

Revue Africaine des Sciences de l'Antiquité *SUNU XALAAT*

N° 5, Décembre 2025, PP. 514-537.

**Prise en charge psychologique des traumatismes
psychiques des personnes victimes de mines
antipersonnel dans le conflit en Casamance**

Dr Oumar BARRY

oumar.barry@ucad.edu.sn

&

Marie-Noël TENDENG, doctorante

djichinetam@yahoo.fr

Université Cheikh Anta Diop de Dakar

Prise en charge psychologique des traumatismes psychiques des personnes victimes de mines antipersonnel dans le conflit en Casamance

Dr Oumar BARRY & Marie-Noël TENDENG

Résumé : Cet article est tiré de notre travail de recherche dans le cadre de la thèse de doctorat. Notre étude cherche à élaborer une proposition de prise en charge psychologique des traumatismes psychiques chez les personnes victimes de mines antipersonnel dans la situation de conflit en Casamance. Il s'agit d'écouter ces personnes et de les accompagner sur leur processus d'élaboration psychique de ce qu'elles sont en train de vivre afin de les aider à penser et à panser leurs blessures psychiques.

Partant de ce fait, l'objectif général de notre étude est donc d'explorer les violences subies et de fournir des informations sur les aspects physiques et psychiques que ces violences sont susceptibles d'engendrer chez les sujets écoutés afin de proposer une prise en charge psychologique adéquate.

Abstract: This article is based on our doctoral thesis research. Our study seeks to develop a proposal for psychological care for psychological trauma among victims of landmines during the conflict in Casamance. The aim is to listen to these individuals and support them in their process of psychologically processing what they are currently experiencing in order to help them reflect on and heal their psychological wounds.

Based on this, the overall objective of our study is to explore the violence suffered and provide information on the physical and psychological aspects that this violence is likely to cause in the subjects we listen to, in order to propose appropriate psychological care.

Mots-clés : Prise en charge psychologique, traumatisme psychique, victimes, violences, conflit.

Keywords: Psychological care, psychological trauma, victims, violences, conflict.

Introduction

La région naturelle de la Casamance est située au Sud du Sénégal. Avec la politique de décentralisation, cette région va, d'abord, être divisée en deux en 1984 : la région de Ziguinchor et la région de Kolda. Ensuite, en 2008, la région de Sédhiou va être créée. Depuis 1982, la Casamance fait l'objet d'une revendication indépendantiste portée par un Mouvement dénommé Mouvement des Forces Démocratiques de Casamance (MFDC) en référence au premier Mouvement des Forces Démocratiques de la Casamance créé à Sédhiou en 1947. Cette situation qui a dégénéré en un conflit armé perdure jusqu'aujourd'hui, même si le conflit a baissé en intensité. Comme tout conflit armé, il ne cesse d'amener beaucoup de souffrances aux populations.

En parcourant les travaux sur la situation de conflit en Casamance, nous notons que les aspects traités tournent autour de l'analyse historique et politique du conflit, des tentatives de sa résolution, de la nécessité de libérer la parole et la conception de la guerre chez le groupe social Jóola. Les auteurs qui abordent l'analyse historique et politique du conflit traitent ses causes, sa chronologie, les différentes parties prenantes, l'aspiration de départ et l'émergence de nouvelles affirmations identitaires. À cet effet, nous pouvons citer Amnesty International (1998)¹, Nelly Robin (2006)², Séverine Awenengo-Dalberto (2006)³ et Xavier Diatta (2017)⁴. Ces écrits abordent aussi la question des dégâts collatéraux occasionnés par ce conflit. Il s'agit principalement des morts et blessés civils, des déplacements de populations, des pertes de terres, des victimes de mines antipersonnel et d'appauvrissement des populations.

Dans nos lectures sur le sujet, nous avons rencontré des écrits portant sur des tentatives de résolution du conflit par des actions de recherche de paix, marquées par des pourparlers, des

¹ Amnesty International. (1998). « Sénégal : la terreur en Casamance. » *Francophones d'Amnesty international*. AFR 49/001/1998.

² ROBIN, N. (2006). « Le déracinement des populations en Casamance. Un défi pour l'État de droit ». *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 22, n° 1, 153-181.

³ AWENENGO-DALBERTO, S. (2006). « À qui appartient la paix ? Résolution du conflit, compétitions et recompositions identitaires en Casamance (Sénégal) ». In *Journal des Anthropologues*, n° 104-105, 79-108.

⁴ DIATTA, X. (2017). « *Fiju di terra* ». *La crise casamançaise racontée à mes enfants*. L'Harmattan.

ISSN : 2772-2104 – N° 5, Décembre 2025 – pages 514 à 537 - Revue Electronique Africaine des Sciences de l'Antiquité – *Sunu-Xalaat* – Faculté des Lettres et Sciences Humaines – Université Cheikh Anta Diop de Dakar

Prise en charge psychologique des traumatismes psychiques des personnes victimes de mines antipersonnel dans le conflit en Casamance

Dr Oumar BARRY & Marie-Noël TENDENG

médiations, des cessez-le-feu. Ce sont les travaux de Vincent Foucher (2007)⁵ et (2009)⁶ et de Séverine Awenengo-Dalberto (2008)⁷. Nous avons également trouvé, dans certains travaux, comme ceux de Mame Penda Ba et de Rachid Id Yassine (2020)⁸, une description des types de violences subies par les populations. Par ailleurs, d'autres auteurs ont abordé la question du silence autour de ce conflit, insistant sur la nécessité de libérer la parole. Il s'agit surtout de Xavier Diatta (2019)⁹. Enfin, nous ne pouvons passer sous silence la recherche de Paul Diédhiou (2019)¹⁰ sur les représentations que le groupe social Jóola, au cœur de ce conflit, se fait de la guerre et du crime de sang.

En dehors de Xavier Diatta qui trouve urgente la nécessité de libérer la parole, de mettre en place une commission Vérité et Réconciliation, l'examen de ces apports nous montre l'absence de propositions de perspectives pouvant aider à une guérison intérieure des personnes, de tous ces préjudices causés par la situation de conflit. En effet, les souffrances, les types de violences subies par les populations et leurs conséquences sur ces dernières ont été relevés sans pour autant aborder leurs retentissements psychologiques. Il est vrai que *la parole libère*, comme Amnesty International, Mame Penda Ba, Rachid Id Yassine et Xavier Diatta l'ont montré dans leurs travaux, mais nous pensons qu'il y a lieu d'envisager un autre aspect de cette situation de conflit, celui de saisir les retentissements psychologiques des violences subies par les populations afin de proposer des perspectives pouvant participer à la guérison de ces blessures intérieures.

