était plus grand que moi...il avait 18 ou 19 ans...il se couchait souvent sur moi et me faisait les choses des grands après avoir enlevé mes habits et mon caleçon. Mais ça ne me faisait pas beaucoup mal...”* (Bella) et Aïcha que *“En France, je faisais des choses avec des garçons, ça m'amusait. Je n'étais pas en colère. C'était un jeu, même s'il était interdit. Entre 8 et 10 ans, j'ai été violée plusieurs fois par un voisin, le papa de notre amie X. Mais je ne l'ai jamais dit à personne et je*

ne me suis jamais sentie mal. C'est depuis que je suis rentrée ici, et que Mamie me fait certaines choses, que je me sens mal. (Aïcha). C'est-ce qui se dégage également des données cliniques de Fernand où les violences sexuelles à l'adolescence viennent constituer un révélateur essentiel de la place et la fonction des réorganisations initiées par la puberté sur la voie de l'entrée dans une sexualité adulte et sur le chemin d'une spéciation entre sexualité génitale et sexualité infantile. En d'autres termes, les événements qui attaquent et impactent les adolescents à ce moment-là, les impactent aussi par rapport au processus de leur développement dépendamment de leur organisation psychique. Ces différents éléments prélevés des protocoles permettent donc de montrer qu'il y aurait quelque chose d'appétence au traumatisme, qu'il serait intéressant de croiser avec mes précédents développements théoriques. En effet, j'ai précédemment relevé en appui sur les écrits de F. Marty que le processus adolescent instaure à proprement parler le registre (ou catégorie) de l'après-coup en introduisant une temporalité psychique. De ce fait, les agirs sexuels violents à l'adolescence contribuent, peut-être malhabilement et de manière délétère au processus de différenciation et de construction de la temporalité psychique du processus adolescent. La violence de l'adolescence est considérée *“comme étant liée au cumul de ces traumatismes, l'actuel-à savoir, le traumatisme créé par l'effraction du pubertaire et l'originnaire qui constitue quant à lui, le premier temps du traumatisme lié à la séduction”* (Marty, 2001, p. 48). Pour que *“la position œdipienne s'élabore ouvrant à la recherche de l'objet adéquat”* (Gutton, 2012, p.64), le travail psychique de l'adolescence doit transformer et apprivoiser la violence du processus pubertaire d'une part et la violence des violences sexuelles d'autre part. On observera donc une mobilisation importante des ressources psychiques face aux transformations internes confrontées aux réactions du monde externe d'une part, et aux transformations massives révélées et réactivées par la violence sexuelle subie d'autre part. Ce qui signifie en d'autres termes que, du fait du court-circuitage de la fonction d'élaboration de la position dépressive et de la mise en faillite de la renégociation des investissements infantiles, le traumatisme psychique participe à la fixation aux premiers objets d'amour et au vécu pathologique de leur perte réelle chez l'adolescent victime de violences sexuelles. Les violences sexuelles participent donc à l'élaboration de la sexualité dans le traumatisme et par le traumatisme et en fin de compte à une tentative d'aménagement et de différenciation face aux bombardements pubertaires consécutifs à l'adolescence. Au regard de l'appétence traumatophillique rendant disponibles les victimes à subir les violences sexuelles à l'adolescence, j'ai pensé qu'il y aurait un lien entre dissociation et appétence traumatophillique. Dans ce cas, je dirais que l'appétence traumatophillique à l'adolescence répondrait à une dissociation vécue précocement à l'issue des traumatismes infantiles consécutifs à une précarité

des objets fondamentaux. Ce serait cette mémoire implicite, sans représentation ni fonction sociale (Janet, 1928) remise sur le devant de la scène avec l'avènement de la puberté, qui entraîne des conduites, cherchant à nouveau la disjonction et l'anesthésie émotionnelle des traumatismes infantiles, face à une honte et une culpabilité originaire trop massives.

J'ai également observé dans deux cas que, le transgénérationnel semblait avoir un impact dans la survenue des violences sexuelles par l'influence de la généalogie de la mère à la fille et que le trauma non élaboré et traité se répète chez les filles. L'idée est que, la génération antérieure (la mère) a transmis *“des modèles psychologiques de fonctionnement à sa fille, qu'elle va éventuellement utiliser pour son propre fonctionnement, les adaptant le cas échéant”* (Eiguer, 2001). En effet, on observe que ce qui se joue dans les viols de Bella et Mérine répète effectivement ce que leurs mères avaient déposé inconsciemment en elles à leur insu. On y voit une mobilisation des ressources psychiques en termes d'enjeux transgénérationnels de la violence sexuelle (Coutanceau, 2010).

Bella est une adolescente née d'un viol subi par sa mère à l'âge de 12 ans, ce même âge auquel elle prend des risques en s'exposant aux violences sexuelles qui finalement aboutissent à une grossesse et plus tard, à la naissance d'un bébé de sexe féminin tout comme sa propre naissance. Mérine est également une adolescente victime d'inceste de la part de son papa tout comme Mme K. sa maman a été victime d'inceste de son papa. De ce fait se dégagent l'influence de la généalogie de leurs mères sur elles et sa fonction de transmission. Leurs mères auraient suscité des fantasmes et des affects, qui auraient à leur tour provoqué des identifications qui sont intervenues dans la constitution d'instances psychiques de Bella et Mérine. C'est ce que P. Aulagnier (1975), à la suite de Freud (1914) a suggéré d'appeler *“contrat narcissique”* qui lie les parents et l'enfant. La mère de Bella en particulier tente donc de s'emparer du viol de Bella pour essayer de traiter enfin sa propre souffrance. En le faisant, elle accroît plutôt la souffrance de Bella qui perçoit plutôt qu'elle la déteste *“C'est comme si elle voulait se venger de quelque chose que je lui ai faite sans le savoir”* (Bella à propos de sa mère). Plus d'un aspect fondamental de la répétition traumatique et transgénérationnelle se dégage ici. Le premier concerne la répétition des violences sexuelles subies par les mamans, puis par les adolescentes elles-mêmes. En effet, ce qui se joue dans les viols et inceste des filles répète effectivement ce que les mamans avaient déposé en elles à leur insu. Un autre aspect concerne les traumas non élaborés des mères qui se répètent identiquement chez les filles. Toutes les deux mamans me confient n'avoir jamais révélé avoir été victime de viols et d'inceste à leurs filles, et ne l'ont fait qu'après dévoilement des violences sexuelles de leurs

filles. On peut projeter un saisissement du vécu dans l'après-coup, à l'issue du traumatisme des adolescentes qui feraient également traumatisme pour les mères ; un trauma qui a toujours été présent chez elles-mêmes si sporadiquement résilié. La puberté des adolescentes aurait sans doute à la fois participé à la réactivation des angoisses de la mère quant à leur propre traumatisme et celle des adolescentes du fait de ce traumatisme inconsciemment transmis à elles par leur maman, sans qu'elles puissent le traiter. Ce qui va dans le sens de la pensée de Gutton qui dit qu' "*une telle entrée dans la sexualité par le viol montre à quel point celle-ci peut être vécue comme une effraction à l'adolescence*" (Gutton, 1991) ; et de Talpin et Talpin-Jarrige qui pensent que "*le viol et l'inceste venant mettre en scène en projetant l'effraction interne du sexuel au dehors. Ou plutôt, l'effraction interne du sexuel, contenue dans les cas où un certain jeu est possible, dans les cas où les liens tendres sont présents, se redouble d'une effraction externe et provoque un écrasement topique (ou collapsus topique pour le dire avec Janin, 1996) : écrasement de la topique interne et de la topique externe, redoublé d'un écrasement partiel de la topique de la fille et celle de la mère*" (Talpin, & Talpin-Jarrige, 2008 ; p. 114). La répétition des violences sexuelles des mères et des filles peut, comme toute répétition, être entendue comme tentative d'élaborer (Roussillon, 1995) quelque chose des traumas de la génération antérieure.

7.4-Impact du tabou et conséquences sur les manifestations de la sexualité dans le corps à corps adolescent : essai de conceptualisation

Dans mes précédents développements théoriques, je constatais que le tabou exacerbé dans la tradition africaine participe aux conséquences psychopathologiques de la sexualité dans le corps à corps adolescent. Dès lors, j'ai relevé que les conséquences psychologiques des violences sexuelles dépendent de plusieurs facteurs, en l'occurrence du degré de préparation de l'enfant à un événement de ce genre et de la réaction de son environnement s'il en parle. Si l'enfant a reçu une éducation sexuelle assez forte, s'il n'a pas été effrayé par des histoires sexuelles et s'il a un minimum de connaissances sur les violences sexuelles, une rencontre brève avec un étranger n'aura pas d'effet sérieux. D'ailleurs dans ce cas, l'enfant réagira lui-même à cette situation. À l'opposé, l'enfant n'ayant reçu aucune éducation sexuelle et pour lequel le sexe est un sujet tabou aura plus facilement une réaction de panique suivie d'un sentiment d'anxiété et de culpabilité. Des réactions similaires peuvent apparaître si les parents ou l'environnement dramatisent l'évènement. Il en ressort que les réactions de l'entourage causent souvent parfois plus de troubles que l'évènement lui-même. En effet, comme développé par Marchandiaux. *“Les enfants victimes de violences sexuelles présentent souvent un choc psychologique se traduisant par l'anxiété, l'insomnie, un état dépressif, des cauchemars qui nécessitent une psychothérapie. Mais la durée de ces troubles et leur intensité dépendent essentiellement du comportement de l'entourage”* (Marchandiaux, 2001).

Tout en me référant à la clinique d'Aïcha, je vais développer simultanément plusieurs axes autour de la problématique transculturelle qui émergent de la question des violences sexuelles à propos de certains adolescents. L'un sera centré sur les procédés de soins et l'interculturalité des concepts rencontrés au cours d'une rencontre clinique avec les adolescents venus d'ailleurs, l'autre centré sur l'ambiguïté à indiquer le soin à l'issue d'une telle rencontre, et le dernier axe participera à une proposition de conceptualisation psychopathologique à l'issue d'une clinique transculturelle. À l'issue de ces axes, j'ajouterai un point de vue réflexif sur ma propre démarche, en appui sur cette affirmation d'une approche transculturelle complémentariste, en expliquant comment ma posture de chercheur s'inscrit dans cette optique. En d'autres termes, comment penser le conflit culturel existant au cœur de ma propre démarche de la thèse, qui me conduit à analyser ou tenter de donner un sens à des données cliniques recueillies en Afrique (et chargées d'une culture propre à l'Afrique) et en appui sur des références conceptuelles majoritairement issues de la culture occidentale. Cela pourrait participer à la conclusion de ce sous-titre dédié à la discussion. Je me propose de réarticuler certains de mes écrits déjà publiés.

7.4.1-Violences sexuelles, Traumatisme et remigration

Dans une Afrique où la souffrance psychique emprunte des voies d'expression déroutantes pour un praticien formé à l'occidental, et où les va-et-vient migratoires sont de plus en plus fréquents, la recherche d'une créativité intégrant la singularité du patient venu d'ailleurs, amènerait à repenser les procédés de soins et les concepts pour comprendre et analyser la situation de la rencontre clinique avec des patients migrants. J'interroge donc en trois phases certaines problématiques rencontrées au cours d'une pratique/recherche en *clinique transculturelle*. La première questionne *l'interculturalité des concepts* et les réactions de l'adolescente migrante en souffrance venue d'ailleurs, qui me mettaient à mal et m'obligeaient à me décentrer, à penser ma position de clinicien/chercheur de première ligne accueillant la différence culturelle et la souffrance qui peut s'y rattacher pour travailler le *contre-transfert culturel négatif* qui en résulterait. La deuxième concerne l'indication proprement dite du soin dans ce contexte et j'ai fait le choix de mobiliser l'ethnopsychanalyse dont la complémentarité des approches me paraît pertinente. Enfin, j'ai réfléchi aux perspectives cliniques et psychopathologiques qui émergent du matériel clinique récolté à la suite d'une telle rencontre pour contribuer en fin de compte aux jalons d'une conceptualisation psychopathologique de *patient remigrant en souffrance*, en m'appuyant sur la vignette clinique d'une adolescente victime de violences sexuelles.

La clinique transculturelle habituellement pensée et développée concerne généralement les enfants et adolescents migrants qui grandissent dans un pays, qui n'est pas le pays d'origine de leurs parents. “ *La clinique a une histoire et une géographie, elle nécessite de prendre en compte les éléments du contexte qui la structurent (...) J'ai développé une clinique transculturelle de ces enfants qui prend en compte leur singularité et leur créativité, pour transformer le risque transculturel lié au fait de grandir dans un autre pays que celui de ses parents, parfois dans une autre langue. Cette situation vulnérabilise les parents, l'enfant et le lien parents-enfants* “ (Moro 2010, p. 1). Ceci pourrait bien également concerner le praticien/chercheur africain travaillant en Afrique (au Cameroun en l'occurrence) dans une situation concernant une adolescente migrante, mais avec des approches essentiellement occidentales (C'est mon cas). Du fait de l'insuffisance de formation dans le domaine inter et/ou transculturel, je pouvais perdre moi-aussi mes repères et de ce fait, peut-être amené à émettre des options cliniques et projectives erronées, et à faire des indications et conclusions inappropriées. L'intersubjectivité et l'interculturalité étant essentiellement à l'œuvre, la clinique *transculturelle d'orientation ethno psychanalytique* me semble la plus indiquée pour

penser le dispositif mis en place, les réactions du praticien et la relation subjective que je noue avec ma patiente *remigrante*. Cette désignation “*remigrante*” recouvre un nécessaire questionnement : Comment désigner une personne née dans un autre pays que celui dont ses parents sont originaires et de retour dans le pays d’origine de ses parents ? Sans toutefois en constituer un point de réflexion à part entière, je propose donc de parler de patient *remigrant*, et de réfléchir sur une psychopathologie qui tient compte de ce double mouvement. Cette proposition est née d’une rencontre clinique avec une adolescente en souffrance, âgée de 16 ans et victime de violences sexuelles, qui consultait à la demande de ses parents. Aïcha est née et a grandi jusqu’à l’âge de 14 ans en France, qui n’est pas le pays d’origine de ses parents. C’est à l’occurrence du retour remigratoire familial au Cameroun depuis 2 ans et l’intrusion traditionaliste de sa grand-mère (*test traditionnel de virginité*) sous l’autorité de qui elle vit dorénavant, qu’un premier événement traumatique vécu en France fera retour dans l’après-coup. Cette situation mettrait en lumière de manière particulièrement crûe la question du poids du tabou dans le traitement des violences sexuelles au Cameroun et la difficile question du choc toujours possible entre deux cultures psycho cliniques.

7.4.2-Imbroglie entre pratique clinique et recherche clinique

J’allais devoir travailler le matériau psychique d’une adolescente *remigrante*, qui mit à mal ma capacité à me représenter ses mots en choses concrètes. C’est en effet un risque transculturel important de rencontrer une patiente qui est née et a grandi dans un autre pays et dans une autre langue que celle de ses parents et du praticien. Au regard de ces profondes transformations et mouvements du monde, des multiples questions relatives à la prise en compte de la dimension culturelle dans la clinique et la recherche se posent. Peut-être plus à propos de l’exploration du fonctionnement psychique à l’aide des méthodes projectives. Le praticien/chercheur se trouve dans une *situation psychique complexe*, du fait de la méconnaissance de la réalité culturelle occidentale contenue dans le discours du remigrant en souffrance et éprouve des difficultés à déployer en Afrique, des méthodes de recherche rompues à l’occidental. L’observation de mes propres réactions contre-transférentielles dans le lien avec les adolescents victimes de violences sexuelles dévoile soit la sidération, soit le rejet, ou encore l’agressivité ou au contraire une profonde empathie, voire sympathie, qui connaissent de multiples déplacements selon le contexte où elles sont vécues. Ces réactions contre-transférentielles sont souvent massives, brutales et témoignent de la qualité de l’attachement et/ou rejet inconscients précoces, mettant en lumière la part enfant du sujet et questionnant la part adulte et paternel du professionnel. Le

risque sur le plan clinique est l'émergence d'un *contre-transfert culturel* négatif, aux conséquences fatales pour la clinique. “ *La notion de contre-transfert culturel souligne la dimension culturelle donc collective des réactions. Ces réactions de contre-transfert culturel obligatoires et nécessaires ont des implications cliniques. Il est donc important que ces réactions soient identifiées puis élaborées si l'on ne veut pas faire violence au sujet en le niant dans les différentes composantes de son être et dans son histoire métissée. Pour cela, il est nécessaire d'être capable de se décentrer culturellement, ce qui est loin d'être évident* “. (Moro et al. 2009, p. 81).

