

CLINIQUE DE LA MÉTAMORPHOSE CHEZ LES VICTIMES D'ACCIDENT DE LA VOIE FERRÉE À YAOUNDÉ (CAMEROUN)

Dényse KWENDAHOUA NSANGOU

Département des Sciences de l'Education, Ecole Normale Supérieure de Maroua, Université de Maroua.

kndenyse@yahoo.fr

Résumé

Le quotidien devient plus aisé grâce aux diverses et multiples inventions qui facilitent la vie des Hommes dans tous les domaines. Les moyens de transport multiples et variés facilitent les déplacements interurbains et intercontinentaux des biens et des personnes. Mais ces derniers appareils constituent aussi des causes de traumatisme dans les familles à l'instar des accidents de la voie ferrée. Pendant cette « tragédie », enfants, adultes et vieillards peuvent être des victimes. La vie d'une personne accidentée et mutilée n'est plus la même après le drame. Comment la clinique de la métamorphose permet-elle une prise en charge adéquate d'un traumatisme psychique causé par un accident chez une personne ? L'objectif de cette étude est de montrer le vécu d'un évènement accidentel chez un accidenté, ses répercussions et la réaction de l'entourage. La documentation, l'observation, l'entretien semi-directif, permettent de découvrir leur douleur, de planifier une psychothérapie spécifique auprès de quatre victimes de l'accident de la voie ferrée en 2020, âgés de 14 à 50 ans, scolarisés et travailleurs. Les résultats sont les suivants : la perte subite des parents et/ou d'une partie du corps a causé chez ces victimes un choc émotionnel dont les répercussions sont continues dans le temps et dans leur chair ; un accompagnement pluridisciplinaire individuel et familial permet une élaboration psychique, une acceptation de la réalité. Comment assurer la prise en charge des victimes primaires et secondaires de cet accident ? Une clinique de la métamorphose peut-elle être indiquée dans la résolution de ce traumatisme psychique ?

Mots clés : *traumatisme psychique, vécu, clinique de la métamorphose, victimes, accidents, Yaoundé.*

Clinical metamorphosis in railway accident victims in Yaounde (Cameroon)

Abstract

Daily life has become easier thanks to the many and varied inventions that make life easier for people in all areas. Multiple and varied means of transport facilitate interurban and intercontinental travel for goods and people. However, these devices are also a cause of trauma for families, as in the case of railway accidents. Children, adults and the elderly can all be victims of such "tragedies". The life of a person who has been injured and maimed in an accident is never the same again after the tragedy. How does the metamorphosis clinic provide adequate care for

the psychological trauma caused by an accident in a person ? The aim of this study is to show the experience of an accident victim, its repercussions and the reaction of those around them. Documentation, observation and semi-structured interviews were used to uncover their pain and plan specific psychotherapy for four victims of the 2020 train accident, aged between 14 and 50, who were in education or employment. The results are as follows : the sudden loss of parents and/or a part of the body caused these victims emotional shock, the repercussions of which continue over time and in their flesh; multidisciplinary individual and family support enables psychological processing and acceptance of reality. How can we ensure that the primary and secondary victims of this accident receive the care they need ? Could a metamorphosis clinic be indicated in resolving this psychological trauma ?

Keywords : *psychological trauma, experience, metamorphosis clinic, victims, accidents, Yaoundé.*

Introduction

Au Cameroun le transport est l'un des secteurs importants de l'économie nationale. C'est le Ministère du transport qui assure le secteur des transports : aérien, maritime, routier et ferroviaire. Le domaine du transport ferroviaire est un réseau de désertes organisé, assurant sur les plans technique et opérationnel le transport de passagers et de marchandises, assure l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de la politique gouvernementale en matière de transport ferroviaire, (Annuaire Statistique des Transports, 2023, p. 37). Constitué de 1104 km de lignes principales en service, le réseau ferroviaire camerounais assure le désenclavement des villes et des zones rurales grâce aux différents axes Nord-Sud et Est-Ouest afin de compléter des infrastructures routières, et d'aller au-delà dans les interéchanges avec les pays limitrophes, (Etude d'impact environnemental et social, 2023, p. 29).

Tout individu, bébé, enfant, adolescent, adulte, vieillard, peut rencontrer au cours de sa vie des situations difficiles, douloureuses et stressantes à des degrés divers. D'autres situations peuvent être potentiellement traumatisantes ou traumatógènes, ce qui est une expérience qualitativement différente.

L'accident ferroviaire d'Eséka en octobre 2016, six ans après, a impliqué des effets négatifs sur la population à l'exemple des conflits, du stress et de l'anxiété chez les voyageurs et leurs familles : un accident est un événement considérable du point physique et psychique qualifié de cause traumatógène. A cet effet, E. Josse (2007, p. 2) présente les différents aspects d'un événement qualifié de « majeur et massif », et dit cet effet que : « la situation traumatógène se constitue massivement et brusquement. Elle est hors du commun, exceptionnelle et grave et elle entraîne les individus dans un tourbillon de violence ». Par la même occasion, elle catégorise les différentes causes du trauma :

« les actes intentionnels (agressions physiques, viols, abus sexuels, vols et cambriolages avec violence, hold-up, viols, actes terroristes, faits de guerre, etc.), les événements accidentels (accidents ferroviaires, carambolages, incendies, accidents de travail, accidents industriels) et les catastrophes naturelles (tremblements de terre, tsunami, inondations, tornades, glissements de terrain, etc.) répondent à cette conception de l'événement traumatisant ».

Dans le cadre de cette étude, seuls les événements accidentels à l'instar des catastrophes ferroviaires seront abordés.

