

Du Psychotraumatisme : Trouble de Stress Post-Traumatique chez les Humanitaires Soignants au Burkina Faso

BARRY Aboubacar

Enseignant-chercheur, Professeur Titulaire
Université Norbert ZONGO, Koudougou, Burkina Faso
barryaboubacar7@gmail.com

YARO Gnipegou Seydou

Doctorant en psychologie clinique et psychopathologie
Université Norbert Zongo, Koudougou, Burkina Faso
yarnipegou@gmail.com

Résumé

L'aggravation du contexte sociopolitique du Burkina Faso, caractérisé par l'intensification des événements traumatogènes, suscite un intérêt croissant pour les enjeux liés à la prise en charge médico-psychologique des personnes affectées par un traumatisme psychique. Cependant, ceux qui soignent ne sont pas en reste et il est nécessaire de s'occuper de la santé mentale des soignants eux-mêmes. Cette étude examine le lien entre les caractéristiques individuelles des humanitaires soignants intervenant dans des zones complexes et l'apparition des troubles psychopathologiques. Elle a pour objectif d'analyser plus précisément l'impact de l'exposition des soignants des cliniques mobiles des Organisations Non Gouvernementales (ONG) humanitaires à des événements potentiellement traumatogènes du fait de leur fonction et la place des caractéristiques individuelles dans l'apparition du Trouble de Stress Post-Traumatiques (TSPT). Pour atteindre cet objectif, dans un contexte de crise sécuritaire et sanitaire au Burkina Faso, nous avons stipulé que les humanitaires soignants des cliniques mobiles exposés à des événements traumatogènes lors de leurs activités développent des symptômes spécifiques de troubles de stress post-traumatiques en lien avec leurs caractéristiques individuelles. Notre recherche a été menée dans les régions de la Boucle du Mouhoun, du Nord et du Sahel au Burkina Faso auprès des humanitaires de première ligne des cliniques mobiles des ONG humanitaires. L'échantillon est composé de 42 humanitaires soignants dont 14 psychologues et 28 infirmiers. La méthode mixte est retenue pour cette étude. Cette méthode associe et analyse à la fois les données qualitatives recueillies par l'entretien de recherche semi-directif et les données quantitatives recueillies par un questionnaire à choix multiples en plus de l'échelle d'évaluation de la sévérité du Trouble de Stress Post-Traumatique, PCL-5 (Posttraumatic d'impact d'évènement Stress Disorder Checklist for DSM-5). Les résultats indiquent que les caractéristiques individuelles des humanitaires soignants jouent un rôle important dans l'apparition du trouble de stress posttraumatiques.

Abstract

Within the sociopolitical context of Burkina Faso, marked by the intensification of potentially traumatogenic events, clinical interest in the medico-psychological management of patients presenting with trauma-related conditions has been steadily growing. Nevertheless, caregivers themselves are not exempt from such repercussions, and it is imperative to attend to the mental health of healthcare providers in their own right. The présent study investigates the relationship between the individual characteristics of humanitarian caregivers operating in complex settings and the emergence of psychopathological disorders. More specifically, it seeks to analyse the impact of exposure to potentially traumatogenic events incurred in the course of professional duty on healthcare workers deployed in the mobile clinics of humanitarian Non-Governmental Organisations (NGOs), as well as the role played by individual characteristics in the onset of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). To this end, against the backdrop of the ongoing security and health crisis in Burkina Faso, we postulated that humanitarian caregivers working in mobile clinics and exposed to traumatogenic events in the course of their activities develop specific symptoms of post-traumatic stress disorder in relation to their individual characteristics. The research was conducted in the regions of the Boucle du Mouhoun, the North, and the Sahel of Burkina Faso, among frontline humanitarian workers operating within the mobile clinics of humanitarian NGOs. The sample comprised 42 humanitarian caregivers, including 14 psychologists and 28 nurses. A mixed-methods approach was adopted for this study, combining and jointly analysing qualitative data gathered through semi-structured research interviews and quantitative data collected by means of a multiple-choice questionnaire, complemented by the Post-traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5), a scale assessing the severity of post-traumatic stress disorder. The findings indicate that the individual characteristics of humanitarian caregivers play a significant role in the emergence of post-traumatic stress disorder.