Sur le plan de la recherche, le chercheur se confronterait à des incertitudes et à la pertinente utilisation des méthodes projectives en situation de rencontre clinique avec des altérités culturelles, linguistiques et sociales des patients venus d'ailleurs. Les problématiques peuvent être imbriquées et complexes. Je pense encore à ma tentative échouée d'utiliser la figure complexe de Rey chez des enfants et adolescents africains au début de la présente recherche. Un échec consécutif au refus chez ces sujets africains de répondre à la consigne de départ, arguant ne pas comprendre de quoi il s'agit. J'ai également en tête les difficultés rencontrées au cours de la passation et cotation des protocoles de Rorschach, consécutives à des réponses teintées de culture traditionnelle à l'instar de la réponse “ *deux gens dansent le ngnang ngnang pour devenir grand* “ produite par Élonie à la planche VII. De ces confrontations ont émergé quelques questionnements : Ne faudrait-il pas soit bien connaître la culture d'un sujet, soit faire partie de la culture d'un sujet pour avoir la capacité de le comprendre, de comprendre sa souffrance et de faire passer des tests projectifs ? Au regard des critiques émises “ *biais culturels* “ quant à l'utilisation des tests projectifs conçus dans une culture donnée pour un sujet d'une autre culture, ne faudrait-il peut-être pas construire des outils projectifs spécifiques pour d'autres cultures ? Ces questionnements m'amènent à penser à ce que Kaës (1998) a appelé *la troisième différence*, notamment *la différence culturelle*.

Ainsi, le praticien/chercheur évaluant le discours à l'aune de ses propres encodages culturels, ne tiendrait pas compte du contexte de l'exil de sa patiente et ne mesurerait pas les enjeux de *l'interculturalité intersubjective* dans la rencontre. Si de plus, ce jeune praticien/chercheur africain n'a jamais voyagé, ni vécu en Occident, il peine à intégrer la *Mondialité*²¹ malgré les nouvelles technologies de l'information et de la communication

²¹ Une avancée nécessaire pour définir la mondialité comme parade à la délétère mondialisation est la notion du Tout-Monde. Aussi fertile qu'ambitieuse, l'écriture d'Édouard Glissant a choisi pour objet la dynamique accélérée d'un monde en voie de créolisation généralisée : le Tout-Monde (Glissant 2005).

existant dans la plupart des pays d’Afrique. De ce fait, sa connaissance de la culture occidentale risque de n’être que livresque et détachée de la réalité. Ainsi, il n’a presque pas de représentation du métro, du TGV, des trams, des gratte-ciels, des toits végétalisés, des autoroutes, des “*voyages pour congé de la Toussaint*”, et enfin d’heures de repas (En Afrique, quand il y a à manger, on mange quelle que soit l’heure). Les réactions et les interprétations du praticien/chercheur risquent d’en être affectées. Il est ainsi nécessaire pour lui de se déplacer, de se décentrer, de se risquer à l’altérité afin de travailler et de penser cette *interculturalité intersubjective* au cours de la rencontre clinique/recherche, comme le ferait un praticien/chercheur français en prise avec un patient migrant. Le praticien/chercheur en question devra interpréter la difficulté du patient migrant à se reconnaître comme victime, car travesti par la référence à une codification culturelle de la sexualité et de ses pratiques qui échappent à celles de la culture et lois occidentales. Une sorte d’exigence de reconnaissance de certains repères symboliques qui “*reposerait sur l’absence de tabou dans les pratiques de la sexualité et sur le refus de toute intervention de l’instance de la loi dans le déploiement de celles-ci, interroge le clinicien et ses inscriptions anthropologiques*” (Roman, 2015, p. 228). Il serait donc très crucial de mobiliser un modèle clinique qui prend en compte cette *interculturalité intersubjective*, d’où mon option en faveur de l’ethnopsychanalyse, qui intègre la dimension inconsciente et la question migratoire.

Pour davantage éclairer sur la vignette clinique d’Aïcha je dirai que, c’est une adolescente âgée de 16 ans, aînée d’une fratrie de 3 enfants dont 2 garçons. Elle est née de l’union de parents musulmans du Nord Cameroun. Je la rencontre en consultation dans le cadre d’une demande de consultation faite par sa maman. Son tableau symptomatologique est celui d’automutilations, d’inadaptation sociale, de fugues, d’échecs scolaires, de phobies, de cauchemars et d’insomnies. Ce qui a décidé ses parents à solliciter une consultation psychologique. La fonction des parents les contraint à voyager régulièrement hors du pays. En leur absence, l’autorité parentale est assurée, de pleins droits par “*Mamie*”, la grand-mère paternelle d’Aïcha qui habite le domicile de son fils Moussa. Elle jouerait donc le principal rôle pour les interdits sociaux. Aïcha et ses frères ne parlent pas et ne comprennent pas le *fulfulde*²², la langue maternelle de leurs parents. La grand-mère ne parle pas et ne comprend pas le français. Aucun enfant n’avait connu le Cameroun, ni la grande famille et encore moins leur grand-mère, sinon par des photos et quelques rares échanges téléphoniques traduits par les parents. En opposition aux liens resserrés entre les enfants qui s’entendent bien, règnent une conflictualité et une

²² Le *fulfulde* est une langue ethnique bantoue utilisée dans la Région du Nord Cameroun.

rivalité entre Aïcha et sa grand-mère. Elles sont consécutives à l'autoritarisme exacerbée, l'intrusion intempestive, le perfectionnisme, le traditionalisme et le fanatisme musulman de Mamie, dixit d'Aïcha.

7.4.3-Pratique clinique et recherche clinique d'orientation ethno psychanalytique

Face à cette catégorie de famille *remigrante* en souffrance dont Aïcha serait l'enfant symptôme, l'approche clinique adoptée était complémentariste, "*par une méthode qui prévoit l'utilisation d'une pluridisciplinarité non fusionnante et non simultanée, celle du double discours obligatoire mais non simultané*" (Devereux, 1972), "*pour permettre une lecture plus fine et plus complète du corpus clinique d'une psychothérapie transculturelle*" (Moro, 2010 op.cit.). L'anthropologie m'aura permis de comprendre les sens collectifs soit le contenant, et la psychanalyse les mouvements intra psychiques, soit le contenu du discours.

La collecte des données cliniques et projectives d'Aïcha s'est déroulée en français et en langue maternelle *fulfulde* pour sa grand-mère qui l'encadre depuis son retour au Cameroun. Les propos de la grand-mère m'étaient directement traduits en français et mes interventions traduits en *fulfulde*. Pour transcrire et comprendre au plus près ce qui se dit dans chaque consultation, je me fais donc aider d'une stagiaire en psychologie qui est de même culture traditionnelle que la famille Moussa. Elle parle très bien cette langue et en comprend bien les références culturelles et religieuses. Elle joue donc un triple rôle : celui de transcriptrice, d'interprète et de médiatrice culturelle. Je suis bien conscient de quelques problèmes liés à la transcription, qui pourraient être influencés par la perception ou la compréhension qu'en a la stagiaire, mais cela me semble la meilleure alternative. D'entrée de jeu, Aïcha verbalise avec spontanéité et fluidité. Elle se plaint de l'autorité exacerbée, de la privation de toutes ses libertés et du "*fanatisme*" musulman de sa grand-mère. Ce qui l'énerve : elle y répondrait par l'auto-flagellation, l'automutilation et l'isolement. Elle verbalise également sa souffrance en me confiant que le comportement de sa grand-mère serait à l'origine de toute sa souffrance, y compris de ses phobies. On peut donc d'emblée identifier des traces phobiques au Rorschach à l'instar de la forte concentration des chocs au rouge pur aux planches II et III avec interprétation de sang manifeste. "*Il y a des blessures sur les deux lèvres...le sang coule...*" (pl. II) et à l'enquête "*...A gauche et à droite, on a les lèvres avec des petites blessures saignantes dessus. En bas, une bite restée collée dessus...et puis des gouttes de sang tombées par terre...*", pl. III : "*Elles se sont toutes blessées et il y a des traces de sang*" (Aïcha). Ces phobies se nourriraient aussi de la précarité et de l'insécurité de son nouvel environnement de vie : "*Beh ici il y a trop*

*d'obscurité dans la ville, dans les maisons, dans les rues... et ça me fait peur... (elle accompagne sa verbalisation d'un geste des mains). Beaucoup d'obscurité dans la ville... Pas de métro... Pas de bus et pas de tram. Je ne dors pas la nuit parce que j'ai peur... J'ai aussi des cauchemars et beaucoup d'insomnies ! (Elle tourne le regard vers la porte) ...“(Aïcha). La suite des protocoles projectifs et entretiens dévoilent également la présence d'un double conflit psychique chez Aïcha : un conflit psychique traumatique de l'après-coup et un conflit psychique traumatique du réel à cause de l'intrusion d'une grand-mère (la réponse II au Rorschach dévoile une angoisse de pénétration) qui tente de façon intempestive de vérifier la virginité et de reconstituer l'honneur perdu avec des pratiques qui blessent sa petite-fille. Sous couvert de soulager Aïcha du poids de la malédiction et du secret, elle force “*l'espace du secret*” (Castoriadis-Aulagnier, 1976), la forteresse intérieure et intime de sa fille remise particulièrement en jeu dans le travail psychique de l'adolescence : Une jeune fille ayant grandi dans un milieu occidental et que le nouvel environnement met dans une situation d'étrangeté et de peur. Ce nouveau contexte est d'autant plus contraignant, car du fait d'une carence parentale elle fait face à une nouvelle éducatrice “*gardienne de traditions*” dont il semble qu'elle n'en ait jamais même supposé l'existence. Il lui manque donc la présence parentale qui lui aurait permis une transition plus souple. Elle est “*mal outillée en face d'un univers culturel dont (elle) ne comprend ni les représentations, ni les valeurs, piégée par le clivage procédant du traumatisme migratoire (remigratoire), et parfois prise dans des conflits entre les logiques culturelles du pays d'où l'on vient (la France) et celles du pays d'accueil (le Cameroun), le sujet doit inventer des façons de faire pour ne pas décompenser, pour ne pas s'effondrer, ou pour ne pas se morceler*”²³ (Di et Moro, 2008, p.13). Ne pouvant rien inventer, ce qui se réfère à la carence représentative ou imaginaire, l'issue corporelle propre à l'adolescence est la seule à disposition telle que témoigne l'implication somatique et sensorimotrice dans la production des réponses au Rorschach et TAT et l'auto-violence par des mutilations corporelles.*

J'émetts donc l'hypothèse que face à l'incapacité de faire face à l'angoisse de perte, Aïcha tente de prolonger le lien avec l'objet en se faisant des mutilations corporelles. Dans ce sens, les mutilations corporelles apparaissent comme une solution défensive par rapport à des angoisses massives de perte d'objet, comme témoigne au T.A.T, la prédominance des procédés d'élaboration du discours appartenant à la série C, dont les mécanismes de défense concouraient à maintenir l'évitement du conflit. C'est d'ailleurs à cela que concourt le recours massif à

²³ Dans cette citation, j'ai inséré la situation de Aïcha, pour témoigner que les enjeux migratoires sont les mêmes qu'elles soient vers le nord ou vers le sud.

l'inhibition tel que déterminé par les résultats de Chabert (1998, a). Par ailleurs, les intrusions grand-maternelle révèlent un traumatisme de l'après-coup : la sexualité antérieure est alors psychiquement reprise comme des agressions sexuelles, se révélant traumatique et déclenchant une décompensation sous l'ingérence de la "*gardienne des traditions*". C'est l'évènement actuel qui réinvestirait des traces mnésiques d'un évènement à caractère sexuel, mais plus ancien et non vécu comme traumatique au moment de sa production comme précédemment développé en référence à Freud (1895), alors que les violences sexuelles subies en France n'étaient forcément pas génératrices de souffrance : Elles ne provoquaient ni cauchemars, ni insomnies, ni honte ou ni culpabilité. Les deux temps déboucheraient sur un clivage qui emmènerait Aïcha à ne pas aimer sa partie d'elle qui a vécu en France, même si elle déteste la partie d'elle qui vit des contraintes culturelles actuelles. L'issue redoublée est l'attaque corporelle témoignée par les marques d'atteintes corporelles massives au Rorschach et les récits teintés de "*blessures, de déchirures et de décomposition*" produits au T.A.T. Cette situation mettrait en lumière de manière particulièrement crûe la question du poids du tabou dans le traitement des violences sexuelles au Cameroun et la difficile question du choc toujours possible entre deux cultures qui met au travail différentes dimensions psychiques de la culture tout en révélant la violence potentielle qui s'y greffe, en raison des enjeux identitaires qui s'y jouent, des mesures défensives et des angoisses archaïques qui s'y déploient. Ce qui permet en appui aux développements théoriques de Kaës, d'identifier deux fonctions de la culture au plan psychanalytique : d'une part, la culture contient et maintient le fond primaire de la psyché, dans lequel se constitue le "*cadre culturel*" qui dépend de dimensions invariables d'un environnement culturel donné, le fond culturel psychique en l'occurrence; d'autre part, la culture consolide le processus de constitution psychique en engageant le sujet à trois dispositions : la disposition relative à la différence des sexes et des générations, la disposition relative à l'ensemble des signes linguistiques grâce auxquels la parole prend sens, et la disposition relative à la désignation du sujet dans une généalogie, une position sexuée et une affiliation sociale.

Il est donc important de comprendre que le signifiant "*perte de virginité*" n'a pas le même signifié pour la grand-mère, outrée de l'apparence jugée très transgressive de sa petite-fille en appui aux tabous de la société camerounaise, et la jeune fille moulée aux valeurs occidentales. A ce titre, l'ancienne met en place une procédure tradi thérapeutique qui aurait pu sauver la mise (outré l'honneur) d'Aïcha : rétablir par des procédés magiques sa virginité inconditionnelle pour la poursuite des traditions et de la transmission familiale. Il semble de plus, derrière la critique de la jeune fille, que la grand-mère vise son fils parti en Europe et ayant

délaissé les valeurs de son groupe : Elle a évoqué un conflit avec son fils, le papa d'Aïcha à la suite de son départ pour le “ *pays des blancs* “. Le dispositif ethno psychanalytique aura donc permis une ébauche d'élaboration traumatique pour la jeune fille. Cependant, ses souffrances et celles de la grand-mère semblaient inconciliables, tant la “ *perte de virginité* “ opérait un fossé infranchissable entre elles. La grand-mère occupe en fin de compte, une fonction *surmoïque archaïque non intériorisée* dans cette famille. En d'autres termes, sa fonction de gardienne des valeurs du groupe n'a pas de sens autre que l'exercice de la violence ; elle devient alors un personnage dangereux, générateur de frustrations, de déplaisir, de douleur et de persécution pour cette adolescente. Le conflit entre les deux femmes se nourrit ainsi largement de ce fossé qui ne peut être comblé. Aïcha, dont la prime enfance a été nourrie de culture occidentale vit une remigration hostile à sa personne féminine, sans médiation familiale possible.

Dans un premier temps, ce cas clinique permet de comprendre comment les violences sexuelles participent, en plus des traumatismes pubertaires adolescents et de la *remigration* au pays de ses parents, à la souffrance psychique de la jeune fille. L'issue de l'adolescence et l'apprentissage à la sexualité est radicalement différente d'un pays à un autre. De plus, les libertés d'évasion, de divertissement, d'épanouissement octroyées par l'Occident pendant quatorze années sont bannies de son nouvel environnement. La souffrance d'Aïcha est comparable à la métaphore d'un navire en pleine mer ayant perdu ses amarres, ballotée entre tempêtes pulsionnelles et calme plat, entre colère et passivité. L'absence de référents stables qui auraient pu être trouvés avec des parents présents la jette dans une errance subjective et culturelle l'empêchant de redéfinir les frontières entre son moi et l'extérieur, dedans/dehors.

La relation clinique tente de rétablir les enveloppes culturelles escamotées et déchirées pouvant rendre plus harmonieuses la relation entre les deux femmes séparées par plusieurs générations et par la troisième différence : la différence culturelle. Ceci ne peut se faire que grâce à un dispositif incluant la langue de la grand-mère et la présence d'une médiatrice culturelle bilingue, et grâce à une analyse de contre-transfert culturel du clinicien. Celui-ci, étant pourtant du Cameroun, ne connaît les us et coutumes du Nord du pays, et n'arrive pas à comprendre les positions d'Aïcha autrement que sur un mode négatif. Il lui faut donc trouver un outil, l'ethnopsychanalyse, lui permettant d'intégrer : sa propre formation de psychologue/chercheur, l'acculturation de sa patiente, le contexte d'entre-deux induit par la *remigration* familiale et l'analyse de son contre-transfert culturel. Dans ce dispositif, la médiatrice est tout à la fois une

interprète, une “*informatrice* “ culturelle, une médiatrice de la relation. Toutefois, l’exercice s’avère délicat car devant protéger les secrets d’Aïcha et la position grand-maternelle.