Selon S. Freud (1920) le traumatisme est : « toutes excitations externes assez fortes pour faire effraction dans la vie psychique du sujet ». La cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM5) définit comme traumatisante toute situation qui implique « une mort effective, une menace de mort, une blessure grave ou des violences sexuelles » (APA, 2015, p. 320). Les situations traumatisantes, quelle qu'en soit l'origine (violences volontaires physiques et sexuelles, morts violentes, catastrophes, attentats, accidents graves, guerres, expositions traumatiques dans le cadre de l'exercice professionnel, etc.) ont de multiples conséquences, aujourd'hui largement reconnues, sur la santé psychique et physique des individus ; elles peuvent être à l'origine du développement ou d'aggravation de pathologies psychiatriques, somatiques, de suicides, d'addictions, de comportements à risques, d'échec scolaire.

Au niveau individuel et collectif, ces incidents peuvent générer de multiples troubles psychiques chez les individus qui y sont confrontés. Ces drames sont nommés des psychotraumas ou syndromes psychotraumatiques. Parmi eux, le trouble de stress post-traumatique (TSPT) représente la pathologie probablement la plus connue. Toutefois, il n'est pas l'unique conséquence d'une confrontation traumatisante. D'autres, comme les phobies isolées post-traumatiques, les addictions post-traumatiques, les deuils traumatisques, les dépressions post-traumatiques, les comportements suicidaires ou encore les nombreux troubles psychosomatiques et somatoformes, posent d'autres problèmes de santé publique tant par leur coût que leur chronicité ou leur gravité. La souffrance psychique et l'affaiblissement associés aux syndromes psychotraumatiques peuvent être considérables et vont bien au-delà de ce que peut en dire un diagnostic psychiatrique.

Au niveau psychologique, la littérature montre en effet qu'ils sont associés à de profonds bouleversements. Ces derniers peuvent se traduire par une remise en question parfois profonde du sens de la vie et de la logique du fonctionnement du monde. En outre, les syndromes psychotraumatiques altèrent le fonctionnement social, familial et professionnel des individus. Leur qualité de vie, ainsi que celle de leur entourage, s'en trouve largement diminuée avec des conséquences dévastatrices sur le plan individuel : chute de l'estime de soi, développement de sentiments de culpabilité et/ou de honte, stress, retrait social. La prise en charge des personnes vivant l'épreuve du psychotraumatisme constitue un enjeu de santé. Les syndromes psychotraumatiques présentent un

caractère systémique qui impose une approche de santé globale ne dissociant pas prise en charge psychologique et prise en charge somatique. De plus, il s'agit aussi de protéger les victimes. La prise en charge comporte donc une dimension pluridisciplinaire afin d'assurer la prise en compte des dimensions psychologique et psychiatrique, somatique, juridique et sociale. Comment s'opère la prise en charge des accidentés de la voie ferrée ? Et quels sont les aspects constitutifs de la clinique de la métamorphose ?

F. Marty (2001) et S. Korff-Sausse (2001) permettent de comprendre l'aspect positif du trauma qui a un double sens : « *traumatique* » provient du grec « *traumatikos* » qui signifie « bon pour les blessures » et qui dérive de « *trauma* » : blessure, désastre. D'un côté l'effraction, de l'autre une ressource. En psychanalyse, le traumatisme originaire est considéré comme à l'origine de la vie psychique. Les traumas de la vie causent l'anéantissement d'une part, mais peuvent aussi produire un réaménagement positif de la vie d'autre part. Mais comment le sujet parvient-il à sortir petit à petit de cette douleur inenvisageable et à l'intégrer dans sa vie ? Selon F. Marty (2001, p. 6) : « *Le traumatisme est comme un moteur de la vie psychique à condition que l'excès qu'il contient puisse être élaboré par le sujet* ». Le travail de reliaison de l'activité psychique est possible par le sujet malgré le drame vécu. S. Korff-Sausse (2001, p. 222) conclue en ces termes :

« le trauma, qui dans un premier temps, paraissait de l'ordre de l'irreprésentable, cherche des modalités permettant de se figurer. Ainsi la sidération qui paralyse la pensée, laisse sans voix et entrave la symbolisation, cède, à la faveur de la rencontre psychanalytique, afin d'ouvrir sur un devenir psychique autre qu'un enclavement muet. Après une période où domine la douleur, l'apparition de mécanisme de défenses pathologiques, l'absence de demande, le fonctionnement psychique temporairement et partiellement mis en échec reprend progressivement son travail ».

Cette étude traite des impacts psychologiques et sociaux sur la population, 06 ans après la tragédie ferroviaire à Eséka, tout en faisant ressortir les élaborations psychiques selon chaque cas.

1. Méthodologie

La démarche méthodologique retenue pour cette étude repose sur la compréhension et l'identification du vécu des accidentés de la voie ferrée. L'analyse documentaire a permis à travers la revue de la littérature de rassembler des informations en rapport avec les accidents de la voie ferrée, des traumas qui en résultent et les stratégies de prise en charge individuelle et collective.

Il est aussi nécessaire de faire usage de la méthode clinique, à la fois d'une observation clinique et d'un entretien clinique semi-directif comme instruments pour la collecte des données. Les raisons qui peuvent avoir permis de pencher pour ce choix sont entre autres que ces instruments sont non seulement plus pratiques pour les répondants et d'administration rapide, mais aussi, elle témoigne d'une rigueur qui caractérise la pratique clinique. L'entretien semi-directif est un entretien dans lequel le chercheur pose moins de questions préformées ou non. Il

