



Disponible sur
JA3P

Journal Africain de Psychologie et Psychologie Pathologique
ISSN: 2960-7027 / e-ISSN: 2960-7035
site web: <https://ja3p.com/journal> / e-mail: infos@ja3p.com
BP: 01 BP 6884 CNT Ouaga 10040 Ouagadougou
Burkina Faso



Article original

Le Syndrome Psychotraumatique Chronique chez l'Enfant : Cas d'une réfugiée de Guerre du Congo-Brazzaville résidant au Gabon

Béa-Christelle Ndjengue Bengone^{a*} & Gildas Bika^b

^a Institut de Cancérologie d'Akanda. Libreville, Gabon,

^b Université Omar Bongo, Libreville, Gabon

Pour citer

Ndjengue Bengone, B. -C., & Bika, G. (2025). Le syndrome psychotraumatique chronique chez l'enfant : Cas d'une réfugiée de guerre du Congo-Brazzaville résidant au Gabon. *Journal Africain de psychologie et de Psychologie Pathologique*, 1(1) p.-239-246. [Numéro spécial: Terrorisme, psychotraumatismes des personnes déplacées internes et remodelage identitaire dans les pays du Sahel]

Mots clés:

- Psychotraumatisme
- Enfant - Réfugié
- Congo-Brazzaville
- Gabon

RÉSUMÉ

Cet article présente une étude de cas clinique examinant le trouble de stress post-traumatique (TSPT) chronique chez un enfant réfugié des guerres civiles du Congo-Brazzaville, résidant au Gabon depuis 2000. L'étude investigue la présentation clinique du TSPT dans ce contexte et illustre l'application du dessin libre comme modalité thérapeutique pour faciliter la verbalisation et la symbolisation des expériences traumatisques de l'enfant. La collecte de données a impliqué de multiples séances utilisant le dessin libre, complétées par des entretiens cliniques semi-structurés avec l'enfant et ses parents. L'analyse des dessins de l'enfant et des transcriptions d'entretiens a révélé des représentations de violence et de mort, ainsi qu'un éventail de symptômes psychologiques et physiques cohérents avec le psychotraumatisme infantile, incluant des phénomènes de reviviscence, des comportements d'évitement, une hypervigilance, un mutisme sélectif, des troubles du sommeil, des retards dans le développement du langage et des comportements régressifs, suggérant une suspension du développement. L'intervention thérapeutique, caractérisée par un environnement rassurant et une approche empathique, visait à promouvoir l'expression des affects, de la parole et des émotions, facilitant l'élaboration du deuil et favorisant une certaine réparation psychique. L'étude émet implicitement l'hypothèse qu'un enfant réfugié exposé à un traumatisme lié à la guerre développera un TSPT chronique avec des manifestations symptomatiques spécifiques et des difficultés développementales, et suggère en outre que l'intégration du dessin libre au sein d'entretiens cliniques peut être une méthode efficace pour accéder aux séquelles psychologiques d'un tel traumatisme et les traiter dans cette population. Les résultats soulignent la prévalence souvent sous-estimée et la prise en charge inadéquate du psychotraumatisme chez les enfants réfugiés en Afrique, malgré leur exposition fréquente à des événements traumatisques et le potentiel d'impacts sévères à long terme sur leur développement psychoaffectif.

* Auteur correspondant.

E-mail: cndjengue@gmail.com (Béa-Christelle Ndjengue Bengone)

<https://doi.org/10.2025/ja3p.v1.s1.14>

ABSTRACT

This article presents a clinical case study that examines chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in a child refugee from the Congo-Brazzaville civil wars, who has been residing in Gabon since 2000. The study explores the clinical manifestations of PTSD in this context and demonstrates the use of free drawing as a therapeutic modality to facilitate the verbalization and symbolization of the child's traumatic experiences. Data collection involved multiple sessions utilizing free drawing, complemented by semi-structured clinical interviews with the child and their parents. The analysis of the child's drawings and interview transcripts revealed depictions of violence and death, alongside a range of psychological and physical symptoms consistent with childhood psychotrauma, including re-experiencing phenomena, avoidance behaviors, hyperarousal, selective mutism, sleep disturbances, language development delays, and regressive behaviors, suggestive of developmental suspension. The therapeutic intervention, characterized by a reassuring environment and an empathic approach, aimed to promote the expression of affects, speech, and emotions, facilitating the elaboration of loss and fostering psychological repair. The study implicitly hypothesizes that a child refugee exposed to war-related trauma will develop chronic PTSD with specific symptomatic manifestations and developmental challenges, and further suggests that the integration of free drawing within clinical interviews can be an effective method for accessing and addressing the psychological sequelae of such trauma in this population. The findings underscore the often underestimated prevalence and inadequate management of psychotrauma among child refugees in Africa, despite their frequent exposure to traumatic events and the potential for severe long-term impacts on their psychoaffective development.

