

Psychotraumatisme et développement affectif des enfants victimes d'attaques terroristes : étude de deux cas cliniques au Burkina Faso

Mahamady Lèga SAWADOGO,

mlegasawadogo@gmail.com

Idrissa KABORÉ,

idrkab@gmail.com

Sébastien YOUNGBARÉ,

sebastien.yougbare@ujkz.bf

(Université Joseph KI-ZERBO - Burkina Faso)

Résumé

Cette étude explique le développement affectif posttraumatique de deux enfants traumatisés issus des zones à fort défis sécuritaires. C'est une recherche qualitative basée sur deux cas illustratifs. Les données ont été collectées auprès des parents et des enfants eux-mêmes au moyen des outils, comme le Child post-traumatic stress réaction (CPTS-RI) et le Child behavior Check-List (CBCL) et avec l'utilisation des techniques comme l'observation et l'entretien cliniques. Nous avons eu recours à l'analyse thématique de contenu pour l'analyse des données. Les résultats révèlent que le psychotraumatisme est associé au développement affectif. Ainsi, les enfants traumatisés ont présenté des problèmes de développement émotionnel, des difficultés relationnelles et des comportements agressifs. Par contre, le psychotraumatisme n'est pas associé aux comportements délinquants.

Mots clés : *psychotraumatisme, développement affectif, enfant, terrorisme, étude de cas*

Summary

This study explains the post-traumatic emotional development of two traumatized children from high-security-risk areas. It is a qualitative research based on two illustrative cases. Data were collected from both the

parents and the children themselves using tools such as the Child Post-Traumatic Stress Reaction (CPTS-RI) and the Child Behavior Checklist (CBCL), and through techniques such as observation and clinical interviews. We used thematic content analysis for the data analysis. The results reveal that psychotrauma is associated with emotional development. Thus, traumatized children exhibited problems in emotional development, relational difficulties, and aggressive behaviors. On the other hand, psychotrauma is not associated with delinquent behaviors.

Keywords: *psychotrauma, emotional development, child, terrorism, case study*

Introduction

Les actes terroristes ont entraîné d'énormes conséquences dans les pays de la sous-région ouest-africaine en l'occurrence le Burkina Faso, le Mali et le Niger. Ces actes ont entraîné notamment le déplacement des personnes dans leur propre pays, de nombreuses victimes civiles, la destruction des biens civils, la destruction et la fermeture de certaines infrastructures administratives telles que les structures sanitaires, éducatives et d'autres symboles de l'état.

Au Burkina Faso, à la date du 31 mars 2023, on dénombre 2 062 534 de Personnes Déplacées Internes (PDI) dont 58,50% d'enfants (CONASUR, 2023). Ce nombre de personnes déplacées internes a entraîné des besoins humanitaires considérables dans tous les domaines des services sociaux de base à savoir l'alimentation, l'abri, la santé, la protection, l'eau, l'hygiène l'assainissement et l'éducation.

Au-delà des répercussions des incidents de sécurité au niveau humanitaire, l'on peut aussi observer sur la base de nos enquêtes psychosociales auprès des PDI dans des camps de déplacés, un sérieux bouleversement au plan psychologique, émotionnel et comportemental des populations victimes,

notamment chez les enfants et les adolescents qui constituent une part importante de cette population déplacée.

Face à ces difficultés qui semblent poser un problème lié à la difficulté d'adaptation des enfants, le but de cette étude est d'élucider les effets du psychotraumatisme lié aux actes terroristes sur le développement affectif des enfants.

Le traumatisme désigne « l'ensemble des événements qui sont la cause d'émotions violentes qui influent sur la personnalité du sujet et entraînent des troubles durables » (Doron et Parot, 2011, p.256). Au sens psychanalytique, Freud (1920) perçoit le traumatisme comme « toutes excitations externes assez fortes pour faire effraction dans la vie psychique du sujet ». C'est un choc émotionnel important généralement lié à une situation où une personne ou un groupe de personnes a senti sa vie en danger et qui met en péril son équilibre psychique. C'est en ce sens que Crocq (2007) le définit comme : « un phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou pour l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu qui est exposé comme victime, comme témoin ou comme acteur. » (p.7)

Par développement affectif on entend la capacité grandissante de ressentir, de reconnaître, d'exprimer et de réguler une variété d'émotions, ainsi que de reconnaître et d'interpréter leur présence chez l'autre. Il réfère ainsi au « développement des émotions et de l'affectivité, à l'émergence et au développement du concept de soi et à celui de la personnalité. » (Papalia et Martorell, 2010, p.7)

Le terme "enfant" représente « tout être humain âgé de moins de dix-huit (18) ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable. » (Convention internationale relative aux droits de l'enfant, 1989). Selon

Graindorge (2005, p.6), « l'enfant ne représente pas une entité stable toujours identique, personnifiée d'emblée : de « l'infans » (celui qui ne parle pas) à l'adolescent, il se construit, en tissant des liens progressifs avec ses proches et son environnement ».

Des recherches dans le monde ont permis de mettre en évidence la relation entre le psychotraumatisme et le développement affectif des enfants.

Ducatteeuw (2018), en se centrant sur les carences affectives et les traumatismes sexuels précoces tels que les abus intrafamiliaux, tente d'élucider l'influence du psychotraumatisme sur le développement affectif et émotionnel des enfants. Il fait savoir que plus les enfants furent négligés, abusés ou maltraités, que ce soit au niveau de l'intensité, de la durée ou de la gravité des faits subis, plus ceux-ci rencontreront des difficultés à développer des attachements sécurisés dans leur vie adulte.

