

Étude clinique de l'expérience subjective d'une enfant camerounaise exposée à un féminicide intime

Henriette Kepmegni, PhD

I-Reach lab, département de psychologie du développement et du mal-développement, Département de psychologie, Université de Yaoundé 1, Cameroun

Leonard Nguimfack, PhD

Laboratoire de psychologie du développement et du mal-développement, Département de psychologie, Université de Yaoundé 1, Cameroun

[Doi:10.19044/esj.2026.v22n8p146](https://doi.org/10.19044/esj.2026.v22n8p146)

Submitted: 13 January 2026

Accepted: 03 March 2026

Published: 31 March 2026

Copyright 2026 Author(s)

Under Creative Commons CC-BY 4.0

OPEN ACCESS

Cite As:

Kepmegni, H. & Nguimfack, L. (2026). *Étude clinique de l'expérience subjective d'une enfant camerounaise exposée à un féminicide intime*. European Scientific Journal, ESJ, 22 (8), 146. <https://doi.org/10.19044/esj.2026.v22n8p146>

Résumé

Le féminicide intime est en recrudescence au Cameroun, laissant derrière lui des enfants souvent témoins de la violence. Cette étude explore l'expérience subjective d'une enfant exposée au meurtre de sa mère par son père. Justifiée par la complexité du phénomène et la nécessité d'une analyse clinique approfondie, une approche qualitative idiographique par étude de cas unique a été retenue. La recherche a été menée auprès de « Julie », une préadolescente de 12 ans recrutée via l'ALVF. Les données, recueillies par entretien semi-directif, et l'échelle CPTS-RI ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique. L'évaluation quantitative révèle un score de 48/80, indiquant une réaction de stress post-traumatique « sévère ». L'analyse clinique met en évidence un double traumatisme : la perte brutale de la figure d'attachement primaire et une désorganisation de la fratrie. L'expérience subjective est marquée par une hyper-activation traumatique, un sentiment d'insécurité chronique et une difficulté de symbolisation de l'acte. Bien que limitée par l'unicité du cas, cette étude souligne l'urgence d'un cadre juridique et clinique spécifique au Cameroun pour protéger ces « victimes oubliées » et favoriser leur reconstruction psychique.

Mots clés : Étude clinique, expérience subjective, féminicide intime, enfant, camerounais

A Clinical Study of the Subjective Experience of a Cameroonian Child Exposed to Intimate Femicide

Henriette Kepmegni, PhD

I-Reach lab, département de psychologie du développement et du mal-développement, Département de psychologie, Université de Yaoundé 1, Cameroun

Leonard Nguimfack, PhD

Laboratoire de psychologie du développement et du mal-développement, Département de psychologie, Université de Yaoundé 1, Cameroun

Abstract

Intimate femicide is a growing phenomenon in Cameroon, leaving behind children who are often witnesses to this violence. This study explores the subjective experience of a child exposed to the murder of her mother by her father. Justified by the complexity of the phenomenon and the need for in-depth clinical analysis, a qualitative idiographic approach using a single case study design was adopted. The research was conducted with "Julie," a 12-year-old pre-adolescent recruited through the ALVF (*Association for the Fight Against Violence Against Women*). Written informed consent from the legal guardian and verbal assent from the minor were obtained. Data, collected through semi-structured interviews and the CPTS-RI scale, were processed using thematic content analysis. The quantitative assessment reveals a score of 48/80, indicating a "severe" post-traumatic stress reaction. The clinical analysis highlights a double trauma: the sudden loss of the primary attachment figure and the rupture of sibling bonds. The subjective experience is characterized by traumatic hyper-activation, a sense of chronic insecurity, and difficulty in symbolizing the act. Although limited by the uniqueness of the case, this study underscores the urgent need for a specific legal and clinical framework in Cameroon to protect these "forgotten victims" and support their psychological recovery.

Keywords: Clinical study, subjective experience, intimate femicide, child, Cameroonian

Introduction

Le féminicide intime, forme la plus extrême de violence et de discrimination à l'égard des femmes (OCFJR, 2019), constitue un défi majeur de santé publique et de protection sociale à l'échelle mondiale. Au Cameroun, ce phénomène connaît une progression alarmante : le nombre de victimes documentées est passé de 130 décès sur la période 2019-2020 à au moins 69 cas pour la seule année 2024 (BUCREP, 2025). Bien que les chiffres officiels du gouvernement (MINPROFF) soient généralement publiés avec un décalage, les réseaux de veille associative notent une persistance alambiquée du phénomène. Les observateurs estiment qu'au moins 15 à 20 féminicides auraient déjà eu lieu sur l'ensemble du territoire national entre janvier et février 2026. Malgré cette recrudescence, la réponse institutionnelle reste entravée par des problèmes de coordination et une sous-déclaration chronique, souvent exacerbée par des normes patriarcales qui banalisent la violence conjugale (Adou, 2024).