introduit chaque question, avec l'usage d'un guide d'entretien, pour orienter l'enquêté qui a la liberté de répondre ou non à ces interrogations. Ce modèle est choisi compte tenu non seulement de sa spécificité, mais également, de celle des sujets à étudier et de la qualité de données. Il s'agit d'une étude qualitative et par conséquent nécessitant aussi la collecte des données saisissables dans leur contenu. Par ailleurs, la qualité des informations recherchées dépendait de la façon dont les différents points devaient être abordés et dont l'interviewé serait guidé vers les situations et les comportements à décrire. Pour ce faire, quatre séances d'entretien ont été réalisées avec nos sujets. Ceux-ci sont rencontrés individuellement pendant une période de 40 à 45 minutes. La première séance a porté sur l'identification du patient, les circonstances de l'accident et son vécu. Les trois séances suivantes ont porté sur les thèmes relatifs à la clinique de la métamorphose. Ces entretiens ont permis d'approfondir les données recueillies pendant l'observation. Les différentes articulations qui constituent les instruments de collecte ont permis d'avoir recours à une analyse qualitative. Ce qui a donné l'occasion pour ce qui est de l'analyse, de délaisser les calculs et de s'orienter vers une analyse psychologique des observations recueillies. Grâce à elle il a été possible de s'intéresser à certains cas ou indices qui ont permis d'évaluer certains phénomènes non moins négligeables, (D. Kwendahoua Nsangou, 2020, pp. 217, 234, 235).

Pour analyser les données qualitatives de cette étude, la technique choisie est l'analyse de contenu, qui est une méthode qui cherche à rendre compte de ce qu'ont dit les interviewés de la façon la plus objective possible et la plus fiable possible. En psychologie et singulièrement en psychologie pathologique et clinique, l'objectif est d'analyser le matériel d'entretien collecté à l'occasion d'observations, d'entretiens de groupe ou d'entretiens individuels : les comportements, les mots, les gestes, ce qui n'est pas dit et ce qui est sous-entendu, (L. Bardin, p. 43).

Selon la conception psychanalytique, le choix d'une technique spécifique et le sens de l'interprétation reposent à la fois sur la nature du document, les questions qui structurent la recherche ainsi que sur les fondements épistémologiques qui animent le chercheur. Par ailleurs, l'analyse de contenu est une technique de traitement de données préexistantes par recensement, classification et quantification des traits d'un corpus. Pour ce qui relève de cette étude, trois étapes essentielles sont à considérer : la retranscription des données, le codage des informations et le traitement des données.

Avant de commencer l'analyse, la première étape fait l'inventaire des informations recueillies et les met en forme par écrit. Ce texte (verbatim) représente les données brutes de l'enquête. La retranscription organise le matériel d'enquête sous un format directement accessible à l'analyse, (D. Kwendahoua Nsangou, p. 235).

Pour analyser ces données, il a été nécessaire de faire appel à la conception psychanalytique. Celle-ci consiste à donner une explication psychologique

significative et scientifique. Elle permet ainsi à la lumière de Freud (1920), d'expliquer l'émergence des faits psychiques, les conflits psychiques ainsi que le comportement des individus. L'approche freudienne est donc une approche nécessaire pour ce travail. Il s'agit d'une approche clinique qui favorise l'analyse d'un point de vue sémantique. Elle étudie les idées des participants (analyse empirique), les mots qu'ils utilisent (analyse lexicale) et le sens qu'ils leur donnent (analyse de l'énonciation). Pour ce faire, il est important au vu de la richesse d'un discours de procéder de manière méthodique en faisant une grille d'analyse. Pour bien la réaliser, une procédure en quatre (04) stades a été suivie : un stade analytique (étude en profondeur des sous-catégories), un stade synthétique (mise en évidence des idées centrales et des catégories), un stade explicatif (recherche des facteurs explicatifs et des critères relations entre les catégories et les sous-catégories) et un stade d'évolution, (D. Kwendahoua Nsangou, 2020, pp. 235-236).

2. Résultats

Il est question à ce niveau de l'analyse des données collectées auprès des patients à travers une présentation au cas par cas. Ceci suppose, à partir de la méthode classique de l'analyse de contenu, un décryptage des entretiens en fonction de l'univers symbolique et sémiologique auquel renvoient ces termes. De ce point de vue, une approche à vocation psychanalytique des contenus des entretiens est d'une préoccupation constante.

2.1. Causes et vécu de l'accident

Dans le cadre de cette étude, il est question d'un accident de la voie ferrée qui a eu lieu à Eséka en octobre 2016. La voie terrestre reliant Yaoundé – Douala étant coupée, il ne restait que la voie ferrée comme moyen d'accès. Les raisons de ce déplacement étaient multiples et diverses en fonction de chaque voyageur à titre d'exemple : le voyage par avion à l'international, les cérémonies familiales heureuses et malheureuses, des colloques et des achats d'articles de construction et de décoration. Cette tragédie a laissé tout être humain perplexe, les passagers du train, les familles, les collègues, les pairs et l'équipe médicale. Cet accident de train a bouleversé toute la communauté. La santé physique et mentale des victimes et leur famille ont été éprouvées. Ainsi selon E. Bouchard-Bastien, M. Canuel et S. Doyon (2025, p. 37) :

« la santé mentale perçue est une mesure subjective de l'état de santé mentale global, centrée sur le bien-être émotionnel et psychologique tel qu'évalué par la personne elle-même. Elle permet de repérer des individus vivant une forme de détresse, de problème ou de trouble mental, même si ces difficultés ne se reflètent pas nécessairement dans leur perception globale de la santé. Bien qu'elle ne corresponde pas directement à un diagnostic clinique, la perception de la santé mentale demeure significative en soi, car elle peut influencer le recours aux services de santé et de la recherche de soutien ».