Dans un second temps, le présent cas clinique dévoile au grand jour les difficultés rencontrées par un chercheur/praticien africain travaillant en Afrique (au Cameroun en l’occurrence où le poids du tabou est marqué) dans une situation concernant une patiente remigrante et sa grand-mère traditionaliste, avec des approches essentiellement occidentales (les différents outils d’investigation utilisés dans le cadre de cette recherche Rorschach, T.A.T s’insèrent essentiellement dans une approche et la culture dites occidentales.). En fin de compte, cette clinique me confronte à la nécessité d’une réflexion sur une clinique transculturelle ouverte à la mondialité, autrement dit à la mise en présence de patient migrant et/ou *remigrant* et d’un psychologue/chercheur africain rompu à l’analyse de son contre-transfert culturel avec une approche occidentale. Une confrontation clinique légitime dans une Afrique où la souffrance psychique emprunte des voies d’expression déroutantes pour un praticien formé à l’occidental, et où les va-et-vient migratoires sont de plus en plus fréquents. Cela me fait penser à la *clinique transculturelle de la mondialité* développée par Derivois et à l’approche transculturelle représentée actuellement en France par M. -R. Moro et T. Baubet (2009) issues de la ligne de pensée théorique et clinique de G. Devereux. Il s’agit notamment d’une posture dynamique transdisciplinaire dans laquelle le clinicien ou n’importe quel professionnel de la relation humaine se préoccupe de penser le sujet singulier dans le monde en tenant compte de l’explication ethnologique et psychanalytique des phénomènes relevant des sujets humains. Cette clinique ouvre également une voie de réflexion plus large en clinique transculturelle sur l’ambiguïté voire l’ambivalence des enveloppes culturelles. À ce titre, je pense être réconforté dans le choix d’une clinique et recherche d’orientation ethno psychanalytique complémentariste, en ce qu’elles mettent le soin et la subjectivité du sujet au centre de leurs préoccupations tout en articulant de manière rigoureuse le vécu intrapsychique et le contexte socio-culturel. Je me suis donc aperçu comment il n’est toujours pas évident pour un clinicien et un chercheur formé à l’occidental, d’utiliser et d’adapter chez des sujets remigrants, des outils cliniques importés d’ailleurs.

CONCLUSION GÉNÉRALE

En définitive, la présente recherche porte sur “*Violences sexuelles et traumatisme : une approche clinique et projective du fonctionnement psychique des adolescents victimes au Cameroun*”. La problématique concerne la façon dont l’expérience traumatique pourrait s’organiser autour d’une dynamique très spécifique relevant du processus adolescent, mais pas du traumatisme infantile en tant que processus normal du développement, et la part dynamique du traumatisme sexuel sur le fonctionnement psychique des adolescents vivant dans un environnement socio-culturel écrasé par le poids du tabou. Mon questionnement principal de départ était alors de savoir, comment est-ce que les adolescents victimes de violences sexuelles réaménagent et réorganisent-ils leurs capacités psychiques pour faire face en même temps aux exigences psychiques internes (des sollicitations de la psyché à des changements fondamentaux de l’adolescence) et à la réalité externe (des sollicitations excessives consécutives à l’effraction traumatique sexuelle) dans un tel contexte ? Pour y répondre, l’hypothèse générale émise au départ reposait sur l’idée que, le traumatisme psychique consécutif aux violences sexuelles participe au court-circuitage des réaménagements identitaires et identificatoires propres à l’adolescence, de la fonction du traitement de la perte des objets infantiles en vue de leur transformation en objets pulsionnels accessibles à l’adolescence, et au gel des investissements de la psyché chez la victime. Par ailleurs, l’histoire personnelle dans laquelle s’inscrit la violence sexuelle, les ressources dont dispose l’adolescent dans son environnement socio culturel, mais aussi dans son propre système défensif sont susceptibles de déterminer l’élaboration du traumatisme sexuel. Trois hypothèses spécifiques articulées sur le processus narcissique identitaire, le processus objectal identificatoire et le processus de l’investissement de la pensée ont été opérationnalisées à partir de l’hypothèse générale, pour appréhender les enjeux et mécanismes subjacents à ce genre de violence spécifique, à un âge du développement adolescentaire lui-même spécifique et dans un environnement socio culturel également spécifique.

À l’issue des développements théoriques sur le processus adolescent, puis sur le traumatisme psychique et enfin sur les violences sexuelles, mon choix s’est porté sur une approche méthodologique clinique et projective à travers des tests projectifs de Rorschach et de T.A.T. avec en complément des entretiens d’investigation cliniques de soutien pour éprouver l’hypothèse de départ. 7 adolescents camerounais victimes de violences sexuelles dont l’âge oscille entre 12 et 16 ans qui répondaient aux critères d’inclusion de la présente recherche ont été sélectionnés dans la perspective d’une étude de cas, à l’issue des rencontres au cours desquelles des données cliniques et projectives ont également été recueillies, après

consentement parental. Pour analyser et interpréter lesdites données, je me suis référé à la méthode d'analyse et d'interprétation psychanalytique de l'école de Paris, notamment *“une méthode d'analyse et d'interprétation psychanalytique du Rorschach et des méthodes projectives, au-delà du bilan psychologique dans son intégralité”* (Emmanuelli, 2004).

C'est donc ainsi qu'au cours de cette recherche, j'ai eu un aperçu des organisateurs inconscients familiaux et des éléments du fonctionnement psychique individuel des 7 adolescents victimes de violences sexuelles en interrogeant la qualité de la violence sexuelle, le lien entretenu par le sujet avec elle en terme de culpabilité, d'impact psychique aussi bien sur le plan narcissique-identitaire qu'au plan objectal-identificatoire, l'impact sur les liens intersubjectifs, singulièrement en termes d'enjeux transgénérationnels de la violence sexuelle (Coutenceau, 2010). A l'issue de l'analyse clinique et projective, plusieurs perspectives hypothétiques s'en sont dégagées en l'occurrence, une confusion et incohérence des organisateurs inconscients familiaux et comme par répercussion une désorganisation du fonctionnement psychique individuel. Ce qui situe la présente recherche dans le sillage d'une clinique de la fragilité, de l'instabilité et de l'extrême. Il s'agit précisément dans un premier temps de la présence des traces traumatiques et de la désymbolisation à travers le vu-vécu, ou encore l'échec du processus de symbolisation. En effet, les protocoles ont dévoilé une expérience traumatique caractérisée par une impossibilité à traiter le trop plein d'excitations consécutive à l'événement qui a fait effraction à leur vie psychique, en l'occurrence les violences sexuelles. Ceci découle du défaut de contenance familiale (incapacité des familles d'accueillir et de symboliser le vécu singulier des adolescents victimes) car la puissance du tabou qui entoure les violences sexuelles au sein de la famille camerounaise écrase toute possibilité de donner un cadre de pensée, fragilisant ainsi la capacité des adolescents à établir des repères face aux changements physiques et psychiques qui surgissent d'une part et face aux violences sexuelles subies d'autre part. Dans un second temps, la désorganisation psychique et l'émergence psychotique se dégagent du fonctionnement psychique des adolescents victimes de violences sexuelles. Elles sont dévoilées de manière plus saillantes à travers des hallucinations, le délire de persécution ou l'état maniaque. De ce fait, les troubles de la pensée s'organiseraient dans un lien avec l'impact du trauma sur le travail de figuration et de représentation chez les victimes de violences sexuelles. Ce qui révèle que le traumatisme vient court-circuiter les processus de pensée par le canal du travail de figuration et de représentation. Dans un troisième temps, il se dégage de l'analyse et interprétation que, dans un environnement de prise de risque initiale par la victime dans la survenue des faits, les violences sexuelles

témoignent d'une appétence au traumatisme et d'une trace de traumatismes infantiles ravivés par l'avènement du pubertaire à l'adolescence, du fait de la défaillance d'objets internes et des assises narcissiques, pour en fin de compte témoigner de la défaillance d'une construction identitaire. Il devient patent que le recours à l'acte en lien avec une appétence traumatophilique soit à mettre en rapport avec une voie de construction mettant en jeu le pubertaire, le désir adolescent et les traumatismes des violences sexuelles subies à l'enfance. En effet, face aux violences sexuelles, les victimes exploitent une voie de recours inopinée par un engagement moteur pouvant se déplacer jusqu'à les engager à recourir à des situations incontrôlables de prise de risques. En mobilisant les ressources internes pour faire face à la puberté et aux violences sexuelles, le processus adolescent vient réactiver et révéler les violences sexuelles subies à l'enfance offrant alors un temps de remaniement identitaire, autour des enjeux liés à l'appartenance sexuée et au remaniement identificatoire, autour des enjeux liés à la redéfinition des liens entre les générations, constituant un *organisateur paradoxal du processus adolescent* (Roman, 2004). Les violences sexuelles subies peuvent donc se comprendre comme révélatrices de traumatismes infantiles non résolus réveillés et réactivés plus tard sur le devant de la scène intime par les bombardements pubertaires de l'adolescence, dont l'impact déstabilisateur à la fois sur l'unité de l'image du corps, sur la représentation de soi et sur le registre objectal semble conséquent.

Enfin, face aux réactions transférentielles et contre-transférentielles éprouvées au cours de la rencontre clinique avec les adolescents victimes de violences sexuelles dans un environnement socioculturel camerounais écrasé par le poids du tabou, j'ai été particulièrement interrogé par les voies d'expression de la souffrance des victimes insuffisamment prises en compte par les théories précédemment développées. Ce qui m'a confronté à la nécessité d'une réflexion sur une clinique transculturelle ouverte à la mondialité se référant à *clinique transculturelle de la mondialité* développée par Derivois et à l'approche transculturelle représentée actuellement en France par M. -R. Moro et T. Baubet (2009) issues de la ligne de pensée théorique et clinique de G. Devereux. Autrement dit, il s'agit de la mise en présence d'un patient migrant ou *remigrant* et d'un psychologue africain rompu à l'analyse de son contre-transfert culturel avec une approche occidentale ; une posture dynamique transdisciplinaire dans laquelle le clinicien se préoccupe de penser le sujet singulier dans le monde malgré l'ambiguïté voire l'ambivalence des enveloppes culturelles, en tenant compte de la congruence entre la souffrance psychique de la victime et les représentations culturelles du tabou, dont le repérage et la compréhension participent au travail d'élaboration traumatique. La

conclusion princeps que j'ai développée ici est que, le traumatisme lié aux violences sexuelles peut donc être congruent avec les représentations culturelles que les sujets ont des violences sexuelles dans cet environnement socioculturel camerounais. Ce sont des sortes de manifestations qui pourraient concerner des symptômes du trauma, des agents d'entretien des troubles et de la souffrance psychique, dont le repérage et la compréhension participent au travail d'élaboration et de ce fait à une envisageable voie d'accès pour la dynamique thérapeutique. Ces symptômes ne se réduisent pas simplement aux cauchemars, rêves, ou réminiscences traumatiques, mais ils impliquent également d'autres phénomènes tels que des apparitions nocturnes, des mauvais esprits et la malédiction qui deviennent difficilement supportables à vivre dans cet environnement socio culturel. À cet effet, la gestion du transfert et contre-transfert traumatique culturels, la manipulation précieuse des représentations culturelles et du récit traumatique apparaissent comme des éléments complémentaristes à faire émerger au cours d'une prise en charge transculturelle en tenant compte que, selon le monde de la culture des victimes, les violences sexuelles subies deviennent le règne de la sorcellerie et de la malédiction criminelle dont les représentations peuvent informer leurs fonds infantiles qui nourriront leurs fantasmes, leurs peurs et leurs rêves traumatiques. Pour intervenir dans un contexte socio-culturel écrasé par le poids du tabou, il devient donc important de se demander comment se dit, comment se vit et comment se lit la souffrance, afin de mieux recueillir les idiomes culturels de détresse pour parfois se départir d'une partie des idées occidentales d'abréaction face au traumatisme.

Je me suis donc aperçu comment il n'est toujours pas évident pour un clinicien/chercheur formé à l'occidental, d'utiliser et d'adapter chez des sujets *remigrants* venant d'ailleurs, des outils cliniques et des techniques de recherche importées d'ailleurs s'il ne se défait des préjugés tenaces qui persistent encore concernant la culture africaine. Notamment, une conception de la culture qui envisage mal la question de la prise en charge ethno psychanalytique d'un clinicien/chercheur formé à l'occidental. On verra donc deux postures s'affronter, au milieu de laquelle se trouvera une troisième. Des férus de la culture africaine qui l'exaltent et voient en elle la condition primordiale d'une prise en charge transculturelle des patients migrants. D'un autre côté, des détracteurs de la culture africaine qui dénoncent ses insuffisances, ses carences et l'impact de sa barbarie néfaste sur les efforts de prise en charge psychologique dits modernes. Entre les deux, ceux comme moi qui se sentent écartelés entre un légitime sentiment de fidélité à cette clinique ethno psychanalytique qui m'accroche, et un impérieux devoir de trahison car pas toujours proche de l'approche psychanalytique de mon maître, mon directeur de thèse. Mais

il reste vrai que ces discours diluent inexorablement la culture dans ce qu'elle n'est pas et lui enlèvent son rôle inestimable qu'elle peut jouer pour une résilience africaine.

Cette recherche aura donc constitué une issue personnelle du traitement de l'expérience traumatique consécutive aux représentations culturelles auxquelles j'ai souvent fait face ailleurs, parce que je suis d'ailleurs et que je viens d'ailleurs, et une manière de panser ma propre souffrance issue de la rencontre avec cette clinique de la fragilité et de l'extrême consécutive à la rencontre avec la violence extrême subie par des enfants et adolescents, mais souvent déniée par l'environnement. Elle m'aura enfin de compte permis de comprendre que l'utilisation des outils projectifs dans le cadre des situations transculturelles ont leur place auprès des sujets d'une culture différente dès lors que la dimension culturelle est tout naturellement intégrée à l'analyse.

Quelques questionnements ouvrant une voie aux recherches futures pourraient donc concerner le sens que pourrait avoir le fait d'utiliser dans le cadre de la recherche ou de la clinique en Afrique, des théories et outils cliniques importés d'ailleurs qui ont un impact sur les données recueillies en Afrique chez des victimes de violences sexuelles africaines. Dans ce cas ils se déclinaient de la manière suivante : Ne faudrait-il peut-être pas soit bien connaître la culture d'un sujet, soit faire partie de sa culture pour être capable de le comprendre, de comprendre sa souffrance, de savoir comment se dit et se lit sa souffrance pour pouvoir faire passer de manière valide et efficacement des tests projectifs ? D'ailleurs, au regard des multiples critiques consécutives aux "*biais culturels*" émises quant à l'utilisation des tests projectifs conçus dans une culture donnée pour un sujet d'une autre culture, ne faudrait-il peut-être pas construire des outils projectifs spécifiques pour d'autres cultures ?

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ABOUBE, L.S. (2016), “*Médiation clinique auprès des enfants captifs de Boko Haram auteurs et victimes d’agressions sexuelles : quand l’urgence de soins s’impose, mais la priorité sécuritaire s’oppose*” in *Figures du soin psychique, cahier des résumés, colloque international de Douala (mai 2016)*, Harmattan.

ABOUBE, L.S. (2017), *Agression sexuelle et thérapie traditionnelle : essai d’expertise et de prise en charge ethno psychanalytique d’une adolescente africaine migrante victime d’abus sexuels*, *Revue Service social*, volume 63, n°1 Érudit, Québec.
<https://doi.org/10.7202/1040029ar>

ABOUBE, L.S. & Mestre, C. (2021), *Ethnopsychanalyse en pays camerounais : à propos d’une jeune fille (re) migrante*. In *Pratiques transculturelles : Les nouveaux champs de la clinique*, Paris : Édition In Press, pp. 281-300.

ABRAHAM, N. et TOROK, M. (1978), *L’écorce et le noyau*, Paris, Flammarion, 2^e édition, 1988.

AGOSSOU, T. (2009), *Regards d’Afrique sur la maltraitance*. Paris : Karthala.

AIGUESVIVES, C. (2001), *Psychopathologie des agressions sexuelles chez l’enfant*, Dans *Victime-Agresseur*. Tome 1. Champ social (pp. 85 à 92).

ALARCÓN, (2009), *Relations entre variables de personnalité et burnout : une méta-analyse*, In *Travail et Stress*, Taylor & Francis (Routledge) Doi : 10.1080/02678370903282600.

ALBERO, B. (2011), *L’étude de cas : une modalité difficile à cerner*, *Maison des sciences de l’Homme*, Paris, collection praTICs.

ALEXANDRE, M. (2013), “*La rigueur scientifique du dispositif d’étude méthodologique d’une étude de cas multiples*”. *Recherches qualitatives -Vol. 32 (1)*, pp. 26-56. La reconnaissance de la recherche qualitative dans les champs scientifiques- ISSN 1715-8702-

AMBROISE-RENDU, A-C. (2007), Les récits d'abus sexuels sur enfants depuis le 19^e siècle jusqu'à aujourd'hui : du fait divers au problème de société, Les cahiers du Journalisme n°17, Paris, Seli Arslan.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1980), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2013), Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5 (5^e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.

ANCELIN SCHÜTZENBERGER, A. (2004), Secrets, secrets de famille et transmission invisible. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, n° 33(2), 35-54.

ANDRÉ-FUSTIER, F-A et AUBERTEL, F. (1997), "La transmission psychique familiale en souffrance", in *le Générationnel*, Alberto EIGUER et coll. Dunod, Paris, p. 107-150.

ANDRÉ, J. et Chabert, C. (2010), La psychanalyse de l'adolescent existe-t-elle ? Paris, Presses Universitaires de France, p.3-22.

ANZIEU, D. (1970), "Éléments d'une théorie de l'interprétation", *Revue française de psychanalyse* XXXIV, 5-6.

ANZIEU, D. (1976), *Les méthodes projectives*, Paris, PUF.

ANZIEU, D. (1979), La psychanalyse au service de la psychologie. *Nouvelle revue de psychanalyse*, 20, 59-75.

