



APPROCHE DIMENSIONNELLE DE LA SYMPTOMATOLOGIE DU TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET STRATÉGIES DE RÉGULATION ÉMOTIONNELLE CHEZ LES PERSONNES DÉPLACÉES INTERNES AU BURKINA FASO

Aboubacar BARRY

Université Norbert ZONGO, Koudougou, Burkina Faso

barryaboubacar7@gmail.com

&

Désiré BIRBA

Université Norbert Zongo, Koudougou, Burkina Faso

desibirba997@gmail.com

Résumé : Dans le domaine de la psychotraumatologie, les troubles post-traumatiques ont fait l'objet de nombreuses recherches à travers le monde. Dans certains cas, la symptomatologie post-traumatique s'installe et perdure entraînant l'apparition d'un Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT). Le TSPT est un trouble très fréquent au sein des populations des personnes déplacées internes suite aux actes de guerres, de conflits, de terrorisme ou de génocides sans pour autant qu'on puisse y trouver la relation systématique entre les expériences d'effraction du psychisme et son impact sur la santé psychique de l'homme (American Psychiatric Association, 2013 ; Auxéméry, 2019). Dans cette étude, nous avons utilisé le Check-list for DSM 5 (PCL-5) et des entretiens cliniques pour obtenir une évaluation systématique des symptômes du TSPT et une identification des stratégies de régulation émotionnelle identifiées comme des modificateurs d'effet entre certains événements traumatiques et la souffrance psychologique chez les personnes déplacées internes au Burkina Faso. Les résultats font ressortir dans un premier temps un taux global de présence de 19,79% des symptômes d'intrusion, de 32,81% des symptômes d'évitement, de 18,75% des symptômes d'hyperactivation neurovégétative et de 26,81% des symptômes d'altérations des cognitions et de l'humeur. Dans un second temps, nous avons identifié sept stratégies de régulation mises en évidence chez les personnes déplacées internes pour faire face à la souffrance psychologique dont deux font l'objet de l'analyse dans cette étude (les jeux de société, les savoirs locaux et l'approche spirituelle de la souffrance). En conclusion, nous disons que les différentes stratégies de régulation émotionnelle consolident la signification des comportements normatifs car les taux de présence des symptômes du trouble du stress post traumatique sont globalement faibles chez les personnes déplacées internes au Burkina Faso.

Mots clés : Evènements traumatogènes, Troubles post-traumatiques, Personnes Déplacées Internes, Burkina Faso, Trouble de stress post-traumatique.

APPROCHE DIMENSIONNELLE DE LA SYMPTOMATOLOGIE DU TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET STRATEGIES DE REGULATION EMOTIONNELLE CHEZ LES PERSONNES DEPLACEES INTERNES AU BURKINA FASO

Abstract: In the field of psychotraumatology, post-traumatic disorders have been the subject of much research around the world. In some cases, post-traumatic symptoms set in and persist, leading to the onset of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). PTSD is a very common disorder among the populations of internally displaced persons following acts of war, conflict, terrorism or genocide, although it is not possible to find a systematic relationship between experiences of intrusion into the psyche and its impact on human mental health (American Psychiatric Association, 2013 ; Auxéméry, 2019). In this study, we used the Checklist for DSM 5 (PCL-5) and clinical interviews to obtain a systematic assessment of PTSD symptoms and an identification of emotional regulation strategies identified as effect modifiers between certain traumatic events and psychological suffering in internally displaced persons in Burkina Faso. The results initially show an overall presence rate of 19.79% of intrusion symptoms, 32.81% of avoidance symptoms, 18.75% of neurovegetative hyperactivation symptoms and 26.81% of symptoms of cognitive and mood alterations. Secondly, we identified seven regulatory strategies highlighted among internally displaced persons to cope with psychological suffering, two of which are the subject of the analysis in this study (board games, local knowledge and the spiritual approach to suffering). In conclusion, we say that the different strategies of emotional regulation consolidate the meaning of normative behaviors because the rates of presence of symptoms of post-traumatic stress disorder are generally low among internally displaced persons in Burkina Faso.

Keywords : Traumatic events, Post-traumatic stress disorder, Internally Displaced Persons, Burkina Faso, Post-traumatic stress disorder.

Introduction

À son accession à l'indépendance en 1960, le Burkina Faso a senti le besoin, comme tous les autres pays nouvellement indépendants, de mettre en place des structures et des institutions afin d'assurer sa sécurité et celle des populations. C'est ainsi qu'une armée nationale fut créée par la loi 74-60 AN du 03 août 1960. Il faut noter que la police et la gendarmerie existaient déjà, depuis la période coloniale mais elles se sont davantage organisées. En effet, rattachée aux forces armées, la gendarmerie nationale, en plus de la défense du territoire, s'est vue attribuer des missions de police administrative et de police judiciaire. Elle a pour missions d'assurer entre autres la sûreté, la sécurité, la salubrité et la tranquillité publiques. Toutes ces stratégies nationales en matière de sécurité étaient intimement liées à la stabilité, à la survie et à la protection du pays et de ses populations. Car, comme l'affirme Robert Mc Namara (1968, 149), ancien secrétaire d'État à la Défense des États-Unis d'Amérique, dans une



société moderne la sécurité n'est pas la force militaire quand bien même elle en fait partie, mais c'est le développement et, sans développement, il n'y a pas de sécurité. Justement, aucune démarche cohérente et appropriée prenant en compte le développement humain ne peut aboutir sans sécurité. Pour relever les menaces et défis auxquels le pays est confronté, les forces de sécurité intérieure burkinabè agissent sous la houlette d'une base légale fondée sur un ensemble de textes dont le but essentiel est d'organiser la défense civile qui s'exerce dans le cadre de la police administrative, de la protection civile et de la police judiciaire. Malheureusement, le Burkina Faso se présente à l'aube du XXI^{ème} siècle comme un immense brasier recouvert tout entier par une épaisse flamme rouge de sang et de la chaleur des larmes répandues par des manifestations de violence ou de la terreur de tous ordres et de tout acabit. Les roulis et les remous provoqués par ces lames de fond ont selon Isaac Nguema (1994) donné lieu à l'irruption de quelques tourbillons dont les effets n'ont épargné, malgré les plans d'action sécuritaires le déferlement des violences ouvertes dans le pays. Dans ce que nous offre l'actualité médiatique et ce, à l'instar des autres pays de la sous-région, le Burkina Faso connaît un contexte sécuritaire de plus en plus difficile. Longtemps préservé de l'insécurité qui prévaut dans la sous-région, le pays est entré dans un cycle d'attaques armées et complexes de plus en plus fréquentes depuis 2016. En décembre 2018, l'état d'urgence a été décrété dans plusieurs provinces dont le Nord, le Sahel, l'Est, le Centre Nord pour ne citer que ces régions⁷¹. En octobre 2019, l'insécurité grandissante affectait plus de 800.000 personnes⁷². L'impact conjugué et grandissant des incidents sécuritaires a entraîné une augmentation fulgurante du nombre de personnes déplacées internes. Du 1^{er} janvier 2019 au 2 octobre 2019, le nombre de personnes déplacées internes (PDI) a augmenté de 934%, passant de 87 000 PDI à 486 000 PDI, entraînant des besoins humanitaires et sanitaires sans précédent pour ces derniers et pour les communautés hôtes déjà vulnérables avant les conflits⁷³. Pourtant, selon la Banque Mondiale (2005), la peur qu'engendrent inévitablement les attaques terroristes a probablement un coût plus important. Pour illustrer cet état de fait, CRIS group a remarqué que de 2015 à 2020, le nombre d'attaques armées a été multiplié par huit dans le Sahel central et triplé dans le bassin du lac Tchad. Le Burkina Faso est le pays où la crise de déplacement connaît la croissance la plus rapide du monde, plus d'un million de personnes ont été contraintes de fuir leur foyer depuis le début de la crise sécuritaire en 2016. Selon le Conseil National de Secours d'Urgence et de Réhabilitation (CONASUR), le pays a enregistré à la date du 17 janvier 2023, 1 882 391 personnes déplacées internes. Le taux de pourcentage des hommes s'élève à 17,62% contre 23,93% pour les femmes et 58,44% pour les enfants.