Les caractéristiques des sujets ou cas de cette étude : cas 1 : jeune masculin de 14 ans, scolarisé, qui avait huit ans au moment de l'accident, pendant lequel il y a perdu son père, sa mère et ses deux sœurs aînées. Il présente un traumatisme crânien frontal et une large balafre sur la joue gauche. Il est très en colère contre son père car le rend responsable de la mort des membres de sa famille : « Très tôt ce matin, je dis à mon père de reporter le voyage car j'ai rêvé d'un accident. Il avait l'habitude de m'écouter, mais cette fois il a fait la sourde oreille. Face à sa détermination, j'ai bloqué le garage. Mais cela n'a pas dissuadé son opiniâtreté. En cours de route, on a raté de justesse d'entrer en collision avec un camion de sable. Malgré tout cela, il n'a pas changé d'avis. Ma mère et mes sœurs seraient encore en vie s'il avait écouté. Voilà je suis là seul, abandonné, avec un visage inhumain. Lui et le train ont volé ma famille ».

Le cas 2 est un homme de 35 ans, religieux, se rendant à Douala pour une campagne d'évangélisation. Le déplacement par la route étant impossible, la seule et unique option était le train. Mais malheureusement tout a changé à Eséka : « Le wagon dans lequel j'étais a été amorti par un précédent qui était déjà dans l'eau. C'est quand j'ai pu sortir du wagon que j'ai vu l'ampleur des dégâts : des... des corps, corps mutilés, du sang partout, des wagons renversés, des cris et des pleures partout. Sur le coup on dirait un montage et que la réalité est ailleurs. J'ai perdu connaissance et je me suis réveillé à l'hôpital, mais sans mon bras droit ».

Le cas 3 est un homme de 30 ans, résidant à Ngaoundéré, se rendant à Douala afin d'organiser avec la famille son mariage et les évènements heureux en décembre. C'est un homme imposant, boxeur et gardien de nuit dans une structure dans ladite ville. Lors de l'accident, son wagon s'est retrouvé dans l'eau boueuse. Il était recouvert par les corps et quelques bagages, incapable de se mouvoir. Il a pu assister à une scène devenue répétitive : « Dans le wagon il y a une femme d'environ 45 ans, physiquement bien qui demande de l'aide aux personnes sur les lieux. Ces « sauveurs » disent à la dame d'envoyer d'abord son sac et ils vont ensuite l'aider. Mais la dame refusa. L'un des gars entre dans le wagon et veut arracher le sac, mais la dame le serre contre elle. Il retire une machette et décapite la dame, s'empare de son sac, fouille quelques sacs à portée de mains et sort du wagon. Une deuxième équipe est venue et m'a aidé à sortir. Je suis tout couvert de boue, on dirait un zombi. Ce qui m'a encore choqué, ce sont les gens qui meurent faute des soins à temps. Ce qui nourrit une colère extrême en moi : je perds mon travail car je suis violent et ne supporte pas l'autorité. Mon épouse est partie car ne peut plus me supporter. Je peux parcourir une très grande distance sans m'en rendre compte. Et cette voix qui résonne sans cesse dans ma tête : tue-le, tue tel aussi, fais-le maintenant pour venger la dame décapitée et réclame justice auprès des responsables de la voie ferrée ».

Le cas 4 est une dame de 42 ans, mariée, deux enfants, commerçante et résident à Yaoundé. Elle voulait se rendre à Douala afin de s'approvisionner des nouveaux articles en prélude aux évènements de décembre. Elle a été dépouillée de tout ce

qu'elle possédait par des « faux gars qui sont arrivés sur les lieux les premiers, ce sont des bandits. Ils ont tous des machettes et j'ai très vite donné tout ce que j'ai. C'est mille fois rien comparé à ce que je vois dehors : des cadavres, des corps mutilés et éparpillés, des gens qui agonisent et meurent, des personnes toutes nues allant dans tous les sens. Depuis-là je ne dors plus, je vois toutes cette horreur dans mon sommeil, je me réveille en sursaut, je ne mange plus la viande. Dès que j'entends les bruits de l'avion dans le ciel, je me revois immédiatement dans le train, j'hurle, j'entre sous le lit, je dis me protéger. Je suis sortie des toilettes toute nue et je suis allée au salon, malgré les étrangers qui sont au salon. Quand j'entends un bruit fort, je crie et cherche à me cacher, et l'autre jour je suis entrée dans le grand bac à ordures en hurlant comme dans le train. Je veux rencontrer les responsables pour savoir s'ils sont vraiment conscients de ce qu'ils ont fait, et s'ils savent ce que je suis devenue, ce que les victimes ont enduré ».

A cet effet trois aspects de la souffrance psychologique des sujets ont été considérées dans cette étude. Il s'agit de la détresse psychologique, de l'anxiété généralisée et du stress post-traumatique.

La détresse psychologique est une souffrance mentale caractérisée par un état de mal-être quotidien généralisé, avec des perturbations physiques, comportementales et cognitives, qui altèrent le fonctionnement d'une personne. Elle « reflète l'intensité de certains symptômes émotionnels ressentis au cours des dernières semaines, comme la nervosité, la tristesse, l'agitation ou le désespoir. Il ne s'agit pas d'un diagnostic de trouble mental, mais d'un indicateur de mal-être psychologique pouvant suggérer qu'une personne traverse une période difficile sur le plan mental ou émotionnel. Cette détresse peut nuire au fonctionnement quotidien ou à la qualité de vie », (R. C. Kessler et al., 2003). Les propos des sujets sont forts illustratifs. Le cas 2 déclare : « *je ne réponds plus aux appels de mes amis, je refuse d'être en leur compagnie. Ils sont différents de moi, leur corps est sain, pas de soucis de santé, ils sont heureux, tout évolue normalement. Mon corps à moi n'est plus le même. J'évite le regard des autres* ». De même que le cas 1 qui affirme : « *J'évite les conversations des voisins au sujet de cette horreur, de ça. Je change de chaîne quand on parle de ce ... Je rejoins la famille des condamnés à mort.* ». Le cas 4 au moindre bruit se retrouve dans ce wagon, paniquée, agitée et perd tous les repères selon ses propos : « *l'autre jour en voulant me cacher, je ressens la peur et la colère. J'ai faili étranglé mon époux* ».