Comme on peut s'en apercevoir, l'attachement occupe une place importante dans le développement de l'enfant. Il participe au bon développement de l'enfant lorsqu'il est de type sécurisé. C'est ce que Rygaard (2007) explique en ces termes :

« le comportement d'attachement se développe dans le but d'augmenter les chances de protection et de survie du nourrisson. Cette protection est basée essentiellement sur la proximité physique et le contact entre la mère et le bébé pendant les premières années. Si cette protection est perturbée ou ne peut se produire, certains symptômes caractéristiques apparaissent tant chez le parent que chez le bébé et l'enfant développe par

la suite un ensemble typique de réactions et de comportements sociaux anormaux. » (p.20)

Acher et Burnell (2008) rapportent que les enfants et adolescents victimes de traumatisme précoce présentent des « modes de réactions modifiées, dépendant du niveau de maturité des nourrissons au début du traumatisme, en particulier des perturbations de la relation entre un parent suffisamment bon et son enfant. » (p.75).

D'autres recherches se sont centrées plus spécifiquement sur le traumatisme qui émerge chez l'enfant du fait des violences conjugales entre parents. Dans ce contexte, Savard et Gaudron (2011), rapportent que les enfants exposés aux violences conjugales manifestent plus de problèmes intériorisés comparativement à ceux n'étant pas exposés à la violence conjugale. On repère ainsi des symptômes d'anxiété et de dépression, mais aussi des signes de forte dépendance envers l'adulte. L'exposition des enfants à la violence conjugale amène aussi une désorganisation au niveau de leur attachement. Ces derniers présentent, en effet, pour la majorité, un attachement de type insécurisé/désorganisé. Ils sont souvent coléreux, tristes et inquiets et ont une faible estime d'eux-mêmes.

Des recherches en lien avec le psychotraumatisme lié aux actes de terrorisme ont analysé les difficultés que sont amenés à vivre les enfants et les adolescents exposés aux actes de terrorisme au cours de leur développement. Les difficultés dont il est question sont entre autres le stress post traumatique, les troubles neurocognitifs, sensori-moteurs et émotionnels qui sont parfois liés à la perte d'un être cher tué durant l'évènement, au traumatisme des parents ayant des répercussions sur les enfants et adolescents (Moal et Soubelet, 2024).

Selon Vallet et Ferreri (2007), les attaques terroristes provoquent des manifestations pathologiques individuelles (état de stress aigu, état de stress post-traumatique) et collectives (manifestations collectives de l'angoisse : réaction, commotion, inhibition, stupeur, manifestations hystériformes, manifestations de panique collective). Ils notent également la présence de certaines attitudes psychologiques comme les réactions affectives immédiates, le choc émotif, les réactions anxieuses prolongées, les réactions cognitivo-affectives précoces.

Par ailleurs, Moal et Soubelet (2024) ont montré que la guerre peut avoir des conséquences à long terme sur le développement de l'enfant, avec de multiples implications, notamment un risque accru de troubles mentaux spécifiques, la détresse causée par la séparation forcée des parents et la peur pour la sécurité personnelle et familiale.

Les travaux de Sawadogo, Yougbaré et Badolo (2024) sur les enfants victimes d'attaques terroristes au Burkina Faso ont permis de montrer que le psychotraumatisme lié aux incidents de sécurité influence négativement le développement cognitif des enfants. Ils ont montré l'existence de problèmes de pensée se manifestant par des hallucinations, des conduites auto-agressives, des tentatives de suicide, des problèmes de sommeil, etc. Aussi, les enfants ont présenté des difficultés à maintenir une concentration et une attention soutenue s'observant par des comportements d'agitation, d'inattention, de régression et de perte d'intérêt.

En somme, certaines recherches se sont plus focalisées sur les événements tels que la négligence, les abus sexuels intrafamiliaux, la maltraitance, les conflits conjugaux parentaux pour analyser les effets du psychotraumatisme sur le développement affectif. Celles qui ont porté leur attention sur

les actes de guerre ou de terrorisme n'ont pas traité spécifiquement la relation entre le psychotraumatisme et le développement affectif. L'étude de cette relation nous semble importante dans ce contexte particulier du Burkina Faso où plusieurs enfants ont été victimes ou témoins des atrocités. L'objectif de cette étude est d'analyser les effets du psychotraumatisme lié aux attaques terroristes sur le développement affectif des enfants qui en sont victimes en évaluant d'une part la sévérité de l'expression des symptômes traumatiques et d'autre part, en identifiant les problèmes de développement affectif associés.

2. Méthodologie de recherche

Notre étude a porté sur deux cas illustratifs d'enfants victimes d'attaques terroristes au Burkina Faso. L'option méthodologique privilégiée est la méthode qualitative centrée sur l'étude de cas. C'est une méthode d'investigation à visée « d'analyse et de compréhension, consiste à étudier en détail l'ensemble des caractéristiques d'un problème ou d'un phénomène restreint et précis tel qu'il s'est déroulé dans une situation particulière, réelle ou reconstituée, jugée représentative de l'objet à étudier. » (Bioy, Castillo et Koenig, 2021, p. 95)

Nous avons basé spécifiquement notre méthode de recherche sur l'étude de cas de type observationnel simple, c'est-à-dire qui ne nécessite pas une intervention thérapeutique.

2.1. Techniques et outils de collecte des données

Cette étude s'est focalisée sur deux techniques pour la collecte des données : l'observation clinique et l'entretien clinique de

recherche. Dans la démarche, les outils ont été administrés en deux jours au regard de la taille des items du CBCL.

L'observation clinique a porté sur l'ensemble des conduites des enfants et de leurs parents dans leur cadre, qu'elles soient verbales et non verbales, dans leur référence à la subjectivité. Elle visait également à saisir en situation de face à face, les modalités d'être des participants dans le strict respect des règles éthiques et déontologiques comme la neutralité, la disponibilité psychique et émotionnelle soutenue envers les participants.