⁷¹ Étude d'analyse budgétaire globale sur les secteurs de la sécurité et de la défense, CIFOEB, Septembre 2019

⁷² Apport de l'Analyse de l'Observatoire Nationale des Conflits Communautaires, Burkina Faso, 2017

⁷³Voire aussi <https://www.humanitarianresponse.info/fr/operations/burkina-faso/infographic/burkina-faso> situation des personnes internes, Consulté le 01-02-2022

Or, il ressort que dans les zones de conflits, les récentes études rapportent des fréquences élevées des troubles post-traumatiques parmi les victimes (Mann, 1998 ; Pike, Straight, Oesterle, Hilton et Lanyasunya, 2010). À cet effet, de nombreux auteurs ont estimé que plusieurs troubles post-traumatiques tels que le trouble de stress aigu, les phobies isolées post-traumatiques, les addictions post-traumatiques, les deuils traumatiques, les dépressions post-traumatiques, le trouble de stress post traumatique (TSPT) ou encore les comportements suicidaires peuvent se développer après l'exposition aux événements traumatogènes⁷⁴ (Andrea et ses collaborateurs, 2011; Kazantzis et al., 2010 ; McFarlane, 2010 ; Maher, Rego et Asnis, 2006, Thomas et al., 2017; Breslau et al., 2000; Sunderland et al., 2016). Dans le même ordre d'idées, McDonald (2002) a affirmé qu'« environ 68% des réfugiés cambodgiens vivant sur la frontière thaïlandaise manifestent des symptômes dépressifs majeurs et 37% des symptômes liés à des désordres psychologiques post-traumatiques.» (p.6). Nous avons fait le choix d'étudier le TSPT car suite à nos différentes lectures et recherches documentaires, il est ressorti que le TSPT a été considéré comme un trouble très répandu chez les personnes qui ont fui leurs localités d'origine suite aux actes de guerre, attaques terroristes ou aux conflits intercommunautaires (Schwarzer et Schulz, 2003, Fazel, Wheeler et Danesh, 2005). Il est même reconnu que la population des déplacés de guerre est dix (10) fois plus à même de souffrir d'un trouble de stress post-traumatique que la population générale (Fazel, Wheeler & Danesh, 2005). Pour la simple raison que ces gens sont, préalablement à leurs départs exposés à de multiples pertes (réelles et symboliques) et expériences de violence individuelle ou collective (torture, viol ou agression) les prédisposant à développer un TSPT complet (Hargreaves, 2002). Donc, la nécessité de développer une prise en charge clinique efficace pour ces nombreuses victimes de violences rend incontournable la compréhension des mécanismes de développement, de modulation et de résorption du TSPT. À cet effet, selon la première version de la IV^{ème} édition du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV, 1994) de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) et la Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} édition (CIM-10) de l'Organisation Mondiale de la Santé (1994), le TSPT représente l'un des rares troubles à inclure dans sa nosographie un critère étiologique, soit l'expérience d'un événement traumatogène. Cependant, les approches du TSPT restent seulement contingentes par les contextes sociaux et idéologiques dans lesquels elles se manifestent. Elles-mêmes recommandent la nécessité d'une compréhension plus nuancée et contextualisée des événements traumatogènes, qui n'isolent pas l'expérience personnelle des systèmes culturels et des contextes historiques, économiques et sociaux de base (Nicolas et al., 2015). Le présent article vise à enrichir la recherche en accordant de l'importance d'une part, aux stratégies de régulation émotionnelle communes aux personnes déplacées internes

⁷⁴Par exemple les attaques terroristes, viol, tremblement de terre, catastrophe naturelle, épurations ethniques, etc. Nous reviendrons avec plus de détails dans nos prochains développements.



susceptibles de contribuer à un cadre de modulation solide de la souffrance psychologique et d'autre part, à la symptomatologie du TSPT. Dans ce sens, la question est de savoir si les stratégies de régulation émotionnelle peuvent influencer le taux de présence des symptômes du TSPT chez les personnes déplacées internes à la suite des attaques terroristes ?

Donc, il s'agit d'analyser les symptômes du TSPT mais aussi d'en faire ressortir les stratégies de régulation émotionnelle identifiées comme des modificateurs d'effet entre certains événements traumatiques et la souffrance psychologique chez les personnes déplacées internes au Burkina Faso. De façon spécifique, nous voulons, à travers cette étude, non seulement identifier les symptômes du trouble de stress post-traumatique les plus couramment diagnostiqués chez les personnes déplacées internes, mais aussi et surtout, les stratégies de régulation émotionnelle qu'elles développent pour faire face à la souffrance psychique à la suite des attaques terroristes au Burkina Faso.

L'hypothèse générale émise à cet effet est que les stratégies de régulation émotionnelle sont susceptibles d'influencer négativement les taux de présence du trouble de stress post-traumatique chez les personnes déplacées internes à la suite des attaques terroristes au Burkina Faso. Spécifiquement, nous estimons que les symptômes du TSPT les plus couramment diagnostiqués chez les personnes déplacées internes à la suite des attaques terroristes sont entre autres l'hypervigilance, l'intrusion, l'altération cognitive et l'hyperactivation neurovégétative. Aussi, nous admettons que les facteurs culturels sont des stratégies de régulation émotionnelle mises en évidence par les personnes déplacées internes pour faire face à la souffrance psychologique à la suite des attaques terroristes au Burkina Faso.

1. Méthodologie de l'étude

1.1. Champ, l'échantillon et la technique d'échantillonnage

L'étude sur le sujet s'est effectuée dans la Région du Nord au Burkina Faso auprès des Personnes Déplacées Internes suite aux attaques terroristes. La crise sécuritaire comme nous l'avons mentionné plus haut a occasionné un déplacement massif des populations. À cet effet, le nombre de Personnes Déplacées Internes (PDI) est estimé à 921 471 à la date du 07 juin 2020⁷⁵. Ces PDI sont surtout localisées dans les provinces du Sanmatenga (268 959), du Soum (190 081), du Séno (80 349), du Bam (61 234), du Namentenga (57 010), du Gourma (43 598), du Yatenga (38 122), de l'Oudalan (37 800) et du Loroum (32 527). Comme nous pouvons le constater, certes, les régions du Sahel, du Centre-Nord, de l'Est et de la Boucle du Mouhoun demeurent les plus touchées.

Toutefois celle du Nord enregistre aussi un important nombre de PDI. Donc, au regard de la persistance des violations des droits de l'homme tant au niveau individuel que collectif par des Groupes Armés Terroristes (GAT), la Région du Nord (communes de Tangaye, de Kain, de Koumbri, de Ouahigouya, de Banh, de Sollé, de Thiou, de

⁷⁵ SP/CONSAUR, base de données (2020)

Titao, de Ouidingui pour ne citer que celles-là) demeure essentiellement marquée par la présence élevée de personnes déplacées internes, menaces, agressions, kidnappings et assassinats.

Par ailleurs, le choix de l'échantillon étant une étape importante dans une recherche, notre échantillon total est constitué de deux cent (200) personnes déplacées internes suites aux attaques terroristes. Parce qu'avec plus de 200 cent mille personnes déplacées internes enregistrées dans la Région du Nord, il est clair que nous ne pouvons pas enquêter ou interviewer toutes ces personnes même avec l'établissement des critères d'inclusion ou de non inclusion. De ce fait, pour l'intérêt de ce travail, nous avons procédé à la méthode d'échantillonnage raisonné sans distinction d'ethnie et de religion. Ce tirage nous a permis de constituer un échantillon de 200 personnes déplacées internes, sur plus de 200 cent mille personnes, réparties comme suit.

Tableau 1 : Répartition de l'échantillon de l'étude selon la catégorie socio-professionnelle (CSP) et le Sexe

CSP	Sexe		Total
	Homme	Femme	
Enseignants (tes)	25	25	50
Infirmiers (ères)	25	25	50
Élèves	30	30	60
Cultivateurs, éleveurs ou autres	20	20	40
Total	100	100	200

Source : données d'enquête, Juin 2022

Comme on peut le remarquer les personnes ont été choisies en tenant compte de l'hétérogénéité des individus et de leurs CSP ; comme l'affirmait Bertaux (2003) « *c'est en fonction de ce phénomène de variété des positions que l'on est amené à construire progressivement un échantillon, en faisant le tour des différentes catégories d'agents/ acteurs qui seraient apparues pertinentes en cours d'enquête* » (Bertaux, 2003, p. 23). En effet, la prise en compte de la catégorie socio-professionnelle se justifie par le fait que les expériences sociales des individus varient selon leur catégorie sociale ou professionnelle d'appartenance.

Sur ce, l'échantillon de la présente étude est composé de 200 personnes déplacées internes âgées d'au moins 15 ans. Parmi elles, nous avons respectivement cinquante (50) enseignant (es), cinquante (50) infirmier (ès), soixante (60) élèves et quarante (40) cultivateurs, éleveurs ou autres catégories socioprofessionnelles. Elles ont été choisies dans la population générale des PDI qui sont logées dans les différents sites d'accueil. Nous tenons à noter que l'égalité en nombre selon la catégorie socioprofessionnelle ne répond pas à un critère précis. Nous l'avons voulu ainsi pour mieux analyser et apprécier nos tendances statistiques.

1.2. Techniques et outils de collecte des données



L'étude que nous avons menée s'inscrit dans une approche mixte c'est-à-dire qu'elle combine les forces des courants qualitatif et quantitatif. Elle vise à obtenir une complémentarité dans les résultats issus des deux approches afin de limiter les faiblesses des approches qualitative et quantitative (Guével & Pommier, 2012). A cet effet, les outils et les techniques de l'enquête liés à l'orientation qualitative de la recherche sont entre autres l'enquête par l'entretien. En ce qui concerne les outils d'orientation quantitative, Pedinielli (1995) estime qu'ils peuvent se faire par auto-évaluation ou hétéro-évaluation. Donc, nous avons choisi les échelles d'autoévaluation telles que le PCL-5 et l'Inventaire des Evènements Traumatogènes pour réunir les informations quantitatives relatives à notre objet de recherche.