L'anxiété généralisée (TAG) est « un trouble caractérisé par une inquiétude excessive et persistante à propos de divers aspects de la vie quotidienne, difficile à contrôler et souvent accompagnée de symptômes physiques comme la fatigue, la tension musculaire ou les troubles du sommeil », (National Institute of Mental Health, 2024). Cette anxiété se retrouve dans les affirmations du cas 4 : « *que devient ma vie si j'ai même encore une vie. De toutes les façons je n'ai plus pour longtemps, elle est là. Donc je ne verrais plus mes deux enfants ! Qui s'occupera d'eux ? Qui veillera sur eux ? Seront-ils heureux, épanouis ? Pourquoi la vie est-elle si cruelle au point de m'arracher à ces deux petits anges sans défense ?* ». Le cas 2 quand à lui et face à l'image du corps altéré

s'exprime : « *Je suis de l'autre côté pour toujours, le côté des damnés. Est-ce encore possible de me tenir devant les fidèles et avec quelle posture ? Comment affronter le regard de l'autre ?* ». Le cas 3 affirme : « *j'effrite mon énergie comme une plante du désert qui n'a plus de réserve d'eau dans ses racines et sa tige. Je suis dans l'engrenage du remords et de la culpabilité qui m'étouffent* ».

Le stress post-traumatique (TSPT) un trouble de la santé mentale, est un bouleversement psychique qui « peut survenir après avoir vécu ou été témoin d'un événement traumatisant. Il se manifeste par des symptômes persistants comme des reviviscences (flashback, cauchemar), de l'évitement, de l'hypervigilance et une détresse psychologique importante. Ces symptômes peuvent impacter considérablement la vie quotidienne notamment le sommeil, les relations et le bien-être général », (National Institute of Mental Health, 2023). Le cas 3 évite de dormir, car se retrouve sur les scènes du drame et revit chaque détail de manière répétitive : « *même avec les yeux ouverts, partout où je me trouve, en marchant je suis sur les lieux de cet accident ? Parfois je cogne ma tête contre avec mes mains, ou n'importe quoi pour faire sortir cette horreur, mais sans succès. J'évite de regarder la télé, car toutes les chaines montrent les déraillements* ». De même que ses propos qui étaient la nature de sa relation à l'autre : « *Et cette voix qui résonne sans cesse dans ma tête : tue-le, tue tel aussi, fais-le maintenant pour venger la dame décapitée et réclame justice auprès des responsables de la voie ferrée* ».

2.2. Clinique de la métamorphose

2.2.1. Humanisation des soins

Selon C. Antolin (2015, p. 19), humaniser c'est « l'acte de faire humain, familier et affable quelqu'un ou quelque chose. C'est être humain, solidaire, charitable, digne, proche, affectueux. C'est aussi être souple, tendre, se remplir de bonté, faire humaine la relation avec la souffrance ». Ainsi il s'agit de bienveillance, d'adoucir, de rendre plus compatissant sa relation avec l'autre dans les institutions, la profession, les patients et leurs familles et l'équipe soignante. La pratique clinique est liée au respect éthique, aux valeurs dans la recherche du bien de la personne et de soi-même. A cet effet le cas 2 affirme : « *vous savez, je me dis toujours que le milieu de vie est un cadre social propice au relèvement magnifique des personnes victimes : les méprisés, les affectés, les éprouvés, les ridiculisés, les indigents, les sans joie. C'est une relation de restauration dans leur pleine dignité* ». Le cas 4 déclare : « *Si j'ai j'arrive à accepter mon état dans tous les aspects de ma vie (affectif, intellectuel, religieux, socio-professionnel), c'est grâce à vous : à votre accueil rassurant, vos conseils vivifiants, et la vérité qui m'a libérée* ». Le cas 3 n'est pas en marge et s'exprime en ces termes : « *Vous m'avez prêté attention, moi si anéanti au départ. Vous m'avez consolé, donné des conseils avec bonté de cœur, sans me juger, sans me condamner* ». De même : « *Vous qui ne me connaissez pas, vous m'avez ouvert vos bras pour m'accueillir, vous m'avez donné du temps, vous m'avez écouté et compris. Vous ne m'avez pas méprisé ni condamné* », « *Au départ, j'étais en colère, écauré par tout ce qui me*

tombait dessus. Je vous ai fui, mais au final c'est vous qui m'avez tendu la main, une main ferme qui m'a relevé de ma terrible chute. », et « je découvre une nouvelle famille ».