L'entretien clinique de recherche a permis d'avoir accès à la réalité interne des enfants traumatisés. Il a été organisé pour répondre à la problématique de l'étude. Il est non-interventionnel, car il est centré uniquement sur ce qui intéresse la recherche et n'a pas pour but d'apporter une thérapie ni d'être diagnostique. Au regard du caractère sensible des données, l'entretien est mené en gardant toute la neutralité et la confidentialité tout en aidant les sujets à s'exprimer en toute confiance.

Au cours de l'entretien de recherche, des outils ont été utilisés pour aider à compléter les informations recueillies. Nous avons utilisé le Child post-traumatic stress réaction (CPTS-RI) adapté aux enfants de 6 à 17 ans, le Child behavior Check-List (CBCL) pour les enfants âgés de 6 à 18ans et un guide d'entretien.

Le CPTS-RI est un questionnaire auto-administré plus utilisé au niveau international dans l'évaluation des symptômes post-traumatiques dans le cadre d'un diagnostic de TSPT chez les enfants âgés de 6 à 17 ans. Ce questionnaire de 20 items a été administré en autoévaluation ou en entretien semi-structuré. Un score entre 0 et 80 renseigne sur la fréquence des symptômes permettant de juger de la sévérité du trouble de stress post-traumatique : symptômes de légers (12 et 24),

modérés TSPT (25-39), sévère (40-59) et très sévère (supérieur à 60) (Thabet et Vostanis, 1999 ; Drake, Bush, Van Gorp, 2001).

Le CBCL (6-18) est la version révisée du CBCL/4-18 élaboré initialement par Achenbach et Edelbrock en 1983. Il permet d'identifier, de manière standardisée et à partir des perceptions d'un adulte connaissant bien le jeune, les symptômes de diverses psychopathologies pouvant apparaître entre les âges de 4 et 18 ans. Il comprend deux parties :

- La première porte sur la compétence sociale se subdivisant en sous-échelles d'activités et du fonctionnement social cotées de 0 à 12 ; puis la performance scolaire cotée de 0 à 6. Un score élevé à cette échelle est synonyme d'une bonne adaptation.
- La seconde porte sur les comportements, dont les items sont cotés de 0 à 2. Elle est constituée de 113 items évaluant les différents signes de psychopathologie. Les items du CBCL se répartissent dans huit échelles, dont cinq sont regroupées en deux syndromes qui représentent les comportements intériorisés (échelles 1-2-3) et extériorisés (échelles 7-8).

Nous présentons dans cette étude les scores des échelles 1 (Anxieux déprimé), 2 (Evitant/déprimé), 4 (Problème social), 7 (Comportements délinquants) et 8 (Comportements agressifs) qui renseignent sur l'état affectif des sujets évalués.

Notre guide d'entretien est élaboré à partir des thèmes principaux de l'étude à savoir le développement socioaffectif et le psychotraumatisme. Les données sur le développement affectif prennent en compte l'avant et l'après exposition de l'enfant au traumatisme.

2.2. Méthode d'analyse des données

Comme méthode d'analyse, nous avons fait le choix de l'analyse thématique de contenu. Elle nous a permis de centrer notre attention sur les différents thèmes abordés dans le guide d'entretien. L'analyse thématique selon Pardinielli (2016), « correspond à une complexification de la question simple : de quoi le sujet parle-t-il ? Elle procède par découpage du discours et recensement des thèmes principaux et secondaires qui peuvent faire l'objet d'analyses différentes selon les hypothèses... » (p.110). Il s'agit dans cette étude d'analyser les problèmes affectifs sur la base des données de l'observation, de l'entretien clinique et des échelles d'évaluation.

2.3. Considérations éthiques

Les normes éthiques qui ont guidé notre recherche suivant ce principe sont :

- le respect général des personnes: il s'agit de respecter les participants (leurs opinions, leur jugement, leurs émotions), de tenir avec eux un langage respectueux et digne et de respecter les clauses de confidentialité ;
- le consentement libre et éclairé : les participants à la recherche ont choisi librement de participer. Leur décision de participation a été matérialisée par la signature du document de consentement éclairé ;
- le respect de la vie privée : l'étude s'est spécifiquement centrée sur la recherche et n'a pas exploré la vie privée des participants ;
- la confidentialité: la manipulation des données est strictement réservée à l'auteur de la recherche. L'anonymat des sujets a également été respecté dans la recherche.

3. Présentation des résultats

3.1. Présentation des données du cas ZS (nom d'emprunt)

3.1.1. Présentation du cas ZS

ZS est une jeune fille orpheline de père, âgée de 17 ans originaire du village de Gaslic. Elle a été identifiée à Foubé, un village relevant de commune de Barsalogo dans la région du Centre-Nord où elle et sa famille se sont déplacées à cause de la situation sécuritaire dégradée dans leur village d'origine. Elle occupe le rang de 6e d'une famille de neuf enfants dont 02 garçons et 07 filles. Sa mère âgée de 63 ans est ménagère. Selon ce que dit sa mère, ZS est une fille qui a grandi dans de bonnes conditions et dans l'épanouissement durant les trois premières années de sa vie, car son père était présent et tout allait bien.

ZS a connu un parcours très difficile marqué par une série de deuils dans la famille à des moments critiques de sa vie. Ainsi, à l'âge de 6 ans elle a perdu son père. La mort de ce dernier a été brusque et inattendue et elle ZS en a beaucoup souffert. Ses pleurs étaient exagérés au point de gêner son entourage. C'est dans cette manière d'exprimer sa souffrance que ZS a été accusée à tort d'être un enfant « gâté » et fouettée par sa mère. Après la mort de son père, sa maman s'est remariée et elle était contrainte de quitter ses autres frères et sœurs et s'adapter dans un nouvel environnement. À 8 ans, elle perd sa petite sœur. Elle avait du mal à comprendre cette situation et réclamait toujours la présence de celle-ci. À l'âge de 13 ans, elle perd son petit frère. Elle raconte qu'elle avait un sommeil troublé et rêvait très souvent de son frère et sa sœur décédés. Elle affirme avoir toujours eu peur en faisant ce rêve.