La guerre, forme paroxystique de violence interpersonnelle et collective, constitue pour l'enfant une exposition à des expériences traumatisantes d'une intensité et d'une horreur singulières, incluant bombardements, confrontation à la mort et à la violence interhumaine directe ou indirecte, avec des conséquences majeures sur son développement psychologique (Docherty et al., 2023; Terr, 1991). Les perturbations des figures d'attachement et des liens sûres, fondamentaux pour le développement émotionnel et la régulation du stress (Bowlby, 1999), sont fréquentes dans les contextes de guerre et de déplacement, augmentant la vulnérabilité au psychotraumatisme.

En 2020, l'UNICEF (Unicef, 2009) recensait 18,1 millions d'enfants parmi les populations affectées par les déplacements forcés, dont 8,8 millions d'enfants déplacés et 5,8 millions d'enfants réfugiés. L'étude des séquelles psychologiques chez ces enfants, longtemps négligée, a suscité un intérêt croissant chez les chercheurs, notamment à partir de la Seconde Guerre mondiale (Herman, 1997). Une méta-analyse de Fazel et al. (2005) a mis en évidence une prévalence du trouble de stress post-traumatique (TSPT) d'environ 11% chez les enfants réfugiés issus de divers contextes géopolitiques (Fazel et al., 2005). Le DSM-5 reconnaît le trouble réactionnel au stress post-traumatique chez l'enfant, stipulant, à l'instar de l'adulte, « une exposition directe ou indirecte à un événement impliquant un risque de mort, de blessure grave ou une menace à l'intégrité physique » (Crocq & Guelfi, 2015), tout en reconnaissant les spécificités développementales telles que démontrées par Scheeringa & Zeanah (Scheeringa et al., 2011).

Dans ce contexte, le Gabon, ayant accueilli en 2000 environ 18 000 réfugiés de diverses nationalités, dont une part significative en provenance du Congo-Brazzaville (Wali Wali, 2010), parmi lesquels de nombreux enfants, représente un terrain pertinent pour l'étude des conséquences psychologiques de la guerre sur cette population vulnérable. La prise en charge multidisciplinaire mise en place par le Haut-Commissariat des Nations-Unies pour les Réfugiés (UNHCR) et ses partenaires, axée sur la protection, l'encadrement, l'aide à l'intégration et la création d'un environnement sécurisant, constitue un élément important du contexte. Cet article présente le cas de Marielle, une enfant réfugiée de guerre du Congo-Brazzaville recueillie au Gabon et présentant un syndrome psychotraumatique. Âgée de 10 ans au moment de notre rencontre, Marielle a été suivie dans les services de prise en charge psychologique de l'Association pour l'Entraide et la Solidarité Internationale (ALISEI), partenaire d'exécution de l'UNHCR au Gabon, durant la période 2004-2005.

L'objectif de cet article est d'examiner en profondeur la présentation clinique du syndrome psychotraumatique chez cet enfant, en explorant l'hypothèse selon laquelle l'exposition à la violence extrême de la guerre civile a engendré un tableau symptomatique spécifique. Le dessin libre a été utilisé initialement comme outil méthodologique pour explorer et apprécier l'état psychologique de l'enfant, contribuant à l'identification du syndrome psychotraumatique chronique (Malchiodi, 2003). Bien qu'un effet thérapeutique initial ait pu être observé, la prise en charge structurée s'est déroulée ultérieurement, en s'appuyant sur les éléments diagnostiques recueillis.