L'humanisation de la santé selon C. Antolin (2015, p. 19), c'est « l'imprégnation des attitudes humaines : bonté, tendresse, proximité, respect, bienveillance. C'est l'utilisation des moyens techniques pour lutter contre les adversités de la vie, en l'imprégnant des valeurs et attitudes humaines (la considération, la reconnaissance, la compréhension, l'écoute, la communication, l'amour) en accord avec la dignité humaine ». L'objectif de cette humanisation est d'« améliorer la santé intégrale du patient, sans oublier celle des professionnels et institutions qui interviennent dans le processus du soin et de la guérison ». L'humanisation de la santé comprend : l'humanisation des soins (rendre plus humain un acte de soin) et l'accompagnement du malade (tenir compte de tous les aspects de la personne : physique, psychique, sociale et spirituel). Dans le cadre du psychotraumatisme, la personne effondrée a besoin des actes qui « favorisent une vraie prise en charge globale qui met debout la personne en l'humanisant ». Selon M. Fontaine (2012) : « nous devons faire une approche intégrale de nos malades, du point de vue physique, psychique, spirituel, social, et ils doivent sentir à travers notre présence, nos soins, notre proximité, qu'ils sont importants pour nous à chaque moment de leur vie ». Le cas 1 parvient à renouer avec lui-même et affirme : « *vous m'avez aidé à reconsiderer ce corps, ma tête déformée, à lui redonner un sens nouveau dépourvu de son pouvoir mortel : je vis avec, je mange avec, je dors avec, je marche et cause avec, il est là et c'est mon hôte pour la vie* ». Ces propos du cas 2 illustrent cette humanisation de l'équipe médicale : « *il fait bon de retourner auprès d'une personne qui nous écoute, ne nous condamne pas. Vous m'avez aidé à retrouver l'espoir, l'estime en renforçant mes possibilités et mes capacités* », et « *Même à la maison, je n'arrêtai pas de me dire que vous m'écoutez. Je vous sentais proche de moi, ce qui m'a permis de ne pas oublier ma souffrance, de trouver d'autres mots et de pouvoir l'accepter* ». Le cas 3 se représente une présence salvatrice et affirme : « *vous pensez que ce que vous nous dites, les conseils que vous donnez restent à l'hôpital ? A la maison, je me suis retrouvé entrain de parler seul, car j'ai eu le sentiment que vous êtes là, vous m'écoutez* ». Il renchérit : « *Je pense que vous ne songez pas à vous débarrasser de moi aussi vite ! Ça fait du bien d'être avec des personnes qui donnent la joie* ». De même que le cas 4 qui tient ces propos : « *j'ai aussi compris qu'avant de parler, vous prononcer les mots qui font peur de façon à rassurer, et le sens des paroles prononcées m'aident à reprendre confiance en moi. Je partage plus aisément mes ressentis, j'accepte les conseils, je retrouve la capacité intérieure de rallumer la lumière dans ma vie, je retrouve le respect et la reconsideration de ma famille et des amies. J'ai l'assurance pour l'avenir. C'est vous qui m'avez redonné le sourire, la joie de renaître. Votre patience m'a sauvé. Je vous remercie* ».

« je me rends compte que la pire prison n'est pas celle qui a des barreaux et des murs, mais la pire des prisons est celle qui enferme, refroidi le cœur humain et l'éloigne de toute relation ».

2.2.2. Qualité de vie

La qualité de vie est un concept associé à la santé en générale et D. L. Patrick et P. Erickson (1993) dans la clarification de cette notion stipulent que : « c'est l'évaluation des aspects fonctionnels, relationnels et psychologiques de la vie lorsque ceux-ci dépendent de la maladie, des traitements et des aides financières ». Selon l'OMS (1993, p. 1) : « la qualité de vie est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique de l'individu, son état psychologique, ses ressources sociales, son niveau d'autonomie, ainsi que sa relation aux facteurs essentiels de son environnement ». C'est « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes ». Ces définitions selon ces auteurs cités plus haut, permettent de ressortir les domaines et les composantes de la qualité de vie : domaine psychologique (émotions, affects positifs, absence d'affects négatifs, développement personnel et des valeurs) ; domaine physique (santé physique et capacités fonctionnelles) ; domaine social (sphères familiale, amicale, professionnelle, citoyenne) ; bien-être matériel et statut socio-économique. Le cas 2 affirme : « *ce corps incomplet me rend insatisfait, frustré, et je fuis la société quand je ne peux plus supporter les flèches des autres, les épreuves de la vie et le spectacle d'un monde aux valeurs ébranlées. Mais je me demande si s'évader ainsi règle-t-il pour autant les problèmes ? Ne les emporte-t-on pas avec soi, partout où l'on va ?* ». Et il ajoute : « *prononcer des paroles de vie aident à accepter ma nouvelle condition humaine, même si par moment je traverse certaines nuits, certains moments éprouvants, frustrants. C'est déjà un début, ces paroles qui retrouvent le désir de vivre perdu, rallument ce petit feu intérieur, restaurent ce désir vivifiant.* ». La qualité de vie est restaurée à travers les déclarations du cas 4 : « *ma souffrance m'a fait toucher le fond, m'a fait tout abandonné, je me suis sentis seule, abandonnée, abattue, impuissante. J'ai eu le sentiment d'avoir échoué partout et dans mes relations avec les autres, ma famille, mes amis, mes compagnons commerciaux. Mais ce calme, ce repli m'a permis de me rappeler les bons moments du passé et à retrouver le courage de me relever, de me ressaisir et de pouvoir traverser cette épreuve. Alors depuis, j'ai bien dormi depuis trois jours. L'appétit est revenu, le sourire, l'air que je respire est différent et m'apaise. Je suis animée par un désir de vivre, de me sentir libre.* ».

2.2.3. Apport d'un environnement autre

Le vécu d'un accident de la circulation provoque des symptômes psychotraumatiques qui nécessitent une « clinique de la métamorphose » (D. Deschamps, 1997, p. 271), une clinique pendant laquelle les expressions trouvent une orientation différentes, une signification particulière face à la souffrance innommable et inenvisageable. Faire face à cet éprouvé douloureux c'est dans la relation avec l'autre aidant, de pouvoir remanier le langage, l'exprimer, l'entendre. Le trauma s'impose pas seulement à la personne accidentée, mais ne ménage ni la famille, ni l'entourage, ni l'équipe soignante. C'est une souffrance lancinante qui