Au cœur de ces drames, les enfants exposés au meurtre de leur mère par leur père apparaissent comme des "victimes oubliées". Si la littérature internationale, portée par les travaux pionniers d'Eth et Pynoos (1994) ou d'Alisic et al. (2017), a largement démontré l'impact dévastateur de ce double traumatisme sur l'attachement (Bowlby, 1960), il existe un vide scientifique majeur quant à la réalité clinique de ces orphelins dans le contexte subsaharien. En Afrique subsaharienne, et particulièrement au Cameroun, l'enfant n'est pas seulement le produit d'un couple, mais d'un lignage (Sow, 1977). Le féminicide intime n'y est donc pas perçu uniquement comme un drame individuel, mais comme une rupture de l'ordre social et symbolique. La littérature africaine récente sur les violences basées sur le genre (VBG) souligne que le poids du secret familial et la peur de la stigmatisation clanique aggravent la détresse psychique de l'enfant (Tchakouté, 2021 ; Ndong, 2023), ce qui rend son processus de subjectivation particulièrement complexe.

C'est précisément dans cette carence de données qualitatives locales que s'insère la présente étude. Le concept d'expérience subjective est ici opérationnalisé à travers trois dimensions cliniques :

- Le vécu émotionnel immédiat et différé ;
- Les représentations mentales de la scène de violence ;
- La perception de la rupture du lien d'attachement.

Dès lors, notre recherche s'articule autour de la question centrale suivante : *Comment l'enfant camerounais, pris dans l'étau entre la perte de l'objet d'amour (la mère) et la culpabilité de l'agresseur (le père), reconstruit-il son identité et quel sens donne-t-il à cet événement traumatique ?* Cet article explore cette problématique à travers l'étude clinique du cas de « Julie ». Nous chercherons à comprendre comment ce double traumatisme se manifeste par

l'anxiété, la somatisation et la désorganisation du vécu. Après avoir présenté notre méthodologie qualitative, nous analyserons les résultats à la lumière des théories de l'attachement et de la clinique transculturelle.

Methodologie

Méthode et procédure

L'approche qualitative idiographique par étude de cas unique a été privilégiée. Ce design ne vise pas la généralisation statistique, mais une généralisation analytique (Yin, 2018). Il est théoriquement justifié par la complexité du féminicide intime, phénomène extrême qui nécessite une description dense (*thick description*) des mécanismes psychiques singuliers, inaccessibles par des méthodes extensives.

Pour cette étude, nous avons opté pour un échantillonnage par choix raisonné. Le profil de Julie préadolescente de 12 ans, est apparu comme le plus pertinent. À cet âge, elle dispose de capacités de métacognition permettant un récit structuré, tout en évitant le biais de confusion avec les remaniements psychiques de l'adolescence.

- Critères d'inclusion : Exposition directe au féminicide, résidence au Cameroun, maintien en milieu familial.
- Recrutement et Réflexivité : Le recrutement via l'ALVF a été médiatisé par des agents communautaires. Cette intermédiation a permis de neutraliser les rapports de force entre le chercheur et le sujet, garantissant que l'adhésion de l'enfant ne soit pas perçue comme une contrainte institutionnelle.

Pour assurer la validité interne et la fiabilité des résultats, nous avons opté pour une triangulation méthodologique :

- Entretien clinique semi-directif : Un guide d'entretien a été élaboré autour de cinq axes (Le cadre de vie actuel et le sentiment de sécurité, le récit de l'événement traumatique et sa perception, les représentations de la figure maternelle et paternelle, les liens fraternels et le sentiment de perte, et la projection dans l'avenir).
- Outil quantitatif : L'échelle *Children's Post-Traumatic Stress Reaction Index* (CPTS-RI) a été utilisée pour corroborer les observations cliniques par une mesure standardisée de la sévérité du trauma.

Les données ont été traitées par une analyse de contenu thématique selon la démarche de Paillé et Mucchielli (2021). La procédure a suivi trois étapes :

1. Transcription intégrale des verbatims enregistrés.
2. Codage ouvert : Identification des unités de sens et étiquetage initial.