Présentation du cas

La biographie de Marielle nous est fournie par ses parents au cours d'un entretien. Marielle, 10 ans, est la 3ème d'une fratrie de 5 enfants composée de 4 filles et 1 garçon. Avant les événements qui vont marquer le pays, elle vivait avec ses parents. Mariés et pratiquant évangélistes, les parents ont 3 enfants à cette période : Marielle occupant alors la deuxième place. La mère est éducatrice préscolaire, et le père exerce comme fonctionnaire. Âgée de 7 ans au moment des faits, Marielle est scolarisée, elle lit correctement, s'exprime très bien. La mère veillant avec plus d'attention sur le suivi scolaire de ses enfants du fait de sa profession d'enseignante. Les parents ne signalent aucun problème durant la petite enfance de Marielle. Ils la décrivent comme une fille pleine d'énergie, joyeuse, intelligente, très protectrice envers sa petite sœur alors âgée de quelques mois et très serviable. Marielle est très complice avec son grand-frère. Marielle et son frère sont très proches ; jouant ensemble au football ou même à la dinette, ce qui ne plait pas toujours au papa.

Marielle a été séparée de ses parents dès le début de la guerre. Son frère et elle se trouvaient en vacances chez leur grand-mère maternelle dans un village. Ne pouvant retrouver leurs parents, ils vont donc s'enfuir avec la grand-mère. Ils vont se cacher pendant des mois dans la forêt ou dans différents édifices abandonnés avant de se fixer dans une église. Lorsque cet établissement va être pris d'assaut par des attaques de la milice, Marielle et son frère vont être séparés.

Elle va poursuivre sa fuite avec sa grand-mère, qui sera assassinée sous ses yeux, par la suite. Marielle se retrouvant seule, va se fondre dans la masse en fuite, aidée de temps à autre par d'autres familles de réfugiés. Son récit ne relate pas de sévices sexuelles, mais de nombreuses scènes traumatisantes difficiles à mettre en mots (assassinats par coups de fusil ou armes blanches, mort par démembrements des fuyants par les rebelles, viols des personnes, etc.).

Elle aurait été retrouvée dans un village à la frontière Congo-Gabon par des habitants et conduite auprès des services du Commissariat dudit village, avant d'être signalée auprès des autorités du HCR. Reconnue par un autre réfugié congolais, elle va être transférée sur

Libreville et remise à sa famille, après identification par les services du HCR. Cela faisait 3 ans que Marielle n'avait plus été en contact avec un membre de sa famille.

A la suite de la présentation de l'histoire du cas et de son parcours traumatisant, nous évoquerons sa symptomatologie, puis la dynamique des séances de prise en charge psychologique.

Symptomatologie

Une semaine après leurs retrouvailles, les parents de Marielle nous l'amènent en consultation d'urgence pour :

- Troubles de sommeil marqué par des insomnies et des cris nocturnes. Sa mère nous rapporte que Marielle ne dort quasiment pas la nuit. Quand elle somnole, elle se réveille en sueurs et pousse des cris stridents. Elle aurait fait 2 jours sans dormir, blottie sous une couverture après qu'un voisin ait fait exploser un pétard pas loin de chez eux. Elle a refusé de rejoindre ses sœurs dans leur chambre et préfère dormir avec son frère.
- Crises de larmes. Marielle est sujette à des crises de larmes lorsqu'on tente une approche physique (quand on s'approche trop près d'elle, qu'on veut lui prendre la main. etc.). Lorsqu'elle a été conduite auprès de sa famille, elle s'est jetée dans les bras de son grand-frère mais a refusé tout contact avec ses parents.
- Anorexie. Depuis qu'elle a intégré sa famille, Marielle refuse de s'alimenter, ce qui a occasionné une forte perte de poids selon sa mère. Elle a plutôt été surprise en train de s'alimenter d'insectes et autres petites bêtes qu'elle décapitait avant de les avaler.
- Mutisme, retrait social. Marielle ne communique avec personne et se refuse d'être avec ses petites sœurs. Si les 2 premiers jours elle s'est jetée dans les bras de son frère, dès le 4ème jour, elle s'est complètement recroquevillée sur elle-même ne communique plus avec son frère.
- Comportements répétitifs. La maman de Marielle relate des faits où elle aurait surpris la petite en train de décapiter les poupées et autres figurines de ses frères et sœurs.
- Comportements régressifs. Marielle est sujette à des énurésies nocturnes. Elle refuse de prendre une douche et de changer de vêtements.
- Agressivité physique envers ses parents et ses petites sœurs. Elle frappe, crie, balance des objets contre ceux-ci.