L'enquête par entretien est pertinente lorsque l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, aux événements dont ils ont pu être les témoins actifs. On se rappelle que les déplacements forcés apparaissent comme un facteur de risque bien identifié de la pathologie mentale. Dans ce contexte, les troubles psychiatriques incluent la rechute d'une pathologie déjà existante, le développement de pathologies liées aux conséquences de la violence des attaques terroristes et la réaction aux nouvelles conditions de vie. C'est à ce niveau que l'enquête par l'entretien devient indispensable et nécessaire. Dans le cadre de notre étude, nous avons défini un guide d'entretien pour recueillir nos données qualitatives. De ce fait, selon Perdrix (2007), pour élaborer un guide d'entretien, le clinicien commence par lister les différents thèmes et sous-thèmes à aborder lors de l'échange. Dans le cadre de notre étude, le guide d'entretien a été construit à partir de thèmes dérivés des hypothèses précédemment mentionnées et a regroupé un ensemble de questions relatives aux thèmes tels que les caractéristiques sociodémographiques (l'âge et le sexe), le niveau socio-économique, la situation familiale et professionnelle, les caractéristiques des événements traumatogènes ; les répercussions psychopathologiques de ces événements et les stratégies de régulation émotionnelle développées pour faire face à la souffrance psychique.

En ce qui concerne, la PCL-5, il faut noter que c'est une échelle d'auto-évaluation du TSPT comprenant 20 items (Weathers et al, 2013) comparativement à la PCL-S qui était composée de 17 items présents dans le DSM-5. C'est un outil qui est largement utilisé en clinique et en recherche. La PCL-5 est un score auto-rapporté. Cet outil est à la fois employé pour le dépistage du TSPT afin de poser un diagnostic prévisionnel et il permet également un monitoring des symptômes pour évaluer l'efficacité d'une intervention de soins. Autrement dit, les 20 items correspondant aux 20 symptômes du DSM-5 qui permettent de mesurer la sévérité totale de toute la symptomatologie du TSPT sont répartis dans quatre catégories de symptômes (clusters), correspondant aux quatre groupes de symptômes différents du TSPT proposés par le DSM-5. Il s'agit principalement des symptômes tels que les reviviscences, l'évitement, l'altération négative de la cognition, de l'humeur et l'hyperéveil. Chaque item est coté en 5 points

c'est-à-dire de 0 à 4, 0 correspond à « pas du tout », 1 « un peu », 2 « parfois », 3 « souvent » et 4 « très souvent ».

Le score de sévérité est donc coté de 0 à 80. Plus le score est élevé, plus l'intensité des symptômes du trouble de stress post-traumatique est importante. La recherche sur le PCL-5 a suggéré que des scores de 31 à 33 étaient optimalement efficaces pour diagnostiquer le TSPT (Bovin et al, 2016), tandis que les études de validation ont recommandé une variété de scores seuils allant de 28 à 37 (Ashbaugh et al., 2016 ; Blevins et al., 2015). Elle est validée en anglais et en français avec de bonnes caractéristiques psychométriques. Les résultats du test PCL-5 ont démontré une forte cohérence interne ($\alpha = 0,94$ à $0,96$), une fiabilité test-retest ($r_s = 0,74$ à $0,85$) et une validité convergente et discriminante (Blevins et al., 2015 ; Bovin et al., 2016). Cette échelle a donc de bonnes caractéristiques psychométriques comme outil de dépistage et de diagnostic provisionnel.

1.3.Méthode d'analyse et de traitement des données recueillies

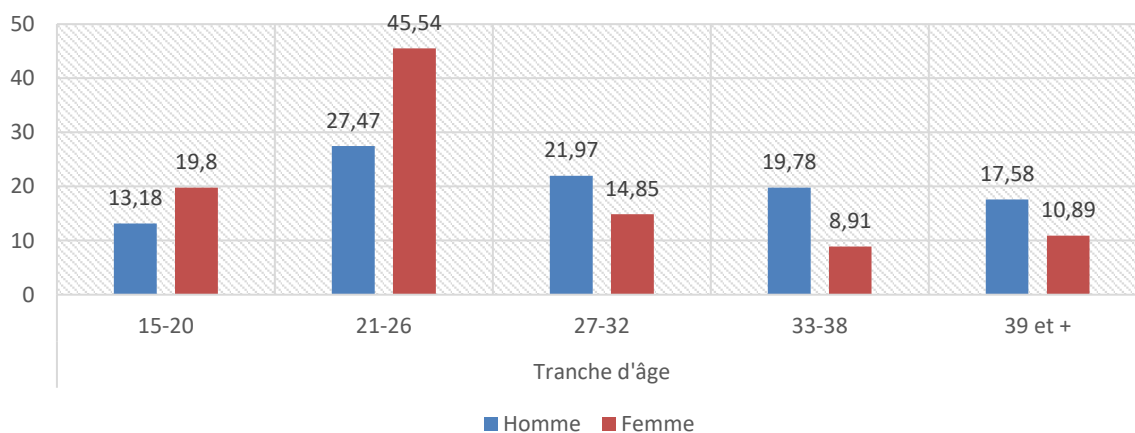
La méthode d'analyse et les techniques de traitement des données sont des étapes déterminantes dans la qualité et la validité des résultats de l'étude. Dans ce sens, il faut dire que les variables catégorielles étaient exprimées en fréquence et effectif. Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS version 21 et EXCEL version 2019.

2. Présentation et analyse des principaux résultats de l'étude

2.1 Données socio-démographiques des enquêtés

Lorsque nous prenons ensemble le sexe et l'âge de nos enquêtés, nous pouvons faire les observations contenues dans le graphique ci-après.

Graphique 1 : Répartition des enquêtés selon le sexe et l'âge



Source : données d'enquête, novembre 2022

Sous l'angle des comparaisons intra-sexe intra-âge, on observe que les femmes âgées de 21 à 26 ans sont plus représentatives (45,54%) que les hommes de la même tranche d'âge (27,47%). Il en est de même pour la tranche d'âge de 15 à 20 ans (19,8% pour les femmes contre 13,8% pour les hommes).

Toutefois, si le nombre de femmes est légèrement au-dessus de celui des hommes pour les tranches d'âge de 15 à 20 ans et de 21 et 26 ans, ce n'est pas le cas



pour les autres tranches d'âge car elles ne représentent que moins de 15% (27-32 ans=14,85% ; 33-38 ans =8,91% et 39 ans et plus=10,89%).

Le tableau qui suit présente les articulations entre le sexe, les situations matrimoniales et professionnelle de nos enquêtés

Tableau 2 : Répartition de nos enquêtés selon le sexe, les situations matrimoniales et professionnelle.

Variables		Sexe		Total
		Homme	Femme	
Situation matrimoniale	Célibataire	53	71	124
	Marié (e)	38	27	65
	Divorcé (e)	0	1	1
	Veuf(ve)	0	2	2
Total		91	101	192
Situation professionnelle	Infirmier-ère	23	20	43
	Enseignant-te	34	10	44
	Sans emploi fixe	3	23	26
	Elève	29	38	67
	Cultivateur/Commerçant /Artisans/Éleveurs	2	0	2
	Autres/Sans activité professionnelle	0	10	10
Total		91	101	192

Source : données d'enquête, novembre 2022

La lecture du tableau ci-dessus montre que la majorité des hommes étaient célibataires (n=53) pendant l'enquête alors que trente-huit d'entre eux vivaient en couple (n=38). De même, on constate que les 2/3 des femmes étaient célibataires (n=71) contre seulement vingt-sept d'entre elles qui étaient mariées (n=27).

Parmi nos enquêtés, il y a une (1) seule femme divorcée et deux (2) veuves. Chez les hommes, les présentes statistiques montrent que vingt-trois (n=23) sont des agents de santé, trente-quatre (n=34) sont des acteurs de l'éducation, vingt-neuf (n=29) sont toujours des élèves, deux (n=2) sont soit cultivateurs, artisans, commerçants ou éleveurs. Parmi les femmes enquêtées, il y a vingt (n=20) qui sont infirmières, dix (n=10) sont des actrices de l'éducation, trente et huit (n=38) sont des élèves et enfin dix (n=10) sont sans activité professionnelle.

En fait, nous nous sommes intéressés à ces différentes variables (sexe, situation matrimoniale, professionnelle et autres) car de nombreuses études admettent que les contraintes liées à l'environnement du travail exposent les acteurs à diverses manifestations psychopathologiques importantes (troubles de l'adaptation avec symptômes anxieux, troubles anxieté sociale, abus ou dépendance à l'alcool, etc.). D'autres estiment que si celles-ci ne sont pas prises en charge avec rémission totale des symptômes, elles peuvent conduire à des pathologies psychiatriques majeures (trouble

de stress aigu, dépression, TSPT, etc.) et impacter à long terme le bien-être psychosocial des professionnels engagés dans les différents secteurs d'activités.