3. Catégorisation : Regroupement des codes en thèmes centraux. La validité de l'analyse a été renforcée par une confrontation entre les données qualitatives et le score chiffré au CPTS-RI.

Conformément à la Déclaration d'Helsinki, les garanties suivantes ont été appliquées :

- Consentement et Assentiment : Signature d'un consentement éclairé par le tuteur légal et recueil de l'assentiment verbal de Julie après une explication simplifiée.
- Réflexivité et Risques : Conscient du risque de revictimisation, le chercheur a adopté une posture de contenance. La durée des entretiens (45 min) et la présence d'un soutien psychologique post-entretien au sein de l'ALVF ont été prévues comme garde-fous cliniques.
- Anonymat : Pseudonymisation systématique et suppression des enregistrements prévus après analyse.

En tant que chercheuse clinicienne, nous avons conscience que notre posture a influencé la dynamique de l'échange. Nous avons adopté une neutralité bienveillante et une fonction de contenance psychique, veillant à ce que Julie ne se sente pas interrogée, mais écoutée. Les silences et l'usage de son objet transitionnel (morceau de couverture) ont été respectés comme des médiateurs essentiels de sa parole.

Nous reconnaissons que cette étude de cas unique présente des limites en termes de transférabilité. Les résultats sont indissociables du contexte socioculturel camerounais et de la personnalité singulière de la participante. Cependant, la profondeur de l'analyse offre une base pour des hypothèses cliniques applicables à des populations similaires.

Résultats

Présentation du cas

Cas : Julie

Julie (pseudonyme) est une préadolescente âgée de 12 ans, scolarisée en cycle primaire au moment de l'étude. Elle est troisième d'une fratrie de quatre enfants (deux grands frères et un petit frère). Son père, âgé d'une cinquantaine d'années, travaillait dans le secteur de la sécurité publique ; sa mère trentenaire possédait une formation universitaire supérieure mais n'exerçait pas d'activité professionnelle rémunérée au moment des faits. Julie est orpheline de mère depuis plusieurs années. Elle réside actuellement au sein de sa famille élargie, tandis que les membres de sa fratrie sont dispersés dans différentes régions.

Le drame est survenu il y a quelques années dans un contexte de violences conjugales chroniques. Alors que sa mère avait entamé des

démarches de séparation, le père a fait irruption au domicile familial et a perpétré l'homicide à l'arme blanche en présence des enfants. Suite à cet événement, Julie présente un tableau clinique complexe marqué par une hypervigilance, une irritabilité et des troubles psychosomatiques.

Cependant, nous notons que l'apparition des difficultés psychologiques chez Julie est concomitante de deux événements : elle a vu sa mère être décapitée par son père, et d'autre part, elle subit actuellement de la maltraitance au sein de sa famille paternelle.

Elle a obtenu un score de 48, à l'échelle de CPTS-RI, ce qui est qualifié de PTSD au niveau sévère, nous pouvons envisager une hypothèse diagnostique fondée sur les symptômes qu'elle présente et dire qu'elle souffre d'un SSTT (Syndrome de Stress Post Traumatique). Ce qui signifie qu'elle n'a pas encore dépassée son traumatisme.

Analyse des données des entretiens

L'analyse qualitative des données issues des entretiens avec Julie met en évidence plusieurs axes thématiques majeurs, révélant l'expérience subjective d'une enfant exposée au féminicide intime et à une victimisation secondaire persistante.

La rupture brutale du lien d'attachement primaire

L'histoire de Julie est marquée par une rupture traumatique du lien d'attachement principal, consécutive au meurtre violent de sa mère, figure d'attachement et de protection. Cette perte ne s'inscrit pas dans le processus de deuil ordinaire, mais dans un deuil traumatique, caractérisé par l'impossibilité d'élaborer psychiquement l'évènement.

La survenue d'une perte dans l'entourage de l'enfant renvoie cette dernière à l'ambivalence de ses sentiments. La mère étant considérée en tant que figure sécurisante, est annihilée dans un contexte où l'agresseur est simultanément la figure paternelle, ce qui crée une condition majeure des représentations parentales protecteur/destructeur.

Julie exprime une culpabilité de survie intense, formulant l'hypothèse que sa simple présence aurait pu cristalliser la colère paternelle. Elle décrit son père comme une figure habitée par une force étrangère et destructrice « *un monstre* », illustrant une scission radicale de l'imgo paternelle.