Une partie de l'échantillon de notre travail de recherche est constituée par des personnes victimes de mines antipersonnel (vingt-quatre [24] sur un total de 106 sujets). Durant les rencontres individuelles, plus de la majorité de ces sujets s'effondre quand il s'agit de faire le

⁵ FOUCHER, V. (2007). 'Tradition africaine' et résolution des conflits : un exemple sénégalais. *Politix*, vol. 20, n° 80, 59-80.

⁶ FOUCHER, V. (2009). « 'La guerre par d'autres moyens' ? La société civile dans le processus de paix en Casamance ». *Presses de Sciences Po/Raisons politiques*, n° 35, 143-165.

⁷ AWENENGO-DALBERTO, S. (2008). « Le conflit casamançais. Matrices, émergence et évolutions ». *Revista de Politica Internacional*, n°XI-XII, 116-145.

⁸ BA, M. P., ID YASSINE, R. (2020). « Sortir de l'impasse du Ni 'ni paix ni guerre' en Casamance : Voix/voies de citoyen·ne·s sénégalai·se·s, gambien·ne·s et bissau-guinéen·ne·s ». *Aspad working paper*, n°1, 71 p.

⁹ DIATTA, X. (2019). *Casamance : Les geôles du mensonge : récit*.

¹⁰ Diédhiou, P. « La notion de crime de sang et le rôle de la guerre dans la construction de l'identité joola ». *Cahiers d'Etudes africaines*. 233/2019, p. 121.

récit des événements vécus dans la situation de conflit en Casamance. Une telle expérience nous a conduite à nous poser la question, à savoir quelle serait la prise en charge psychologique des traumatismes psychiques de ces personnes victimes de mines antipersonnel dans le conflit en Casamance. De manière générale, le traumatisme psychique « est une réaction émotionnelle persistante qui fait souvent suite à un événement extrêmement éprouvant de la vie »¹¹. Dans notre cas, l'intégrité physique des personnes victimes de mines antipersonnel a été endommagée, ce qui pourrait constituer une source de souffrance morale.

Pour ce présent article, nous présentons, dans un premier temps, la méthode de recherche, ensuite les résultats obtenus et, enfin, l'analyse et l'interprétation de ces derniers.

1. La méthodologie

Nous abordons, dans cette partie, l'échantillonnage, l'éthique de la recherche, les méthodes et les instruments de collecte de données et l'approche de recherche.

En ce qui concerne l'échantillonnage, nous avons établi des critères de sélection. En effet, la population auprès de laquelle nous avons construit notre objet d'étude est celle vivant dans la région géographique de Ziguinchor et faisant partie de l'association des victimes de mines antipersonnel. Le deuxième critère de sélection réside dans le fait d'avoir été victime de mine antipersonnel. Nous n'avons pas déterminé l'âge et nous n'avons pas non plus fixé le ratio sexe.

Avant les entretiens individuels avec les sujets de notre étude, nous sommes entrée, d'abord, en contact avec le président de l'association. Dans une rencontre en présentiel, nous lui avons présenté les objectifs de la recherche. C'est lui qui nous a mis en contact avec vingt-quatre sujets (24) qui ont accepté de participer à l'étude. Ainsi, nous pouvons considérer que notre échantillon est intentionnel (non accidentel) et non probabiliste, car il est choisi en considération de caractéristiques bien connues. En résumé, nous avons vingt-quatre (24) sujets victimes de mines antipersonnel, dont dix (10) hommes et quatorze (14) femmes).

¹¹ <https://www.camh.ca> [en ligne] consulté le 12 février 2025.

Quant à l'éthique de la recherche, nous cherchons à faire un travail exempt de tout doute et nous avons le devoir de protéger les personnes qui se livrent à nous. Avant de commencer tout entretien, nous expliquons au sujet l'objet de la recherche, nous l'assurons du respect des règles éthiques (respect de la dignité, la protection des identités des participants). Les entretiens se déroulent en binôme dans un espace fermé. Le codage des entretiens se situe dans ce souci de garantir l'anonymat des personnes. Par ailleurs, nous demandons aux participants l'autorisation de faire un enregistrement audio de l'entretien pour nous assurer du respect des propos des sujets dans leurs retranscriptions. Pour les victimes de mines antipersonnel qui se déplacent difficilement, nous sommes partis les rencontrer à leur domicile (six sujets). Quant aux autres qui se sont déplacés au siège de leur association, nous leur avons remboursé les frais de transport à la fin de l'entretien. Nous avons aussi veillé à avoir le consentement oral des participants.

Enfin, du fait que cette population n'a pas la possibilité de bénéficier d'un soutien psychologique, nous avons proposé notre disponibilité pour ceux et celles qui le désirent en remettant notre contact téléphonique. Nous avons jugé qu'il ne serait pas humain d'écouter la souffrance des sujets pour les besoins de la recherche et de ne pas, ensuite, les accompagner en cas de nécessité sur leur processus d'élaboration psychique. De plus, pour les sujets qui ont partagé des soucis de santé, nous les avons orientés vers des structures spécialisées.

Comme méthode de collecte de données, nous avons choisi les entrevues, mais ces dernières ne peuvent pas exclure l'observation durant leur déroulement. L'observation ici concerne surtout le langage non verbal. Les entretiens nous permettent d'avoir un contact direct avec les sujets dans leur environnement naturel (famille, siège de l'association).

L'outil qui a soutenu les entrevus est un guide d'entretien, construit sous forme de questionnaire semi-ouvert pour laisser place à l'échange et permettre une plus grande liberté de parole des personnes écoutées afin de mieux saisir l'impact psychologique. Les sujets ne sont pas tenus de répondre à toutes les questions suggérées dans le guide d'entretien. Il n'est qu'un support, car c'est surtout l'écoute du sujet qui est mise en avant.