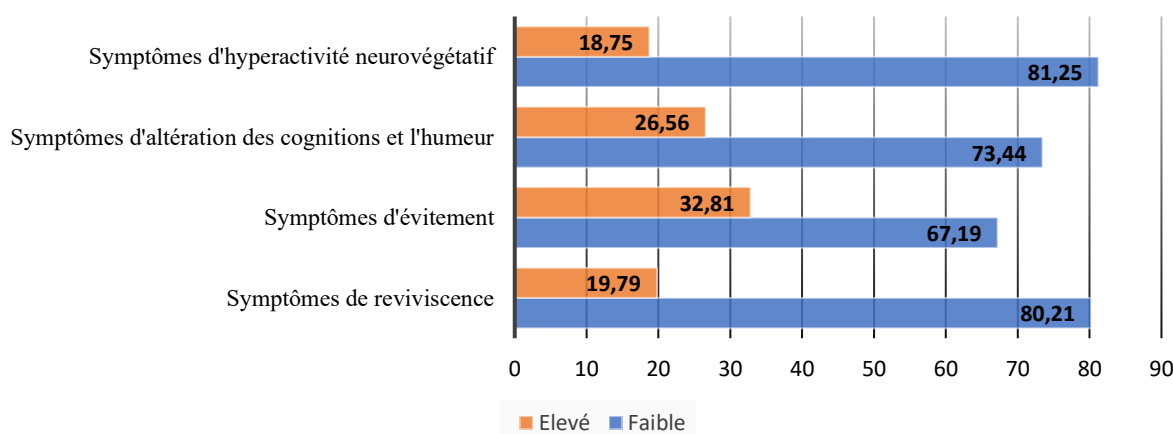
2.2 Aperçu de l'analyse dimensionnelle des symptômes du trouble de stress post traumatique chez les personnes déplacées internes

Il va sans dire que toutes les personnes déplacées internes ne souffrent pas de troubles post-traumatiques, mais les recherches tendent à démontrer un risque plus élevé de présence de ces troubles et une spécificité de plus en plus étudiée.

La psychopathologie du traumatisme chez les personnes déplacées de guerre est spécifique parce qu'elle représente une clinique où se mêlent les éléments personnels et environnementaux du passé (l'exposition directe ou indirecte à des événements traumatogènes souvent répétitifs) avec ceux du présent (santé physique, précarité sociale, vulnérabilité psychologique, etc.). C'est dans ce sens que nous examinons spécifiquement les symptômes du TSPT à travers les points suivants.

✓ Pour l'échantillon général

Graphique 2 : Analyses statistiques de la symptomatologie du TSPT



Source : données d'enquête, novembre 2022

L'exposition à un événement potentiellement traumatique n'entraîne pas forcément un TSPT. Certaines personnes ne développent aucun des symptômes associés au trouble, tandis que d'autres n'en développent qu'un petit nombre. Dans notre cas, nous constatons que sur l'ensemble de nos participants 80,21% et 67,19 % ont respectivement un petit nombre de symptômes de reviviscence et d'évitement.

Dans la même veine, il ressort que 73,44% et 81,25% d'entre eux ont respectivement un faible taux de symptômes d'altération des cognitions et d'hyperactivité neurovégétative. Toutefois, il faut dire que sur l'ensemble des participants 32,81% et 26,56% ont respectivement un taux élevé de symptômes d'évitement et d'altération des cognitions.

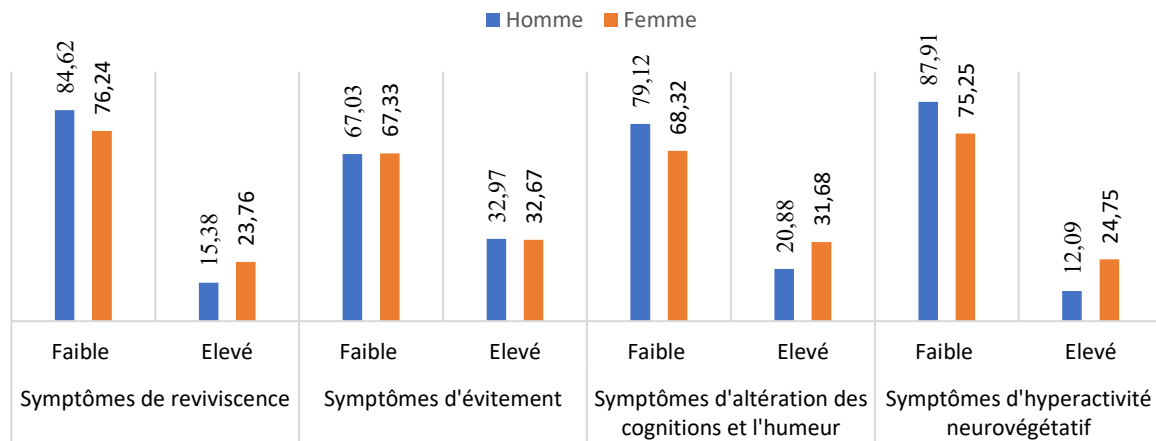
En conclusion, nous pouvons dire que sur l'ensemble des participants, les symptômes prédominants sont les symptômes d'évitement et d'altération des cognitions et de l'humeur. Par contre, nous rencontrons moins de symptômes de reviviscences et d'hyperactivité neurovégétative.



Par ailleurs, il faut retenir que l'ensemble des scores issus du PCL-5 portant sur les symptômes du TSPT sont faibles

✓ **Taux de prévalence de la symptomatologie du TSPT selon le sexe**

Graphique 3 : Analyses statistiques de la symptomatologie du TSPT évaluée avec le PCL-5 selon le sexe



Source : données d'enquête, novembre 2022

Les résultats de ce graphique indiquent que les femmes présentent un taux important de symptômes d'altération des cognitions et de l'humeur ainsi que ceux d'hyperactivité neurovégétative et de reviviscence comparativement aux hommes. Ces derniers ont un taux légèrement plus important de symptômes d'évitement que les femmes.

En somme, nous pouvons dire qu'on rencontre moins de symptômes de reviviscence, d'hyperactivité neurovégétative et d'altération des cognitions chez les hommes. Par contre, on peut dire qu'un nombre important de femmes ont moins de symptômes d'évitement.

2.3. Processus d'oscillation entre différentes stratégies de régulation émotionnelle

La régulation des émotions est un phénomène complexe et multidimensionnel. Elle est un ensemble des processus externes et internes responsables du contrôle, de l'évaluation et de la modification des réactions émotionnelles, plus spécifiquement de leur intensité et de leur durée, en vue de l'accomplissement d'un but (Thompson, 1994). Dans le domaine de la psychotraumatologie, des preuves récentes documentent les impacts neuro-biologiques de la violence, démontrant que le stress traumatique subi en réponse à la violence et à d'autres situations traumatiques peut nuire à l'architecture du cerveau, au statut immunitaire, aux systèmes métaboliques et aux réponses inflammatoires (Hillis, 2016 ; Heim, 2013 ; Rauch, 2006 ; Nemerof, 2009) et être à l'origine de dysfonctionnement des circuits émotionnels et d'une mémoire traumatique qui faute de soins, s'installent dans la durée. Cette mémoire traumatique colonise les victimes, leur faisant revivre à l'identique les violences au moindre lien qui les rappelle, comme une torture toujours renouvelée. Ces reviviscences sont

tellement intolérables que les victimes traumatisées sont contraintes de mettre en place des stratégies de survie hors normes pour soulager les lourdes répercussions de la violence extrême sur leur qualité de vie et leur santé (Louville et Salmona, 2013). McLean et Foa (2017) ont identifié dans leur recension de littérature sur le traitement du stress post-traumatique qu'il existe des liens bien établis entre le TSPT et différentes émotions telles que la honte, la culpabilité, la colère, ainsi que le dégoût.

Considérant qu'une attaque terroriste provoque souvent de telles émotions négatives chez les victimes (Chivers-Wilson, 2006), il est pertinent de s'intéresser à leur capacité de mettre en place différentes stratégies leur permettant de les gérer sans grande difficulté. Ces stratégies peuvent être automatiques ou contrôlées, conscientes ou inconscientes et varient en efficacité (Gratz & Roemer, 2004). Ainsi, à partir de nos entretiens semi-directifs auprès des personnes déplacées internes, nous avons identifié sept (07) stratégies de régulation dont deux ont fait l'objet d'analyse dans cette présente étude.

2.3.1. Approche spirituelle ou religieuse comme une source libératrice de la pesanteur de la souffrance psychique

De manière générale, l'approche spirituelle ou religieuse réfère à la tendance à se tourner vers les pratiques religieuses en période de stress ou de situations difficiles (Carver et al., 1989). Par exemple, il s'agit de tenter de trouver du réconfort dans sa religion ou ses croyances spirituelles (Carver et al., 1989). Dans ce sens, nous pouvons dire que les stratégies spirituelles décrivent la façon dont un individu utilise la religion ou la spiritualité pour gérer les situations stressantes (Ano et Vasconcelles, 2005). On peut alors parler de stratégies spirituelles positives telles que la recherche de soutien spirituel, les croyances en des éléments religieux/spirituels bienveillants ou de stratégies spirituelles négatives comme croire en une punition de Dieu ou en une implication démoniaque (Ano et Vasconcelles, 2005).