Suite à cette présentation sémiologique, l'étude expose la dynamique de la prise en charge psychologique mise en œuvre.

Dynamique de la prise en charge psychologique

Lorsque Marielle est conduite dans nos locaux, nous notons une incurie corporelle et vestimentaire. Elle est blottie dans les bras de son grand-frère qui a dû les accompagner. Nous avons pu capter son regard hagard, ses mains crispées, un corps chétif qui donnerait à penser à un enfant de 6 ans. Nous essayons une approche physique en lui tendant la main pour la saluer, mais aussitôt, elle enfouie son visage sous l'aisselle de son frère en criant. Nous proposons alors à son frère d'entrer avec nous dans le bureau. Il s'exécute et invite sa sœur à le suivre. Nous proposons une séance de dessin à son frère. Marielle relève alors la tête légèrement et regarde son frère s'atteler à la tâche, mais n'y participe pas.

Nous revoyons Marielle 3 jours plus tard. La même approche est mise en place, mais aucune réaction de sa part.

Au 3ème rendez-vous, Marielle entra dans notre bureau tenant la main de son frère. Elle prit place à ses côtés, se saisit du matériel de dessin posé à côté de son frère et se mit à dessiner. Elle se refusa de nous expliquer son dessin comme le faisait son frère à la fin de chaque séance, et repartit en emportant sa production. 4ème rendez-vous, nous notions une nette amélioration

de son apparence physique.

5ème rendez-vous. Marielle entra en premier dans la salle, son frère la suivit lentement. Au cours de la séance, un bruit de porte qui claque amena Marielle à se réfugier sous la table de notre bureau, la tête entre les mains, criant et se basculant violemment. La séance fut interrompue.

6ème rendez-vous, Elle s'installa et se saisit du matériel posé sur la table sur lequel elle se « défoula » littéralement, après s'être assurée, d'un regard futile, que son frère était également dans la salle. A la fin, elle nous tendit son dessin en esquissant un sourire.

7ème et 8ème séances : Marielle se montre moins crispée. Elle refuse toujours de venir en salle sans son frère, mais semble prendre plaisir à dessiner. Elle nous remet ses productions seulement après que son frère l'ait fait, même si elle semble avoir terminé avant. Elle ne dit toujours pas un mot, et nous regarde avec méfiance.

9ème et 10ème séances, nous demandons discrètement à son frère de sortir pendant les séances et de manière à ce qu'elle puisse l'apercevoir. Marielle n'a pas bronché, bien qu'elle jeta des regards fictifs vers son frère comme pour s'assurer qu'il ne s'éloignait pas trop.

11ème séance, elle fait signe à son frère de rester devant la porte, en s'assurant qu'il soit dans son angle de vision. Toujours avec une pointe de méfiance, elle se donne à des productions graphiques.

12ème séance, Marielle entra toute seule dans la salle. C'est la 2ème fois qu'il y entrait sans être accompagnée de son frère. Elle ferma la porte, qui jusque-là restait toujours ouverte. Elle se dirigea où se trouve le matériel que nous avons sciemment omis d'appréter, choisit le matériel et s'installa en souriant timidement.

13ème et 14ème séances. Marielle semble plus à l'aise, elle entre aussitôt en salle, alors que nous sommes encore dehors à discuter avec ses parents. Elle dispose le matériel et sans nous attendre, commence à dessiner. Elle nous jette de temps en autre des regards appuyer d'un sourire encore timide.

15ème séance. Cette séance n'était pas prévue, mais nous sommes surpris par des bruits au couloir. Nous sortons et apercevons les parents de Marielle. Elle criait notre prénom : « Madame Christelle » et se jeta dans nos bras dès qu'elle nous aperçut. Son frère n'était pas présent. La mère en pleurs nous informa que depuis le matin, elle n'arrêtait pas de crier notre prénom. Elle lui a fait comprendre que nous n'avions pas de rendez-vous aujourd'hui, mais elle criait tellement qu'ils ont dû la conduire à notre bureau.