Notre approche de recherche s'inscrit dans une démarche inductive, car nous partons des récits, des données brutes pour tenter d'en donner une explication. Comme approche de

recherche qualitative, nous pensons que l'étude descriptive qualitative est mieux indiquée pour nous aider à rendre compte de notre objet d'étude et non les autres approches (phénoménologique, ethnographique, étude de théorisation enracinée, étude de cas). En effet, selon Sandelowski (2000), « la recherche descriptive qualitative est une méthode idéale pour décrire les expériences personnelles et les réponses des personnes à un événement ou une situation. »¹² De ce fait, l'analyse de contenu nous a servi de technique d'analyse des données recueillies. Dans notre cas, il s'agit de rendre compte du vécu comme sujet victime de mine antipersonnel, lié à la situation de conflit en Casamance. Ainsi, l'analyse de contenu nous a offert « la possibilité de traiter de manière méthodique des informations et des témoignages qui présentent un certain degré de profondeur et de complexité. »¹³

2. L'analyse des données recueillies

Dans cette partie d'analyse, nous procédons, dans un premier temps, à l'organisation des données recueillies. Ensuite, nous élaborerons les catégories et les thèmes qui émergent de ces données collectées, tout en essayant de comprendre la signification de leur régularité. Un modèle de référence nous a servi pour mener une étude comparative entre certains thèmes. Par ailleurs, nous avons utilisé, dans cette étude, le logiciel NVivo. Ce dernier est un instrument pour l'analyse des données non structurées et qualitatives.

2.1. La codification des données recueillies

Notre travail de recherche n'a pas pour objectif de situer les responsabilités des belligérants ni des populations. C'est la raison pour laquelle, les noms des belligérants, des personnes et ceux des villages sont mis entre parenthèse avec trois points de suspension. Aussi,

¹² Fortin, M.-F. ; Gagnon, J. (2016, 3^{ème} éd.). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. Ed. Chenelière Education, p. 200.

¹³ Van Campenhoudt, L. ; Marquet, J. ; Quivy, R. (2017, 5^{ème} éd.). *Manuel de recherche en Sciences sociales*. Dunod, 299.

dans le but de préserver l'anonymat, nous avons procédé à une codification des entretiens (N) afin de protéger les identités des sujets écoutés.

Nous présentons, dans ce tableau suivant, une récapitulation des sujets écoutés.

Sujets victimes de mines antipersonnel (24 sujets)	
Hommes (10 sujets)	Femmes (14 sujets)
N 1 (26*) ; N 6 ; N 7 (19) ; N 9 (17) ; N 14 (27) ; N 15 (27) ; N 17 (22) ; N 18 (26) ; N 19 (24) ; N 23 (18).	N 2 (21) ; N 3 (22) ; N 4 (24) ; N 5 (26) ; N 8 (21) ; N 10 (18) ; N 11 ; N 12 (21) ; N13 ; N 16 (+21) ; N 20 (28) ; N 21 (15) ; N 22 (+7) ; N 24.

N.B. (*) : Le nombre entre parenthèse est le nombre d'années écoulées entre l'événement et la date de l'entretien (tout en sachant que les recueils de données se sont déroulés entre Mars 2021 et Février 2024).

Notre immersion dans les données recueillies nous a permis de noter des catégories et des thèmes récurrents, tels que les différentes formes de violences subies, l'état de santé actuel des sujets écoutés, la vie en société.

En dehors de l'accident de mine antipersonnel, nous avons d'autres formes de violences : attaques terrestres, morts par les mines antipersonnel, incendies de maisons et obligation de fuir le village (déplacements). À cause de la limitation du nombre de pages, exigée par l'éditeur, nous avons cité juste les propos d'un seul sujet pour chaque thème.

2.2. Les types de violences subies par les sujets écoutés

2.2.1. Les attaques terrestres: les fusillades

« Mon sang continuait à couler, et les armes détonnaient. Au fait, quand on a entendu « PUM » et que la fumée s'est dissipée, des hommes armés et cagoulés nous avaient déjà entourés et brandissaient leurs fusils vers nous. » (N 2, femme).

Dans le cours du conflit, il y a eu des périodes où se mouvoir dans certaines zones était risqué, car une rencontre avec des belligérants pouvaient mal tourner ; c'est-à-dire aboutir à des violences sur les populations. Ceci était d'autant plus compliqué que tout était devenu imprévisible, installant ainsi une insécurité permanente et limitant les mouvements des populations.

Beaucoup d'attaques terrestres ont eu lieu à l'endroit des populations civiles, causant des blessés et des morts. Se retrouvant entre le marteau et l'enclume, elles sont devenues des cibles et non des dommages collatéraux, car accusées de soutenir tel ou autre groupe de belligérants. Non armées, elles subissent des violences dont la densité est accrue par leur effet de surprise. Impuissantes, ces populations ont assisté à la mort de membres de leurs familles ou de connaissances. Elles ont été témoins de scènes d'horreur, vécu la terreur dans une incompréhension des motifs réels de ces violences à leur égard. Les témoins qui ont livré leurs récits se considèrent alors comme étant des rescapés chanceux de la furie des armes.

2.2.2. Les blessures par mines antipersonnel : les amputations de membres

« J'ai sauté sur la mine en 1998 sur la route de (...). Sur le moment, je pensais qu'on m'avait tiré en haut. Quand je regarde, je vois que toute ma jambe droite est déchiquetée et mon sang coulait. (...). Ils ont gardé ce qui pouvait rester de la jambe, et ils ont amputé le reste. » (N 5, femme).

Comme un volcan en éruption, la mine antipersonnel, par son explosion, avec son effet de surprise et de brutalité, creuse un trou à l'endroit où elle a été enterrée, crache du feu et de la fumée, créant ainsi une horrible obscurité qui projettent les sujets dans un trou noir sans possibilité d'être secourus. Côté la mort à cet instant, les sujets se perçoivent actuellement comme des revenants du séjour des morts. Quand la fumée se vaporise dans la nature, l'on contemple l'horreur, l'indicible à la vue de son corps ou de celui de ses compagnons d'infortune, déchiqueté. Ils voient des morceaux de leur corps détachés ne plus être reliés au reste du corps ; ils les aperçoivent à une distance d'eux, voient les os que la chair cachait. Et, pour clôturer l'horrible spectacle, le corps n'étant plus fermé, les sujets assistent impuissamment à la vidange de leur sang.

Au moment des faits et dans l'incompréhension de ce qui leur arrivait, la plupart des sujets pensaient toujours que quelqu'un avait tiré sur eux une balle d'en haut du corps. Cette expérience laisse ses traces non seulement au niveau psychique, mais aussi au niveau corporel avec des brûlures, des éclats d'obus dans le corps qui cherchent toujours à remonter en surface avec le temps.

2.2.3. Les morts par les mines antipersonnel

« Dans les champs de (...), on a sauté sur une mine. Du coup, il y a eu 3 morts sur le coup. » (N 17, homme).