Ces différents événements de vie ont eu un impact considérable sur le développement de ZS sur le plan affectif que physique. Elle-même racontait qu'elle n'était pas malade et

que son état actuel est dû aux événements traumatiques qu'elle a vécus.

3.1.2. Symptômes psychotraumatiques observés

ZS a été repérée pour cette recherche lors d'une consultation où sa mère est venue demander de l'aide pour elle au regard de la persistance des symptômes psychotraumatiques. En effet, elle a été victime d'une attaque des HANI dans le marché. Elle raconte que l'intensité des tirs était énorme. Les gens couraient de partout, mais elle a pu se cacher dans une boutique avec certains de ces camarades. Malheureusement, elles ont été retrouvées par les HANI qui leur ont ordonné de quitter immédiatement la boutique au risque d'être brûlées. Quand elle est sortie, pendant qu'elle courait vers la maison, elle a aperçu d'autres hommes armés à la poursuite de son grand-père (*yaba*). Ces hommes ont fini par l'abattre sous ses yeux. Du même coup, elle est tombée (sidérée).

Les manifestations immédiates se résument au fait que ZS faisait des cauchemars liés à cette scène traumatique, elle avait permanemment des maux de tête, de la fièvre, des vertiges, des sensations de fourmillement et vomissait. Elle ne cessait de pleurer, criait très fort et fuyait en se dirigeant vers la brousse en répétant : "ils sont entrain de venir". Elle est sous l'emprise des hallucinations visuelles et auditives : ZS voit et entend des hommes et des femmes qui sont autour d'elle. Toutes ses souffrances ne sont pas partagées par son entourage qui la trouvait très exigeante. Elle n'était pas encouragée, se sentait coupable et mal comprise par sa mère et les autres personnes proches d'elle.

Sa mère fait remarquer que la crise de sa fille peut survenir trois à quatre fois par mois. Comme dit plus haut, certains symptômes apparus les premiers moments se sont renforcés

avec le temps. Ainsi, on note la présence des symptômes de reviviscence tels que revoir la scène passée en image mentale tout comme dans les cauchemars, les pensées compulsives de l'évènement. Il y a aussi des symptômes d'hypervigilance comme les difficultés d'endormissement, le fait d'être toujours sur ses gardes en attente de danger, la colère et l'irritabilité, la peur, l'anxiété, les difficultés de concentration. Enfin, on note chez elle une tendance à fuir tout lieu ou objet pouvant lui rappeler l'évènement.

Le score de ZS au questionnaire CPTS-RI est égal à 61. Ce score indique un niveau très grave dans l'expression des symptômes psychotraumatiques.

3.1.3. Les problèmes de développement affectif et social

Cette série d'évènements atroces vécus par ZS n'a pas été sans conséquences sur elle sur le plan affectif et social. L'identité propre de ZS s'est au fur et à mesure détériorée. Son image et estime de soi ont été affectées si bien qu'elle n'a plus le goût de prendre soin de soi et de faire les tâches ménagères. Comme stipule sa mère, elle ne prend aucun engagement de faire quelque chose. Elle préfère rester silencieuse et dans sa solitude. Même avec ses camarades, elle n'est plus à l'aise ; pourtant selon sa mère, elle aimait bien s'amuser avec ses camarades et était même considérée comme la comédienne de tout le groupe. Elle est devenue subitement timide, renfermée, isolée, jusqu'à ce que sa famille se déplace. Les émotions dominantes relatées sont, entre autres, la tristesse, la colère, l'anxiété, la peur, l'inquiétude, l'irritabilité, changement brusque de l'humeur.

Tableau 1 : Problèmes affectifs du cas ZS

Échelle	Nom de l'échelle	Nombre d'items	Les items	Score total
1	Anxieux déprimé	13	2, 2, 1, 2, 1, 1, 2, 2, 2, 2, 2, 0, 2.	21
2	Évitant/déprimé	8	2, 2, 1, 1, 2, 2, 2, 2.	14
4	Problème social	11	0, 1, 2, 0, 1, 0, 0, 1, 1, 1, 0.	7
7	Comportements délinquants	17	0, 1, 2, 0, 0, 0, 0, 0, 0, 0, 0, 0, 0, 0, 0, 0, 0.	3
8	Comportements agressifs	18	1, 0, 2, 1, 0, 0, 0, 1, 0, 2, 2, 2, 1, 2, 0, 2, 1, 1.	18

Source : Données de ZS recueillies par le CBCL

Les données du tableau renseignent :

- échelle anxieux déprimé: score total est de 21/26 avec la présence de 12 items sur 13 ;
- échelle évitant/déprimé: score total est de 14/16 avec la présence de 8 items sur 8 ;
- échelle problème social: score total de 7/22 avec la présence de 7 items sur 11 ;
- échelle comportements délinquants: score total de 3/34 avec présence de 2 items sur 17 ;
- échelle comportements agressifs: score total de 18/36 avec présence de 12 items sur 18.

3.2. Présentation des résultats du cas Raka (nom d'emprunt)

3.2.1. Présentation du cas Raka

Raka est un adolescent de 14 ans, orphelin de père depuis 11 ans. Il est originaire de Kelbo et est une personne déplacée interne à Kaya. Raka est le troisième enfant d'une famille de 04 enfants, tous des garçons. Sa mère, âgée de 54 ans, est

ménagère et sous assistance humanitaire quand nous les rencontrons en 2022. Nous l'avons rencontré lors d'une séance d'identification des personnes présentant des signes de souffrances psychologiques majeures. Selon sa mère, ils vivaient dans l'harmonie bien avant la dégradation de la situation sécuritaire. Elle raconte qu'il y a 03 ans en arrière (c'est à dire, les années 2018 et 2019) que tout allait bien en famille. Raka n'avait aucun souci tant au plan physique que psychologique. Il avait des amis avec qui il se retrouvait régulièrement pour s'amuser. Il participait aussi aux activités de la famille telles que les travaux champêtres et le pâturage.