Une fois en salle, Marielle en pleurs nous relata des faits que nous avions du mal à saisir car elle bégayait et suffoquait. Elle se blottit dans nos bras et au bout d'une dizaine de minutes, elle s'endormit. Nous l'installions sur un matelas et demandions à rencontrer les parents. Toujours en pleurs, la mère nous informa que c'était la première fois que sa fille s'endormait ainsi, qu'elle disait des mots et avait pris plaisir à se laver, s'habiller, se parfumer et sortir sans que son frère ne l'accompagne. La veille, elle l'avait surprise en train de jouer avec ses sœurs sans aucune agressivité. Elle avait même accepté de prendre un verre de lait et de se coucher sur un matelas dans la chambre des filles, même si elle n'avait presque pas dormi. Marielle était prête à ouvrir la boîte de pandore et ses parents s'en réjouissaient.

Au cours des autres temps de rencontre, Marielle était plus joyeuse, nous relatant son histoire par bribes car présentant des troubles langagiers et une confusion dans la chronologie de son récit. Quelques mois plus tard, Marielle se portait mieux, sa famille et elle ont été réinstallées dans un pays européen.

Les observations cliniques issues des interactions avec Marielle ont induit une analyse approfondie de la sémiologie du syndrome psychotraumatique chez l'enfant, laquelle sera explicitée dans la discussion subséquente.

Discussion

La présente discussion s'articule autour de l'analyse différentielle, de la confrontation de la symptomatologie de Marielle avec les données issues de la littérature scientifique, de la dynamique des liens intersubjectifs et des manifestations comportementales observées.

Diagnostic différentiel

L'établissement d'un diagnostic différentiel rigoureux a nécessité l'examen des entités cliniques suivantes :

- Trouble du Stress Aigu (TSA) : Bien que la présentation clinique de Marielle ait initialement pu évoquer un TSA, caractérisé par des symptômes tels que des intrusions mnésiques, des conduites répétitives, une hypervigilance et des perturbations du sommeil consécutives à l'exposition à un événement traumatisant (Crocq & Guelfi, 2015), la persistance de ces manifestations au-delà du seuil temporel d'un mois, associée à une intensification progressive, infirme ce diagnostic au profit d'un Trouble de Stress Post-traumatique (TSPT), conformément aux critères diagnostiques du DSM-5.
- Trouble de l'adaptation (TA) : Le diagnostic de TA est caractérisé par des symptômes émotionnels et comportementaux survenant dans les trois mois (Crocq & Guelfi, 2015). Il fait suite à un facteur de stress identifiable et disparaissant dans les six mois suivant la cessation de ce facteur. Ce tableau clinique ne correspond pas à celui retrouvé chez Marielle. La persistance des symptômes au-delà de cette période et la prédominance de manifestations spécifiques au trauma, excédant le cadre d'une simple difficulté d'adaptation, excluent cette hypothèse diagnostique.
- Troubles psychotiques : On parle de psychose lorsqu'une personne présente des anomalies dans ses pensées et ses perceptions, notamment : des délires, qui sont des croyances erronées dont la personne ne peut se rendre compte (Crocq & Guelfi, 2015). L'absence d'idées délirantes, d'hallucinations et de toute altération de la conscience chez Marielle permet d'écartier un diagnostic de trouble psychotique.

Validation clinique dans le cadre du trauma infantile

La constellation symptomatique présentée par Marielle (troubles du comportement, reviviscences, évitements, hyperactivité neurovégétative) converge vers la clinique du trauma chez l'enfant telle que définit selon la DSM-V (Crocq & Guelfi, 2015). Bien que la reconnaissance nosologique spécifique du TSPT chez l'enfant ait été historiquement tardive et demeure influencée par les critères établis pour l'adulte (Crocq & Guelfi, 2015; Dewulf et al., 2006), la littérature contemporaine met en évidence la complexité des manifestations psychopathologiques post-traumatiques chez les populations juvéniles (Hélène, 2013; Lewis et al., 2019; Mestre, 2021).

Les travaux pionniers de Maquéda (Maqueda et al., 1999) sur les enfants confrontés aux traumatismes de guerre ont souligné l'émergence de phénomènes régressifs caractéristiques, incluant les troubles de l'identité, la régression développementale et la suspension du développement psychomoteur. Des observations similaires ont été rapportées par Bailly (Maqueda et al., 1999), notant la prévalence des cauchemars et de l'énurésie, et par Vila (Vila, 2006) qui a insisté sur la fréquence de l'énurésie, du langage infantile et de la succion digitale. La présence chez Marielle d'une régression marquée (énurésie, bégaiement) et d'une suspension du développement somatique, objectivée par une apparence physique évoquant un âge inférieur à son âge réel, s'inscrit dans ces descriptions cliniques.