ANZIEU, D., CHABERT, C. (1983), *Les méthodes projectives*. Paris. PUF.

ANZIEU, D. (1984), Le double interdit du toucher, *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, (n° 29). 173-187.

ANZIEU, D. (1985), *Le Moi-peau*, Paris : Dunod.

ANZIEU, D. (1994), *Le Penser. Du Moi-peau au moi pensant*. Paris, Dunod.

ANZIEU, D. (1995), *Le Moi-peau*, Paris : Dunod, (Une édition augmentée).

ARAJI, K. (1986), *Le droit comparé et la violence faite aux femmes : Voyages au cœur de la narration identitaire*, Dans *Droit et société* (2014) p. 435 à 464. Doi10.3917/drs.087.0435.

ASSOCIATION FOR THE TREATMENT OF SEXUAL ABUSERS. (2011), *Sexual Abuse as à Public Health Problem*, the ATSA Executive Board of Directors, Beaverton, Oregon, USA.

AULAGNIER, P. (1975), *La violence de l'interprétation*. Paris : PUF.

AULOOS, G. (1990), *Approche systémique et Langages Familiaux*, Ottawa, Vermette.

AZOULAY, C. (2002), *La feuille de dépouillement du TAT : des origines à nos jours. Psychologie clinique et projective*, 8 (1), 21-59. doi :10.3917/pcp.008.0021.

AZOULAY, C. (2006), *Représentation de soi et temporalité dans le fonctionnement psychotique à l'adolescence. Revue de psychologie clinique et projective*, 12, 349-380.

AZOULAY, C., EMMANUELLI, M., & CORROYER, D. (2012), *Nouveau Manuel de cotation des formes au Rorschach*, Paris, Dunod.

AZOULAY, C. (2013), *Temporalité psychique et psychologie projective*, *Le carnet PSY*, N° 169, 2,2013, P. 34-37.

BAGMET, A., (2010), *Rapport du Directeur du comité d'enquête auprès du parquet de Russie pour la ville de Moscou*.

BALIER, C. (1987), *L'agir, l'acte et l'action en psychanalyse*, Paris, PUF, Coll. Le fil rouge.

BALIER, C. (1987), L'écoute des toxicomanes en prison : Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane, Quimper, Calligrammes.

BALIER, C. (1988), Psychanalyse des comportements violents, Paris, PUF, Coll. Le fil rouge.

BALIER, C. (1994), "L'inceste : un meurtre de l'identité", *In Psychiatrie de l'enfant*. Paris : PUF.

BALIER, C. (1996), Psychanalyse des comportements sexuels violents. Paris : PUF.

BALIER, C. (1998), De l'acte et son récit à la réalité du sujet. *In Revue française de psychanalyse*, N°3, p. 767-779.

BALIER, C. (2002), Psychanalyse des comportements violents. Paris : Presses Universitaires de France.

BALIER, C. (2006), Ces personnalités dites « perverses ». *In J. Aïn, Perversions* (p.47). ERES.

BALINT, M. (1972), "Analyse de caractère et renouveau", in *Amour primaire et technique psychanalytique*, Payot, Paris, pp. 175-189.

BALINT, M. (1958), Les voies de la régression, Payot, Paris, 1972, *Petite Bibliothèque Payot*, n° 350.

BALINT, M. (1968), Le défaut fondamental, *Petite Bibliothèque Payot*, n° 350.

BARANES, J-J. (2002), Mémoires transgénérationnelles : le paradigme adolescent. *Revue Française de Psychanalyse*, (n°64/1). p. 23-38

BARBIER, A. (1987), L'agir, l'acte et l'action en psychanalyse, *Revue française de psychanalyse*, vol. 4, pp. 1101-1121.

BARIL, K. & TOURIGNY, M. (2015), Le cycle intergénérationnel de la victimisation sexuelle dans l'enfance : modèle explicatif basé sur la théorie du trauma. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*, 4, 28-63. <https://doi.org/10.3917/cnmi.151.0028>

BARIL, K., DOMOND, P., & TOURIGNY, M. (2015), La violence commise dans les fréquentations amoureuses, In book : La délinquance sexuelle des mineurs : théories et recherches (pp. 249-284) Presse de l'université de Montréal. Monique Tardif.

BARIL, K. & al., (2017), Mauvais traitements subis dans l'enfance et problème de santé mentale à l'âge adulte : une étude nationale conduite auprès des Québécoises, In *Revue de Santé mentale au Québec*, vol. 42, numéro 1, pp. 43-63.

BARROIS, C. (1998), *Les névroses traumatiques*, Paris, Dunod

BARTHE, Y., DE BLIC, D., HEURTIN, J., LAGNEAU, É., LEMIEUX, C., LINHARDT, D. .. & TROM, D. (2013). Sociologie pragmatique : mode d'emploi. *Politix*, 103, 175-204. <https://doi.org/10.3917/pox.103.0173>

BAUDIN, M. (2008), *Clinique projective : Rorschach et TAT*, Paris : Hermann.

BELING-NKOUMBA, D. (1985), *Contes du Cameroun*, Paris, édition la Clé Internationale, p. 61.

BENDAHDMAN, H. (1984), *Personnalités maghrébines et fonction paternelle au Maghreb*, La pensée universelle, Paris.

BENDAHDMAN, H. (1984), "*Des rapports de la fonction paternelle au Maghreb et de la psychopathologie chez les adolescents maghrébines transplantés en France*", in *l'Adolescence* (Bruxelles), Ed. Confédération Francophone des Ligues de Santé Mentale.

BENDAHDMAN, H. (1991), "*Rêve onirique et rêve de langue*", in la revue *psychopathologia : International Journal of Psychiatric Culture and Praxis*, Brescia (Italie), n°6, vol. IX, pp. 393-400.

BENGHOZI, P. (2007), Le lien réseau. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 48, 163-174. <https://doi.org/10.3917/rppg.048.0163>

BENGHOZI, P. (2009), Anamorphose. Dans : *Patrick Ben Soussan éd., Cent mots pour les bébés d'aujourd'hui* (p. 34-40). Toulouse, France : ERES. doi :10.3917(ères.benso.2009.01.0034).

BERGERET, J. et al., (1972), *Psychologie pathologique*, édition Masson 2004.

BERGERET, J. (1985), *La Personnalité normale et pathologique*, Paris : Dunod.

BERGERET, J. (1986), *Abrégé de psychologie pathologique*, Paris, Masson.

BERGERET, J. (1994), *La violence et la vie*. Paris, Payot.

BERTRAND, M. (2005), Qu'est-ce que la subjectivation) *Le Carnet Psy*, 96 (1) (2005), pp. 24-27.

BIKA, G. (2001), *Les logiques de survie des réfugiés de guerre. Clinique de la reconstruction post-traumatique dans un pays d'asile. Contributions des méthodes projectives (Rorschach et TAT)* Thèse de doctorat en psychologie, Nouveau régime, sous la direction de Pascal Roman, Université de Lyon 2.

BIT-Projet Lutrena. (2008), *La traite des enfants aux fins d'exploitation de leur travail au Cameroun*, p.7.

Binet, A. (1892), *Les altérations de la personnalité*. Paris : Félix Alcan.

BION, W.R. (1962), *Learning from Experience*, London, Heinemann ; tr.fr. *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF, 1979.

BLOMMART, J. (1998), *Le Rorschach chez l'enfant et l'adolescent-Étude générique et liste de cotations des formes*. *Collection Enfance Plurielle*.

- BLOS, P. (1962), *On adolescence : À psychoanalytic interpretation*. Free Press of Glencoe.
- BOË, E., BOTBOL, M & MAZET, P. (2005), Qu'est-ce que l'adolescence nous apprend sur les abus sexuels vécus dans l'enfance. *La psychiatrie de l'enfant*, 48(1), 5-29.
<https://doi.org/10.3917/psye.481.0005>
- BOER-BUQUICCHIO, M. (2010), *Rapport du Conseil de l'Europe sur les violences sexuelles sur mineur*.
- BOISACQ-SCHEPENS & GROMMELICK, M. (1996), *l'enfant maltraité*, Harmattan, Tome 2.
- BOKANOWSKI, T. (1988), « Entre Freud de Ferrenzi : le traumatisme », *Revue française de psychanalyse*, 6, p. 1285-1304.
- BOKANOWSKI, T. (1995), “Le couple dans le Journal Clinique de Ferenczi“, *Monographies de la Revue Française de Psychanalyse*, PUF.
- BOKANOWSKI, T. (2002), Le traumatisme, le trauma, le traumatique, *Revue française de psychanalyse*, 3, p. 743-755.
- BOKANOWSKI, T. (2005), *Le traumatisme psychique*. Presses Universitaires de France.
- BOKANOWSKI, T. (2011), Éthique, contre-transfert et amour de transfert, Dans *L'Éthique du psychanalyste*. Presses Universitaire de France.
- BOKANOWSKI, T. (2012), Trauma et conflit œdipien, Dans *revue française de psychanalyse*, pp. 1553 à 1560.
- BOLOGNINI, S. (2002), *L'empatia psicoanalitica*. Torino : Bollati Boringhieri.

BOLOGNINI, S. et al., (2005), La problématique de la consommation de substances à l'adolescence, pp. 37-53.

BOLOGNINI, S. (2006), L'Empathie psychanalytique, Paris, Érès.

BOUCEBCI, M. (1993), Aspects du développement psychologique de l'enfant au Maghreb. Santé mentale au Québec, 18(1), 163-178. <https://doi.org/10.7202/032253ar>

BOURGUIGNON, A. (1995), « Peut-on définir la performance », In *Revue française de comptabilité*.

BOURGUIGNON, A. (2000), Performance et contrôle de gestion, *encyclopédie de comptabilité, contrôle de gestion et audit*, éd. Economica.

BOURGUIGNON, J. P., GLOWACZ, F. (1998), Le Centre de Santé de l'Adolescent. Justification d'une approche bipolaire et analyse des motifs de consultation, dans *Rev Med Liège*, n°53, pp. 337-343.

BOURGUIGNON, O. (2003), Questions éthiques en psychologie, Mardaga, Sprimont : Belgique.

BOWLBY, J. (1992), « L'avènement de la psychiatrie développementale a sonné », *Devenir*, vol. IV, n° 4, pp. 20-21.

BRACONNIER, A. (2002), Prises de risque. Adolescente/adolescent. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 30 (10), 787-792.

BRACONNIER, A. (2005), *L'adolescence aujourd'hui*. Ramonville-Saint-Agne (Haute-Garonne) : Érès.

BRANCHE, R. et VIRGILL, F. (2011) *Viols en temps de guerre*, Paris, Payot.

BRELET-FOULARD, F. (1986), *Le TAT. Fantasma et situation projective*. Paris : Dunod.

BRELET-FOULARD, F. & CHABERT, C. (2003), *Nouveau manuel du tat-2^e éd. Approche psychanalytique*, Paris: Dunod.

BRESLAU, N., DAVIS, G. C. ANDRESKI, P. et PETERSON, E. L. (1991), « Traumatic evnts and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults », *Arch. Gen. Psychiatry*, 48, pp. 216-222.

BRIOLE, G., LEBIGOT, F., LAFONT, B., FAVRE, J. D. et VALLET, D. (1994), *Le traumatisme psychique : rencontre et devenir, Rapport au LXXXXIIIe Congrès de Psych. Et Neur. De Langue Fr.*, Toulouse, 17-23 juin, comptes rendus, Paris, Masson, 1 vol.

BROADWIN. (1932), *A contribution to the study of truancy*. *American Journal of orthopsychiatry*, pp. 253-259.

BROWN, S. (2009), *Morpho-psychologie. Guide (broché)*

BROWNMILLER, S. (1976), *Le viol*. Paris, Stock, vol.1.

BRUNET, A. (1996), *Expositions récurrentes aux évènements traumatiques : inoculation ou vulnérabilité croissante ? Santé mentale au Québec*, 21, 1, pp.145-162.

BRYER, J.B., B.A, NELSON., MILLER, J.B. & P.A, KROL (1987), *Les abus sexuels et physiques pendant l'enfance comme facteurs de maladie psychiatrique chez l'adulte*, *J. Psychiatrie*, Wellesley, Doi : 10.1176/ajp.144.11.1426.

BURGESS, A.W., HARTMAN, C.R., WOLBERT, W.A., GRANT, C.A., (1987), *Child molestation: Assessing impact in multiple victims*, Elsevier: Masson

CAHN, R. (1998), *L'adolescent dans la psychanalyse*, Paris, PUF.

CASPCAN. (2008), *Enquête sur les violences sexuelles au Cameroun, Yaoundé, La clé*.

CHABERT, C. (1983), Modalités de fonctionnement psychique des adolescents à travers le Rorschach et le TAT. *Psychologie française*, 28, 187-194.

CHABERT, C. (1987), Rorschach et TAT : antinomie ou complémentarité, *Psychologie Française*, 32 (3), 141-144.

CHABERT, C. (1990), Les potentialités de changement chez les adolescents psychotiques. Contribution du Rorschach et du TAT à une étude longitudinale, *Revue de psychologie appliquée*, CPA, 40, 113-137.

CHABERT, C. & al. (1990), Évaluation des processus de changement au cours du traitement d'adolescents psychotiques, *psychiatrie de l'enfant*, 33 (1), 189-285.

CHABERT, C. (1990), Entre dedans et dehors : la contrainte au Rorschach, *Adolescence*, 8, 185-198.

CHABERT, C., & GUEDENEY, N. (1991), Permanence et changement dans l'évolution d'un adolescent psychotique, *Adolescence*, 0 (2), 276-295.

CHABERT, C. (1992), Les problématiques dépressives et leurs aménagements : approche clinique et projective. In : *Bulletin de la Société française du Rorschach et des méthodes projectives*, n°36.

CHABERT, C. (1994), La psychanalyse au service de la psychologie projective. Dans *Kaës, R., & al., Les voies de la psyché. Hommage à Didier Anzieu* (p. 262-283), Paris, Dunod.

CHABERT, C. (1994), Adolescence et fonctionnement limite. Une étude de cas, *Bull. Soc. Fr Rorschach et Méthodes Projectives*, 38. 67-83.

CHABERT, C. (1998), *Psychanalyse et méthodes projectives*, Paris, Dunod.

CHABERT, C. (1998), *La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach*, Paris, Dunod.

CHABERT, C. (1999), Le passage à l'acte, une tentative de figuration ? *Troubles de la Personnalité. Troubles Des Conduites, Édition GREUPP « Adolescence »*, 57-62.

CHABERT, C. (2003), *Féminin mélancolique*, Paris, Presses universitaires de France.

CHABERT, C., & BRELET-FOULARD, F. (2005), *Nouveau manuel du TAT. Approche psychanalytique*. Paris, Dunod.

CHABERT, C. & AZOULAY, C. (2011), *12 Études cliniques en psychologie projective. Approche psychanalytique*. Paris, Dunod.

CHABERT, C. (2013), *Les névroses : Traité de psychopathologie de l'adulte*. Paris : Dunod.

CHAGNON, J.-Y. (2001), L'enfant de 10 ans face aux épreuves projectives, *psychologie clinique et projective*, 7, 1, p. 175-198.

CHAGNON, J.-Y. (2004), A propos des aménagements narcissico-pervers chez certains auteurs d'agression sexuelle, *Psychologie clinique et projective*, 10, (147-186).

CHAGNON, J.-Y. (2005), Féminité entre latence et adolescence. In *Adolescence*, 233, 557-573. <https://doi.org/10.3917/ado.053.0557>

CHAGNON, J.-Y. (2010), "Peut-on tuer (violer) par procuration ? Traumatisme et transmission transgénérationnelle", *L'évolution Psychiatrique*, 2010, 75, 1, 45-59.

CHAGNON, J.-Y. (2011), L'apport des méthodes projectives-approche psychanalytique-au bilan psychologique de l'enfant et de l'Adolescent. Bilan de 30 ans de travaux, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 59, 48-53.

CHAGNON, J.-Y, COHEN DE LARA, A. (2012), Les pathologies de l'agir chez l'enfant, Paris, Dunod.

CHAGNON, J.-Y. (2013), Qui est qui, qui agresse qui ? Traumatisme, passage à l'acte et identification projective à l'adolescence. *Perspectives Psy*, 52 (2), 134-139.

CHAGNON, J.-Y. (2014), 40 commentaires de textes en psychologie clinique, Dans La psychiatrie de l'enfant 2005/1 (Vol. 48). Paris : Dunod.

CHAGNON, J.-Y. (2014), Les prépsychoses dans l'œuvre de Nina Rausch de Traubenberg : apports et développements en psychologie projective. *Psychologie clinique et projective*, 20(1), 155-165. Doi :10.3917/pcp.020.0155.

CHAGNON, J.-Y, DURAND, M., HURVY, C. (2015), La névrose chez l'enfant : Approche clinique et projective. Paris : Dunod. Doi : 10.3917/dunod.chagn.2015.01.

CHAGNON, J.-Y. (2015), Organisation et désorganisation psychiques chez l'enfant, *Psychologie clinique et projective*, vol 6.