Durant l'entretien, la mère évoque des conditions de vie difficiles après la détérioration de la situation sécuritaire. Il y avait des attaques tout autour et la pression psychologique était très forte. Le père de Raka s'est alors fait enrôler dans le rang des VDP pour contribuer à la défense de sa communauté, mais malheureusement, il ne survivra pas longtemps. Il est décédé il y a de cela 2 ans. Cette situation malheureuse a eu des effets néfastes sur toute la famille, en particulier Raka, un enfant très attaché à son père. Raka sera par la suite persécuté à cause de la fonction "VDP" qu'occupait son père. Cette situation a bouleversé la vie de Raka qui est devenu subitement calme, silencieux.

3.2.2. Symptômes psychotraumatiques observés

Les différentes caractéristiques du vécu de Raka montrent à quel point il peut être traumatisé. Sa mère raconte que vu la détérioration de la situation sécuritaire, la cherté de la vie et le décès du chef de la famille, les conditions de survie étaient devenues très compliquées. Les vivres étaient devenus très chers et on n'en trouvait d'ailleurs pas. Aussi, il y avait des attaques tout autour et des menaces qui les maintenaient dans

un état permanent de peur, d'inquiétude, d'alerte et de désespoir. C'est au regard de toutes ces difficultés que l'idée de rejoindre Barsalogho, lieu où elle espère trouver le minimum de paix et de sécurité pour ses enfants. Ces autres enfants, plus matures l'avaient déjà devancé à Barsalogho.

Au cours du trajet, à quelques kilomètres de Kelbo, le groupe a été intercepté par un groupe armé. Le regard s'est porté sur Raka. Un membre du groupe des hommes armés lui a demandé de dire où était son père (le VDP décédé). Raka tout effrayé avait du mal à leur répondre, mais il finit par leur dire que son père est décédé. Visiblement l'information de Raka a été accueillie avec beaucoup de doute. Il (Raka) raconte qu'il a été isolé du groupe et amené dans un autre endroit pour être interrogé. Il dit : *« ils ont pointé l'arme sur moi me disant que si je ne dis pas la vérité je serai tué. »* Ce fut une expérience très douloureuse pour Raka. Il fait savoir qu'il tremblait, perdait ses mots, bégayait, avait des vertiges. Il pensait réellement qu'il n'allait pas survivre à cet incident. D'autres personnes ont été aussi interrogées, mais toutes ont été libérées et sommées de ne plus revenir à Kelbo.

Les manifestations immédiates observées chez Raka par sa mère sont, entre autres, un état de fatigue physique et psychologique, la peur, un trouble du sommeil, des comportements régressifs (enfant collant), le manque d'appétit, le mal de tête et de ventre. Il parlait moins et on ne pouvait pas savoir s'il est heureux ou pas. Il était dans un état d'anhédonie des sentiments. À ces manifestations, il faut ajouter le tremblement de tout le corps, les vertiges et le bégaiement constatés quand l'incident se produisait.

Des manifestations post-immédiates on retient les symptômes intrusifs comme les cauchemars et l'impression de revivre la situation, les symptômes neurovégétatifs (troubles du

sommeil, douleurs physiques, manque d'appétit). On observe en plus de l'irritabilité, la colère, l'agressivité et des difficultés de concentration. Enfin, on note chez lui une tendance à fuir tout lieu ou objet pouvant lui rappeler l'évènement. Quant à l'évitement, la mère affirme que son enfant évite d'être seul à la maison, car cela est source de peur. Raka préfère toujours être en présence d'un adulte à la maison même s'ils ne sont pas si proches.

Le score de Raka au CPTS-RI est égal à 57. Ce score indique un niveau très grave dans l'expression des symptômes psychotraumatiques.

3.2.3. Les problèmes de développement affectif et social

Sur le plan affectif, nous pouvons observer un enfant moins expressif, calme et timide lors des entretiens. Son estime de soi et l'image qu'il porte sur lui-même semblent avoir été affectées par ces événements traumatiques dont il a été victime. Les émotions les plus fréquentes chez Raka sont la peur, la tristesse, l'inquiétude, la colère, la nervosité. Son visage est parfois sans expression émotionnelle. Aucun élément ne peut être rapporté au sujet de l'empathie, mais il faut noter que ces séries de déplacements n'ont pas permis à Raka de se forger un réseau relationnel fort avec les autres enfants de son entourage. Il s'amuse parfois avec ceux-ci, mais son quotidien est dominé par sa relation très rapprochée de sa mère.

Tableau 2 : Problèmes affectifs du cas Raka

Échelle	Nom de l'échelle	Nombre d'items	Les items	Score total
1	Anxieux déprimé	13	0, 2, 2, 0, 0, 1, 1, 2, 2, 0, 2, 0, 2	14
2	Évitant/déprimé	8	2, 1, 2, 1, 0, 2, 2, 2	12
4	Problème social	11	2, 2, 2, 0, 1, 0, 0, 0, 1, 1, 1	10
7	Comportements délinquants	17	0, 0, 1, 0, 0, 0, 0, 0, 0, 0, 0, 0, 0, 0, 0, 0, 0	1
8	Comportements agressifs	18	2, 1, 2, 0, 0, 1, 0, 1, 0, 0, 2, 2, 2, 2, 0, 2, 1, 0	20

Source : Données de Raka recueillies par le CBCL

Les données du tableau renseignent :

- échelle anxieux déprimé: score total de 14/26 avec la présence de 08 items sur 13.
- échelle évitant/déprimé: score total est de 12/16 avec la présence de 7 items sur 8
- échelle problème social: score total de 10/22 avec la présence de 7 items sur 11
- échelle comportements délinquants: score total de 1/34 avec présence de 1 item sur 17
- échelle comportements agressifs: score total de 20/36 avec présence de 11 items sur 18.