Ce témoignage met en lumière la scission des représentations parentales. L'expression « *un monstre dans son corps* » traduit la difficulté pour l'enfant de concilier l'image du père protecteur avec celle du père destructeur. La culpabilité évoquée « *si je n'avais pas été là* » confirme cette analyse de l'ambivalence des sentiments au déclin de la période œdipienne.

Effondrement du sentiment de sécurité et hyper activation traumatique

Le discours de Julie révèle une altération profonde du sentiment de sécurité interne. Cet état se manifeste par une hyper-activation neuropsychique constante, caractéristique du stress post-traumatique. Julie décrit un état d'alerte permanent qui l'empêche de s'apaiser. Elle dit : « *Je sursaute dès qu'une porte claque trop fort ; j'ai l'impression que quelque chose de grave va encore arriver.* »

Les cauchemars répétitifs témoignent d'un traumatisme qui n'a pas encore pu être symbolisé. Julie semble figée dans l'instant du crime. Elle affirme : « *La nuit, quand je ferme les yeux, je revois tout. C'est comme un film qui ne s'arrête jamais. Je vois son visage, j'entends les cris... alors je préfère rester éveillée.* ».

Cet état de sur-activation se traduit également par une labilité de l'humeur. Elle affirme : « *Parfois, je m'énerve contre ma tante pour rien, je sens que mon cœur bat trop vite et je n'arrive plus à me calmer* »

Évitement et désorganisation des représentations relationnelles

La peur des hommes observée chez Julie constitue une conduite d'évitement traumatique, révélatrice d'une génération de la menace. Chez elle, la figure masculine est inconsciemment associée au danger et à la mort, ce qui peut perturber la construction des représentations relationnelles futures. Elle dit :

« *Quand un homme entre dans la pièce, même si c'est pour dire bonjour, je me sens bloquée. J'ai l'impression qu'il va se fâcher d'un coup. Je ne les regarde jamais dans les yeux, je regarde mes pieds et j'attends qu'ils partent...* »

Ce témoignage montre que la menace est devenue omniprésente. L'évitement (ne pas regarder dans les yeux, se cacher) est une stratégie de survie issue de la généralisation du stimulus traumatique : le père étant l'agresseur, tout homme devient un agresseur potentiel.

L'observation clinique de Julie met en évidence l'utilisation d'un support matériel pour pallier l'absence de figures d'attachement sécurisantes. Lors de l'entretien, Julie tenait fermement un morceau de couverture usé, le portant souvent à son visage lorsqu'elle évoquait sa mère. « *C'est le seul morceau qui reste de mon ancienne maison. Quand je le tiens, je sens l'odeur de maman et mon cœur s'arrête de trembler. Sans lui, je ne peux pas dormir ici, j'ai trop peur...* ». Face à un environnement perçu comme hostile et instable, cet objet sert de support de régulation émotionnelle. Il symbolise un besoin intense de continuité affective et permet à l'enfant de maintenir un lien interne avec la figure maternelle disparue, agissant comme un rempart contre l'angoisse d'abandon.

Désorganisation émotionnelle et altération de l'image de soi

Julie présente une palette émotionnelle dominée par *la tristesse, la colère, la honte et la culpabilité*. Le repli sur soi et l'isolement traduisent une atteinte de l'estime de soi et une difficulté à mobiliser les ressources relationnelles. Ces éléments indiquent chez Julie une fragilisation de l'identité en construction, aggravée par l'absence de soutien familial stable. Elle dit :

« *Quand les gens me regardent au quartier, je baisse la tête... J'ai honte parce que je n'ai pas pu aider maman. Si j'avais crié plus fort, peut-être qu'elle serait encore là. Je suis une méchante fille* ».

La honte sociale « je baisse la tête » montre que le traumatisme n'est pas seulement interne, mais aussi porté comme un stigmate face au regard de la communauté.

Traumatisme cumulatif et victimisation secondaire

L'analyse du discours de Julie met en évidence un traumatisme cumulatif, résultats de deux expériences concomitantes à savoir, l'exposition directe au féminicide de la mère, et la maltraitance actuelle au sein de la famille paternelle. Ce prolongement de la violence empêche chez Julie tout processus de réparation psychique. Le milieu censé assurer protection et contenance, devient à son tour insécurisant, renforçant la chronicisation du trouble.