Pour ce faire, il faut dire que dans l'approche philosophico-théologique de l'essence humaine, une évidence se dégage : c'est que l'homme est multidimensionnel. Et la composante spirituelle est aussi importante que les autres dimensions (sociale, psychologique, économique, etc.). Elle colore autrement toutes les harmoniques de l'être humain. Dès l'orée de la réflexion philosophique, on s'est aperçu que l'homme s'était saisi d'emblée comme projet métaphysique, abouché constamment à un au-delà dispensateur du sens et fondateur ontologique. La vie spirituelle injecte nos quotidiennetés, tant heureuses que tragiques, de connotations existentielles transcendant les coordonnées spatiotemporelles, et mettant l'homme face à une destinée qui dépasse les déterminations particulières. C'est ce qui ressort des propos de cette personne déplacée interne :

« Face un tel évènement, on ne peut que se calmer et s'en remettre à Dieu. Aussi comme tu n'es pas seul, il faut demander à Dieu de sécuriser et de bénir l'avenir » [PDI de 32 ans marié et père de 3 enfants]



Dans ce contexte, très précis, la spiritualité se déploie dans un champ relationnel et personnalisé avec cet Être Supérieur qui est Dieu. Elle comprend toutes les pratiques aussi bien intellectuelles que comportementales de nature à rapprocher l'homme de cet Être sublime qui est Esprit par nature et confère à toute relation intime avec Lui une dimension spirituelle, libératrice de la pesanteur de la matière dans laquelle l'homme se surprend à être noyé. C'est d'ailleurs ce qu'affirme cette personne déplacée interne :

« On a vécu il y a vraiment des années mais on n'a jamais vu cette situation. Mais si Dieu a permis que ça arrive, on n'y peut rien. S'il décide encore qu'elle va finir, ça va finir » [PDI de 39 ans, mariée et mère de 4 enfants].

Dans les archives américaines de psychiatrie, un numéro spécial fut consacré aux témoignages des malades cancéreux, recueillis dans un hôpital équipé pour admettre des patients en phase finale. On s'est aperçu que les malades athées vivaient des douleurs atroces, avec angoisse terrible, doublée du non-sens total de leur souffrance. Tandis que les patients croyants vivaient un degré inférieur d'inquiétude et conféraient à leur souffrance une dimension spirituelle, transformant leur calvaire en douleur de l'accouchement. Ils voyaient dans la dégradation de leur physique un passage graduel à une existence, ontologiquement différente, rejoignant par là ce que Teilhard de Chardin (1955) disait à ce sujet, « si je meurs, je change d'état ». Cette croyance dans l'au-delà leur permettait de réduire sensiblement le degré d'anxiété et de maintenir la flamme des attentes d'une vie future, bien meilleure que celle qu'ils menaient dans la vallée des larmes. C'est ce que nous a confié une personne déplacée interne :

« On a perdu beaucoup dans cette situation. Tu avais tout chez toi, et maintenant tu n'as plus rien. Mais on laisse tout pour Dieu car lui-même a dit que tout être vivant va mourir. Si tu as cette confiance, tu peux vivre comme si rien ne fait » [PDI de 45 ans, marié et père de 6 enfants]

L'effondrement de la spiritualité religieuse et l'émergence du fanatisme religieux aveugle constaté aujourd'hui, exaspérés par la défaillance des spiritualités sans horizons métaphysiques, et la stérilité des promesses de bonheur dans des cités sans Dieu, poussent l'humanité à cultiver le non-sens total de la vie. Seulement que pour se ressaisir sur la pente du désespoir face aux terribles événements que les populations vivent actuellement, elles ne trouvent pas de plus adéquat que le recours à la splendide sagesse des grands philosophes de l'Antiquité, notamment aux conseils d'Aristote (384-322 av. J.-C.), dans son *Ethique à Nicomaque* :

« Il ne faut donc pas écouter les gens qui nous conseillent, sous prétexte que nous sommes des hommes, de ne songer qu'aux choses humaines, et, sous prétexte que nous sommes mortels, de renoncer aux choses immortelles. Mais, dans la mesure du possible, nous devons nous rendre immortels et tout faire pour vivre conformément à la partie la plus excellente de nous-mêmes, car le principe divin, si faible qu'il soit par

ses dimensions, l'emporte, et de beaucoup, sur toute autre chose par sa puissance et sa valeur ».

Les propos de cette personne déplacée interne confirment cette splendide sagesse d'Aristote :

« On peut toujours se débrouiller pour s'occuper de nos familles. Si tu penses que tout ce qui arrive vient de Dieu, tu peux toujours t'armer de courage, mieux travailler encore comme avant jusqu'à ce que Dieu apaise la situation » [PDI de 50 ans, mariée et mère de 7 enfants]

En somme, nous pouvons dire que recouvrer le sens spirituel originel de l'être est la seule bouée de sauvetage pour rendre à l'homme la joie de vivre. Une personne déplacée interne parle de cette espérance en ces termes

« Nous n'avons rien compris de la situation. On ne comprend rien à ce qui nous est arrivé mais on s'en remet à Dieu » [PDI de 36 ans, marié et père de 4 enfants]

A la lumière des témoignages des personnes déplacées internes, nous admettons que la spiritualité ou la foi en Dieu apportent une contribution indéniable à la santé physique et psychique. Elle a ce pouvoir de faire face aux péripéties de la situation et de donner un sens à la vie. Elles entretiennent des liens étroits avec la santé mentale.

Une personne, face au réel de la mort, peut explorer de nouvelles forces de réparation. Ce profond labeur intérieur lui permet de conscientiser que son corps n'est pas uniquement un corps physique, mais également un corps spirituel prêt à l'aider à dépasser la crise et à revivre une autre vie dans la conscience et dans la présence.

2.3.2. Jeux de société et savoirs locaux (proverbes, adages, soirée culturelle et théâtre.), héritage socioculturel à l'épreuve du psychotraumatisme

Foncièrement, s'intéresser aux jeux de société en temps de traumatisme revient logiquement à s'intéresser à l'évolution de l'Humanité, à travers les différentes civilisations qui les ont pratiqués, et ce, tout au long de l'histoire. En effet, les jeux de société sont apparus en même temps que l'organisation des sociétés elles-mêmes. Ces savoirs locaux expriment un besoin de solidarité et d'entraide entre les joueurs, par solidarité. Dans la plupart des cas, les joueurs préfèrent se liguer plutôt que s'affronter. Ces jeux, mais aussi tous les autres, en dévoilent long sur un comportement, un caractère, le rapport de chacun à l'autre. Il existe, et ce quel que soit le jeu, un désir omniprésent de gagner, ce qui pousse les esprits à se libérer des contraintes sociales, de la misère morale et psychologique. Car, cela donne lieu à des communications uniques en leur genre, totalement transcendantes.

Donc, les jeux fournissent une preuve sur la réelle identité de la nature humaine. En effet, il faut noter que les adages et les proverbes peuvent jouer un rôle d'apaisement des souffrances. Ainsi, devant une situation désespérée, si on ne trouve pas soi-même la parole pour apaiser la personne qui souffre, on peut recourir à une phrase préconstruite qui est communément admise pour être porteuse de réconfort. Les propos de cette personne déplacée interne confirment subtilement cette thèse



« Un proverbe moaga dit que si tu perds tes biens, il faut travailler à ne pas perdre ton « *yamma*⁷⁶ ». Car, si tu ne perds pas ton « *yamma* » tu peux te ressaisir pour ne regarder que l'avenir » [PDI de 70 ans, marié et père de 12 enfants]

Dans nos contrées modernes, marquées d'ailleurs par les violences et les souffrances de toutes sortes, le théâtre, les soirées culturelles et le traumatisme partagent un certain nombre de points communs. Ce sont des lieux de la répétition compulsive. Ils s'attachent parfois à rendre visible l'invisible. Très souvent le traumatisme psychique impose une exposition prolongée à la réalité de la mort vécue dans une impuissance complète. Les défenses psychiques sont enfoncées. L'événement fige le temps et, en envahissant toute la vie de la victime, tient lieu de vie. Le traumatisme suspend le temps signifiant. Dans ce contexte, le théâtre ou les soirées culturelles peuvent ramener les victimes à la communauté des humains ou des vivants. Ces jeux de sociétés constituent un canal de réhumanisation des victimes de traumatismes importants les ayant fait frôler les portes de la mort ou chargé d'une honte insupportable. Les interactions avec les autres deviennent de plus en plus faciles. La confiance s'installe. Les victimes ont l'impression d'être mieux comprises par les autres et moins jugées. Les propos suivants que nous rapportons sont ceux d'une personne déplacée interne qui souligne, non seulement, l'importance des jeux de société, mais aussi et surtout son caractère thérapeutique :

« Quand nous sommes arrivés, les gens ne se mettaient pas ensemble. Avec le temps les vieux ont développé un système de rassemblement pour causer et échanger. Ils ont développé des jeux de société tel que le « *wanré*⁷⁷ » pour faciliter les échanges et le vivre ensemble » [Homme, 44 ans, marié et père de 8 enfants, commune de Titao].

Nous constatons que l'héritage culturel, transmis de génération en génération, a orienté les communautés déplacées en ces temps d'incertitude, de vie et de mort. C'est une page culturelle qui est à la base de l'identité des victimes, du respect de soi et de la confiance en soi. Elle leur permet de vivre en harmonie avec leur nouvel environnement physique, social et spirituel. La force puisée dans les leçons du passé les guide et leur donne confiance pour faire face à un futur inconnu et incertain. La

⁷⁶ " *Yamma* " en langue Mooré (l'un des dialectes au Burkina Faso) peut être assimilé au concept de capabilité. C'est un concept proposé par Amartya Sen (1987b) pour signifier la liberté effective à mettre en œuvre un mode de fonctionnement parmi ceux qui composent la vie.