4. Interprétation des résultats

4.1. Interprétation des résultats du cas ZS

4.1.1. De la présence du stress post traumatique

Au-delà des expériences de perte et de séparation, notre sujet a aussi fait l'expérience de l'exposition à la guerre ; expérience à l'origine de sa crise et ayant alerté sur son état de santé. Cet

évènement présente toutes les caractéristiques d'un évènement traumatique à savoir la soudaineté, l'intensité forte, et l'impuissance du sujet exposé, l'exposition à la mort et aux blessures. Elle racontait : *« j'étais au marché ce jour-là quand tout à coup j'entendais des tirs : c'étaient des hommes armés non identifiés dit-elle. Je m'étais cachée dans une boutique avec certains de mes camarades, mais malheureusement ils nous ont retrouvés et ordonnés de quitter immédiatement la boutique au risque d'être brûlés. Quand je suis sortie en train de courir vers la maison, j'ai aperçu d'autres hommes armés à la poursuite de son grand père (yaba). Ils l'ont abattu sous mes yeux. Du même coup je suis tombée (sidérée)... »*

Durant l'évènement, ZS a présenté des comportements automatiques tels que la fuite et la sidération. Ces réactions sont liées à la sécrétion d'un taux élevé de l'hormone de stress dans le sang : le cortisol. Ce taux élevé de cortisol est associé à l'impuissance d'où la fuite ou la sidération. La libération du cortisol affecte le niveau d'énergie humaine et le fonctionnement du système immunitaire. Immédiatement après l'évènement traumatique, on a enregistré des réactions manifestes comme la peur intense, les vomissements, les cauchemars, les plaintes physiques, les pleurs, la perte d'intérêt pour les activités et les jeux, l'isolement. On a aussi enregistré des réactions hystériques comme les troubles de l'équilibre (vertiges) et la paresthésie (sensations de fourmillement). Elle pleurait, délirait, criait et fuyait sous l'emprise des hallucinations auditives et visuelles s'expliquant par une perte des fonctions d'intégration de la réalité du fait de l'évènement traumatique. Nous avons noté par ailleurs un sentiment d'abandon et de culpabilité nourrit par l'impression d'être mal comprise et accusée de ses expressions émotives. L'absence de

traitement de ces souffrances cumulées de deuil et de traumatisme de guerre en passant par la séparation a conduit à une chronicisation des symptômes avec l'apparition d'un état de stress post-traumatique dominé par :

- des symptômes de reviviscence (cauchemars, pensées compulsives de l'évènement, vision des scènes passée en image, etc.);
- des symptômes d'hypervigilance (difficultés d'endormissement, la colère et l'irritabilité, la peur, l'anxiété, les difficultés de concentration et de l'attention, le fait d'être toujours sur ses gardes en attente de danger, etc.);
- des symptômes d'évitement se manifestant par la tendance à fuir tout lieu ou objet pouvant lui rappeler l'évènement.

Le score (61) au CPTS-RI témoigne un niveau d'expression très grave des symptômes psychotraumatiques après l'exposition. Le traumatisme de guerre associé aux autres événements douloureux, dont a été victime ZS semblent avoir contribué à la fragilisation sa résilience au plan affectif.

4.1.2. De la présence des difficultés au plan affectif

Sur le plan affectif, l'analyse des données qualitatives nous permet de mettre en évidence des problèmes spécifiques liés à l'exposition aux différents événements traumatiques.

Nous recensons d'entrée un faible sens de soi et une faible estime de soi si bien qu'elle n'a plus le goût de prendre soin de soi et de faire les tâches ménagères. Comme stipule sa mère, *« elle ne prend aucun engagement de faire quelque chose. Elle préfère rester dans le silence et la solitude »*. En effet lorsqu'on se réfère à la négligence de la mère de ZS au cours de sa

première expérience douloureuse et à cette tendance qu'elle s'est construite afin de garder en interne sa douleur on se rend compte que cela peut impacter sa personnalité voire sa façon de s'auto- percevoir. Le sentiment de culpabilité développé au fil du temps l'enferme dans une souffrance qu'elle ne comprend pas, mais se donne toute la responsabilité de la contenir. ZS a aussi manifesté des difficultés à réguler ses émotions. Nous avons identifié la tristesse, la colère, l'anxiété, la peur, l'inquiétude, l'irritabilité, changement brusque de l'humeur et des émotions. Cette difficulté de régulation est due au fait de la tension trop élevée qui entraîne une restriction des stratégies comportementales et cognitives de résolution des problèmes faisant que les émotions submergent avec une perception embrouillée de la réalité. Enfin, elle a exprimé des difficultés à créer une relation positive avec les personnes de son entourage. Le sentiment de culpabilité et l'impression d'être mal compris et soutenu peuvent servir d'explication à cette attitude de retrait, d'isolement et de mutisme momentané. C'est aussi ce que montrent les données de l'échelle d'inventaire des comportements : anxieux, dépression et problème relationnel (comportement évitant, agressivité).

4.2. Interprétation des résultats du cas Raka

4.2.1. De la présence du stress post traumatique

Plusieurs facteurs ont précipité le déplacement de la famille de Raka. Ce sont : la dégradation de la situation sécuritaire, la cherté de la vie rendant les conditions de survie très difficiles, la peur, l'inquiétude, l'état d'alerte et le désespoir. En plus de ces facteurs, Raka a été confronté à un événement traumatique. Il a aperçu au cours du déplacement du squelette et des corps humains en putréfaction. Aussi, Raka a été menacé de mort par un membre du groupe armé lorsque ce dernier

pointait sur lui une arme. Ces évènements ont considérablement bouleversé l'équilibre psychique de Raka qui s'est soldée par le développement d'un état de stress post traumatique.