L'analyse met en lumière une victimisation secondaire au sein de l'environnement de substitution. Julie rapporte subir des reproches explicites de la part de son entourage d'accueil, qui lui impute la responsabilité du drame et de l'incarcération paternelle. Ces agressions verbales agissent comme des déclencheurs traumatiques : Julie des mécanismes de défense régressifs, cherchant physiquement à se soustraire à l'agresseur par des conduites d'enfouissement ou d'évitement identiques à celles adoptées lors de la scène originelle du féminicide. Ce climat d'hostilité entrave tout processus de résilience en transformant le lieu de refuge en un espace de réactivation de la culpabilité pathologique.

Le discours de la tante réactive le traumatisme initial et renforce la culpabilité pathologique de l'enfant (l'idée qu'elle est responsable du drame). L'utilisation du mécanisme de défense (se cacher sous le lit) montre que Julie revit la scène originelle dans son quotidien actuel.

Par ailleurs la séparation d'avec la fratrie, dont Julie ignore le lieu de résidence, accentue le sentiment d'abandon et d'insécurité affective et constitue une source majeure d'angoisse. Elle dit :

« *Je ne sais pas où sont mes frères. Personne ne veut me dire. Parfois je rêve qu'ils m'appellent mais je ne les trouve pas. J'ai peur qu'ils m'aient oubliée ou qu'il leur soit arrivé quelque chose de grave aussi* ».

Ce témoignage souligne que le féminicide n'est pas seulement la perte de la mère, mais une explosion de la cellule familiale. L'incertitude sur le sort de ses frères alimente une anxiété de séparation massive et un sentiment d'impuissance qui bloque son processus de résilience.

Retentissement développemental et social : la parentification

Les difficultés scolaires de Julie et son désinvestissement de la sphère ludique (le jeu) témoignent d'un « gel » des processus d'apprentissage. Au lieu de se consacrer à ses tâches développementales d'enfant (Erikson, 1968), Julie est contrainte à une maturité forcée par son environnement de substitution.

Le quotidien de Julie est marqué par une maturité forcée ou une parentification pathogène « *Je n'ai plus le temps de jouer avec les autres* ». Au lieu de s'investir dans les tâches développementales liées à son âge, elle est astreinte à une charge de travail domestique et économique pesante au profit de sa famille élargie. L'analyse clinique montre que cette exploitation est doublée d'une attaque systématique de l'image de la figure d'attachement disparue.

Ce témoignage illustre une parentification partielle, mais aussi une forme de maltraitance par le travail domestique. Dans le contexte camerounais, si la participation des enfants aux tâches ménagères est une norme d'éducation traditionnelle, elle devient pathogène lorsqu'elle se substitue au droit à l'éducation et au repos. L'expression « *paresseuse comme ma mère* » montre une victimisation secondaire violente : non seulement Julie porte une charge de travail d'adulte, mais elle subit une attaque directe sur l'image de sa figure d'attachement disparue, ce qui fragilise son processus d'identification.

Confirmation clinique du syndrome de stress post traumatique

Le score de 48 au CPTS-RI est objectivé par un tableau clinique dominé par des phénomènes d'intrusion sensorielle. Julie décrit des reviviscences visuelles et auditives (le sang, les cris) qui s'imposent à elle sans distinction entre le passé et le présent. Ces intrusions entraînent une stratégie d'évitement comportemental (refus de certains lieux, fuite du regard masculin) et un émoussement affectif. Elle tente de « *geler* » sa mémoire émotionnelle pour survivre à la douleur, tout en maintenant un état de vigilance nocturne extrême, signe d'une perte totale de confiance en la protection de son environnement.

Julie tente de mettre en place des mécanismes de défense pour se protéger de la douleur, ce qui entraîne une restriction de sa vie émotionnelle. Elle raconte : « *Je ne veux plus passer devant la maison. Je fais semblant de ne plus me souvenir de maman pour ne pas pleurer. C'est mieux de ne penser à rien...* ». L'état d'alerte permanent mentionné plus haut se confirme par une

perte de confiance totale en l'environnement. Elle raconte : « *Je surveille tout le monde. Je dors avec la lumière parce que j'ai peur que quelqu'un entre pour me faire du mal comme à maman. Je ne suis plus tranquille.* ».

Discussion

L'analyse du cas de Julie révèle un traumatisme psychique complexe. Pour comprendre l'ampleur de sa détresse, il faut croiser les théories universelles du trauma avec les réalités socioculturelles spécifiques du Cameroun.