" *Yamma* " peut-être aussi assimilé au concept d'*habitus* de Pierre Bourdieu (1972). L'*habitus* selon Bourdieu (1972) désigne un système de préférences, un style de vie particulier à chacun. Il ne relève pas d'un automatisme mais d'une prédisposition à agir qui influence les pratiques des individus au quotidien c'est-à-dire leur manière de se vêtir, de parler et de percevoir. Ces prédispositions sont intériorisées inconsciemment durant la phase de socialisation, pendant laquelle l'individu s'adapte et s'intègre à un environnement social.

⁷⁷ " *Wanré* " est un jeu de stratégie dans lequel on distribue des cailloux, graines ou coquillages dans des coupelles ou des trous. Appelé *awelé* ou *awalé* en Côte d'Ivoire et au Niger, jeu de six au Togo et au Burkina Faso, *adjito* au Bénin, *Oware* chez les Ashantis du Ghana, *Mankala* ou *Ayo* au Nigéria, *Tsoro* au Zimbabwe ou encore *Wari* aux Caraïbes, ce jeu trouverait son origine dans l'Égypte antique. On y joue sur tout le continent africain, mais aussi aux Philippines, en Malaisie, au Ceylan, en Louisiane et au Brésil. Il faut signaler au passage que chaque pays a sa façon de jouer. Cependant, la règle du jeu ne change pas c'est-à-dire que c'est un jeu de réflexion basé sur le calcul. (<https://fr.wikipedia.org/wiki/Awalé>)

redécouverte de cet héritage en ces moments difficiles de notre histoire a révélé d'importantes implications dans le développement, le renforcement des capacités adaptatives et dans le rassemblement des communautés. Les propos de cette personne déplacée interne témoignent de la valeur unificatrice des jeux de société :

« Nous menons des soirées culturelles. Car nous avons beaucoup de peuples avec nous tels que les Mossé, les peulhs, les Tamachèques, les fulchés, les marka, les forgerons, etc. Chaque groupe social expose ses richesses culturelles, ses danses traditionnelles, ses jeux de société et à la fin on partage un repas communautaire » [Homme, 51 ans marié et père de 8 enfants]

En somme, nous découvrons une fois de plus comment la sagesse traditionnelle des proverbes, des adages et du théâtre ou autres jeux de société peut aider à mieux comprendre nos souffrances et à les accepter. Donc, l'utilisation des jeux de société représente un moyen créatif de communiquer et de discuter les principes qui dépassent les barrières habituelles de communication entre les peuples.

2.3 Discussion générale des principaux résultats

Si l'étude du trouble de stress post-traumatique chez les personnes déplacées internes devient un terrain de recherche incontournable au Burkina Faso en raison de la crise sécuritaire, peu de preuves existent quant aux données épidémiologiques des symptômes au sein de cette population. Les quelques études sur le sujet ont analysé rétrospectivement soient les taux d'exposition aux événements traumatogènes et de prévalence globale du TSPT, soient les troubles associés. Si le symptôme de reviviscences traumatiques a longtemps été considéré comme le signe pathognomonique du TSPT, ce postulat fondamental mérite d'être rediscuté. Donc, nous pensons qu'une réflexion psychopathologique de fond analysant spécifiquement les taux de prévalence de chaque symptôme demeure primordiale. D'ailleurs, il nous semble que ce qui caractérise le TSPT ce n'est pas tant la nature de ces symptômes ou leur nombre exact que leur fréquence, leur persistance et les altérations du fonctionnement qu'ils entraînent. Selon de récents travaux de recherches épidémiologiques et psychopathologiques, les conséquences cliniques d'un traumatisme psychique reposent sur un ensemble de symptômes spécifiques (les symptômes d'évitement, de reviviscences, d'hyperactivité neurovégétatif, d'altération des cognitions). Les auteurs tels que McFarlane et Patay (1992), estiment que réunir la totalité des critères pour caractériser le TSPT chez un sujet relève de l'exception. C'est pourquoi une approche dimensionnelle et processuelle de la symptomatologie du TSPT a été envisagée dans cette étude. Il semble important de considérer chaque dimension afin de mieux appréhender les facteurs psychologiques impliqués dans leur apparition. Cette approche dimensionnelle permet de refléter plus précisément la façon dont le trouble apparaît ou de saisir certains aspects psychopathologiques comme la sévérité, la fréquence, les aspects subcliniques ou l'évolution temporelle des symptômes (Kraemer, 2007). Dans tous les cas de figure, on parle de TSPT si les



symptômes durent depuis au moins un mois après l'évènement. Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux dans sa cinquième version se fonde sur huit critères mais nous avons à l'aide d'échelles psychométriques mesuré les cinq critères (A, B, C, D et E). Le critère E correspond à la durée des symptômes et le critère F au niveau de souffrance et d'interférence des symptômes avec d'autres domaines de la vie de la personne. Pour rappel, une analyse tout à fait fiable des symptômes du TSPT nécessite certes, une évaluation réalisée lors d'un entretien clinique, cependant l'évaluation auto-rapportée effectuée lors de cette enquête correspond aux divers critères repris dans le DSM-5. A cet effet, le critère B du TSPT (DSM-5) correspond à une symptomatologie d'intrusions mentales, comme des images mentales vives, des cauchemars, le sentiment de revivre la situation. Ces intrusions mentales sont déplaisantes et bouleversantes, souvent anxiogènes. Nos résultats épidémiologiques indiquent que 19,79% (cf. graphique 2), des participants présentent, au moment de l'enquête, des ruminations mentales ou intrusions liées à l'exposition aux évènements traumatogènes. Parmi les 19,79% des participants, 15,38% sont des hommes et 23,76% des femmes (cf. graphique 3). Ces résultats contrastent avec ceux de recherches effectuées sur des évènements émotionnels de la vie de tous les jours (Rimé, Philippot, Boca & Mesquita, 1992). Ainsi, nous remarquons qu'un mois après le déplacement, toutes ces personnes continuent à avoir des pensées intrusives. Cela veut dire que l'exposition aux évènements traumatogènes, qu'elle soit avant la crise ou pendant le déplacement, est perçue comme traumatisante par un nombre non négligeable de nos participants. Ces différences de résultats et la persistance des pensées intrusives peuvent être expliquées de diverses manières. Selon Fao et ses collaborateurs (1986,1989, 1993, 1998) le développement des pensées intrusives proviendrait des caractéristiques spécifiques cognitives de peur des individus ayant fait l'objet d'exposition aux évènements traumatogènes. Avec leur concept de « *signification de danger* » attribuée au lien stimulus-réponse, les auteurs montrent que la persistance des pensées intrusives est liée à la façon dont l'individu exposé aux évènements traumatogènes assimile les informations traumatogènes (les pensées, les sons, les odeurs, les images et les affects qui résulteraient de l'évènement) aux schémas cognitifs préexistants ou modèles internes. Le troisième type de symptômes du TSPT sont des symptômes d'évitement des pensées, lieux ou personnes liés à l'évènement potentiellement traumatique ou d'émoussement des affects depuis l'exposition à l'évènement. L'évitement fait partie des symptômes post-traumatiques et agit comme indicateur afin de démontrer que le système de défense est fragile (Germain, Vaillancourt et Dauphin, 2016, p.85). Ce critère C est rempli lorsque 2 items sont endossés selon le PCL-5. La prévalence globale des symptômes d'évitement est estimée à 32,81% (cf. graphique 2). Parmi ces 32,81%, 32,97% sont des hommes et 32,67% sont des femmes (cf. graphique 3). La principale remarque est qu'un nombre important des 192 personnes enquêtées font d'énormes efforts pour éviter de penser aux évènement