Les manifestations immédiatement observées chez Raka se résument à un état de fatigue physique et psychologique, *« Raka ne voulait rien faire à ce moment, il avait très souvent peur et a du mal à aller seul au lit et trouver du sommeil. »* Aussi on observe de la régression comme le souligne la mère : *« son comportement semblait à celui d'un enfant plus jeune. Il est devenu encore plus proche d'elle. »* Il n'avait pas d'appétit et se plaignait des douleurs physiques comme le mal de tête et de ventre. Enfin, il a présenté un mutisme sélectif et l'incapacité à éprouver des émotions positives se reconnaissant par le fait qu'il parlait moins et était dans un état d'anhédonie des sentiments. Tous ces symptômes représentent des réactions manifestes qui résultent de la non-intégration de l'évènement traumatique.

Les manifestations post-immédiates identifiées sont :

- des symptômes intrusifs (les cauchemars, l'impression de revivre la situation);
- des symptômes neurovégétatifs (troubles du sommeil et de l'alimentation, l'irritabilité, la colère, l'agressivité et des difficultés de concentration;
- des comportements d'évitement des lieux ou objets rappelant l'évènement traumatique.

Le score de Raka au CPTS-RI est égal à 57. Ce score indique un niveau très grave dans l'expression des symptômes psychotraumatiques.

4.2.2. De la présence des difficultés au plan affectif

Nous rappelons que notre sujet a perdu son père à l'âge de 11 ans. Les difficultés liées à cette perte et celles liées aux événements traumatiques vécus semblent avoir un effet négatif sur lui au plan affectif. Les problèmes affectifs qui en découlent se déclinent comme suit :

- l'inhibition comportementale qui se justifie par son attitude moins expressive, calme et timide. Elle est en même temps le mécanisme de défense choisi désormais comme bouclier face à l'adversité tout comme au moment où l'évènement se produisait.
- la difficulté à réguler les émotions comme la tristesse, l'inquiétude, la nervosité, l'anxiété. Cette difficulté de régulation s'explique par le fait que Raka n'arrive plus à déployer les stratégies comportementales et cognitives de résolution des problèmes.
- La difficulté relationnelle caractérisée par son attitude régressive d'attachement à sa mère. Il s'amuse parfois avec les autres enfants, mais son quotidien est dominé par un comportement très attaché à sa mère sur qui il pouvait déverser toute sa colère.

L'échelle d'inventaire des comportements a indiqué la présence d'un état anxieux, de la dépression, des difficultés relationnelles et des comportements agressifs.

5. Discussion des résultats

Avant toute mise en valeur des résultats, nous rappelons que cette étude vise à analyser les effets du psychotraumatisme de guerre sur le développement affectif des enfants en se

focalisant sur la sévérité des symptômes traumatiques et les problèmes affectifs.

5.1. Les symptômes psychotraumatiques observés

Sur la base des données recueillies, il est ressorti que les participants ont tous présenté des signes révélateurs d'un psychotraumatisme entraînant un stress post traumatique. Les caractéristiques de l'évènement de guerre ne faisaient nul doute sur son caractère traumatique. Tous nos participants étaient des témoins directs (surpris dans le marché, dans la brousse ou sur le chemin de voyage). La notion d'impuissance face au danger lié à la vie, observée chez tous les participants a contribué à précipiter le développement et le maintien des symptômes psychotraumatiques. Chez ZS tout comme chez Raka, l'après traumatisme a marqué le début d'une vie bouleversée. Ces caractéristiques de l'évènement traumatique et les conditions justifiant le traumatisme sont aussi mises en évidence par Daligand (2009) qui estime que « pour qu'un psychotraumatisme advienne chez l'enfant, il faut, comme pour l'adulte, qu'il ait vécu ou ait été témoin d'un évènement impliquant un risque de mort ou de blessure grave avec menace de l'intégrité physique. L'enfant est envahi par l'effroi, la terreur, un sentiment d'impuissance. » (p.224).

Par rapport aux manifestations face à un évènement traumatique, nous avons observé nos sujets sur deux moments. Le premier concernait les manifestations immédiates et le second les manifestations post immédiates ou à long terme. Nous avons ainsi identifié chez les sujets au cours de la première période des réactions de stress manifeste, des signes de traumatisme silencieux, des réactions de stress dépassé, des manifestations psychopathologiques dans certains cas et des comorbidités comme les réactions anxieuses dépressives. La

seconde période a illustré le syndrome psychotraumatique se manifestant par la réviviscence des symptômes, l'évitement et l'hyperactivation.

Ces réactions corroborent avec les données de certaines recherches. En effet, Vila (2006) note que la symptomatologie de l'ESPT chez l'enfant et l'adolescent se centre sur la même triade de symptômes que chez l'adulte : les reviviscences de l'évènement, les conduites d'évitement cognitif ou émotionnel et la suractivation neurovégétative. Selon Benamsili, (2020),

« Le traumatisme psychique se manifeste chez l'enfant par la frayeur, de l'insécurité, de la souffrance psychologique, un comportement agité ou désorganisé, des cauchemars, la culpabilité, manque de concentration, des plaintes somatiques, des souvenirs intrusifs, ressentir de l'angoisse ou de ne rien ressentir, en général il se manifeste par la reviviscence ; l'évitement ou l'hyperactivité. » (p. 296)

5.2. Les problèmes de développement au plan affectif

Le développement affectif fait référence au « développement des émotions et de l'affectivité, à l'émergence et au développement du concept de soi et à celui de la personnalité. » (Papalia et Martorell, 2010, p.7)

Les résultats de cette étude montrent que sur le plan affectif, tous les sujets participant à l'étude, qui ont présenté un degré de sévérité élevé aux symptômes psychotraumatiques ont tous présenté des problèmes de développement affectif qui résultent de la présence de comportements anxio-dépressifs (pleurs, peur, inquiétude, estime de soi faible, culpabilité, avoir l'impression de n'être aimé par personne), évitants (perte d'intérêt ou de plaisir, isolement, retrait, refus de parler, timidité, être peu actif, triste) et agressifs (désobéissance,

colère, irritabilité, méfiance, menace proliférée, changement de l'humeur).