interpelle toute la communauté, « chacun est convoqué à cette dure nécessité, à la création d'un espace intérieur suffisant pour qu'un autre langage s'y déploie que le langage rationnel. Chacun le découvre à la mesure de son abandon, de sa patience et de sa capacité à entrer dans « la sagesse des éprouvés », qui nécessite de perdre beaucoup », D. Deschamps (1997, p. 274). A cet effet, le cas 1 dit : « *j'ai essayé grâce à vos conseils de changer mon regard, de m'ouvrir aux membres de ma famille, à mes amis et j'ai découvert le bien qu'ils m'apportent* ». Le cas 2 pendant son hospitalisation affirme : « *dans le circuit, tout le monde a été vrai avec moi, avec un regard bienveillant, sans jugement, ni pitié. C'est ce qui m'a aussi donné du courage quand je sombrais. Ce personnel qui m'a écouté, patient envers moi* ». Le cas 3 dans la maîtrise de sa haine déclare : « *grâce à vos conseils, je parviens petit à petit à retrouver ma consistance intérieure, cette petite flamme, cette volonté d'avant voilée par cet impensable* ». Le cas 4 dans la relation à l'autre rétablie réitère : « *comme les rayons du soleil éclairent tous les recoins de la terre, l'autre aimant et encourageant prononce des mots qui éclairent tous les recoins de mon cœur, de mon esprit qui étaient plongés, noyé dans le désespoir. Vous ne m'avez pas abandonnez au moment où je voulais vraiment tout lâcher. Vos conseils m'ont affranchi* ».

Pendant l'entretien entre un praticien et un patient il existe ce que X. Renders (1991) appelle « le jeu de la demande », ce jeu vitale et capital face au psychotrauma « pour accompagner ces arrêts du désir quand l'angoisse est trop forte, supporter les mouvements pulsionnels trop intenses ou leur extinction, pour trouver des mots qui touchent, qui résonnent et font passerelle » D. Deschamps (1997, pp. 275-278). Réinventer les voies de la thérapeutique interpelle la victime, sa famille, ses pairs, ses collègues et l'équipe soignante car selon le même auteur : « Nous avons besoin de mots qui donnent corps et sens comme de l'air pour respirer. Ce sont ces mots-là, ces rites-là, que nous sommes tenus de réinventer, selon notre génie culturel et personnel » dans le respect et la considération humaine et ses valeurs, sans dédain ni condamnation. Et J. Lacan (1966, p. 299) d'étayer les valeurs d'une parole en affirmant : « ce que je cherche dans la parole, c'est la réponse de l'autre. Ce qui me constitue comme sujet, c'est ma question. Pour me faire reconnaître de l'autre, je ne profère ce qui fut qu'en vue de ce qui sera. Pour le trouver, je l'appelle d'un nom qu'il doit assumer ou refuser pour me répondre ». Le cas 1 a écouté cette voix intérieure motivante qui l'a aidé à affronter sa douleur tel qu'affirme ses propos : « *il y a cette voix au fond de moi qui me dit « relève-toi, accepte ta nouvelle réalité et tout ira pour le mieux* ». Je l'ai écouté et voilà petit à petit je me sens léger, je retrouve mes forces, l'envie de vivre et d'être de nouveau avec mes amis ». Et le cas 2 affirme : « *on a souvent besoin de l'autre dans ses gestes et ses dires pour attiser au fond du cœur et de l'âme les braises refroidies de l'espoir* ». De même que le cas 3 : « *c'est important pour les êtres humains que nous sommes de pouvoir reconSIDéRer la nature des liens dans la relation avec l'autre* ».

3. Discussion

Dans le cadre de cette étude, les victimes demandent un changement et une amélioration de tous les aspects du transport ferroviaire : les wagons, les rails,

remplacement des bois pourris, ne plus prendre des risques déraisonnés en croisant les doigts que tout va bien se passer. Il s'agit également de mettre sur pied et d'équiper des équipes d'intervention rapide afin d'assurer une prise en charge urgente et efficace. Ce qui permet de retrouver un sentiment de sécurité dans ce secteur de transport. Du point de vue théorique et clinique, cette étude gagne à approfondir les concepts de stress et de traumatisme psychique impliquant l'apport de la psychopathologie, qui permet de présenter le circuit et les organes du cerveau impliqués dans le vécu d'un trauma psychique selon J. Ledoux (1997 : 211) et G. Lopez (2013 : 206). Ce qui permet d'expliquer le processus psychophysiologique d'un évènement traumataugène et ainsi aider le patient à faire face à l'angoisse de persécussion. Ainsi, selon L. M. Shin (2006), R. Yehuda (2002) et M. Salmona (2012) cités par M. Salmona (2013, p. 210) : « *lors d'un évènement traumatique grave, générant un stress extrême, particulièrement s'il est imprévu, inexplicable, s'il y a danger de mort ou si la victime est vulnérable et impuissante, les mécanismes de défenses habituels peuvent être dépassés et, pour survivre, l'organisme peut mettre en place des mécanismes neuro-biologique et neuro-physiologiques de sauvegarde exceptionnels qui s'apparente à une déconnection et qui vont être à l'origine de la mémoire traumatique et de symptômes dissociatifs* ».

Du point de vue méthodologique, ce travail est à enrichir grâce à l'utilisation des outils métrologiques.

Afin d'approfondir cette étude, le soignant dans sa méthode, selon D. Kwendaoua Nsangou (2020, p. 274) :

« *ne se limite pas seulement à l'observation, aux entretiens cliniques, mais aussi utilise des outils qu'il adopte au cas par cas. Ces outils évaluatifs étaient la pratique grâce à l'utilisation des tests projectifs et des questionnaires de personnalités. Il est aussi nécessaire d'assurer la prise en charge des traumatismes psychiques grâce à une évaluation clinique, qui comporte des questionnaires évaluant des réactions péritraumatiques (PDEQ), évaluant les conséquences psychopathologiques spécifiques (CAPS, IES-R) et évaluant les troubles associés (SCID, MINI), le test qui évalue la qualité de vie le WHOOQ, utiliser les entretiens collectifs, former les groupes de parole et / ou des thérapies de groupes* ».