vécus soit avant la crise ou pendant le déplacement. Ces taux de prévalence des symptômes d'évitement sont nettement supérieurs à ceux obtenus par Véronique Tessier (2018). En effet, l'auteure dans sa recherche sur la prévalence des facteurs de risque les plus fortement associés à la présence de stress traumatique secondaire chez les intervenants sociaux en protection de la jeunesse, a obtenu un taux global de prévalence estimé à 4,7%. Nous voyons qu'un nombre important de nos participants présente les symptômes d'évitement post-traumatique. Pourtant, les symptômes d'évitement sont des indicateurs de pathologie particulièrement prépondérants chez les adultes ayant été fortement exposés aux événements potentiellement traumatiques, surtout lorsqu'ils apparaissent associés à des phénomènes de réexpérience. Le quatrième type de symptômes du TSPT sont des symptômes liés à l'hyperactivation neurovégétative et se marquent par des difficultés de sommeil, une irritabilité accrue, des difficultés de concentration, une hypervigilance, ou encore des réactions de sursaut (Critère D, DSM-5). L'hyperéveil peut être en réponse aux stimuli rappelant le traumatisme, mais pas toujours (difficulté à s'endormir, irritabilité, mauvaise concentration, hyper-vigilance, réaction de sursaut exagéré et agitation motrice). Il peut aussi s'agir de manifestations neurovégétatives. C'est comme lorsque les soldats plongés dans les combats sont obligés de traquer en permanence le moindre bruit ou odeur afin d'assurer leur survie. A titre illustratif, nos résultats indiquent un taux global de prévalence des symptômes d'hyperactivité de 18,75% (cf. graphique 2). Parmi ces 18,75% de nos participants, seulement 12,09% sont des hommes contre 24,75% de femmes (cf. graphique 3). Si la prévalence d'hyperactivation après un mois reste 18,75%, c'est parce que plusieurs personnes déplacées internes rapportent être plus sur leurs gardes et en état d'alerte depuis le déplacement et ce tout au long de l'étude. L'un des symptômes les plus remarquables en cas d'exposition à un événement potentiellement traumatique est l'hyper-vigilance, des troubles du sommeil et d'autres symptômes persistants d'hyper-activation neurovégétative. Les victimes présentent des symptômes marqués et persistants d'anxiété ou d'hyperéveil qui n'étaient pas présents avant le traumatisme. Par le fait même, il est retrouvé dans certaines études (Ann Versporten, Emmanuelle Zech, Erik De Soir & Herman Van Oyen, 2006), un taux de prévalence des symptômes de l'hyperactivation de 31%. Ceci est nettement supérieur à ceux que nous avons trouvés. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer les différences entre les estimations retrouvées dans notre population et celles mises en évidence dans d'autres études. A cet effet, certains auteurs ont montré que les symptômes d'hyperactivation sont fréquents chez les victimes d'attaques terroristes. Dans ce sens, Jehel et ses collaborateurs (2003) ont retrouvé chez les victimes d'attentats du RER de Port Royal en 1996 à Paris des symptômes d'état du stress post traumatique avec une grande irritabilité, l'impression de revivre en permanence l'évènement traumatique. Le cinquième type de symptômes du TSPT sont des symptômes d'altérations des cognitions et de l'humeur et se



marquent par des croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde, des distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences liées à l'évènement, des états émotionnels négatifs persistants, une réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes, un sentiment de détachement d'autrui ou une incapacité persistante d'éprouver des émotions positives telles que l'incapacité d'éprouver le bonheur, la satisfaction ou les sentiments affectueux (DSM-5, APA, 2013). En effet, nous avons à l'aide du PCL-5 abouti à un taux de prévalence global de 26, 81% de ce type de symptôme du TSPT (cf. graphique 2). Naturellement, les actes terroristes ont un effet traumatique immédiat en créant une effraction psychique et un état de sidération psychique au moment des faits. Ils bloquent toutes les représentations mentales et les mécanismes exceptionnels de survie. Ce résultat semble indiquer que les symptômes d'altérations des cognitions et de l'humeur font partie du contenu de la narration de l'évènement vécu. Être exposé à une attaque terroriste entraîne un niveau de stress très élevé. Et, en situation de stress intense, il est plausible que les distorsions cognitives/croyances dysfonctionnelles et des comportements suicidaires apparaissent. Pour expliquer cet état de fait, il faut noter que les troubles cognitifs, de la concentration et de l'attention faisant suite à une exposition traumatique sont dus aux nombreux phénomènes qui viennent parasiter les processus de pensée (syndrome de répétition et efforts d'évitement, les différents symptômes qui perturbent les fonctions instrumentales, la pensée et la mémoire de travail). En somme, on constate qu'on peut clairement en identifier certains symptômes du TSPT dans la population déplacée à la suite des attaques terroristes au Burkina Faso, notamment la façon de revivre l'évènement et l'activation neurovégétative. Toutefois, l'évaluation des symptômes d'évitement et du niveau d'interférence des symptômes avec d'autres domaines de la vie reste plus problématique comme critère diagnostique dans cette population spécifique. Donc, notre hypothèse qui stipule que les symptômes du TSPT les plus couramment diagnostiqués chez les personnes déplacées internes sont l'hypervigilance, l'intrusion, l'altération cognitive et l'hyperactivation neurovégétative est validée.

Par ailleurs, bien que le TSPT semble être une conséquence de l'exposition à un ou à des évènements (s) traumatogènes, certaines victimes ne présentent que peu ou pas de symptômes de ce trouble comme nous l'avons vu précédemment. En effet, les victimes d'attaques terroristes n'expérimentent pas toutes les effets négatifs de cet évènement de la même façon (Ponce-Garcia, Madewell & Brown, 2016) comme en témoigne les taux d'exposition aux évènements traumatogènes et de prévalence du TSPT. Il convient donc de s'intéresser à la variabilité de répercussions vécues par les victimes, afin de mieux comprendre ce qui fait que certaines sont plus affectées que d'autres par un évènement de même nature. C'est ainsi que nous avons identifié sept (07) stratégies de régulation émotionnelle chez les personnes déplacées internes dont deux (02) ont fait l'objet d'analyse dans cette étude. Cela nous permet de statuer sur la

pertinence qu'il y a à recevoir de l'aide suite à l'exposition à ces types d'évènements traumatogènes et de juger du bien-fondé de la régulation émotionnelle comme cible de prise en charge clinique. Ainsi, les recherches sur les mécanismes de régulation dans les psychotraumatismes ont souligné l'importance de la suppression expressive et de la réévaluation cognitive dans la sévérité des symptômes, tout en montrant que les mécanismes impliqués dans la conscience émotionnelle (l'identification, la différenciation et la compréhension) jouent un rôle également prépondérant (Gross et Thompson, 2007). En effet, la suppression expressive consiste à supprimer la réponse émotionnelle comportementale. Elle rentre donc dans la catégorie des stratégies de modulation de la réponse, intervenant tardivement dans le processus de régulation (Gross & Thompson, 2007). Comme nous le constatons, une personne peut avoir recours à différentes stratégies de régulation qui se distinguent selon plusieurs critères. Dans cette perspective, la littérature a largement démontré que toutes les stratégies ne sont pas équivalentes mais qu'au contraire elles ont des conséquences très différentes sur plusieurs niveaux. On trouve des différences dans l'évaluation subjective (Gross, 1998, 2001), dans l'activation physiologique (Gross & Levenson, 1997 ; Reynaud, ElKhoury-Malhame, Blin & Khalfa, 2012) ainsi que dans l'activation neuronale (Ochsner & Gross, 2008 ; Vrtička, Sander & Vuilleumier, 2011). Dans tous les cas, nous avons, à partir de l'analyse de la narration des évènements traumatogènes et leurs répercussions psychopathologiques sur les personnes déplacées, identifié sept stratégies de régulation émotionnelles utilisées par ces dernières pour faire face à la souffrance psychique de l'exposition à l'évènement traumatogène. Nous avons l'accueil des hôtes qui est considéré comme un mode de régulation, l'usage des jeux de sociétés ou des savoirs locaux, le recours aux faits religieux ou spirituels, l'espoir du retour, l'aide humanitaire, la réévaluation positive et l'acceptation. Tout compte fait ces résultats rejoignent ceux de Ouagazzal (2020) quand elle affirmait que les patients rencontrés dans son étude utilisaient la régulation émotionnelle centrée sur le détachement affectif et la réévaluation positive pour faire face à la souffrance de l'exposition à l'évènement traumatogène. Nos résultats mettent également en évidence les six stratégies de régulation émotionnelles de Garnefski et al. (2001) notamment la dramatisation, l'acceptation, la centration positive, la centration sur l'action, la réévaluation positive et la mise en perspective. En effet, nous avons, malgré un taux de prévalence du TSPT estimé à 34,90%, observé que de telles stratégies de régulation contribuent avec éloquence à une grande résilience des personnes déplacées face à aux circonstances anxiogènes importantes. L'accueil est à l'origine de la confiance entre les hôtes et la personne concernée. Cette confiance détruit toutes les barrières et les obstacles qui empêchent la bonne intégration de la PDI et favorise une bonne relation interaction sociale. Ce constat nous permet de dire avec les auteurs tels Gross (2013), Thompson, (2013) que l'environnement social dans lequel évolue la victime joue un rôle central dans le développement de ses capacités de régulation des émotions.



L'environnement immédiat exerce aussi une influence sur les capacités d'autorégulation de la personne et contribue à leur développement (Eisenberg et al., 2013 ; Gross, 1998 ; Thompson, 2013). De plus, il est ressorti que les adages et les proverbes jouent un rôle d'apaisement des souffrances des PDI. A cet effet, elles estiment que devant une telle situation, si on ne trouve pas soi-même la parole pour apaiser la personne qui souffre, on peut recourir à une phrase préconstruite qui est communément admise pour être porteuse de réconfort. Ces résultats confirment ceux d'autres chercheurs qui ont mis en évidence l'acceptation ou le pardon comme mode de régulation émotionnelle dans des situations difficiles en population clinique. Ainsi, les cliniciens qui ont introduit l'usage du pardon ou l'acceptation de son bourreau malgré son crime, ont montré que ces stratégies sont considérées essentiellement comme des moyens de régulation de certaines émotions comme la colère, l'anxiété, et la dépression (Fitzgibbons, 1986, Hope, 1987). En somme, nous retenons que la tendance à utiliser quotidiennement les stratégies de régulation émotionnelle au sein de la population déplacée permet d'expliquer la conséquente survenue d'affects positifs et la diminution de la souffrance posttraumatique (faible taux de présence des symptômes post-traumatiques). Par conséquent, nous pouvons dire que les résultats valident l'hypothèse selon laquelle les personnes déplacées internes à la suite des attaques terroristes au Burkina Faso développent une régulation émotionnelle basée sur les facteurs culturels dont le rôle est la mise à distance des émotions négatives en lien avec l'évènement traumatogène est validée. L'héritage culturel est donc un élément capital dans le développement psychosocial de notre société.