Ces résultats obtenus vont dans le sens que ce qui avait déjà été mis en évidence par Revêt, Raynaud *et al.* (2020) qui soutiennent que :

«si la plupart des enfants vont faire preuve de capacités de résilience leur permettant de surmonter ces épreuves, un certain nombre d'entre eux vont toutefois présenter des réactions très diverses, allant de perturbations minimales de la vie de l'enfant à des tableaux cliniques sévères interférant fortement avec le développement psychoaffectif.»

De même, Josse (2019) observe chez les enfants traumatisés : « la peur exagérée et persistante, l'anxiété et l'angoisse, la tristesse, le désespoir, l'apathie, la perte de curiosité et de motivation pour tout, le sentiment de honte et de culpabilité, l'altération de la capacité à désirer, à vouloir et à se projeter dans l'avenir, la colère, etc. » (p. 120).

L'expression de vives émotions après l'exposition à un événement traumatique est la preuve aussi d'une difficulté de reconnaissance et de régulation des émotions. Nos participants ont présenté une gamme d'indices qui se retrouvent justifiés chez Seguin (2021, p.56) qui a énoncé des indices verbaux (lenteur du discours, discours décousu) et non verbaux (difficulté à reconnaître les sentiments associés à une situation, symptômes neurovégétatifs) pour reconnaître cette forme de problème émotionnel.

Enfin, cette étude a indiqué que le psychotraumatisme n'est pas associé aux comportements délinquants d'où un score très faible constaté sur cette échelle. Nous avons observé pour cette échelle chez Raka, un score total de 1/34 avec la présence

de 1 item sur 17 tandis que ZS a présenté un score total de 3/34 avec la présence de 2 items sur 17.

En somme, les données montrent que le psychotraumatisme non élaboré a un impact sur le développement affectif des enfants. Les comportements anxio-dépressifs évitants et agressifs sont des observations spécifiques liées à cet impact. Par contre, les comportements délinquants ne sont pas associés au psychotraumatisme.

Conclusion

Cette étude a montré qu'il existe une relation entre le psychotraumatisme et le développement psychoaffectif des enfants victimes d'attaques terroristes. Le traumatisme non résolu, représenté par le trouble de stress post-traumatique a entraîné des difficultés au plan affectif dans le parcours de vie des enfants. Ces difficultés résultent de la présence de comportements évitants, anxio-dépressifs et agressifs. Une limite de cette étude résulte au fait de ne pouvoir produire des statistiques sur la thématique, mais toutefois, nous recommandons que le bien-être psychologique des enfants soit suffisamment pris en compte dans les politiques de développement.

Bibliographie

ARCHER Caroline et BURNELL Alan, 2008. *Traumatisme, attachement et permanence familiale*, De Boeck, Bruxelles
BENAMSILI Lamia, 2020, « Le vécu psychologique des orphelins de mère, in Revue Académique des Etudes sociales et Humaines », N°1, janvier 2020, pp 294-309

- BIOY Antoine, CASTILLO Marie-Carmen et KOENIG Marie, 2021. *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie*, Dunod, Paris
- CONASUR, 2023, « Rapport d'enregistrement des personnes déplacées internes du Burkina Faso », février 2023
- DALIGAND Liliane, 2009, « Le psychotraumatisme de l'enfant », in Stress et trauma, N°4, novembre 2009, pp 224-227
- DUCATTEUW Gaëtan, 2018, « De victime à auteur : impact des carences affectives et des traumatismes sexuels précoces sur le développement affectif et sexuel », in Carnet de notes sur les maltraitances infantiles, N°7, novembre 2018, pp 29-47
- JOSSE Évelyne, 2019. *Le traumatisme psychique chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent*, De Boeck s.a, Louvain-la-Neuve
- MOAL Magali et SOUBELET Andrea, 2024, « impact des actes terroristes dans le développement du psychotraumatisme chez les enfants et adolescents », in Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, N°3, mai 2024, pp 111-119
- PAPALIA Diane et MARTORELL Gabriela, 2010. *Psychologie du développement humain*, Chenelière éducation, Montréal (Québec)
- PEDINIELLI Jean Louis, 2016. *Introduction à la psychologie clinique*, Armand colin, Paris
- REVET Alexis, RAYNAUD Jean-Philippe et al. 2020, « Le psychotraumatisme chez l'enfant et l'adolescent : données actuelles et perspectives », in Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, N°7, novembre 2020, pp 384-393
- RYGAARD Niels Peter, 2007. *L'enfant abandonné : guide de traitement des troubles de l'attachement*, De boeck supérieur s.a., Bruxelles
- SAVARD Nathalie et GOUDRON Chantal Zaouche, 2011, « Points de repères pour examiner le développement de l'enfant exposé

aux violences conjugales », in Revue internationale de l'éducation familiale, N°29, octobre 2011, pp 13-35.

SAWADOGO Mahamady Lèga, YOUNGBARÉ Sébastien et BADOLO Leopold Bawala, 2024, « Développement cognitif posttraumatique d'un enfant burkinabè victime d'attaques terroristes », in Revue Échanges, N°23, décembre 2024, pp 513-528

SEGUIN Monique, 2021. *Intervention en situation de crise*, TC Media Livres Inc, France

VALLET Dominique et FERRERI Maurice, 2007, « Impacts psychologiques du terrorisme sur les victimes et la population générale », in Bulletin de l'académie nationale de médecine, N°2, juin 2007, pp 1019-1032

VILA Gilbert, 2006, « L'état de stress post-traumatique chez l'enfant, in Journal de pédiatrie et de Puériculture », N°3, mai 2006, pp 97-100