Le meurtre de la mère par le père provoque ce que Tsala Tsala (2020) décrit comme une rupture de l'enveloppe sécurisante. Dans la culture camerounaise, la mère n'est pas seulement une figure d'attachement individuelle, elle est le pivot de stabilité domestique. Julie qualifie son père de montre. Comme le souligne Nguimfack (2016) dans ses travaux sur la clinique familiale au Cameroun, le crime paternel brise la filiation et crée un vide identitaire. L'enfant ne sait plus qui il est, son nom, ce qui nourrit son sentiment de porter le « malheur ».

La culpabilité de Julie « *si je n'avais pas été là* » rejoint l'idée de Ferenczi (1932), mais elle est ici amplifiée par le regard social qui au quartier, stigmatise l'enfant du meurtrier.

Le score de 48 au CPTS-RI confirme un SSTT sévère. L'incapacité de Julie à symboliser l'évènement s'explique par la violence extrême de la scène (décapitation). Sow (2021), travaillant sur les traumatismes en Afrique, explique que face à l'indicible, le sujet se réfugie dans le corps. Les troubles gastro-intestinaux de Julie sont des maux qui disent les mots.

Le recours au morceau de couverture pour retrouver « l'odeur de maman » montre que Julie tente de maintenir un lien avec l'ancêtre (la mère disparue). Selon Winnicott (1971), cette tentative de survie psychique, mais dans le contexte camerounais, c'est aussi un cri vers une protection maternelle qui n'a pas pu être transmise selon les rites habituels.

L'un des résultats les plus alarmants est la maltraitance par la tante. Normalement, la famille élargie devrait jouer le rôle de « tuteur de résilience » Cyrulnik (2001). Or, ici, la tante pratique une parentification pathogène. Ndikuyeze (2002) souligne le travail domestique forcé, sous couvert d'éducation traditionnelle, devient une arme de destruction de l'estime de soi quand il est accompagné d'insultes « *paresseuse comme ta mère* ». L'ignorance du lieu de résidence de ses frères prive Julie du dernier rempart de solidarité horizontale. Cela renforce ce qu'Herman (1992) appelle la désorganisation des représentations relationnelles.

Il est important de confronter le cas de Julie à certaines théories optimistes sur la solidarité africaine. Des auteurs comme Njeng (2014) soutiennent que dans les sociétés camerounaises, l'enfant n'est jamais orphelin

car la communauté absorbe la perte. Selon cette vue, le groupe social agit comme un pare-excitation collectif qui devrait empêcher la chronicisation du SSTT.

Le cas de Julie contredit radicalement cette vision idéaliste. Il démontre que lorsque le crime touche au féminicide, le tabou et la honte sont si forts que la communauté se rétracte au lieu de protéger. Au lieu d'être portée par le groupe, Julie est isolée et désignée comme « maudite ». Cela suggère que le modèle de solidarité traditionnelle s'effondre face à la violence extrême du couple.

L'analyse montre que le traumatisme de Julie est cumulatif. Elle n'est pas seulement victime d'un événement passé, mais d'un environnement présent qui réactive sans cesse la machette du père par la parole de la tante.

Conclusion

L'analyse de l'expérience subjective de l'enfant exposé au féminicide intime s'avère aussi cruciale que celle des mineurs témoins de violences conjugales, tant cette exposition constitue une situation pathogène majeure. Cette étude visait à appréhender ce vécu subjectif à travers une approche qualitative. Les données recueillies, tant cliniques que psychométriques, convergent vers l'identification d'un syndrome de stress post-traumatique (TSPT) sévère, s'inscrivant dans une dynamique de traumatisme complexe et cumulatif.

Ce vécu se caractérise par une rupture brutale du lien d'attachement primaire, provoquant un effondrement du sentiment de sécurité et une désorganisation durable des sphères émotionnelle, cognitive et relationnelle. La persistance de cette symptomatologie est accentuée par une victimisation secondaire, découlant de l'absence d'un environnement familial protecteur, ce qui compromet gravement le processus de résilience.

Toutefois, ces résultats doivent être interprétés à la lumière de certaines limites méthodologiques, notamment la taille restreinte de l'échantillon, la nature qualitative de la démarche qui limite la généralisation des conclusions, ainsi que les biais potentiels liés au contexte émotionnel des entretiens et à l'accès difficile à cette population vulnérable. L'absence de suivi longitudinal ne permet pas d'appréhender l'évolution du vécu traumatique dans le temps.