Dans ces explosions de mines antipersonnel, les personnes meurent sur l'instant ou au cours de leur évacuation car non seulement les secours tardent à arriver, les personnes perdent beaucoup de sang avant d'arriver au centre hospitalier le plus proche.

2.2.4. Les incendies de maisons et de biens

« Il y avait les (...) qui étaient venus à (...) un vendredi vers 23 h, minuit comme ça. Ils ont mis du feu aux maisons, alors nous avons couru dans la forêt. » (N 1, homme).

Incendier les maisons, les récoltes, est le procédé le plus efficace pour contraindre les populations à abandonner leurs villages, cédant plus de place au champ de bataille des belligérants. Cela a réussi dans la majorité des cas. Ne perdons pas de vue que ces populations habitent dans une région où la forêt est dense. Ne pas disposer d'une maison rend alors la vie intenable. En effet, le lieu d'habitation est l'endroit où l'on a construit sa vie, son lieu privé, son intimité. Se retrouvant brusquement sans abri est synonyme d'exposition de sa nudité à la place publique et une fragilisation de la vie de celui qui en est victime.

2.2.5. L'obligation de fuir le village (les déplacements)

« Après cela, (...) a demandé encore à tout le quartier de quitter. Nous étions déplacés encore pour une deuxième fois. Pendant deux ans, nous étions en location au centre-ville de Ziguinchor. » (N 20, femme).

Les attaques à répétition, les pertes en vies humaines et incendies, l'insécurité croissante constituent un tableau complet qui contraint les populations, dépouillées de tout, à se déplacer, à marcher des kilomètres pour rejoindre des localités plus sécurisées dans le pays. D'autres déplacements se font vers les pays limitrophes de la région naturelle de la Casamance, principalement la Guinée Bissau et la Gambie. Le fait de quitter le village n'est pas uniquement synonyme de se déplacer ; mais il y a, en cela, quelque chose beaucoup plus profond qui est l'abandon des terres de ses ancêtres, identités et biens les plus précieux pour ces populations. La preuve est qu'en ces moments où certains déplacés sont en train de revenir dans leur village, beaucoup de litiges fonciers ont vu le jour. En effet, ces terres ont été cédées de génération en génération sans disposition du moindre titre de propriété par ceux qui les exploitent. Le seul titre est le fait que leurs ancêtres ont toujours cultivé ces terres. De plus, le retour dans un

village à nouveau sécurisé dépendra de sa position considérée comme stratégique ou pas par les belligérants en conflit. Le temps d'exil peut durer d'une à une vingtaine d'années, ce qui fait qu'une génération est née en exil. Ces retours de déplacés dans leurs villages d'origine se sont intensifiés ces trois dernières années.

À cause des violences subies, des sujets ont vu leur santé physique et psychique se dégrader à tel point qu'ils ont eu besoin d'un suivi dans des centres de santé.

2.3. Des sujets en suivi psychiatrique

« J'ai un suivi psychiatrique chez Dr (...). La journée, c'est mon esprit qui est confus. Je vais repartir en psychiatrie. » (N 4, femme).

À la suite de l'événement traumatique, quelques sujets de notre échantillon d'étude ont présenté des troubles psychiques, tels que des suffocations, des délires de persécution envers l'entourage, des hallucinations auditives. Ces sujets étaient déjà en suivi psychiatrique, mais nous avons noté un relâchement dans l'observance des rendez-vous et du traitement médicamenteux.

2.4. Les conséquences des violences subies sur la santé physique actuelle

« La mine a amputé mon pied gauche. Maintenant, ce sont les éclats d'obus qui me fatiguent au niveau de la jambe droite. Dès que je marche une petite distance avec mes béquilles, il m'arrive de tomber. » (N 7, homme).

Dans les données recueillies, nous relevons de nombreuses plaintes somatiques au sortir de l'expérience traumatogène. Par ailleurs, les violences subies par les sujets écoutés ont entraîné des dégradations du tissu social.

2.5. Les conséquences des violences subies sur le tissu social

« Dans l'association, nous avons des exemples où les femmes de nos camarades qui ont sauté sur les mines se sentaient supérieures à leurs maris et les ont abandonnés pour aller épouser d'autres. » (N 14, homme).

Effectivement, des sujets victimes de mines antipersonnel ont rencontré des difficultés de relation avec les membres de leur famille ou leur conjoint/conjointe. La situation de handicap a eu des incidences malheureuses sur leur vie de couple, entraînant des divorces. Certaines victimes ont été simplement abandonnées par le conjoint ou la conjointe qui leur laisse, en plus, la charge de leurs enfants.

Malgré ces nombreuses formes de violences subies dans cette situation de conflit, elles n'ont pas réussi à anéantir tous nos sujets écoutés. Certains sujets ont réussi à rebondir, à aller au-delà des événements traumatogènes.

2.6. Le « post-conflit » : le choix de continuer à vivre, résilience et/ou résignation ?

« Quelque temps après (avoir sauté sur la mine), j'ai commencé l'apprentissage d'un métier, la soudure métallique. Après la formation, nous avons ouvert notre atelier. » (N 1, homme).

« Moi, je pense rarement à l'accident et je ne rêve pas non plus de l'accident, car, à l'association, je rencontre des gens dans un état plus piteux que moi ; alors, je m'en remets à Dieu. » (N 3, femme).

Ces sujets ont réussi à intégrer ces événements malheureux dans le cours de leur histoire personnelle. Ils considèrent le fait de n'avoir pas péri dans l'événement traumatogène comme une chance, car des compagnons d'infortune y ont laissé leur vie. De même, après leur rétablissement, ils ont rencontré d'autres sujets ayant fait des expériences traumatogènes similaires, mais qui s'en sont sortis avec un état beaucoup plus piteux que le leur. Au sortir de l'événement traumatogène, leur famille et l'entourage leur ont prodigué assistance, soutien moral, conseils et encouragements. Ils ont aussi bénéficié d'un accompagnement conséquent de l'association dans les domaines de la formation professionnelle, de l'acquisition de prothèses et de la prise en charge des soins médicaux.

Un autre socle qui a permis à ces sujets de rebondir est leur foi en Dieu. En effet, se définissant comme croyants, ils s'en sont remis à Dieu. Ainsi, tout ce qui leur arrive par la suite, à savoir la capacité à développer leurs activités agricoles, la joie de fonder un foyer, est autant de raisons solides pour se tourner résolument vers l'avenir et croire en des lendemains meilleurs.