Dynamique des liens intersubjectifs et manifestations comportementales

La symptomatologie décrite par Péchiné (« Guerre et catastrophe. Souffrance et

traumatisme psychique de l'enfant in Maqueda, F (Eds) », 1999), mettant en exergue les signes de répétition traumatique, les reviviscences sensorielles, l'angoisse de séparation, le désintérêt global, les difficultés cognitives, les troubles de l'agir (hyperactivité ou passivité) et l'hypervigilance, trouve un écho significatif dans le cas de Marielle. Ses réactions de peur intense face à des stimuli aversifs (claquements, détonations) et son comportement d'agrippement à son frère témoignent d'une angoisse de séparation et d'une rupture de la confiance interpersonnelle.

La dynamique des liens intersubjectifs de Marielle envers ses parents et sa fratrie, marquée par des distorsions relationnelles, suggère une interprétation psychologique du vécu traumatique comme une expérience d'abandon. Le lien privilégié avec son frère aîné, avec lequel elle a partagé les expériences traumatisantes, contraste avec la méfiance initiale envers les autres figures d'attachement. La relation transférentielle observée avec la clinicienne, initialement teintée de négativité (transfert traumatique, identification à l'»intrus» ou au «tiers-malfaisant» selon Bika (Bika, 2022, 2023), avant d'évoluer vers un transfert positif, illustre la complexité des processus projectifs et identificatoires à l'œuvre dans le contexte du trauma. L'hypothèse d'une haine retournée contre soi (clivage du moi) en lien avec l'impossibilité d'empêcher les traumatismes mérite également d'être considérée. Les agirs violents pourraient alors représenter une tentative de restauration d'une agressivité psychique face à la passivité et à l'impuissance éprouvées lors des événements traumatiques.

En effet, comme l'a révélé l'observation clinique, les liens subjectifs et intersubjectifs de Marielle présentaient des perturbations significatives. La prise en charge des réfugiés de guerre peut induire des mouvements transférentiels positifs envers les intervenants humanitaires, particulièrement en cas d'aide matérielle ou d'attention spécifique. Inversement, un rejet des demandes d'aide peut engendrer un vécu de malveillance et une identification de ces mêmes intervenants à des «mauvais objets», suscitant des affects négatifs intenses.

L'ensemble de ces observations cliniques et leur confrontation avec la littérature scientifique soutiennent l'hypothèse d'un syndrome psychotraumatique chronique chez Marielle, résultant de son exposition prolongée à des traumatismes de guerre et de déplacement. La compréhension des dynamiques psychologiques sous-jacentes est cruciale pour orienter une prise en charge thérapeutique adaptée et favoriser la résilience de l'enfant.

Conclusion

La présentation du cas de Marielle illustre la diversité des réactions psychologiques chez l'enfant exposé à un événement traumatique, allant de perturbations légères à des manifestations plus complexes. Néanmoins, le développement de ces troubles n'est pas uniforme au sein de cette population. L'objectif principal de cette étude de cas était d'examiner en profondeur la présentation clinique du syndrome psychotraumatique chronique chez une enfant réfugiée de guerre congolaise vivant au Gabon. L'hypothèse sous-jacente explorait l'idée que l'exposition à la violence extrême de la guerre civile entraînerait chez cet enfant le développement d'un syndrome psychotraumatique chronique, se manifestant par des symptômes spécifiques et des difficultés développementales. Les résultats saillants de l'étude ont révélé chez Marielle la présence de symptômes caractéristiques du psychotraumatisme infantile, tels que des reviviscences, des comportements d'évitement, une hypervigilance, un mutisme sélectif, des troubles du sommeil, des retards dans le développement du langage et des comportements régressifs, suggérant une possible suspension du développement. Ces observations soulignent une fois de plus que, malgré la capacité de résilience dont font preuve la majorité des enfants, le psychotraumatisme au sein des populations d'enfants réfugiés en Afrique demeure malheureusement sous-estimé et insuffisamment pris en charge. Cette situation est préoccupante, car certains enfants exposés peuvent développer d'autres troubles psychologiques ayant un impact sévère et durable sur leur développement psychoaffectif

ultérieur.