Les conclusions auxquelles nous sommes parvenus valident la totalité de nos hypothèses spécifiques formulées. A cet effet, nous pouvons affirmer que les stratégies de régulation émotionnelle influent négativement les taux de présence des symptômes du trouble de stress post traumatique chez les personnes déplacées internes à la suite des attaques terroristes au Burkina Faso est validée. Par voie de conséquence, nous admettons que notre hypothèse générale est validée.

Conclusion

Pour cette étude, nous avons analysé le taux de présence des symptômes du trouble de stress post-traumatique et les stratégies de régulation émotionnelle chez les personnes déplacées internes de la région du Nord au Burkina Faso. Étant donné que la guerre et la violence détruisent des communautés entières à travers le monde, et compte tenu de l'importance des réflexions et des échanges sur la clinique liée au traumatisme, il nous a paru essentiel d'analyser les symptômes post-traumatiques dans un contexte durement éprouvé par une crise sécuritaire sans précédent. Car, le but final de cette étude était d'apporter des résultats scientifiques qui permettent aux acteurs publics d'agir en amont pour prévenir l'incidence socioéconomique de ce trouble. Donc, il était important d'investir ce champ de recherche. Cette étude a cherché à accompagner cette prise de conscience, en apportant des données réelles

permettant de mettre en place des actions collectives de prévention du TSPT à destination des personnes déplacées internes si nous voulons construire une société sans traumatisme psychologique. Nos résultats ont montré que les situations de crises sécuritaires entraînent sans doute une hausse de l'incidence des troubles post-traumatiques et sont propices à la résurgence ou à l'exacerbation de troubles préexistants. Nous avons réfléchi aussi sur les stratégies de régulation émotionnelle qui permettraient aux personnes déplacées de renforcer leur bien-être psychologique et leur équilibre psychosocial. Nous avons voulu explorer davantage les stratégies de régulation, telles que conçues en occident dans le cas des déplacés internes africains en proie à des actes terroristes (Gratz et Roemer, 2004 ; Gross et Thompson, 2007). Selon certains auteurs (Silove, 1999 ; Silove, Steel & Watters, 2000), les événements traumatiques moins spécifiques tels que le fait de vivre dans une zone de guerre ou d'être déplacé ne constitueraient pas en soi des facteurs de risque étendus à l'ensemble des déplacés. Ils estiment plutôt que la compréhension du dysfonctionnement différentiel de la santé des uns et des autres pourrait être recherchée à travers leurs stratégies de régulation mises en œuvre suite à l'exposition à l'évènement. Par conséquent nous venons à la conclusion que la signification générale de cette thèse suggère que la recherche sur les déplacés internes reste encore marginale et qu'il faudrait la poursuivre sur plusieurs fronts. En fait, nous avons constaté que le TSPT est devenu pratiquement le seul modèle utilisé pour expliquer l'impact des événements traumatiques sur l'état de santé des victimes. Pourtant, cette tendance à vouloir donner une signification chiffrée à toutes les souffrances, estime Gabriel Hakizimana (2010), relègue au second plan bon nombre d'autres conséquences psychopathologiques.

Références Bibliographiques

- Arrêté interministériel n°058/MATS/DEF/MDCFDE du 30 mai 1997 portant organisation et fonctionnement de la brigade nationale des Sapeurs-pompiers ; Arrêté n°2007-073/SECU/CAB du 15 novembre 2007 portant organisation et fonctionnement de la direction générale de la Police nationale
- Arrêté n°147/DN-CAB du 6 avril 1967 portant règlement sur le Service de la Gendarmerie nationale de Haute Volta ; Décret n°201 292/PRES/PM/SECU/DEF/MATD du 20 juin 2001 portant création d'une coordination des forces de sécurité intérieure
- Décret n°2005-025/PRES/PM/SECU/MATD/DEF/MJ du 31 janvier 2005 portant maintien de l'ordre au Burkina Faso
- Décret n°95-203 du 1er juin 1995 portant création de compagnies militaires d'appui à la sécurité.
- American Psychiatric Association (1996). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed). Washington DC Critères diagnostiques. Traduction française par Guelfi JD et al. Paris: Masson
- American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders-DSM III-R. Washington 1987.



- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-DSM IV*. Washington 1994.
- American Psychiatric Association. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5ème éd)*. Elsevier Masson.
- American Psychiatric Association. (2016). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier
- Auxemery Yann. (2013). L'état de stress post-traumatique en construction et en déconstruction. *Information Psychiatrique*, vol. 89 (8), pp. 641-649. <https://doi.org/10.1684/ipe.2013.1104>
- Auxéméry Yann. (2019). Vers une nouvelle nosographie des troubles psychiques posttraumatiques : Intérêts et limites. *European Journal of Trauma & Dissociation*, Vol.3 (4), pp. 245-256. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.02.002>
- Balier Claude., (2005). *La Violence en abyme. Essai de psychocriminologie*. Paris : PUF
- Barrois Claude. (1988). *Les névroses traumatiques : le psychothérapeute face aux détresses des chocs psychiques*. Paris. Dunod
- Belleil Arnaud., (2001). *Le marché des données personnelles : protection de la vie privée à l'âge d'Internet*. Paris: Dunod
- Boudoukha Abdel. Halim., Ouagazzal Ornella., & Nelly Goutaudier. (2017). When traumatic event exposure characteristics matter: Impact of traumatic event exposure characteristics on posttraumatic and dissociative symptoms. *Psychological Trauma : Theory, Research, Practice, and Policy*, Vol. 9(5), pp. 561-566. <https://doi.org/10.1037/tra0000243>
- Breslau Naomi. (1998). Epidemiology of Trauma and Posttraumatic Stress Disorder. In *Review of psychiatry series. Psychological Trauma. American Psychiatric Association* Vol. 112, pp. 1-29. <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0021-843X.112.4.646>
- Breslau Naomi. (2002). Epidemiologic Studies of Trauma, Posttraumatic Stress Disorder, and other Psychiatric Disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry* Vol.47(10), pp. 923-929. <https://doi.org/10.1177/070674370204701003>
- Breslau Naomi., Howard Chilcoat, Ronald Kessler & Glenn Davis (1999). Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: Results from the detroit area survey of trauma. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 156(6), pp. 902-907. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.6.902>
- Brillon Pascale. (2005). *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique (1ère édition)*. Montréal : Quebecor
- Briole Guy et François Lebigot (1994). *Le Trauma psychique : rencontre et devenir*. Paris: Masson
- Classification Internationale des Troubles Mentaux (CIM 10, 1993)*, OMS, Paris : Masson
- Freud Sigmund (1919). L'inquiétante étrangeté, in *L'Inquiétante Étrangeté et autres essais*,
- Folio Essais, trad. fr. 1985, Paris : Gallimard, p. 211-263
- Baillon, Alexandra Baillon, Hubert Roger, Marie-Jo Brennstuhl, Barbara Andréani, Cyril Tarquinio, Lise Holterbach et Yann Auxémér (2018). *Prévalences du trouble de stress post-traumatique et du stress perçu par les gendarmes : Quelle(s)*

- corrélations) avec la consommation de soins ? *Annales Médico-psychologiques*, vol 176 (n°8), pp. 732-740
- Lacan Jacques (1955). *Le Séminaire, Livre III, Les structures freudiennes dans les psychoses*, Paris, Le Seuil, coll. Le champ freudien, 1981
- Conseil National de Secours d'Urgence et de Réhabilitation (2023). *Rapport sur les Personnes déplacées internes au Burkina Faso*.
- Luc Van Campenhoudt, Jacques Marquet et Raymond Quivy (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales* (4ème éd). Paris : Dunod.
- Loi n°001-2019/AN portant prorogation de la durée de l'état d'urgence déclaré par le décret n°2018-1200/PRES du 31 décembre 2018 en application de la loi n°14/59/AL organique du 31 août 1959 sur l'état d'urgence
- Organisation Mondiale de la Santé. *Classification internationale des maladies CIM 10 / ICD 10*. Trad. Française Masson. Paris
- Bureau de coordination des affaires humanitaires (OCHA,2020). *Aperçu des besoins humanitaires*https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/bfa_hno_2020_04062020_web.pdf , consulté le 08 septembre 2020
- Traber Delphine. (2019). *Comment prévenir le trouble de stress post-traumatique ? Réflexion et application chez les professionnels à risques de la région Auvergne Rhône-Alpes*. Thèse de doctorat, Université Grenoble Alpes
- Gross James. J. (1999). *Emotion Regulation: Past, Present, Future*. *Cognition & Emotion*, Vol.13(5), pp. 551-573. <https://doi.org/10.1080/026999399379186>.