Cependant, en s'arrêtant sur les discours de certains sujets, l'on pourrait se poser la question, à savoir s'il s'agit vraiment de la résilience pour tous, ou bien d'une sorte de résignation parce qu'ils ne peuvent pas faire autrement.

Les termes « d'attribution et impuissance apprise ou encore théorie de manque d'espoir ou de désespoir » (Abramson, Metalsky et al., 1989) désignent « un sentiment d'impuissance

permanente et générale, né du fait d'être plongé de façon durable et répétée dans des situations nuisibles ou bénéfiques sur lesquelles l'individu ne peut pas agir et auxquelles il ne peut échapper. »¹⁴ Il est donc un état psychologique dans lequel le sujet fait l'expérience de sa non-maîtrise sur les événements de son environnement. Comme il ne peut pas s'en sortir, il intériorise le sentiment d'impuissance au point de se résigner alors qu'il possède en lui les ressources pour rebondir. Or, dans la résilience, le sujet reste actif, mobilisant toutes ses ressources pour déclencher un processus de remaniement psychique et ne perd pas d'espoir.

Ce choix de vivre, malgré tout, a plongé quelque part la population dans une sorte d'habituation à la situation de conflit.

2.7. Le phénomène d'habituation

« Maintenant, même si j'entends les coups de fusil, ça ne me fait rien ; je vais même sortir pour écouter. Comme si je m'y suis habitué. (...). À la fin, quand ça commence (les coups de fusil), les jeunes disent "on va aller écouter de la musique" ; ça faisait partie de notre vie. » (N 14, homme).

La majorité des sujets écoutés n'ont pas évoqué ce phénomène d'habituation ; jugent-ils, peut-être, que ce n'est pas nécessaire de le faire, car cela relèverait de l'ordinaire de la vie ? Le phénomène d'habituation désigne « la diminution progressive et l'extinction d'une réponse normalement provoquée par un stimulus lorsque ce dernier est répété ».¹⁵ Il est un processus psychologique qui décrit comment un sujet s'adapte à un stimulus qui se répète. Il est mis en place dès la tendre enfance afin de comprendre son environnement. Il peut être bénéfique lorsqu'il permet de se concentrer sur les stimuli importants, mais négatif si ces stimuli convoquent la violence, car celle-ci risque d'être intégrée dans ce qui fait la normalité de l'existence (*les coups de fusils font partie de la vie*). Ils sont passés d'une grande frayeur dans les débuts de la situation de conflit à une indifférence face à la même situation.

2.8. Les retentissements psychiques et psychologiques des violences subies par les sujets écoutés

¹⁴ <https://my-psychology.com> [en ligne] consulté le 10 janvier 2025.

¹⁵ <https://www.universalis.fr> [en ligne] consulté le 19 février 2025.

Comme nous l'avions indiqué, le concept central qui va servir d'appui dans cette recherche est celui de traumatisme psychique dans un contexte de conflit armé. La grille d'analyse sur laquelle nous nous appuyons pour traiter cette partie se réfère au tableau clinique du syndrome psychotraumatique chronique, ou encore névrose traumatique de guerre présentée par Crocq (1999). Ce tableau clinique comporte trois volets principaux : le syndrome de répétition pathognomique, les syndromes non spécifiques et la réorganisation de la personnalité.¹⁶ Dans le tableau, intitulé « tableau des sujets écoutés » noté plus haut, nous avons mis entre parenthèse le nombre d'années écoulées entre l'événement et le jour de l'entretien. Avec le temps, des sujets ont noté la disparition de certaines manifestations cliniques.

2.8.1. Le syndrome de répétition : les formes de manifestations cliniques

Ces manifestations cliniques du syndrome de répétition peuvent se présenter soit de façon isolée, soit combinée selon diverses associations.

L'hallucination de répétition (flashes)

« Je ne vais pas bien ces temps-ci. Tout mon corps chauffe et me démange, mais j'évite de gratter de peur de me faire des plaies. » (N 2, femme).

Il s'agit d'hallucination cénesthésique et visuelle. Elle survient à l'état diurne et à la rencontre d'un stimulus évocateur, et utilise aussi le soma pour s'exprimer.

Les souvenirs forcés, intrusifs

« Je pense à l'accident tout le temps. C'était tragique, j'ai perdu ma jambe et ma fille, donc je ne peux jamais oublier cela. (...). L'image vient tout le temps. » (N 16, femme).

Contrairement à l'hallucination de répétition, plusieurs personnes se retrouvent sujettes aux souvenirs forcés, intrusifs. Pour certains sujets, les souvenirs forcés sont omniprésents, alors que, pour d'autres, ils sont plutôt fréquents dans le mois d'anniversaire de l'événement. Ces souvenirs forcés sont soutenus par l'angoisse de mort ressentie le jour de l'événement.

¹⁶ CROCQ, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Odile Jacob.

Pour lutter contre ses souvenirs forcés, les sujets évitent la solitude et se réfugient dans la vie en groupe où l'on traite de thèmes éloignés de l'événement traumatique.

Le vécu comme si l'évènement allait se reproduire

« Quand j'entends les coups de fusil, je pense directement à mon accident de mine. Et même quand je marche parfois, je me demande : "Est-ce qu'il n'y a pas de mine par-là" ? » (N 1, homme).

Les stimuli évocateurs (coups de fusil) projettent les sujets dans l'angoisse du retour inopiné de l'événement traumatique. La mine antipersonnel a été enfouie sous terre, rendant celle-ci un lieu dangereux. De plus, l'acte de marcher fait partie de ce qu'il y a de plus ordinaire. Par conséquent, l'angoisse que chaque pas pourrait faire exploser l'engin rend cet acte ordinaire terrifiant.

Les phénomènes moteurs élémentaires (sursauts...)

« Avant, de temps à autre, je sursaute le jour comme la nuit ; maintenant ça va. » (N 14, homme).

Les phénomènes moteurs élémentaires ont été évoqués par peu de sujets. Ils surviennent à l'occasion de bruits assourdissants ou de coup de fusil qui rappellent les stimuli présents durant l'événement traumatique. Ils connaissent une atténuation avec le temps. Par ailleurs, les phénomènes moteurs élémentaires (sursauts, cris) sont beaucoup présents durant les cauchemars, comme nous allons le voir dans le paragraphe qui suit.

Les cauchemars

« Quand je dors, je revis l'accident ; il m'est arrivé à plusieurs reprises de rêver que j'étais dans l'accident jusqu'à faire pipi au lit. » (N 2, femme).