Keywords : Psychotrauma, Individual characteristics, Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), Burkina Faso.

Introduction

Le psychotraumatisme désigne l'ensemble des réactions psychiques susceptibles d'émerger lorsqu'un individu se trouve confronté, directement ou indirectement, à un événement d'une violence émotionnelle extrême (Crocq, 2014). Dans le champ de la psychologie clinique contemporaine, cette notion occupe une place

centrale, en particulier dans les contextes marqués par les conflits armés, les déplacements forcés et les catastrophes humanitaires (Benjet et al., 2016). Le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, cinquième édition (American Psychiatric Association [APA], 2013), définit le Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) comme un syndrome clinique caractérisé par quatre groupes symptomatiques principaux que sont la reviviscence de l'événement traumatique, les conduites d'évitement, les altérations négatives des cognitions et de l'humeur, ainsi qu'un état persistant d'hyperactivation neurovégétative (Pai et al., 2017 ; Yehuda et al., 2015). Toutefois, il convient de souligner que l'exposition à un événement traumatique ne conduit pas systématiquement au développement d'un TSPT (Kolassa et al., 2010). Cette variabilité clinique, fréquemment observée sur le terrain, a conduit de nombreux chercheurs à interroger le rôle des variables individuelles dans l'apparition, l'intensité et la chronicisation des symptômes traumatiques (Boudoukha, 2012 ; Perrin, 2014).

Les travaux pionniers de Brewin et al. (2000) ont mis en évidence que les réactions au traumatisme varient considérablement d'un individu à l'autre et ne dépendent pas uniquement de la gravité objective de l'exposition. En effet, les ressources psychologiques personnelles, les expériences antérieures, le soutien social perçu et les mécanismes de coping mobilisés jouent un rôle déterminant dans la manière dont la personne fait face à l'événement traumatique (Carlson et al., 2016 ; Ouagazzal et al., 2019). Ainsi, certaines personnes parviennent, en dépit de conditions extrêmement éprouvantes, à maintenir un équilibre psychique relativement stable grâce à des capacités de résilience particulièrement développées (Cyrulnik, 2012). D'autres, en revanche, manifestent une vulnérabilité accrue, qui se traduit par l'émergence de symptômes persistants, fréquemment associés à des troubles anxieux, dépressifs ou addictifs (McCauley et al., 2012 ; Sareen et al., 2014). Cette hétérogénéité des trajectoires psychologiques rappelle que le traumatisme ne saurait être réduit à une simple exposition objective au danger ; il s'inscrit dans une histoire personnelle, affective et sociale singulière (Boudoukha et al., 2017).

Dans le domaine humanitaire, cette problématique revêt une ampleur particulière. Les travaux de De Fouchier et Kédia (2018) montrent que le personnel humanitaire national est fréquemment exposé à des événements traumatiques, à un stress chronique et à des

conditions de travail particulièrement difficiles. Les professionnels de santé engagés dans des contextes de crise sont régulièrement confrontés à des scènes de violence, à la souffrance humaine, aux pertes répétées de patients, ainsi qu'à leur propre insécurité (Bouvier, 2019 ; Ohen & Collens, 2013). Plusieurs études convergentes (Connorton et al., 2012 ; Strohmeier & Scholte, 2019) démontrent que les travailleurs humanitaires soumis de manière répétée à des situations critiques présentent un risque élevé de développer des troubles psychopathologiques, et notamment un TSPT. Ces auteurs soulignent par ailleurs que les environnements marqués par les conflits armés et les déplacements massifs de populations accentuent significativement la charge émotionnelle portée par les soignants (Madoro et al., 2020 ; Slewa-Younan et al., 2015). L'épuisement psychologique qui en résulte ne se réduit pas à une simple fatigue professionnelle ; il altère progressivement les capacités d'adaptation, le fonctionnement relationnel et le bien-être global des intervenants (Auxéméry, 2018).