Les enfants orphelins par féminicide sont des victimes à part entière qui souffrent d'un manque criant d'accompagnement. Leur souffrance nécessite une écoute spécialisée et une prise en charge globale. Il est impératif de poursuivre les recherches sur ce phénomène, en plaçant l'exploration de leur subjectivité au cœur des futures études afin d'orienter des interventions plus appropriées. En conclusion, ce travail plaide pour une intégration rigoureuse de la dimension clinique de l'enfant dans les politiques publiques

de lutte contre les violences basées sur le genre, particulièrement dans le contexte camerounais où ces situations demeurent insuffisamment documentées et prises en charge.

Remerciements : Nous exprimons notre profonde gratitude à la jeune participante qui a accepté de partager son histoire, ainsi qu'à l'ALVF pour son soutien institutionnel.

Conflit d'intérêts : Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Disponibilité des données : En raison de la haute sensibilité de ce cas clinique et pour garantir la protection absolue de l'anonymat de la mineure, les transcriptions intégrales des entretiens ne sont pas accessibles au public. Les extraits présentés dans cet article ont été soigneusement sélectionnés, paraphrasés ou modifiés pour supprimer tout marqueur identitaire unique, tout en préservant la substance de l'expérience subjective de la participante.

Déclaration de financement : Les auteurs n'ont reçu aucun soutien financier ou financement pour cette recherche.

Déclaration relative aux participants humains : Cette recherche a reçu l'approbation administrative et éthique de l'Association de Lutte contre les Violences faites aux Femmes (ALVF). (Réf : ALVF/YDE/2025/ETH-04), agissant en tant qu'autorité de protection des victimes pour cette étude. Le recrutement, les entretiens et le suivi ont été centralisés sur le site de l'ALVF pour garantir une cohérence entre le lieu de prise en charge et le lieu de recherche. Le consentement éclairé a été obtenu auprès du tuteur légal de l'enfant, et l'assentiment verbal a été recueilli auprès de la participante.

Protocole de gestion de la détresse : Un protocole de sécurité clinique a été rigoureusement appliqué. Des critères d'arrêt immédiat de l'entretien ont été définis en cas de manifestations de détresse aiguë (dissociation, pleurs incontrôlables, mutisme prolongé). À l'issue de chaque séance, un débriefing de contenance a été effectué par les chercheuses. Julie a bénéficié d'un accès immédiat et contenu au pôle de soutien psychologique de l'ALVF pour assurer un suivi thérapeutique post-recherche si nécessaire.

References:

1. Actu Cameroun. (2020, 18 octobre). *Violences conjugales au Cameroun : Des chiffres qui font froid dans le dos.* <https://actucameroun.com/2020/10/18/violences-conjugales-au-cameroun-des-chiffres-qui-font-froid-dans-le-dos/>

2. Ainsworth, M. D. S. (1979). Infant–mother attachment. *American Psychologist*, 34(10), 932–937. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.932>
3. Ajuriaguerra, J.-D. (1980). *Manuel de psychiatrie de l'enfant* (2e éd.). Masson.
4. Alisic, E., Groot, A., Snetselaar, H., Stroeken, T., Hehenkamp, L., & van de Putte, E. (2017). Children's perspectives on life and well-being after parental intimate partner homicide. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup6), Article 1463796. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1463796>
5. Anaut, M. (2005). Le concept de résilience et ses applications cliniques. *Recherche en soins infirmiers*, 82(3), 4–11. <https://doi.org/10.3917/rsi.082.0004>
6. Bacqué, M.-F. (2007). *Les deuils dans la vie : Deuil et séparation chez l'adulte et chez l'enfant* (3e éd.). Maloine.
7. Bouzeriba, R. (2014). *La résilience de l'enfant face au décès maternel* [Thèse de doctorat, Université de Skikda]. Algérie.
8. Bowlby, J. (1960). Separation anxiety. *The International Journal of Psychoanalysis*, 41, 89–113.
9. BUCREP (Bureau Central des Recensements et des Études de Population). (2025). *Rapport national sur les statistiques sociales et les violences basées sur le genre en 2024*.
10. Canal 2 International. (2023, 31 décembre). *Bilan annuel : les chiffres alarmants du féminicide au Cameroun en 2023* [Reportage télévisé]. YouTube. <https://www.youtube.com/@canal2international>
11. Clements, P. T., & Burgess, A. W. (2002). Children's responses to family member homicide. *Family & Community Health*, 25(1), 32–42. <https://doi.org/10.1097/00003727-200204000-00007>
12. Cyrulnik, B. (2001). *Les vilains petits canards*. Odile Jacob.
13. Ferenczi, S. (2006). Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. *Le Coq-héron*, 184(1), 9–19. (Original publié en 1932). <https://doi.org/10.3917/cohe.184.0009>
14. France 24. (2022, 3 mai). *Violences conjugales au Cameroun : Sortir de l'omerta*. <https://www.france24.com/fr/vidéo/20220503-violences-conjugales-au-cameroun-sortir-de-l-omerta>
15. Kaplan, T., Black, D., Hyman, P., & Knox, J. (2001). Outcome of children seen after one parent killed the other. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 6(1), 9–22. <https://doi.org/10.1177/1359104501006001003>
16. Lehmann, P. (2000). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and child witnesses to marital assault: A summary and review. *Children and*