Les cauchemars constituent la manifestation clinique la plus fréquente du syndrome de répétition chez nos sujets. Durant les cauchemars, les sujets revivent la scène traumatique (sauter sur une mine) avec les mêmes décors, les mêmes personnes et ressentent une douleur dans les mêmes membres du corps, pareille à celle ressentie durant l'événement. Les réactions (sursauts, cris, pleurs, paroles fortes, palpitations) sont parfois tellement fortes qu'elles réveillent l'entourage de leur sommeil. Par ailleurs, ils provoquent des insomnies dans la plupart des cas.

2.8.2. Les effets du syndrome de répétition

La détresse psychique du sujet, l'horreur, le désarroi, le désespoir (la menace sans possibilité d'être secouru)

« Quand j'ai sauté sur la mine, il y avait des (...) qui nous suivaient ; ils ont pris la fuite. » (N 1, homme).

Plusieurs sujets ont vécu la détresse psychique, l'horreur, le désarroi et le désespoir. En effet, au moment où les sujets avaient besoin d'aide, les autres humains, leurs semblables, sensés les secourir, avaient pris la fuite, les abandonnant dans la situation d'horreur. Ce comportement remet en cause la certitude que le semblable nous viendra toujours en aide en cas de besoin, surtout dans les circonstances qui menacent notre survie. Faire face au refus du secours de l'autre ne peut qu'intensifier leur détresse psychique et leur désespoir à un point tel que les sujets préfèrent la mort en lieu et place d'un pareil supplice.

L'orage neurovégétatif (tachycardie, transpiration, vertiges, tremblements, pleurs...)

« J'ai eu l'accident le 12 Juillet 1998 dans un jardin à (...). (Il se met à pleurer). Excusez-moi, quand je parle de l'accident, je pleure. (...). En plein sommeil, je peux avoir des palpitations. » (N 18, homme).

Les pleurs et les palpitations constituent les réactions neurovégétatives les plus fréquentes notées chez nos sujets. Ces derniers pleurent parce qu'ils ne pensaient pas pouvoir survivre à l'événement traumatique. Même après de longues années (vingt-quatre), des sujets se retrouvent dans le même état émotionnel (pleurs) à la seule évocation de l'événement traumatique. Quant aux palpitations, elles sont occasionnées par les cauchemars durant le sommeil, ou bien par l'attente angoissante d'une reproduction éventuelle de l'événement traumatique.

2.8.3. Les syndromes non spécifiques au syndrome psychotraumatique chronique

Les symptômes phobiques (angoisse face au fusil, sang, comportements d'évitement...)

« Depuis l'accident en 2003, je ne suis jamais repartie au village ; je suis restée ici, à Ziguinchor. » (N 2, femme).

Même s'ils ne sont pas spécifiques au syndrome psychotraumatique, les symptômes phobiques sont les plus présents dans les données recueillies. Des phobies d'animaux que les sujets même jugent ridicules et inexistantes avant l'événement traumatique ont surgi après ce

dernier. La seule nouvelle de la reproduction de l'événement traumatique dans une autre localité suffit à raviver la frayeur chez nos sujets, ce qui est plus frappant dans les symptômes phobiques, ce sont les comportements d'évitement. Les sujets se sentent incapables d'aller rendre visite une connaissance qui vient d'être victime d'un événement traumatique similaire. Les sujets ne repartent plus dans leur village, la forêt ou l'endroit où l'événement traumatique a eu lieu, ni même passer à proximité, car le fait d'y être réveille en eux une intense angoisse, celle de revivre l'événement traumatique.

Les troubles de conduite (agressivité, conduites suicidaires, alcoolisme, toxicomanie)

« Les dernières semaines, j'étais tellement découragée que j'ai fait une tentative suicidaire avec les comprimés. » (N 13, femme).

Trois sujets seulement ont parlé des troubles de conduite. En effet, la vie après l'événement traumatique est tellement éprouvante pour nos sujets qu'ils se découragent et tentent de se suicider dans l'objectif d'écourter leur souffrance. Un de nos sujets s'est retrouvé dans la toxicomanie et l'alcoolisme, et même a fait la prison pour avoir commis un fratricide. Enfin, un autre trouble de conduite est l'agressivité aggravée par des troubles psychiatriques.

L'insomnie

« J'ai des insomnies ; je vais repartir en psychiatrie chez Dr (...). » (N 4, femme).

L'insomnie est un symptôme non spécifique au syndrome psychotraumatique, mais très présente chez nos sujets. Dans notre recherche, elle a une origine multifactorielle. En effet, elle est, dans la plupart des cas, liée et favorisée par les cauchemars qui troublent le sommeil après l'expérience traumatique. Chez certains sujets, elle est causée par les douleurs, séquelles de l'explosion de la mine antipersonnel. Chez d'autres, elle est due aux effets de l'angoisse (palpitations, attente craintive d'un malheur imminent) et aux troubles de conduite notés plus haut.

Les troubles dépressifs (désintérêt social, tristesse, anxiété, envie de suicide)

« Et quand je pense que je ne peux pas faire comme mes copines, je suis pensive et triste. » (N 8, femme).

Chez les sujets écoutés, les troubles dépressifs sont aussi présents que les cauchemars et les insomnies. Parmi ces troubles dépressifs, la tristesse et l'asthénie psychique sont les plaintes les plus récurrentes. La tristesse est entretenue par les souvenirs forcés et les stimuli évocateurs de l'événement traumatique. En outre, cette dernière naît du fait que les sujets se rendent compte qu'ils ne peuvent plus être ce qu'ils étaient, ou bien faire ce qu'ils faisaient ou ce que les autres font. Ceci conduit à une dévalorisation de soi renforcée par la présence du handicap chez certains. Le découragement créé par la dévalorisation de soi et la perte d'espoir constitue les mobiles des tentatives suicidaires, envisagées comme seule solution pour finir avec les problèmes d'une vie non-sens.

2.8.4. Les altérations de la personnalité

Les troubles cognitifs (oublis, difficultés de concentration, d'attention, inhibition)

« La journée, c'est mon esprit qui est confus. Je vais repartir en psychiatrie. » (N 4, femme).

Les altérations cognitives sont très peu présentes dans notre population cible. Elles concernent des plaintes de difficultés de concentration et de confusion mentale qui ont conduit le sujet au suivi psychiatrique. Il en est de même pour le vécu traumatique.