Au Burkina Faso, cette question revêt aujourd'hui une dimension particulièrement préoccupante. Depuis 2015, le pays traverse une dégradation continue de sa situation sécuritaire, marquée par la multiplication des attaques perpétrées par des groupes armés dans plusieurs régions, notamment au Nord, au Sahel, à l'Est et dans la Boucle du Mouhoun. Cette instabilité a engendré des déplacements massifs de populations et une aggravation considérable des besoins humanitaires (Yamien et al., 2022). Selon le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR, 2024), plus de 2,2 millions de personnes ont été déplacées à l'intérieur du pays, exerçant une pression considérable sur des structures sanitaires et psychosociales déjà fragilisées. Dans ces zones de forte tension, les équipes médicales, psychologiques et psychosociales des organisations non gouvernementales (ONG) internationales interviennent dans des conditions extrêmement difficiles, parfois au péril de leur propre vie. Les organisations humanitaires œuvrant dans le domaine de la santé jouent un rôle déterminant dans la prise en charge des populations affectées. Les psychologues, infirmiers et autres intervenants exerçant au sein des cliniques mobiles sont exposés de manière répétée à des événements potentiellement traumatiques tels que les menaces de mort, les attaques armées, les enlèvements, les violences sexuelles, les

déplacements forcés, les agressions, ainsi qu'à la confrontation aux récits particulièrement douloureux livrés par leurs patients (Christin & Ogle, 2013 ; Ogle et al., 2014). A cela, s'ajoute la confrontation régulière à la mort, aux blessures graves et à la détresse humaine. Une telle accumulation de stress est susceptible de fragiliser durablement l'équilibre psychique des soignants et de favoriser l'émergence de troubles sévères (Chaillou-Cheisson, 2021 ; D'Andrea et al., 2011). Plusieurs recherches menées dans des contextes comparables ont d'ailleurs démontré que l'exposition répétée aux traumatismes peut engendrer non seulement des symptômes de TSPT, mais également des comportements d'automédication, des conduites addictives et un épuisement professionnel important (Al-Ogaidi, 2018 ; McCauley et al., 2012). Mollica et al. (2007) ont ainsi mis en évidence une corrélation significative entre la fréquence des événements traumatiques vécus et l'intensité de la détresse psychologique observée chez les travailleurs humanitaires. A l'inverse, Bonanno (2014) souligne que les individus dotés de solides capacités de résilience résistent généralement mieux aux effets psychiques du traumatisme, certains parvenant même à développer une croissance post-traumatique (Goutaudier et al., 2020). Par ailleurs, Hobfoll et al. (2021) rappellent que les expériences de stress antérieures peuvent accroître le risque de développer des symptômes chroniques de TSPT (Carlson, 2001 ; Jolly, 2000). Ces résultats convergents mettent en lumière la nécessité de prendre en compte les dimensions individuelles dans l'analyse du psychotraumatisme (Ouagazzal, 2020).

Dans cette perspective, il apparaît essentiel d'adopter une approche globale du traumatisme, intégrant à la fois les facteurs liés à l'exposition aux événements critiques et les caractéristiques propres aux individus concernés (Bryant et al., 2018). Une telle approche permet de mieux comprendre pourquoi certains soignants développent des symptômes sévères tandis que d'autres parviennent à préserver une relative stabilité psychologique malgré des conditions similaires (Van der Kolk, 2022). Elle ouvre également la voie à des stratégies de prévention plus adaptées, fondées sur le renforcement des capacités de résilience, le soutien psychosocial et le dépistage précoce des troubles traumatiques.

1. Contexte et justification

Le Burkina Faso constitue aujourd'hui un terrain d'étude particulièrement pertinent pour analyser les manifestations du psychotraumatisme chez les professionnels humanitaires. Les crises sécuritaires qui secouent le pays depuis plusieurs années ont profondément transformé les conditions d'intervention des organisations non gouvernementales. Les régions du Nord, du Sahel, de l'Est et de la Boucle du Mouhoun sont devenues des espaces où l'insécurité, les violences armées et les déplacements forcés rythment désormais le quotidien des populations comme celui des équipes de soutien humanitaires.