CHAGNON, J.-Y. (2020), Avant-propos. *Psychologie clinique et projective*, 28, 9-13. <https://doi.org/10.3917/pcp.028.0009>

CHAGNON, J.-Y. & WEISMANN-ARCACHE, C. (2020), Approche qualitative des données quantitatives de Rorschach d'enfants de 10 ans aujourd'hui. La fin de latence à l'épreuve de la culture contemporaine. *Psychologie clinique et projective*, 27, 93-128. <https://doi.org/10.3917/pcp.027.0093>

CHAILLET-BALLIF, E. (2007), L'apport des techniques projectives à la compréhension psychodynamique des accès délirants chez des adolescents et jeunes adultes, *In Psychologie clinique et Projective*, 13(1) : 211. doi : <https://10.3917/pcp.013.0211>

CHIDIAC, N., VTRY, M. (2007), Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes, Elsevier-Masson.

CHILAND, C. (2006), L'Entretien clinique. Paris : Presses Universitaires de France.

CIAVALDINI, A. (1999), Psychopathologie des agresseurs sexuels. Paris : Masson.

CIAVALDINI, A. (2003), Violences sexuelles : le soin sous contrôle judiciaire, Paris, In Press.

CIAVALDINI, A. (2005), "L'AGIR : Un affect inachevé", in Boushira J., Parat H. (dir) (2005), L'affect, Monographie de psychanalyse, Paris, PUF, 137-162.

CICCONNE, A. (1999), *La transmission psychique inconsciente : identification projective et fantasme de transmission*. Paris : Dunod.

CICCONNE, A. (2001), Enveloppe psychique et fonction contenant : modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, 17 (2), 81.

CICCONNE, A. (2008), Violence du soin psychique. In M. Sassolas, *Conflits et conflictualité dans le soin psychique* (p.125) Érès.

CIPCRE. (2008), Enquête sur les violences sexuelles au Cameroun, CIPCRE-Cameroun.

COHEN DE LARA, A. (2008), Comportements violents et angoisses de séparation chez l'enfant : apports des méthodes projectives, *cahiers de psychologie clinique*, 31, 2, p. 199-213.

COHEN DE LARA, A. et GUINARD, M. (2013), Clinique projective auprès d'enfants dits hyperactifs : traitement de l'excitation, *Le carnet de PSY*, n° 169,2, p. 47-49.

CONDAMIN, C. (2006), Corps démembré, corps supplicié, corps massacré, *Champ psy*, n°41, 1, p.129-142.

CORTONI, F. & PHAM, T.H (2017), *Traité de l'agression sexuelle. Théories explicatives, évaluation et traitement des agresseurs sexuels*, col. *Psy-Émotion, intervention, santé*, Mardaga. Bruxelles.

COUM, D. (2020), *Par-delà l'amour et la haine : Dans les liens familiaux et le travail social*. Toulouse : Érès.

COURTOIS, R. (1998), Conceptions et définitions de la sexualité : les différentes approches. *Annales médico-psychologiques*, 156 (9), 613-620.52.

COURTOIS, R. (2011), *Les conduites à risque à l'adolescence : repérer, prévenir, prendre en charge*. Paris : Dunod.

COUTANCEAU, R., SMITH, j., & LEMITRE, S. (2012), *Trauma et résilience : victimes et auteurs*. Paris : Dunod.

COUTANCEAU, R., BENNEGADI, R. & CYRULNICK, B. (2017), *santé mentale et Société*, Paris, Dunod.

CRIVILLE, A., DESCHAMPS, M., FERNET, C. & SITTLER, M. F. (1996), *L'inceste : comprendre pour intervenir*. Paris : Dunod.

CROCQ, L., DALIGAND, L., VILLERBU, L., TARQUINIO, C., DUCHET, C., COQ, J-M., & DEVEREUX, G. (1972), *Ethnopsychanalyse Complémentariste*, Paris, Flammarion.

CROCQ, L. (1985), Événement et personnalité dans les névroses traumatiques de guerre. In *J. Guyotat, P. Fedida, Événement et psychopathologie* (pp. 111-120). Villeurbanne : SIMEP.

CROCQ, L. (1990), Névroses traumatiques (névrose d'effroi et névroses de guerre). In *P. Deniker, T. Lempérière, J. Guyotat, Précis de psychiatrie de l'adulte* (pp. 253-261). Paris : Masson.

CROCQ, L. (1999), *Les traumatismes psychiques de guerre*. Odile Jacob, Paris, France.

CROCQ, L. (2002), Les modèles explicatifs du trauma. *Le Journal Des Psychologues*, (194), 24-29.

CROCQ, L. (2004), Le syndrome de répétition : Formes cliniques et signification. Dans : Philippe Bessoles éd., *Victime-agresseur. Tome 4 : Récidive, réitération, répétition. Lien d'emprise et loi des séries* (pp. 27-40). Nîmes, France : Champ social. <https://doi.org/10.3917/chaso.besso.2004.02.0027>

CROCQ, L. (2007), Stress et trauma, in L. Crocq (éd.), *Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson.

CROCQ, L. (2007), *Traumatismes psychiques : prise en charge psychologique des victimes*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson.

CROCQ, L. (2012), Quelques jalons dans l'histoire du concept de trauma. *Dans Trauma et résilience*. Dunod.

CROCQ, L. (2012), *16 leçons sur le trauma*. Odile Jacob.

CUPA, D. (2006), Une topologie de la sensualité : le Moi-peau. *Revue française de psychosomatique*, n° 29 (1), 83-100.

CYRULNIK, B. (2004), *Les vilains Petits Canards*, Odile Jacob, p.177.

CYRULNIK, B. & DUVAL, P. (2006), *Psychanalyse et Résilience*. Paris : Odile Jacob.

CYRULNIK, B. (2006), *De chair et d'âme*. Paris : Odile Jacob.

CYRULNIK, B. (2017), *Les âmes blessées*, Odile Jacob.

CYRULNIK, B. (2018), *Sauve-toi, la vie t'appelle*, Audiolib.

DALIGAND, L. (2004), *L'enfant et le diable. Accueillir et traiter les victimes de violence*, Édition de l'Archipel.

DAMIANI, C. (1999), *Enfants victimes de violences sexuelles : quel devenir ?* Paris, Hommes et perspectives.

DAMIANI, C. (1997), *Les victimes. Violences publiques et crimes privés*, Paris, Bayard.

DAMIANI, C. (2004), *Traumatisme psychique : thérapie et réparation*. Thèse de Doctorat en psychologie, sous la direction d'H. Stork, *Institut de Psychologie*, Université Paris Descartes.

DAMIANI, C., PEREIRA-FRADIN, M. (2006), *Traumaq : Questionnaire d'évaluation du traumatisme*. Paris : *éditions du Centre de Psychologie appliquée*, 2006.

DAMIANI, C. (2009), Le soutien psychologique au cours de la procédure judiciaire. *Revue Francophone de Stress et Trauma*, 9 (4), 257-260.

DAMIANI, C., & BAILLY, L. (2011), L'enfant victime de violences : de la clinique à la réparation. *Pratiques Psychologiques*, (2), 13-29.

DAMIANI, C. et LEBIGOT, F. (2011), Les mots du trauma. Vocabulaire de psycho traumatologie, Savigny-sur-Orge, Philippe Duval Éditeur.

DAMIANI, C. (2020), Psychopathologie des personnes survivantes. *Études sur la mort*, 154, 39-45. <https://doi.org/10.3917/eslm.154.0039>

DEBAUCHE, A. (2011), Viol et rapports de genre : émergence, enregistrements et contestation d'un crime contre la personne, Thèse de doctorat en Sociologie, Institut d'études politiques, Paris, France.

DE BECKER, E. (2008), Quand la sexualité des adolescents devient « préoccupante » ... *L'information psychiatrique*, 84 (7), 675.

DEBRAY, R. (1996), Clinique de l'expression somatique, Lausanne, Delachaux et Niestlé.

DEGBELO, A. (2009), Concepts historiques et actuels relatifs aux mauvais traitements en Afrique. Dans : Thérèse Agossou éd., *Regards d'Afrique sur la maltraitance* (pp. 39-58). Paris : karthala.

DE MIJOLLA-MELLOR, S. (1992), *Le plaisir de pensée*, Paris, PUF.

DI, C. et MORO, M.R. (2008), La protection de l'enfance : Entre l'offre institutionnelle et la demande des familles en situation migratoire, Dans : *Le journal des psychologues* n° 256.

DI, C. et MORO, M.R. (2013), Comment accueillir le délire d'adolescents étrangers isolés en consultation transculturelle ? *In Adolescence*, T.31 N°3.

DI, C., ROY PASQUIER, S., CASTEL, É. & MORO, M.R. (2020), Aimer les enfants, une affaire de culture ? Dans : Daniel Coum éd., Par-delà l'amour et la haine : Dans les liens familiaux et le travail social (pp. 139-165). Toulouse : Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.coum.2020.01.0139>“

DION, Y., CYR, M., NANCY, R. et Al. (2006), L'influence des habiletés cognitives, de l'âge et des caractéristiques de l'agression sexuelle sur la déclaration des présumés victimes, *Child abuse neglect*.

DOLTO, F. (1984), L'image inconsciente du corps. Edition du Seuil, Paris.

DONNAY-RICHELLE, J. (1994), Abus sexuels, identité et identité féminine à travers le test du Rorschach, 342 *bulletins de psychologie clinique et projective*.

DORON, R. & PAROT, F. (1991), Dictionnaire de psychologie. Paris : PUF, p. 731.

DORON, R. (2000), Dictionnaire de psychologie, French & European Pubns.

DU BOIS DE GAUDUSSON, J. (2012), Les tabous du constitutionnalisme en Afrique : Introduction thématique. *Afrique contemporaine*, 242, 53-58. <https://doi.org/10.3917/afco.242.0053>

DUCHET, C. (2011), Névrose traumatique ou névrose traumatisée ? À propos d'une ancienne résistante de la seconde guerre mondiale. *Le Carnet PSY*, 6 (6), 52-57. <https://doi.org/10.3917/lcp.155.0052>

DUPONT, P., GINGRAS, M. & TÊTREAU (2000), Inventaire visuel d'intérêts professionnels. Cahier et manuel, Sherbrooke (Québec), Productions G.G.C.

DUPONT, M., MESSERSCHMIDT, P., VILA, G., BOHU, D. & REY-SALMON, C. (2014), Le processus de révélation dans les agressions sexuelles intrafamiliales et extrafamiliales sur mineurs. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 172(6), 426-431.

DUPONT, M., REY-SALMON, C., MESSERSCHMITT, P., & MARTY, F. (2015), Violences sexuelles à l'adolescence : constats et réflexions. Analyse de la population adolescence reçue pour suspicion de violences sexuelles à l'unité médico-judiciaire de Paris. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 63(1), 36-43.

DUMET, N. (2000), « La création psychosomatique : une voie pour la symbolisation », dans B. Chouvier et coll. (Sous la direction de), *Matière à symbolisation*, Delachaux et Niestlé, p. 179-196.

DUMET, N., & MATHIEU, V. (2005), « Ex(or)ciser le féminin traumatique », *Champ psychosomatique*, 40, pp. 101-113.

DURKHEIM, É. (1897), *La prohibition de l'inceste et ses origines*, Paris : Payot et Rivages (coll. Petite Bibliothèque Payot), 2008.

DURKHEIM, É. (1897, 2^e éd. 1967), *Le suicide. Étude de sociologie*. Paris : Presses Universitaires de France.

EIGUER, A. (2001), L'intérêt pour le transgénérationnel dans la thérapie familiale psychanalytique. *Champ psychosomatique*, n°23 (3), p. 101-115. doi : 10.3917/cpsy.023.0101.

EMMANUELLI et al. (1989), *Manuel du test de Rorschach*, 2^e édition, De Boeck supérieur, Paris.

EMMANUELLI, M. (1992), Penser la menace œdipienne à l'adolescence : apports du Rorschach, *Adolescence*, 10 (1), 47-61.

EMMANUELLI, M. (1992), *Les processus de pensée à l'adolescence* (Thèse de doctorat inédite), Université Paris Descartes.

EMMANUELLI, M. (1993), "Figure de la sublimation à l'adolescence : apport des épreuves projectives. In : *Bulletin de la Société française du Rorschach et des méthodes projectives*, 37, 161-181.

EMMANUELLI, M. (2000), La nostalgie à l'épreuve du temps, *Adolescence*, 18 (2), 513-526.

EMMANUELLI, M. (2001), Les processus de changement à l'adolescence. Contribution du Rorschach, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 49, 232-243.

EMMANUELLI, M., & AZOULAY, C. (2001), Les épreuves projectives à l'adolescence : approche psychanalytique, Paris, Dunod.

EMMANUELLI, M. (2004), L'examen psychologique en clinique. Situations, méthodes, et études de cas, Paris, Dunod.

EMMANUELLI, M., & AZOULAY, C. (2009), Pratiques des épreuves projectives à l'adolescence, Paris, Dunod.

EMMANUELLI, M. (2013), "Clinique psychanalytique de la pensée à l'adolescence : *Le Miroir projectif*", Cairn info.

EMMANUELLI, M. (2015), "Dynamique de la pensée à l'adolescence", in Emmanuelli, F. Nayrou (dir), *La Pensée. Approche psychanalytique*, Paris, PUF.

EMMANUELLI, M. (2016), Chapitre II-Le processus d'adolescence : perspective psychanalytique. Dans : Michèle Emmanuelli éd., *L'adolescence* (P. 29-66). Paris cedex 14, France : Presses Universitaires de France.

ERNY, P. (1968), L'enfant dans la pensée traditionnelle de l'Afrique Noire, (Extraits), Paris, L'Harmattan (1990).

ERNY, P. (1972), *L'Enfant et son milieu en Afrique noire. Essais sur l'éducation*. Paris, Payot.

ERNY, P. (1990), *L'enfant dans la pensée traditionnelle de l'Afrique Noire*, Paris, L'Harmattan.

ESHUN, R.A.R. & GURUND. (Eds.) (2009), *Culture and mental health: sociocultural influences, theory, and practices*, Wiley-Blackwell, Oxford, UK.

EY, H. (1973), *Traité des hallucination*, Paris, Masson, 2 vol.

EY, H. (1977), "Naissance de la psychiatrie", *Actualités psychiatriques*, 1977, 5, p. 9.

EY, H. (1989), *Manuel de Psychiatrie*, Paris : Masson.

EYSENCK, H. J. (1991), « Dimensions of personality: 16, 5 or 3? Criteria for a taxonomic paradigm », *Personality and Individual Differences*, 12, 8, pp. 773-790.

EZEMBE, F. (1995), *Droits de l'enfant et approche de la maltraitance dans les cultures africaines*. *Migrants formation* ; 60-70.

EZEMBE, F. (2003), *L'enfant africain et ses univers*. Paris : Karthala ;

EZEMBE, F. (2009). 7. Aspects de la maltraitance. Dans : F. Ezembe, *L'enfant africain et ses univers* (pp 155-171). Paris : Karthala.

EZEMBE, F. (2009), *Discours et vécus de la sexualité*. Dans : F. Ezembe, *L'enfant africain et ses univers* (pp.173-210). Paris : Karthala.

FAWZIA, Z. (2009), *Les musulmans et le sexe*, In *Jeune Afrique*.

FELITTI, V. J. & ANDA, R. F. (2010), La relation entre les expériences négatives de l'enfance et la santé, le bien-être, la fonction sociale et les soins de santé des adultes, dans R. Lanius, E. Vermetten et C. Pain (Eds.). L'impact des traumatismes précoces sur la santé et la maladie ; L'épidémie cachée (pp. 77-87). New York : Cambridge University Press.

FERENCZI, S. (1916), « Deux types de névroses de guerre », trad. Fr. in *Œuvres complètes*, Paris, Payot, 1974, t.III, pp. 26-43.

FERENCZI, S. (1928), « Élasticité de la technique psychanalytique », *Psychanalyse IV*, Payot, Paris, 1982, pp. 53-65.

FERENCZI, S. (1929), « L'enfant mal accueilli et sa pulsion de mort », *Psychanalyse IV*, Paris, Payot, p. 76-81.

FERENCZI, S. (1930), Principe de relaxation et néocatharsis, *Psychanalyse IV*, Paris, Payot, p. 93.

FERENCZI, S. (1931), « *Analyses d'enfant avec des adultes* », *Psychanalyse IV*, Payot, p. 98-112.

FERENCZI, S. (1931-32), « *Réflexions sur le traumatisme* », Paris, Payot, p.139-147.

FERENCZI, S. (1932), *Journal clinique*, Payot, Paris, 1985.

FERENCZI, S. (1933), « Confusion de langue entre les adultes et l'enfant », *Œuvre complètes*, *Psychanalyse IV (1927-1933)* Paris, Payot, p. 125-138.

FIGLEY, C. R. (1995), Compassion Fatigue: Toward a new understanding of the cost's of caring. In B. H. Stamm (éd.), *Secondary Traumatic Stress Self-Care*.

FINKELHOR, D. (1979), *Sexually Victimized Children*. New York: Macmillan Free Press.

FINKELHOR, F. (1984), *Child Sexual Abuse: New Theory and Research*. New York: Macmillan.

FINKELHOR, D. & BROWNE, A. (1985), "*The traumatic impact of child sexual abuse: à conceptualization*", American Journal of Orthopsychiatry, vol. 55, n° 4 :530-541.