- Youth Services Review*, 22(3-4), 275–306.
[https://doi.org/10.1016/S0190-7409\(00\)00080-6](https://doi.org/10.1016/S0190-7409(00)00080-6)
17. Ndikuyeze, G. (2002). *L'enfant et le travail domestique en Afrique : Éducation ou exploitation ?* Études Africaines.
 18. Nguimfack, C. (2016). *Clinique de la famille africaine : Entre tradition et modernité*. L'Harmattan. (Essentiel pour comprendre les dynamiques de la famille élargie et les conflits de loyauté au Cameroun).
 19. Njeng, G. (2014). *La résilience communautaire en Afrique subsaharienne*. Éditions Clé. (Pour la perspective contradictoire sur la solidarité de groupe).
 20. Nkoum, B. A., & Enono, S. (2022). Violences domestiques et santé mentale des mineurs au Cameroun : Un état des lieux. *Journal Camerounais de Psychologie*.
 21. Observatoire canadien du féminicide pour la justice et la responsabilité (OCFJR). (2019). *Comprendre le féminicide : Un rapport sur le meurtre des femmes et des filles au Canada*. <https://femicideincanada.ca/>
 22. Observatoire canadien du féminicide pour la justice et la responsabilité (OCFJR). (2020). *Rapport annuel sur les victimes de féminicide au Canada*. <https://femicideincanada.ca/>
 23. Organisation suisse d'aide aux réfugiés (OSAR). (2023, 14 avril). *Courriel de la coordinatrice des programmes de l'ALVF concernant les statistiques du féminicide au Cameroun* [Communication personnelle].
 24. Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale (RMFVVC). (2021). *Les enfants exposés aux féminicides : une réalité méconnue*. <https://maisons-femmes.qc.ca/>
 25. Saidia, H., Nahal, H., & Beneddine, K. (2020). Stress, peur de l'échec et de la condition physique en tant que déterminants de la prise de décision chez les arbitres algériens de football professionnel. *Revue académique des études sociales et humaines*, 12(1), 294–309.
 26. Sow, A. S. (2021). Traumatisme et culture : Regards croisés sur la prise en charge en Afrique subsaharienne. *Revue Africaine de Psychologie Clinique*.
 27. Spitz, R. A. (1945). Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 1(1), 53–74. <https://doi.org/10.1080/00797308.1945.11823126>
 28. Stanley, N., Chantler, K., & Robbins, R. (2019). Children and domestic homicide. *British Journal of Social Work*, 49(1), 59–76. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcy024>

29. Steeves, R. H., & Parker, B. (2007). Adult perspectives on growing up following uxoricide. *Journal of Interpersonal Violence*, 22(10), 1270–1284. <https://doi.org/10.1177/0886260507304533>
30. Steeves, R. H., Parker, B., Laughon, K., Knopp, A., & Thompson, M. E. (2011). Adolescents' experiences with uxoricide. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 17(2), 115–123. <https://doi.org/10.1177/1078390311401025>
31. Tsala Tsala, J.-P. (2020). *Clinique de la famille en Afrique : Ruptures et transmissions*. Éditions L'Harmattan.
32. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2019). *Global study on homicide: Gender-related killing of women and girls*. United Nations. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/global-study-on-homicide.html>
33. Van der Kolk, B. (2018). *Le corps n'oublie rien : Le cerveau, l'esprit et le corps dans la guérison du traumatisme* (A. Guivarc'h, Trad.). Albin Michel. (Original publié en 2014).
34. Yin, R. K. (2018). *Case Study Research and Applications: Design and Methods* (6th ed.). SAGE Publications.