Références

- Bika, G. (2022). Le Rorschach et le TAT de réfugiés de guerre : De la violence subie/agie au traumatisme psychique. *Psychologie clinique et projective*, 32(2), 131-150.
- Bika, G. (2023). L'expression de la violence à travers le rorschach d'un milicien déserteur. Perspectives dynamiques. *Revue Congolaise de Psychologie*, 6, 62-81.
- Bowlby, J. (1999). *Attachment and loss* (2nd ed). Basic Books.
- Crocq, M.-A., & Guelfi, J.-D. (avec American psychiatric association). (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd). Elsevier Masson.
- Dewulf, A.-C., Van Broeck, N., & Philippot, P. (2006). L'état de stress post-traumatique chez l'enfant : Questions autour de la description diagnostique: *Bulletin de psychologie*, Numéro 481(1), 119-132. <https://doi.org/10.3917/bopsy.481.0119>
- Docherty, M., Moreno, F., Niwa, E. Y., & Boxer, P. (2023). *Ethnopolitical violence exposure and children's aggression*. In C. R. Martin, V. R. Preedy, & V. B. Patel (Eds.), *Handbook of anger, aggression, and violence*. Springer Nature Switzerland AG., 191-214.
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries : *A systematic review*. 365.
- Guerre et catastrophe. *Souffrance et traumatisme psychique de l'enfant* in Maqueda, F (Eds). (1999). In Traumatismes de guerre. Actualités cliniques humanitaires. (Desclée De Brouwer, p. 29-37).
- Hélène, R. (2013). *Quelles sont les réactions possibles en différé* ? Cairn.info. <https://shs.cairn.info/l-enfant-face-au-traumatisme--9782100590063-page-35?lang=fr>
- Herman, J. L. (1997). *Trauma and Recovery : The Aftermath of Violence—From Domestic Abuse to Political Terror*. https://beyondthetemple.com/wpcontent/uploads/2018/04/herman_trauma-and-recovery-1.pdf
- Lewis, S. J., Arseneault, L., Caspi, A., Fisher, H. L., Matthews, T., Moffitt, T. E., Odgers, C. L., Stahl, D., Teng, J. Y., & Danese, A. (2019). The epidemiology of trauma and post-traumatic stress disorder in a representative cohort of young people in England and Wales. *The Lancet Psychiatry*, 6(3), 247-256. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30031-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30031-8)
- Malchiodi, C. A. (Éd.). (2003). *Handbook of art therapy*. Guilford Press.
- Maqueda, F., Bailly, L., Péchiné, C., Métraux, J.-C., Grandbesançon, Y., & Granjon, E. (1999). *Traumatismes de guerre : Actualités cliniques et humanitaires*. (Desclée De Brouwer).
- Mestre, C. (2021). L'enfant et la guerre. Spirale. *Bébés d'ici, bébés d'ailleurs.*, 1(97), 131-133.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., & Cohen, J. A. (2011). PTSD in children and adolescents : Toward an empirically based algorithm. *Depression and Anxiety*, 28(9), 770-782. <https://doi.org/10.1002/da.20736>
- Terr, L. (1991). Childhood traumas : An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10-20. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.1.10>
- Unicef. (2009). *Progress_for_Children-No.8_FR_081309.pdf* (N° 8; *La convention relative aux droits de l'enfant*). Unicef. https://factsforlife.org/pdf/Progress_for_Children-No.8_FR_081309.pdf
- Vila, G. (2006). *Aspects cliniques des états de stress post-traumatiques chez l'enfant et l'adolescent*. In L. Jehel (Eds). In *Psycho-traumatologie. Evaluation, clinique, traitement*. (Dunod, p. 130-138).
- Wali Wali, C. (2010). *Les réfugiés congolais au Gabon : Modes de circulation et d'installation dans un espace frontalier*: Thèse soutenue par Christian Wali Wali le 25 juin 2010 à l'Université de Poitiers. e-Migrinter, 6, 94-97. <https://doi.org/10.4000/e-migrinter.1337>