FINKELHOR, D. et al. (1986). *À Sourcebook on Child Sexual Abuse*. Beverly Hills: Sage.

FINKELHOR, D. (1994), The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Neglect*.

FINKELHOR, D., MOORE, D. HAMBY, SL. & STRAUS, M.A. (1997), Sexually abused children in à national survey of parents: methodological issues. *Child Abuse Neglect*.

FREUD, A. (1949), *Le moi et les mécanismes de défense* (1936). Paris: PUF.

FREUD, A. (1958), « On adolescence », In the *Psychoanalytic Study of the Child*, 13, pp. 255-278.

FREUD, A. (1969), *Initiation à la psychanalyse pour éducateurs* (1930). Toulouse : Privat.

FREUD, A. (1969), *Adolescence as à developmental disturbance* (1966). Lebovici, S. & Caplan, G. (dir.). *Adolescence: psychosocial perspectives* (1-5). New York: Basis Books.

FREUD, A. (1971), *Acting out* (1968). *The Writings of Anna Freud*, vol. 7 (94-109). New York : International Universities Press.

FREUD, A. (1994), *Fantasme d'être battu et rêverie* (1922). Hamon, M. (dir.). *Féminité mascarade* (pp. 57-75).

FREUD, A. (1997), *L'adolescence* (1958). Perret-Catipovic, M. & Ladame, F. (dir.). *Adolescence et psychanalyse : une histoire* (pp. 69-100). Lausanne : Delachaux et Niestlé.

FREUD, S. (1893-1895), *Études sur l'hystérie*, P.U.F., Paris, Payot. 1956.

FREUD, S. (1892), " Pour une théorie de l'attaque hystérique ", Paris, Payot. p. 28.

FREUD, S. (1895), *Études sur l'hystérie*, Paris, Payot.

FREUD, S. (1905), *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Dans Freud, S., *Naissance de la psychanalyse* (p.307-396), Paris, PUF.

FREUD, S. (1910), *Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci*. Dans Freud, S., *Œuvre Complètes*, XI (P.79-164). Paris : PUF.

FREUD, S. (1911), *Formulations sur les deux principes de l'avenir psychique*, Dans Freud, S., *Œuvre Complètes*, XI (P.11-22). Paris, PUF.

FREUD, S. (1913), *Totem et Tabou*, Dans Freud, S., *Œuvres Complètes*, XI (p. 189-385). Paris, PUF.

FREUD, S. (1914), *Pour introduire le narcissisme*. Dans Freud, S., *La vie sexuelle* (p. 81-105). Paris, PUF.

FREUD, S. (1915), *Deuil et mélancolie*. Dans Freud, S., *Œuvre Complètes*, XIII (p. 261-280). Paris, PUF.

FREUD, S. (1915-1917), *Introduction à la psychanalyse*, *Petite Bibliothèque Payot*, n° 6.

FREUD, S. (1920), « *Au-delà du principe de plaisir* », dans *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1981, p. 41-115.

FREUD, S. (1923), « *Le moi et le ça* », dans *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1981, p.41-115.

FREUD, S. (1925), *La négation*. Dans Freud, S., *Œuvre Complètes*, XIII (p. 261-280). Paris, PUF.

FREUD, S. (1930), *Le malaise dans la culture*. Dans Freud, S., *Œuvre Complètes*, XVIII (p. 250-333) Paris, PUF.

FREUD, S. et FERENCZI, S. : Correspondance : *Tome I* (1908-1914), Calmann-Lévy, Paris, France, 1992 ; *Tome III* (1921-1933).

FREUD, S. (2003), La psychanalyse : 1893. Dans : Ludovic Ferrand éd., *La psychologie moderne : Textes fondateurs du XIX^e siècle avec commentaires* (pp. 331-343). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.ferra.2003.01.0331>.

FRIEDRICH, W. (1993), Sexual victimization and sexual behavior in children, a review of recent literature. In *Child Abuse Neglect*.

GABEL, M., LÉBOVICI, S. et Al. (1995), *Le traumatisme de l'inceste*, PUF.

GABEL, M. (1996), *maltraitance, répétition, évaluation*, Payot, Fleurus. P. 204.

GALIEN, C. (1998), *De la bile noire*, Paris, Gallimard.

GAMET, L. & MOISE, C. (2010), *Les violences sexuelles des mineurs. Victimes et auteurs : de la parole au soin*, Paris : Dunod, p.123.

GÉLINAS, D.J. (1983), "The persisting negative effects of incest ". *Psychiatric*, vol 46.

GOMEZ, P. (2004), L'interprétation et le cadre dans la nouvelle « pathologie du péremptoire » dans l'adolescence. *Relazione al 43° Congresso IPA*. New Orleans, marzo 2004.

GLISSANT, E. (2005), *La Cohée du lamentein, Poétique V*, Paris, Gallimard.

GODELIER, M. (2004), *Métamorphose de la parenté*, Paris, Fayard.

GONIN, D. & DALIGANG, L. (1988), L'inceste : profanation de la génération et refus de la vie. *J Med Légale Droit Med*.

GORI, R. (1989), L'unité de la psychologie ? Les psychologues devant la clinique freudienne, Navarin, coll « Clinique ».

GÖTTINGEN et ZÜRICH, VANDENHOECK, U. & RUPRECHT. (1971), éd. 45e année. 6/96, Juillet-Août. Traduction française dans *Le Coq-Héron* n° 149.

GREEN, A. (1995), *Le négatif : travail et pensée*. Bordeaux-Le-Bouscat (France) : L'Esprit du Temps.

GREEN, A. (1999), Sur la discrimination et l'indiscrimination affect représentation, *Revue française de psychanalyse*, 1, pp. 217-271.

GREEN, A. (2000), *Le temps éclaté*, Paris, Les éditions de Minuit.

GRMEK, M. (1983), *Les Maladies à l'aube de la civilisation occidentale*, Paris, Payot.

GUILLAUMIN, J. (1999a), Besoin de traumatisme et adolescence. Hypothèse psychanalytique sur une dimension cachée de l'instinct de vie. *Affliction, Éditions GREUPP*, 143-153.

GUILLAUMIN, J. (1999b), L'adolescence et la séparation. La position amoureuse comme défense contre la dépression par mise en réserve des deuils ineffectués et ses échecs suicidaires. *Affliction, Éditions GREUPP*, 99-112.

GUILLAUMIN, J. (2001), « Besoin de traumatisme et adolescence », dans *Adolescence et désenchantement*, Bordeaux, L'Esprit du Temps, p. 9-21.

GUINARD, M., COHEN DE LARA, A., CHAMBRY, J., DELTEIL, F., LACAZE, E., & BILLARD, C. (2012), La sexualité infantile à l'épreuve des psychostimulants : processus de changement chez des enfants diagnostiqués Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (TDA/H), *Psychologie Clinique et Projective*, 18, 11-42.

GUTTON, P. (1991), *Le pubertaire*. Paris, PUF.

GUTTON, P. (1996) : *Adolescens*. Paris, PUF.

GUTTON, P. (1999), *Affliction*. Paris : Éditions GREUPP.

GUTTON, P. (2002), *Violence et adolescence*. Paris : In Press.

GUTTON, P. (2005), *Dépendances, paradoxes de notre société*. Ramonville Saint-Agne : ERES.

GUTTON, P. (2006), La trace pubertaire. *Adolescence*, 58(4) 787.

GUTTON, P. (2007), Le pubertaire savant. *In Adolescence*, 252, 347-358.
<https://doi.org/10.3917/ado.060.0347>

GUTTON, P. (2009), La cure de l'adolescence entre biographie et construction. *Topique*, 108(3), 37.

GUTTON, P. (2011), Du pouvoir à l'autorité dans la cure des adolescents. *Topique*, 115(2), 141.

GUTTON, P. (2011), Sublimation pubertaire. *Adolescence*, 78(4), 895.

GUTTON, P. (2012), La violence par et dans l'adolescence ; p.64. In J. Aïn, *Violences chaudes, violences froides* (p. 103) ERES.

GUTTON, P. (2012), Violence par et dans l'adolescence. In J. Aïn, *Violences chaudes, violences froides* (p.103). ERES.

GUTTON, P. (2013) *Le pubertaire*. Paris, P.U.F. (première publication en 1991)

GUTTON, P. (2013), *Le pubertaire*. Paris : Presses Universitaires de France.

HAESEVOETS, Y.H. (2015), L'enfant victime d'inceste. *De la séduction traumatique à la violence sexuelle*, 2e édition, La collection L'OXALIS, DE Boeck Université.

HAESEVOETS, Y. H. (1999), Les allégations d'abus sexuels chez l'enfant : entre le doute et la conviction absolue. Elsevier, Masson. [https://doi.org/10.1016/S0014-3855\(99\)80070-X](https://doi.org/10.1016/S0014-3855(99)80070-X)

HAESEVOETS, Y. H. (2003), « La parole de l'enfant à l'épreuve du doute », in coll., *Allégations d'abus sexuels et séparations parentales*, Bruxelles, De Boeck, 35-52, 39.

HAMEL, H. et al. (1989), *Survivre à l'inceste : mieux comprendre pour mieux intervenir*. Collective par et pour elle, Québec.

HARRATI, S., VAVASSORI, D., VILLERBU, L.M., & PEDINIELLI, J.-L. (2009), *Délinquance et violence clinique, psychopathologie et psychocriminologie*. Paris : A. Colin.

HERBERT, C., BRUNET, A., & WEMMERS, J.-A. (2003), Intervenants psychosociaux face aux victimes – Processus psychodynamique de la traumatisation indirecte. *Journal International de Victimologie, JIDV 2* (Tome 1, n°2)

HERITIER, F., CYRULNIK, B. et NAOURI, A. (1994), *De l'inceste*, Paris, Jacob Odile.

HERMAN, J. L. & HIRSCHMAN, (1980), *Family violence*. Mildred Daley Pagelow, Greenwood Publishing Group.

HERMAN, J. L. (1992), *Traumatisme et récupération*. Livres de base/Hachette Book Group.

HIPPOCRATE (1989), *Sur le rire et la folie*, préface, trad. Et notes de Y. Hersant, Paris, Rivages (Petite Bibliothèque).

HIRSCH, M. (1998), "Deux modes de l'identification à l'agresseur", d'après Ferenczi et Anna Freud", *Praxis der kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, Göttingen et Zürich, Vanderhoeck & Ruprecht, éd. 45^e ann. 6/96, Juillet-Août. Traduction française dans le Coq-Héron n°149.

HOUSIER, F. & CHAGNON, J.-Y. (2019). Psychopathie, passage à l'acte et destructivité de l'objet. *Adolescence*, 372, 313-323. <https://doi.org/10.3917/ado.104.0313>

HOUZEL, D. (2000), *L'enveloppe psychique : Concept et propriétés* : In Anzieu et al., *Les enveloppes psychiques* (p.43-73). Paris, France : Dunod.

HOUZEL, D. (2000), Enveloppe familiale et fonction contenante. In *Anzieu et al., Émergences et troubles de la pensée* (p. 27-40). Paris, France : Dunod.

HUDON, M. (1993), "La notion d'autotomie chez Ferenczi : de l'autohypnose à l'auto-déchirure", *Bulletin de la Société psychanalytique de Montréal*, vol. 5, n° 3.

JACQUES, P. (2001), Trauma et culture : De la mémoire collective à la reconstruction psychique- Cahiers de psychologie clinique, 2 (2), 189-198. <https://doi.org/10.3917/cpc.017.0189>

JANET, P. (1889), *L'automatisme psychologique*. Thèse de Doctorat ès lettres.

JAJANIN, C. (1996), *Figures et destins du traumatisme*, Paris, PUF

JANIN, C. (1996), "Au cœur de la théorie psychanalytique : le traumatisme", in *Le traumatisme psychique. Organisation et désorganisation*. pp.49-50.

JEAMMET, P. (1980), « Réalité interne et réalité externe à l'adolescence », *Revue française de psychanalyse*, 44, pp.498-542.

JEAMMET, P. (1991), Dysrégulations narcissiques et objectales dans la boulimie. La Boulimie, *Monographies de la Revue Française de Psychanalyse*, pp. 81-104.

JEAMMET, P. (2001), L'oggetto percepito, l'acted-out e la rappresentazione nel processo analitico. In : A. M. Nicolò (à cura di), *Analisi terminabile e interminabile*. Milano : Franco Angeli.

JEAMMET, P. (2002), La violence à l'adolescence : une réalité identitaire. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 50(6-7), pp. 434-441.

JEAMMET, P. (2005), Adolescence et dépendance. *Psychotropes*, 11(3), 9.

JEAMMET, P. (2007), L'adolescence aujourd'hui, entre liberté et contrainte. *Empan*, 2(2), 73-83. <https://doi.org/10.3917/empa.066.0073>

JEAMMET, P. (2013), Temps, espace et soins à l'adolescence. *Psychothérapies*, 33(4), 203.

JEANCLAUDE, C. (2010).3. Freud et la psychanalyse : rappels des fondamentaux : Définition de la psychanalyse en tant que discipline unique et indépendante : aspects doctrinaux, théoriques et techniques. Dans : C. Jeanclaude, *Freud et son héritage : Rappel des fondamentaux freudiennes de la psychanalyse comme discipline indépendante* (pp. 113-187). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.

JÉSU, F. (1995), "Pour une éthique de la coopération Nord/Sud dans le domaine des mineurs", Colloque international : Les traumatismes dans le psychisme et la culture, Paris : CEDEP.

JEWKES, R. et Al. (2001), Relationship Dynamics and adolescent pregnancy in South Africa, *S. Afr. Med. J.* P.733.

JOHNSON, T. C., & AOKI, W.T. (1993), Sexual behaviors of latency age children in residential treatment. *Residential Treatment for Children & Youth*, 11(1), pp.1-22. https://doi.org/10.1300/J007v11n01_01

JONES, A. (2002) Gender and genocide in Rwanda, *Journal of Genocide Research*, 4 (1), pp. 65-94. DOI: [10.1080/14623520120113900](https://doi.org/10.1080/14623520120113900)

JOSSE, E. (2014), *Le traumatisme psychique chez l'adulte*. Bruxelles : De Boeck, p.63.

JOSSE, É. (2017), Le traumatisme complexe, in *Pratique de la psychothérapie EMDR*, ouvrage collectif sous la dir. De Tarquinio C., Paris : Dunod.

KAËS, R. (1979), *Crise, rupture et dépassement*, Paris, Dunod

KAËS, R. (1989), *Figures du négatif*, Paris : Dunod.

KAËS, R. (1985), Filiation et affiliation. Quelques aspects de la réélaboration du roman familial dans les familles adoptives, les groupes et les institutions. *Gruppo*, 1, pp. 23-46.

KAËS, R. (2000), Filiation et affiliation, *le Divan familial*, 5, pp. 61-78.

KAËS, R. (2001), *Différence culturelle et souffrance de l'identité*, Paris, Dunod.

KAËS, R. (2005), Pour inscrire la question du lien dans la psychanalyse. *Le Divan familial* 2005/2 (N° 15), pp. 73-94.

KAËS, R. (2008), Définitions et approches du concept du lien. *Adolescence*, 2008/3 (n° 65), pp.763-780.

KAËS, R. (2010), Le sujet, le lien et le groupe. Groupalité psychique et alliances inconscientes. *Cahiers de psychologie clinique*, 2010/1 (n°34), pp. 13.

KAËS, R. (2010), *L'Appareil psychique groupal*, Paris, Dunod, (Rééd. De 1976g, et de 20000). « *Avant-propos* » de la 3^e édition.

KAËS, R. (2010), *L'expérience du groupe. Approche de l'œuvre de René Kaës* (ss. La dir. De M. Pichon et H. Vermorel), Paris, Dunod.

KAËS, R. (2015), *Crises et traumatismes à l'épreuve du temps ; Le travail psychique dans les groupes, les couples et les institutions*, Paris, Dunod.

KARSENI, B. (2018), *Une lecture maussienne de Totem et Tabou est-elle possible ?* OpenEdition, Marseille : France.

KEMPÉ et KEMPÉ. (1984), *Parler d'abus sexuels*, rue petit chêne, Lausanne.

KESTEMBERG, E. (1980), "Notule sur la crise de l'adolescence. De la déception à la conquête", *Revue française de psychanalyse*, t. XLIV, N°3-4, p. 523-530.

KESTEMBERG, E. (1983), *Psychoanalysis of children of survivors of the Holocaust: Case presentation and assesment*. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 28, pp. 775-804.

KESTEMBERG, E. (1999), *L'adolescence à vif*. Paris : Presses Universitaires de France.

KLEIN, M. (1960), *Le Complexe d'œdipe*, Petite bibliothèque Payot.

KLEIN, M. (1980), *Développements de la psychanalyse (1968)*. Paris : Payot.

KLEIN, M. (1997), *L'amour et la haine : le besoin de réparation (1937)*. Paris : Payot.

KOFFI, A. (2005), *Rapport du secrétaire général de l'ONU à l'assemblée générale*, Abstract. P. 88.

KOUBBI, N. (2004), *Pourquoi eux et pas moi ?* Centre pour humanités numériques et l'histoire de la justice, Clamor Nanterre.

KOUCHNER, C. (2021) *La Familia Grande*, Paris : Seuil.