Conclusion

Cette étude qui porte sur la clinique de la métamorphose chez les victimes d'accident de la voie ferrée à Yaoundé a permis d'étayer le vécu traumatisant des accidentés, âgés de 14 à 50 ans. Leurs propos ont été récoltés et analysés grâce à l'observation, eux entretiens semi-directifs et à l'analyse de contenus comme technique afin de ressortir les éprouvés des quatre cas. Cette méthode a permis de relever et d'appliquer une psychothérapie dans un contexte de la clinique de la métamorphose, afin de restaurer la victime en lien avec lui-même et avec son entourage.

Références bibliographiques

- ANTOLIN Cristina, 2015, *Fenêtres d'espérance. Humanisation des soins*, Cardenas, R. et Gutiérrez, A. M, Cameroun : Centre d'Art Appliqué.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM 5 Washington: APA, 2013.
- BARDIN Laurence, 1977, *L'analyse de contenu*. Paris : P.U.F.
- BOUCHARD-BASTIEN Emmanuelle, CANUEL Magalie et DOYON Sabrina, 2025, « Étude sur les enjeux psychologiques, sociaux, territoriaux et ferroviaires à Lac-Mégantic 10 ans après la tragédie, <http://www.inspq.qc.ca>, consulté le 30 novembre 2025.
- DESCHAMPS Danièle, 1997, *Psychanalyse et cancer. Au fil des mots...un autre regard*. Paris : L'Harmattan.
- FONTAINE Michelle, 2012, L'humanisation des soins, fondements des pratiques cliniques et des compétences professionnelles, Conférence du 5e CONGRES MONDIAL des infirmiers et infirmières francophones 20-24 MAI 2012, Haute Ecole de la Santé, Lausanne, La Source.
- FREUD Sigmund, 1920, *Au-delà du principe de plaisir. Essais de Psychanalyse*. Paris : Payot [1988], 2^e éd.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUEBEC, 2023, « Santé physique, mentale et environnementale : faits saillants », <https://statistique.quebec.ca/fr/document/enquete-quebecoise-sur-la-sante-de-la-population-2020-2021/publication/sante-physique-mentale-environnementale-faits-saillants#stress>, consulté le 30 novembre 2025.
- INSTITUT DE RECHERCHE EN ECONOMIE CONTEMPORAINE, 2024, Portrait et analyse socioéconomique de la région de Lac-Mégantic, dans le cadre de l'Étude sur la santé environnementale, l'aménagement du territoire ainsi que la santé psychologique et sociale en lien avec le transport ferroviaire, consulté le 30 novembre 2025.
- KESSLER Ronald C., BARKER Peggy R., COLPE Lisa J., EPSTEIN Joan F., GFROERER Joseph C., HIRIPI Eva et al, 2003, Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 60(2), 184-189.
- KORFF-SAUSSE Simone, MARTY François, et al, 2001, *Le trauma : de la sidération à la création. Figures et traitements du traumatisme*. Paris : Dunod.
- KWENDAHOUA NSANGOU Dénysse, 2020, *Vécu de la pulsion de mort et reprise du moi corps chez les personnes vivant avec le VIH/Sida. Une étude de cas*. Thèse de Doctorat, Yaoundé, Cameroun.
- LACAN Jacques, 1966, *Séminaire livre I, Les écrits techniques de Freud*. Paris : Seuil.
- LEDOUX Jean, 1997, Emotion, mémoire et cerveau, *Pour la science*, 50-57.
- LOPEZ Gérard, 2013, in L'aide-mémoire de psycho-traumatologie, Paris, Dunod. 204-207.
- MARTY François, 2001, *Traumatisme, une clinique renouvelée. Figures et traitement du traumatisme*. Paris : Dunod.

MINISTERE DES TRANSPORTS, 2023, « Annuaire Statistique des Transports », TRANSTAT, Edition officielle, consulté le 30 novembre 2025.

NATIONS UNIES, COMMISSION ECONOMIQUE POUR L'AFRIQUE, « Plan d'action africain de la Décennie d'action pour la sécurité routière », 2011-2020.

OMS, 1993, in <https://www.has-sante.fr>, p. 1, consulté le 31 janvier 2021.

PATRICK David L. et ERICKSON Philippe ,1993, Health status and health policy : quality of life in health care evaluation and resource allocation, New York, Oxford University Press, ISBN 0195050274

RENDERS Xavier, 1991, Le jeu de la demande, Une histoire de la psychanalyse d'enfants, Bruxelles, De Boeck, Wesmael Université, Coll Oxalis, 388 p.

SALMONA Muriel, 2012, « Mémoire traumatique et conduites dissociantes », in *L'aide-mémoire de psycho-traumatologie*, Paris, Dunod. 208-217.

YÜKSEL PROJE Anonim Sirketi, INTEGC, et TEC-CUATRO S.A, 2023, « Avant-projet détaillé et étude d'impact environnemental et social du projet de renouvellement de la ligne ferroviaire Belabo-Ngaoundéré, Etude d'impact environnemental et social détaillée », AA-001172-001-B-EIES- RD-0001-VD00, consulté le 30 novembre 2025.

<https://pdfs.semanticscholar.org/7101/40b8f5db8fd0701a9b21414fab442f59a617.pdf>, consulté le 30 novembre 2025.

<http://www.psycho-ressources.com/evelyne-josse.html> . 2007. « Le traumatisme psychique : Quelques repères notionnels », consulté le 30 novembre 2025. pp. 1-12

https://www.has-sante.fr/jcms/p_2020 « Évaluation et prise en charge des syndromes psychotraumatiques », Enfants et adultes, recommander les bonnes pratiques, note de cadrage, Validée par le Collège le 14 octobre 2020, consulté le 30 novembre 2025.

<http://www.unece.org>, (2018), « Evaluation de la performance en matière de sécurité routière (EPSR) Cameroun », 70 pages, July 2018 – 300 – ECE/TRANS/NONE/2018/6, consulté le 30 novembre 2025.