3. La signification des résultats

3.1. La vulnérabilité au syndrome psychotraumatique chronique

Cette étude a montré que, mis à part un seul sujet (N 5), tous les sujets de notre échantillon ont manifesté des symptômes spécifiques au syndrome psychotraumatique chronique. Par contre, ce sujet N 5 a montré des symptômes non spécifiques. En considérant les expressions du syndrome psychotraumatique chronique, nous notons que les sujets écoutés souffrent plus des cauchemars et des souvenirs forcés intrusifs. Ces symptômes spécifiques entraînent comme effets une détresse psychique face à l'horreur, à l'indicible, accompagnée d'un orage neurovégétatif. Ensemble, ils constituent la cause des symptômes non spécifiques au syndrome psychotraumatique chronique que sont les phobies, les insomnies et les troubles dépressifs. Le retentissement psychique de ces derniers est aussi intense que celui des symptômes spécifiques. Tout ce tableau a des répercussions sur la qualité de vie de certains sujets à travers des dommages sur la santé physique et psychique, et aussi par le désengagement

du contrat social, privilégiant, désormais, un repli sur soi. Par ailleurs, nous retenons la présence d'autres manifestations cliniques, spécifiques au syndrome de répétition, tels que les hallucinations de répétition, les ruminations mentales, le vécu comme si l'événement allait se reproduire et les phénomènes moteurs, mais dans une intensité moindre. Nous rappelons que le syndrome de répétition est le signe pathognomique du syndrome psychotraumatique chronique, c'est-à-dire sa seule présence suffit pour poser l'existence de psychotraumatismes.

3.2. Le genre et la vulnérabilité au syndrome psychotraumatique chronique

En examinant la question du genre face à la vulnérabilité au syndrome psychotraumatique chronique, nous notons que les hommes manifestent plus que les femmes, les symptômes du syndrome psychotraumatique chronique. Ils souffrent de souvenirs forcés intrusifs, de détresse psychique, d'insomnie et leur qualité de vie s'est détériorée. Il est vrai qu'ils sont impliqués dans la situation de conflit de manière plus active et concrète. Les femmes souffrent plus de cauchemars. Ceci pourrait être compris par le fait que, dans cette culture, même si les femmes détiennent une partie du pouvoir, la culture leur interdit de prendre des armes même quand il s'agit de se défendre. La femme étant celle qui donne et prend soin de la vie, elle ne peut donc pas la supprimer. Par contre, les symptômes orage neurovégétatif et troubles dépressifs sont répartis de manière égale chez les deux genres.

3.3. Des sujets résilients ?

Même si tous les sujets ont montré des symptômes du syndrome psychotraumatique chronique, certains semblent montrer une certaine résilience dans leur manière de vivre. Il serait alors intéressant de s'arrêter sur ce qui a fait que ces sujets aient réussi à mobiliser des ressources pour rebondir. En effet, l'on pourrait s'attendre à ce que l'expérience d'avoir côtoyé la mort et l'ampleur des dégâts causés par les mines sur leur corps leur plongent dans un anéantissement total. Dans les entrevues, nous remarquons que les sujets victimes de mines antipersonnel ont été tous pris en charge par les structures sanitaires le jour même de leur accident. Ils ont rencontré, au cours de leur hospitalisation, des institutions, comme Handicap International, la Croix Rouge et l'Association des victimes des mines antipersonnel. Au sortir de cette hospitalisation, l'Association les a intégrés en son sein comme membres. Ainsi, ils ont régulièrement bénéficié du soutien multiforme de cette Association par les groupes de parole

et divers dons en nature venant de bienfaiteurs. L'Association a aussi soutenu leurs formations professionnelles ou acquisitions de compétences. Grâce à elle, les membres bénéficient d'une couverture santé avec un accès gratuit dans les deux plus grands hôpitaux de la région (Centre Hospitalier Régional et hôpital de la Paix) et une gratuité pour les médicaments auprès d'une pharmacie. Avant l'année 2024, l'Association envoyait ses membres en Guinée Bissau pour l'obtention de prothèses et les prenaient en charge durant tout le séjour dans un logement loué à cet effet. À partir de l'année 2024, elle dispose d'une structure de fabrication de prothèses au niveau de son siège à Ziguinchor. De plus, elle fournit des fauteuils roulants ou des béquilles à ceux qui en ont besoin. Elle a même réussi à construire des maisons pour les membres les plus vulnérables avec ses propres ressources. Ceci confirme la remarque selon laquelle la faiblesse ou la non existence du soutien social pour la victime, augmente le pronostic que l'événement soit traumatisant. Nous postulons que c'est sur ce dispositif de prise en charge que les sujets victimes de mines antipersonnel se sont appuyés pour rebondir.

3.4. Le deuil du membre amputé

L'étude montre que des sujets victimes de mines antipersonnel ont rencontré des difficultés liées à leur état de handicap. En effet, dans la situation de handicap, le sujet fait l'expérience de plusieurs pertes : perte des facultés motrices, de l'autonomie dans sa vie quotidienne et professionnelle ; perte de temps, car il est difficile de se mouvoir, de faire ses activités de façon rapide ; perte de son rôle d'époux (se), car certains ont vu leur conjoint (e) les quitter après l'accident ; perte de l'image du corps qui devient un corps mutilé avec des membres manquants ; altération de l'image de soi, car le sujet ne se sent plus être le même qu'avant.

Toutes ces pertes peuvent conduire à une problématique de deuil. En effet, le deuil ne signifie pas seulement la perte d'un être cher, mais aussi la perte de tout objet investi libidinalement. Pour Freud (1915), le deuil est la « réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction venue à la place, comme la patrie, la liberté, un idéal... ».¹⁷ Il va s'agir, dans

¹⁷ Cf. Freud, S. « Deuil et mélancolie » (1915, pub. 1917). *Œuvres complètes*. T. XIII, Paris : P.U.F., 1988, 260-278.

le cas du handicap, de faire le deuil du sens que l'on donne au corps « sain », deuil de la partie du corps ou la fonction atteinte. Le deuil qui concerne le sujet porteur d'un handicap est un moyen d'intégrer les nouvelles données marquées par la perte dans sa vie. Il conduit ainsi à un remaniement de l'image du corps.