LACAN. J. (1999), *Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je*. In *Écrits I*, Paris : Seuil.

LACAN, J. (1956-1957), *La relation d'objet*, Paris, Le Seuil.

LAGACHE, D. (1949), *L'unité de la psychologie*, Paris, PUF.

LALLEMAND, S. (2006), *L'interdit en anthropologie sociale*. In : Zohra Guerraoui éd., *Pourquoi l'interdit* (p19-30). Toulouse : Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.guerr.2006.01.0019>

LANIUS, R., VERMETTEN, E., LOEWENSTEIN, R. T., BETHANY BRAND, B., CHRISTIAN SCHMAHL, C., BREMNER, J. D. et DAVID SPIEGEL, D. (2010), *Modulations des émotions dans le SSPT : preuves cliniques et neurobiologiques d'un sous-type dissociatif*. *Journal américain de psychiatrie* 167(6) : 640-7. DOI : 10.1176/APPL.AJP.2009.09081168.

LAPLANCHE, J. (1989), *Temporalité et traduction : pour une remise au travail de la philosophie du temps*, *Psychanalyse à l'Université*, 14 (53), 7-33.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.B. (2007), *Vocabulaire de la psychanalyse (1967)*, Paris : PUF. P. 499.

LAROUSSE. (2003), *Le PETIT Larousse*, éditions Larousse, pp. 503.

LAURU, D. & LE RUN, J. (2004), *Figures du père à l'adolescence*. Toulouse : Érès.

LAURU, D. (2004), *Moments de folie à l'adolescence*. Dans : Patrock Delaroché éd., *Peut-on devenir fou* (pp. 59-69). Toulouse : Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.delqr.2004.01.0059>

LAVAYSSE, B. (2005), *L'adolescence : réactivation du traumatisme et étape de réparation possible*. *Le coq-héron*, 2 (2), 107-111. <https://doi.org/10.3917/cohe.181.0107>

LAUFER, M. & LAUFER, M.-E. (1998), *Rupture du développement et traitement psychanalytique à l'adolescence*. Paris, P.U.F, 1993.

LEBIGOT, F. (2001), *Jeunes militaires français à l'épreuve de Sarajevo*. Dans *Adolescence* (n°38-1) vol. 19.

LEBIGOT, F., DAMIANI, C. & MATHIEU, B. (2001), Débriefing psychologique des victimes, in M. de Clercq, F. Lebigot (dir.), *Les Traumatismes psychiques*, Paris, Masson, PP. 163-187.

LEBIGOT, F. (2005), *Traiter les traumatismes psychiques : clinique et prise en charge*. Paris : Dunod.

LEBIGOT, F. (2009), Le traumatisme psychique, dans *Revue francophone du stress et du trauma* (n°4 vol. 9), Paris, Dunod.

LEBIGOT, F. & DAMANI, C. (2011), Les mots du traumatisme -*Vocabulaire de psychotraumatologie*, p. 224.

LEBIGOT, F. (2011), *Le traumatisme psychique*, Paris, Fabert Eds.

LEBIGOT, F. (2012), *Les traumatismes psychiques*, Masson

LEBIGOT, F. (2016), *Traiter les traumatismes psychiques, Clinique et prise en charge, Collection Psychothérapie*, Paris, Dunod.

LEBOVICI, S., MALE, P. et PASCHE, F. (1951), Psychanalyse et criminologie, *Revue française de psychanalyse*, 1, pp. 30-61.

LE GUEN, C. (1996), *Préface de Claude Janin, Figures et destins du Trauma*. Pour citer : Préface de Claude Le Guen, (1996), *Le fait psychanalytique*, PUF, P.132.

LE GOAZIOU, V. (2013), Les viols en justice : une (in)justice de classe ? *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 32(1), 16-28. doi:10.3917/nqf.321.0016.

LEMITRE, S., & COUTANCEAU, R. (2006), Trouble des conduites sexuelles à l'adolescence. Clinique, théorie et dispositif psychothérapique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 54(3), 183-188.

LEMITRE, S. (2010), TRAUMAS SEXUELS ET ADOLESCENCE, Entre auteurs et victimes ou le bal de dynamiques circulaires. Collection « *Enfances & Psy* ». Érès. DOI 10.3917/ep.074.0102.

- LEONARDO, P. (2007), *La prostitution enfantine*, Fondation Scelles, juillet 2007 ;
- LESOURD, S. (2005), *Au fil de la parole, des groupes pour dire* ; Érès, Paris, France.
- LESOURD, S. (2005), La construction adolescente. In : *Agora débats/jeunesses*, 39, pp. 141-142.
- LESOURD, S. (2007), *La construction adolescente*. Toulouse : Érès.
- LÉVI-STRAUSS, C. (1949), *Les Structures élémentaires de la parenté*, Paris : EHESS.
- LÉVY, A. (1949), « Chefs et meneurs, portraits de meneurs et psychologie de groupe », *Enfance*, 2, p.6-25.
- LÉVY, A. (1967), *L'année psychologique*. Vol. 67, n°2. Persée.
- LEWIS-FERNÁNDEZ, R. et al. (2010), Culture and the anxiety disorders: recommendations for DSM-V Depression and Anxiety, 27 (2), pp. 212-229.
<https://doi.org/10.1002/da.20647CrossRef>
- MAGNY, C. (2008), Quand on ne peut plus boire d'alcool ni mâcher de feuilles de coca. Le cas des convertis « protestants » dans les Andes centrales péruviennes.
<https://doi.org/10.4000/aof.2972>
- MALINOWSKI, B. (1927), *La sexualité et sa répression dans les sociétés primitives*, Paris, Payot, 1963.
- MACFARLANE, A. C. (1986), Posttraumatic morbidity of a disaster: a study of cases presenting for psychiatric treatment *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174 (1986), pp. 4-14.
- MACFARLANE, A. C. (2010), « The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences », *World Psychiatry*, février, 9(1), pp. 3-10.

MANCIAUX, M. et GABEL, M. (1997), *Enfances en danger*. Paris : Fleurus psychopédagogie, p. 680 -774.

MANCIAUX, M. (2001), La résilience. Un regard qui fait vivre. S.E.R., *Études*, tome 395, pp. 321-330. En construire. Genève : Médecine et Hygiène.

MARCHANDIAUX, P. (2005), *Qui est là ! Comment et pourquoi les enfants sont abusés*, mémoire de D.E.S.S. étude de psychologie clinique et pathologique. p.38.

MARTY, F. (1964), *Hippocrate et la médecine*, Paris, Librairie Arthème Fayard.

MARTY, F. (2001), *Figures et Traitements du traumatisme*, Paris : Dunod. P. 48.

MARTY, F. (2001), La psychose pubertaire, une impasse du processus d'adolescence. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 36(1), 153.

MARTY, F. (2001), Potentialités perverses à l'adolescence. *Cliniques méditerranéennes*, 63(1), 263.

MARTY, F. (2002), Le travail du lien à l'adolescence, Dans Marty, F., & al., *Le lien et quelques-unes de ses figures*, Rouen, Publications de l'Université de Rouen et du Havre.

MARTY, F. (2002), *Le jeune délinquant*. Paris : Payot.

MARTY, F. (2005), Initiation à la temporalité psychique. Que serait la temporalité psychique sans l'adolescence 7. *Psychologie clinique et projective*, 11(1), 231.

MARTY, F. (2006), L'adolescence dans l'histoire de la psychanalyse. *L'Évolution Psychiatrique*, 71(2), 247-258.

MARTY, F. (2009), La violence comme expression du mal-être à l'adolescence. *Adolescence*, 70(4), 1007.

MARTY, F. (2010), Adolescence et émotion, une affaire de corps. *Enfances & Psy*, 49(4), 40.

MARTY, F. (2011), Traumatisme, une clinique renouvelée. *Le Carnet PSY*, 155(6), 35.

MARTY, F. (2012), Violence du fantasme incestueux à l'adolescence et traumatisme pubertaire. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 60(5), 345-349.

MAZOYER, A.-V. (2012), Perte d'objet et menace d'effondrement dans la psychopathologie de l'adolescence. *L'Évolution Psychiatrique*, 77(1), 53-66.

MERLAU-PONTY, M. (1945), *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard.

MBASSA, M.D. (2000), Les abus sexuels en milieu scolaire au Cameroun : résultat d'une recherche-action à Yaoundé, *Med. Trop.*

MBASSA, M.D. (2001), *La problématique des enfants victimes d'abus sexuels en Afrique ou l'imbroglio d'un double paradoxe : l'exemple du Cameroun*, Child abuse neglect.

MBASSA, M.D. (2002), *Les abus sexuels en milieu scolaire au Cameroun : résultat d'une recherche-action à Yaoundé*, *Med. Trop.*

MBASSA, M.D. & NGOH, F. (2009), Les abus sexuels au Cameroun : Une étude socio-démographique à Yaoundé. Dans : Thérèse Agossou éd., *regards d'Afrique sur la maltraitance*, Paris : Karthala.

MBASSA, M.D. (2012), *Dans l'enfer des violences sexuelles envers l'enfant en Afrique : Blessures et souffrances de l'enfant camerounais*, Éditions Universitaires Européennes. ISBN : 978-3-8417-9190-0. Child abuse neglect.

MBASSA, M.D. (2016), *Violences sexuelles envers l'enfant et lien de parentalité en Afrique. Analyse poolée des études réalisées au Cameroun*, Elsevier Masson.

MBASSA, M.D. (2016), *Violences sexuelles envers l'enfant et liens de parenté en Afrique. Analyse poolée des études réalisées au Cameroun*, Elsevier Masson.

McCORKLE, D.M. & McCORKLE, M.L. (2005), "Five Fundamental Obstacles in Brahms Source Research", in : *Acta Musicologica*, vol. 48 (1976), pp. 253.

MINKOWSKI, E. (1995), *Le temps vécu : études phénoménologiques et psychopathologiques*. Paris : Quadrige.

MONTREUIL, M., DUBUS, C., CASTELAIN, B. & ELIPOT, F. (1996) *Inceste et maltraitance : étude comparative au Rorschach*, dans *Psychologie clinique et projectives : Violences*. Paris, Dunod, pp. 31-47.

MORENO, J. L. (1965), *Psychothérapie de groupe et psychodrame : introduction théorique et clinique à la socioanalyse*, traduit de l'américain par Anne Ancelin Schützenberger, Paris, PUF et de l'allemand par Jacqueline Rouanet.

MORO, M. R. & BAUDET, T. (2003), *Un lieu métissé d'accueil et de soins des migrants : le dispositif de la psychiatrie transculturelle à l'hôpital Avicenne (Bobigny)*, In *Psychiatrie et migration*, Masson, Paris.

MORO, M. R. (2004), *Psychiatrie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent*. Dunod : Paris.

MORO, M. R. et al. (2009), *L'utilisation de la notion de contre-transfert culturel en clinique*, in *l'Autre, Que faire de la tradition 2009*, vol 10. La pensée sauvage.

MORO, M. R. (2010), *Nos enfants demain, pour une société multiculturelle*, Paris, Odile Jacob.

MORO, M. R., ASENSI, H., FELDMAN, M., & CYRULNIK, B. (2014), *Devenir des traumatismes d'enfance*. (Grenoble) : la Pensée sauvage éd.

MORO, M. R. (2016), *La violence envers les enfants, approche transculturelle*, Paris, Fabert.

MOULIN, V. (2003), Les fonctionnalités du passage à l'acte violent : approches dynamique et processuelle. (Thèse de doctorat en Psychologie. Psychopathologie). Université de Toulouse

NADA, A. (2015), Traumatisme psychique et symbolisation, cas des victimes de guerre en Irak. (Thèse de doctorat de psychologie). Université de Lyon, 29 septembre 2015.

NATHAN, T. (1994), *L'influence qui guérit*. Paris : Odile Jacob.

OBONO ESSOMBA, A. (2014), Les contes et les mythes en pignin : facteur d'éducation de l'enfant dans la société africaine traditionnelle dans la région du Sud-Ouest (Buea), Doctorat en littérature orale et linguistique, Université de Yaoundé I.

ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL, Bureau de l'Afrique centrale. (2000), *Lutte contre le trafic des enfants à des fins d'exploitations de travail, Projet de rapport final du Cameroun*.

OMS. (1992), *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Description cliniques et directives pour le diagnostic, 10^e révision*, OMS Genève, 1992, trad. Fr. par C.B. Pull, Paris 1993.

OMS. (2002), *Rapport sur la violence et la santé dans le monde*, OMS, Genève, p.64.

OMS. (2006), *Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données*, ISPCAN, p.8.

OMS. (2008), Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes CIM-10. Genève.

OMS. (2012), Rapport sur l'exploitation sexuelle des enfants, Genève. p.67.

OMS. (2014), Rapport de situation 2014 sur la prévention de la violence dans le monde. Genève.

OPPENHEIM, H. (1888), Die traumatischen Neurosen, Berlin, V, von August Hirschwald éd., 1892 (2^e éd.), 1 vol.

PHAM, T. H. et DUCRO, C. (2008), « Les antécédents d'adversité chez les agresseurs sexuels », *Annales médico-psychologiques*, 166 (7), pp. 580-584.

PICHON-RIVIERE, E. (1970), Del psicoanálisis a la psicología social, Buenos Aires, Galerna.

PIGEAUD, J. (1981), La Maladie de l'âme, Paris, Les Belles Lettres.

PIGEAUD, J. (1987), Folie et Cures de la folie chez médecins de l'antiquité gréco-romaine : la manie, Paris, Les Belles Lettres.

PONTALIS, J. B. (1975), Naissance et reconnaissance du "self", in Angelergues, J., Anzieu, D. et al., *Psychologie de la connaissance de soi*, Paris, PUF.

PONTALIS, J.B. (1988), *Perdre de vue*, Paris, Gallimard.

RACAMIER, P.C. (1978), Les paradoxes des schizophrènes. *Revue Française de Psychanalyse*, XIII, 5-6.

RACAMIER, P.C. (1986), L'intrapsychique, l'interactif et le changement à l'adolescence et dans la psychose. Dans Racamier, P.C., *Psychanalyse, adolescence et psychose* (141-152), Paris, Payot.

RACAMIER, P. C. (2010), L'inceste et l'incestuel. Collection : Psychismes, Paris, Dunod.

RAND, N. (2001), “À propos des travaux de N. Abraham et M. Torok“, *Patio* n° 4.

RAUSCH DE TRAUBENBERG, N. (1970), *La pratique du Rorschach*. Paris : PUF.

RAUSCH DE TRAUBENBERG, N. & SHENTOUB, V. (1982), *Tests de projection de la personnalité*, EMC (Psychiatrie), A10, 37-190

RAUSCH DE TRAUBENBERG, N. & BOIZOU, M.F. (1984), *Le Rorschach en clinique infantile, L’imaginaire et le réel chez l’enfant*, Paris, Dunod ; p. 98.

RAUSCH DE TRAUBENBERG, N. (1994), *Recherches en psychologie projective. Thèmes et parcours*, Dans Kaës, R., & al., *Les voies de la psyché. Hommage à Didier Anzieu* (p. 257-268). Paris, Dunod.

RAVIT, M. (2004), *Le viol ou l’autre comme empreinte de soi*, *Psychologie clinique et projective*, 10 (1),209-227.

RAVIT, M. (2010), *Du traumatisme à la fascination dans la clinique du passage à l’acte*. *Psychologie clinique et projective*, 16(1), 29.

RAVIT, M., DUBLINEAU, M., BROLLES, L. & ROMAN, P. (2013). *Le cadre institutionnel de passation des épreuves projectives : enjeux cliniques et psychopathologiques*. *Bulletin de psychologie*, 525, 237-248. <https://doi.org/10.3917/bupsy.525.0237>

RAZON, L. (1996), *L’énigme de l’inceste*, Paris, Denoël.

REINACH, S. (1996), *Cultes, Mythes et Religions*, éd. Robert Laffont, France.

REUCHLIN, M. (1981), *Introduction à la recherche en psychologie*, Paris, Nathan.

REUCHLIN, M. (2002), *Les méthodes en psychologie* (pp. 125-126). Paris cedex 14, France : Presses Universitaires de France.

REUCHLIN, M. (2010). Bibliographie. Dans : Maurice Reuchlin éd., *Histoire de la psychologie* (pp. 124-125). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France.

RIDHTHAND, S. & WELCH, C. (2004), Characteristics of youth who sexually offend. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13 (3), 15-32.

ROBIN, L. (1923), *La pensée grecque et les origines de l'esprit scientifique*, Paris, Albin Michel.

ROMAN, P. (1999), Séparation et aliénation : l'institution à l'épreuve du lien. *Cahiers de Psychologie Clinique*, 13 : 167-186.

ROMAN, P. (1999), « La position dépressive familiale : un modèle pour penser la séparation- Apport des méthodes projectives », *Psychiatrie de l'enfant*, 42, 1, p. 129-172.

ROMAN, P. (1997), Troubles somatiques et catastrophes de symbolisation, *dans Psychologie clinique et projective*, volume 3.

ROMAN, P. (1997), La méthode projective comme dispositif à symboliser, Dans *Roman, P. Projection et symbolisation chez l'enfant* (p. 37-51), Lyon, PUL.

ROMAN, P. (1998), Pouvoir et pour-voir du clinicien dans le champ judiciaire, *Cahiers de Psychologie Clinique*, 10, 47-63.

ROMAN, P. (2000), La pratique institutionnelle auprès d'enfants et d'adolescents à l'adolescents à l'épreuve de la violence, dans 43^{ème} Congrès de la société Suisse de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent. Peer-reviewed.

ROMAN, P. (2000), Clinique du clivage en méthode projective : violence et perte à l'adolescence. *Psychologie Clinique et Projective* 6 pp. 187-217. Peer-reviewed.

ROMAN, P. (2003), Les aménagements-pseudo : figures paradoxales de la résolution de la crise adolescente. *Psychothérapies* 3/2003 (Vol. 23), 139-147.

ROMAN, P. (2003), La violence sexuelle et le processus adolescent : apport des méthodes projectives sur les enjeux comparés, de l'auteur à la victime, dans 2^{ème} Congrès Francophone sur l'Agression Sexuelle. Peer-reviewed.

ROMAN, P. (2004), La violence sexuelle et le processus adolescent. Dynamique des aménagements psychiques, des auteurs aux victimes de violences sexuelles. L'apport des méthodes projectives, *Psychologie clinique et projective*, 10, 113-146.

ROMAN, P. (2004), Enjeux psychodynamiques de la violence sexuelle à l'adolescence et évaluation de la personnalité. Bulletin de l'Action de l'Enfance Maltraitée 60 pp. 3-7.

ROMAN, P. (2005), "Perdre l'enfant" : le deuil de l'infans chez les parents d'adolescents. *Psychothérapies*, 25 (3) pp. 187-197.

ROMAN, P. (2006), Temps et traumatisme : une approche clinique et projective, Dans CHOUVIER, B. & ROUSSILLON, R. (dir), *La temporalité psychique. Psychanalyse, mémoires et pathologies du temps* (p. 75-92), Paris, Dunod.

ROMAN, P. (2006), Adolescents auteurs de violences sexuelles : approche psycho-sociale et criminologique et enjeux cliniques. Dans Congrès Mondial de la WAIMH.

ROMAN, P. & RAVIT, M. (2007), La violence sexuelle des adolescents et la dynamique familiale. Dans 4^{ème} Congrès International Francophone sur l'agression Sexuelle. Peer-reviewed.

ROMAN, P. (2008), Évaluation de la dynamique familiale et position dépressive familiale : apport des méthodes projectives, *Psicologia : Teorica et Pesquisa*. 2008, Vol 24 (n°2), pp. 189-194.

ROMAN, P., & DUMET, N. (2009), Des corps en acte. Désymbolisation/symbolisation à l'adolescence. *Dans Cliniques méditerranéennes 2009/1*, n°79, pp. 207-227. <https://doi.org/10.3917/cm.079.0207>

ROMAN, P. (2009), La violence sexuelle et le processus adolescent : clinique des adolescents engagés dans les agirs sexuels violents. *Journal du Droit des Jeunes* 284 pp. 38-43.

ROMAN, P. & RAVIT, M. (2010), La subjectivation de l'agir sexuel violent à l'adolescence : les apports d'un questionnaire d'investigation clinique dans la rencontre de l'adolescent. *Sociétés et jeunesse en difficulté*, n°10/Automne 2010, document 6, mis en ligne le 01 septembre 2010.

ROMAN, P. (2011), Une mise à l'épreuve du processus de subjectivation ? Les agirs sexuels violents à l'adolescent. *Les Cahiers Dynamiques* 1/2011 (n° 50), p. 88-97.

ROMAN, P. (2012), Les violences sexuelles à l'adolescence. Comprendre, accueillir, prévenir. Paris : Elsevier-Masson.

ROMAN, P. (2015), *Le Rorschach en clinique de l'enfant et de l'adolescent, Approche psychanalytique*, 2^{ème} édition, Paris, Dunod.

ROMAN, P. (2015), Actualité d'une approche clinique psychopathologique des violences sexuelles adolescents. *Le Carnet de Psy*, 2015/6, N°191. 40-43.

ROMAN, P. (2015), *Les violences sexuelles à l'adolescence et l'épreuve du corps-à-corps : l'illusion d'une sexualité sans tabou ? Cahiers de psychologie clinique*, 45(2), 225-236. Doi :10.3917/cpc.045.0225.

ROMAN, P. et MELCHIORRE, M. (2015), *Contribution des épreuves projectives à l'évaluation des processus de changement chez les adolescents auteurs de violence sexuelle : Une étude exploratoire. Psychologie clinique et projective*, 21(1), 195-217. Doi :10.3917/pcp.021.0195.

ROMAN, P. (2018), Les épreuves projectives en psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, pp. 431-460. Dans Roussillon R. (eds.) Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale, Elsevier Masson.

ROMAN, P. (2019), Les violences sexuelles à l'adolescence : aspects cliniques, psychopathologiques et thérapeutiques. pp. 31-36. Dans R. Coutanceau & Coll. (Eds.), Sexualités et transgressions-La question de l'altérité, Dunod.

ROMAN, P. (2020), Adolescence et agirs sexuels – De victime é auteur. REISO, Revue d'information sociale.

ROMAN, P. (2021), Processus de changement chez des adolescents auteurs d'agirs violents sexuels : apport des épreuves projectives. *La psychiatrie de l'enfant*, Vol. 64 (1) pp. 189-209.

ROMAN, P. (2021), Les enveloppes psychiques à l'épreuve du Rorschach, (eds.), 2021/11/05

RORSCHACH, H. (1921), Psychodiagnostic (trad. Fr.), Paris, PUF.

ROUSSILLON, R. (1991), Paradoxes et situations limites ou la psychanalyse. Paris : P.U.F

ROUSSILLON, R. (1999) : Agonie, Clivage et symbolisation. Paris, P.U.F.

ROUSSILLON, R. (2000), « Traumatisme et liaisons primaires non symboliques », « Traumatisme », Actualités psychosomatiques, Association genevoise de psychosomatique (AGEPSO), n° 3, pp. 89-109.

ROUSSILLON, R. (2000), Symbolisation primaire et identité. Dans : Bernard Chouvier éd., Matière à symbolisation : Art, création et psychanalyse (pp. 61-73). Paris : Delachaux et Niestlé. <https://doi.org/10.3917/deni.chouv.2000.01.0061>

ROUSSILLON, R. (2007), Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique. Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France.

ROUSSILLON, R. (2012), *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France.

ROUSSILLON, R. et al. (2014), *Manuel de Psychologie et de Psychopathologie clinique Générale*, 2^{ème} édition, Elsevier Masson, Paris, France.

ROUSSILLON, R. et al. (2018), *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*, 3^{ème} édition, Elsevier Masson, Paris, France.

RUFFIOT, A. (1980), Fonction mythopoïétique de la famille. Mythe, fantasme, délire et leur genèse, *Dialogue*, 70, 3-19.

RUFFIOT, A. (1981 a), Appareil psychique familial et appareil psychique individuel. Hypothèse pour une onto-éco-genèse, *Dialogue*, 72, 31-43.

RUFFIOT, A. (1981 b), Le pouvoir absolu : l'imaginaire des parents combinés ou l'anti-scène primitive, *Dialogue*, 73, 71-83.

RUFFIOT, A. (1981 c), Le groupe familial en analyse. L'appareil psychique familial, in Ruffiot, A. et al., *La thérapie familiale psychanalytique*, Paris, *Dialogue*, 75, 7-15.

RUFFIOT, A. et al. (1981), *La thérapie familiale psychanalytique*, Paris, Dunod (*coll. Inconscient et Culture*).

RUFFIOT, A. (1983), La thérapie familiale psychanalytique : un traitement efficace du terrain psychotique, *Bulletin de Psychologie*, 36, 360 : pp. 678-683.

RUTTER, M. (1987), Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 53, pp. 316-331.

RUTTER, M. (1993), Resilience: Some conceptual considerations. *J Adol Health* ; 14 : pp. 623-632.

SALMONA, M. (2008), « La mémoire traumatique », in *L'aide-mémoire en psycho traumatologie*, Paris, Dunod.

SALMONA, M. (2013), La dissociation traumatique et les troubles de la personnalité : ou comment devient-on étranger à soi-même. Dans : Roland Coutanceau, éd., *Troubles de la personnalité : Ni psychotiques, ni névrotiques, ni pervers, ni normaux...* (pp. 383-398). Paris : Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.couta.2013.01.0383>

SALMONA, M. (2013), 29. Mémoire traumatique. Dans : Marianne Kédia éd., *L'aide-mémoire de psycho traumatologie : En 49 notions* (pp. 208-219). Paris : Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.segui.2013.01.0208>

SALMONA, M. (2013), *Le harcèlement sexuel*. Presses Universitaires de France.

SALMONA, M. (2015), La prise en charge médicale des enfants victimes. Dans : Dominique Attias éd., *Le parcours judiciaire de l'enfant victime* (pp. 45-78). Toulouse : Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.attia.2015.01.0045>

SARTRE, J.-P. (1952), *Saint Genet comédien et martyr*, Gallimard.

SHARLACH, L. (2000), Rape as Genocide: Bangladesh, the Former Yugoslavia, and Rwanda, *New Political Science*, 22 (1), pp. 89-102. DOI: [10.1080/713687893](https://doi.org/10.1080/713687893)

SCHMID, C. (2012) *Violences sexuelles envers des enfants et des jeunes en Suisse, Formes, ampleur et circonstance des évènements*, OptimusStudy, Zürich.

SCHÜTZENBERGER, A. (2004), Secrets, secrets de famille et transmissions invisibles. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, n° 33 (2), 35-54. doi :10.3917/ctf.033.0035.

SHENTOUB, V. & DEBRAY, R. (1970), Fondements théoriques du processus-TAT, *Bulletin de psychologie*, 24 (292), 897-903-

SHENTOUB, V. (1970), *Le devenir des manifestations phobo-obsessionnelles : de la pré-adolescence à l'adolescence* (Thèse de doctorat inédite). Université Paris Descartes.

SHENTOUB, V. & al. (1990), *Manuel d'utilisation du TAT-Approche psychanalytique*, Paris, Dunod.

SEGESTRÖM, S.C. & GREGORY, E.M. (2004), "Psychological Stress and the Human Immune System: À Meta-analytic Study of 30 Years of Inquiry" dans *Le Psychological Bulletin*, vol 130, n° 4, p. 601-630.

SCHWAB, G. (1823), "Le cavalier et le lac de Constance", traduction de Julie Coulombel, Wikisource, la bibliothèque libre.

SELYE, H. (1962, 2^e éd.1975), *Le Stress de la vie*. Paris: Gallimard.

SHELDRIK, C. (1991), *Adult sequelae of child sexual abuse*, *British Journal of Psychiatry*, 158 (10), pp. 55-62.

SILLAMY, N. (1989), *Dictionnaire de la psychologie*, Paris : Larousse.

SIOUI, B. (2007), *Les mauvais traitements envers les enfants autochtones signalés à la Protection de la jeunesse du Québec : Comparaison Interculturelle*. In *Child & Family Review*. DOI <https://doi.org/10.7202/1069399ar>

SLEIMAN HAIDER, H. (2020). *Quel paradigme pour la psychose à l'adolescence ? Adolescence*, 381, 149-165. <https://doi.org/10.3917/ado.105.0149>

SMITH, J. (2010), « Le sentiment de culpabilité de la victime d'agression sexuelle », in R. Coutanceau et J. Smith (dir.), *La violence sexuelle*, Paris, Dunod.

SNATEM. (2000), Rapport du Service national d'accueil téléphonique à l'enfance maltraitée, JO Sénat, Paris, France.

SOLOMON, E. P. & HEIDE, K. M. (1999), Type III Trauma: Toward à More Effective Conceptualization of Psychological Trauma. *Int J. Offender Ther Comp Criminol.*, 43, pp. 202-210.

SOLOMON, E. O. & HEIDE, K. M. (1992), Le traumatisme complexe. In *J. Offender Ther Comp Criminol.*

STRAUSS, L. (1967), Structures élémentaires de la parenté, Paris : La Haye, mouton. p.1949.

TALPIN, J. & TALPIN-JARRIGE, O. (2008), Répétition traumatique et devenir du collapsus topique dans les générations à l'adolescence. *Le Divan familial*, 21,105-117.
<https://doi.org/10.3917/difa.021.0105>

TARQUINIO, C. & MONTEL, S. (2014), Les psychotraumatismes, Histoire, concepts et applications. *Paris : Dunod.*

TANUSHREE, K. (2010), Genrer l'analyse des conflits dans leur contexte : le cas de la crise anglophone au Cameroun, The Graduate Institut Geneva.

TERR, L. C. (1991), Childhood Traumas: An Outline and Overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, pp.10-20.

THOM, R. (1983), *Paraboles et catastrophes*, Paris, Flammarion, coll. "Champs".

THOM, R. (1990), "La théorie des catastrophes", in *Apologie du logos*, Paris, Hachette, coll. "Histoire et philosophie des sciences", 1990, P. 333-451.

TOROK, M. (1972), « L'envie du pénis chez la femme », dans J. Chasseguet-Smirgel et coll., *Nouvelles recherches sur la sexualité féminine*, Paris, Gallimard.

TOROK, M. & ABRAHAM, N. (1978), *L'écorce et le noyau*, Paris, Aubier-Flammarion, 1998.

TYCHEY (DE), C. (2001), « Surmonter l'adversité : Les fondements dynamiques de la résilience. » *Cahiers de psychologie clinique*. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-cahiers.de.psychologie-clinique2001-1-page-49.htm>.

TUSTIN, F. (1972), *Autisme et psychose de l'enfant*, trad. M. Davidovici, Paris, Le Seuil.

UNESCO. (2002), *Rapport annuel 2002 : Institut de l'UNESCO pour l'éducation*. UIE-Genève : Suisse.

UNHCR. (2021), *Portail opérationnel de l'UNHRC*, <https://data2.unhcr.org/fr/country/cmr>.

UNICEF. (2014), *Rapport annuel de l'UNICEF*, UNICEF, ISBN : 978-92-806-4809-6.

VALLET, D. (2009), *Actualités cliniques du traumatisme psychique*. *L'information psychiatrique*, 2(2), 161-165. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8502.0161>

VAN DER HART, O. HORST, R. (1989), *The dissociation Theory of Pierre Janet*. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 4.

VAN DER HART, O. et al. (2010), *Dissociation of the personality in complex trauma-related disorders and EMDR: Theoretical considerations*. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(2), pp. 76-92.

VAN DER HART, O., NIJENHUIS, E. et STEELE, K. (2010), *Le soi hanté*, Bruxelles, de Boeck.

VAN WIJK, R. et al. (2006), *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 12, pp. 437-443.

VENEZIANO, E. & PLUMET, M. H. (2009), *La négociation dans les interactions conflictuelles : une contribution à l'évaluation différentielle d'enfants autistes de "haut niveau"*. *In Enfance* (n°1 vol 61).

VIZARD & al. (1995), *Adolescent Forensic Psychiatry*. SUSAN BAILLEY & MAIREAD DOLAN. CRC Press. Manchester. UK.

WHO. (1997), *Violence Against Women: the Girl Child*; Genève.

WIDLÖCHER, D. (2001), La place de la recherche clinique en psychanalyse, *Revue française de psychanalyse*, hors-série 2001, 37-48.

WIDLÖCHER, D. (2003), La personne du psychanalyste et les processus d'empathie et de compensées. *Bulletin EPF*, 57 : 89-96.

WINNICOTT, D.W. (1955), « Les adolescents adoptés », dans *L'enfant, la psyché et le corps*, Paris, Payot, 1999, pp. 185-200.

WINNICOTT, D.W. (1957), *L'enfant et sa famille*, Paris, Payot. » Petite bibliothèque Payot », 1981.

WINNICOTT, D.W. (1974), *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Paris, Gallimard.

WINNICOTT, D.W. (1977), *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard.

WINNICOTT, D.W. (1980), *L'enfant et le monde extérieur*, Paris, Payot.

WINNICOTT, D. W. (2004), *Agressivité, culpabilité et réparation (1969)*. Paris : Payot & Rivages.

WINNICOTT, D. W. (2010), *Les objets transitionnels (1969)*. Paris : Payot & Rivages.

WINNICOTT, D. W. (2012), *La capacité d'être seul (1958)*. Paris : Payot & Rivages.

WINNICOTT, D. W. (2014), *La haine dans le contre-transfert (1947)*. Paris : Payot & Rivages.

WOOD, E. J. (2014), Violences sexuelles liées aux conflits et implications politiques des recherches récentes, *Revue Internationale de la Croix-Rouge*, volume 96.

YEHUDA, R. (2002), « Post-traumatic stress disorder », *N. Engl. J. Med.* 346, pp. 108-114.

YEHUDA, R. et LEDOUX, J. (2007), « Response Variation following Trauma: A Translational Neuroscience Approach to Understanding PTSD », *Neuron* 56, oct. 4.

ZAZZO, R. (1979), l'inné et l'acquis dans le processus d'attachement. Passion et interprétation chez un intégriste. L'état de la question, in D. Anzieu et all, Niestlé.

ZAZZO, R. (1974), L'attachement, Neuchâtel, Delachaux & Niestlé (2^{ème} éd.), 210-239, p.153.