Des auteurs, comme Schaerer et Pillot (1986),¹⁸ proposent trois étapes pour mener ce processus. Il y a, d'abord, la phase de choc (*Je n'ai rien perdu.*) qui est un refus, voire un déni (action de refuser la réalité d'une perception vécue comme dangereuse ou douloureuse pour le moi) du handicap qui permet de se protéger face à une réalité trop angoissante. Ensuite, il y a la phase dépressive (*J'ai tout perdu.*) qui est marquée par la détresse, le désespoir, et qui survient au fur et à mesure que la conscience de la perte l'emporte sur le déni. Enfin, il y a la phase de récupération ou d'adaptation (*Je n'ai perdu que ça.*) qui est la prise de conscience que l'individu a perdu des capacités, mais que la vie va s'organiser autrement.

Durant tout le processus de deuil, la réaction adéquate de l'entourage reste très importante et doit passer par le respect du sujet tout en le soutenant pour sortir des différentes phases. Nous pouvons trouver des va-et-vient entre ces différentes phases. Pour soutenir ce travail de deuil, le sujet pourrait être aussi aidé par une prise en charge psychologique. Cependant, c'est au patient de mettre les mots au moment où il le souhaite sur ce qui a fait trou/rupture dans son histoire personnelle afin qu'il fasse sien son handicap.

4. Le protocole de prise en charge psychologique

Notre étude nous a permis de constater, d'une part, l'absence de prise en charge particulière pour les sujets victimes de mines antipersonnel dans la situation de conflit en Casamance qui est toujours en cours et, d'autre part, la pertinence de la mise en place d'une telle prise en charge. Partant de ces faits, nous proposons un protocole de prise en charge des psychotraumatismes pour les populations. Il sera porté par une équipe pluridisciplinaire pour une prise en charge holistique. L'objectif recherché est l'intégration de l'événement traumatique dans le cours de l'histoire du sujet et la remobilisation des ressources internes et

¹⁸ Schaerer, R. ; Pillot, J. (1986). « Le deuil ». *La Revue du Praticien*. N° 36, 9, 493-500.

externes pour enclencher le processus de résilience. Ce protocole est composé de six phases, dont le nombre d'entretiens de chacune dépend de l'état de chaque sujet. Nous avons, successivement, une phase d'écoute bienveillante, une phase d'exploration des émotions, une phase de deuil, une phase de projection vers l'avenir, une phase de re-construction et une phase de réinsertion.

Conclusion

Cette étude a montré que les sujets de notre échantillon ont subi des violences autres que le fait de sauter sur la mine antipersonnel. Ce sont les attaques terrestres (fusillades), les amputations de membres, les incendies de maisons et de biens et l'obligation de fuir le village (déplacements). Toutes ces violences ont eu beaucoup d'impacts dans la vie de nos sujets : la détérioration de leur santé physique et l'instauration d'un climat de méfiance au sein du tissu social.

En outre, les résultats analysés nous ont donné à voir que, mis un à part un seul sujet, tous ont manifesté des symptômes du syndrome psychotraumatique chronique. Ceci confirme que les violences subies par ces sujets constituent des facteurs en cause du syndrome psychotraumatique chronique. Néanmoins, certains sujets ont su mobiliser des ressources internes et externes pour rebondir et poursuivre leur vie.

De plus, l'analyse des résultats obtenus nous a fait découvrir d'autres problématiques que sont le phénomène d'habituation, la résignation ou l'impuissance acquise. Toutes ces problématiques mériteraient d'être approfondies dans d'autres études.

Enfin, l'étude a montré la pertinence d'une mise en place d'un protocole de prise en charge psychologique afin d'accompagner leur processus d'élaboration. Ce lieu permettrait de penser, de dire et de panser ses blessures afin d'aller au-delà des événements douloureux vécus.

Bibliographie

Les livres :

Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Odile Jacob.

Diatta, X. (2019). *Casamance : Les géôles du mensonge : récit*. L'Harmattan.

Diatta, X. (2017). *“Fiju di terra”. La crise casamançaise racontée à mes enfants*. L'Harmattan.

Fortin, M.-F. ; Gagnon, J. (2016, 3^{ème} éd.). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. Chenelière Education.

Van Campenhoudt, L., Marquet, J. ; Quivy, R. (2017). *Manuel de recherche en sciences sociales* (5^{ème} éd.). Dunod.

Articles de périodique :

Amnesty International. (1998). « Sénégal : la terreur en Casamance. » *Francophones d'Amnesty international*. AFR 49/001/1998.

Awenengo-Dalberto, S. (2006). « À qui appartient la paix ? Résolution du conflit, compétitions et recompositions identitaires en Casamance (Sénégal) ». *Journal des Anthropologues*, n° 104-105, 79-108.

Awenengo-Dalberto, S. (2008). « Le conflit casamançais. Matrices, émergence et évolutions ». *Revista de Politica Internacional*, n°XI-XII, 116-145.

Bâ, M.-P., Id Yassine, R. (2020). « Sortir de l'impasse du Ni 'ni paix ni guerre' en Casamance : Voix/voies de citoyen·ne·s sénégalai·se·s, gambien·ne·s et bissau-guinéen·ne·s ». *Aspad working paper* n°1.

Diédhiou, P. (2019). « La notion de crime de sang et le rôle de la guerre dans la construction de l'identité joola ». *Cahiers d'Etudes africaines*. 233/2019, 121-148.

Foucher, V. (2007). « 'Tradition africaine' et résolution des conflits : un exemple sénégalais ». *Politix*, vol. 20, n° 80, 59-80.

Foucher, V. (2009). « 'La guerre par d'autres moyens' ? La société civile dans le processus de paix en Casamance. » *Presses de Sciences Po/Raisons politiques*, n° 35, 143-165.

Freud, S. « Deuil et mélancolie » (1915, pub. 1917). *Œuvres complètes*. T. XIII, Paris : P.U.F., 1988, 260-278.

Prise en charge psychologique des traumatismes psychiques des personnes victimes de mines antipersonnel dans
le conflit en Casamance

Dr Oumar BARRY & Marie-Noël TENDENG

Robin, N. (2006). « Le déracinement des populations en Casamance. Un défi pour l'État de droit ». *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 22, n° 1, 153-181.

Schaerer, R. ; Pillot, J. (1986). « Le deuil ». *La Revue du Praticien*. N° 36, 9, 493-500.

Webographie :

<https://my-psychology.com> [en ligne] consulté le 10 janvier 2025.

<https://www.camh.ca> [en ligne] consulté le 12 février 2025.

<https://www.universalis.fr> [en ligne] consulté le 19 février 2025.

Sigles et abréviations

MFDC : Mouvement des Forces Démocratiques de Casamance.

ONG : Organisation Non Gouvernementale.