Dans ce climat tendu, les humanitaires soignants se trouvent au cœur d'une réalité psychologiquement éprouvante. Ils doivent assurer la continuité des soins tout en évoluant eux-mêmes dans une atmosphère d'incertitude, de menace permanente et, parfois, d'une peur diffuse difficile à verbaliser (Bouvier, 2019). Les intervenants de première ligne notamment les psychologues et les infirmiers travaillant dans les cliniques mobiles sont confrontés à une double charge émotionnelle. D'une part, ils doivent accueillir et accompagner les souffrances des populations victimes de violences, de pertes familiales ou de déplacements forcés. D'autre part, ils sont eux-mêmes exposés à des événements potentiellement traumatiques (Ohen & Collens, 2013). Cette proximité constante avec la détresse humaine crée un terrain propice à l'épuisement émotionnel et à la fragilisation psychique (Auxéméry, 2018). Plusieurs intervenants décrivent d'ailleurs un sentiment progressif d'usure intérieure, fréquemment accompagné de troubles du sommeil, d'irritabilité, d'anxiété ou de conduites d'évitement (Emelie, 2023). Or, ces manifestations demeurent largement sous-reconnues sur le plan institutionnel, alors même qu'elles affectent directement la qualité de vie et l'efficacité professionnelle des soignants.

La littérature scientifique internationale souligne, depuis plusieurs années, la vulnérabilité particulière des intervenants humanitaires exerçant dans les contextes de crise (Benjet et al., 2016). Les travaux

de Connorton et al. (2012) ainsi que ceux de Strohmeier et Scholte (2019) démontrent que l'exposition répétée à des stressseurs extrêmes favorise l'apparition de burnout, de troubles anxieux et de symptômes de stress post-traumatique (Sareen et al., 2014). Néanmoins, malgré l'importance de cette problématique, les recherches portant spécifiquement sur les humanitaires soignants au Burkina Faso demeurent rares. Les réalités socioculturelles, les conditions sécuritaires locales et les modalités d'intervention des ONG dans le pays exigent pourtant une compréhension contextualisée du phénomène (Champion, 2013). La présente étude s'inscrit précisément dans cette perspective. Elle vise à mieux comprendre la relation entre l'exposition à des événements traumatogènes et l'apparition des symptômes du TSPT chez les humanitaires soignants intervenant au Burkina Faso. Plus spécifiquement, elle interroge le rôle des caractéristiques individuelles dans la vulnérabilité ou, à l'inverse, dans la résilience face au traumatisme (Boudoukha et al., 2017 ; Cyrulnik, 2012). Cette approche apparaît indispensable, dans la mesure où les réactions psychologiques observées sur le terrain témoignent d'une grande variabilité interindividuelle (Perrin, 2014). Certains professionnels développent rapidement des symptômes sévères, tandis que d'autres semblent mobiliser des ressources internes leur permettant de continuer à fonctionner malgré la violence des situations rencontrées (Goutaudier et al., 2020).

L'intérêt de cette recherche dépasse le cadre strictement théorique. Sur le plan pratique, ses résultats pourraient contribuer à améliorer les dispositifs de soutien psychologique destinés aux professionnels humanitaires. En effet, dans de nombreuses organisations, le psychotraumatisme des soignants demeure encore sous-évalué, voire insuffisamment pris en charge (Crocq, 2014). Les mécanismes de dépistage restent limités et les espaces d'écoute psychologique demeurent rares, en particulier dans les zones les plus exposées. Or, un accompagnement adapté pourrait réduire significativement les risques de chronicisation des troubles et améliorer la qualité des interventions sur le terrain (Dyregrov & Regel, 2012). Cette étude pourrait également permettre aux ONG actives dans le domaine de la santé mentale, médical ou de la protection, de renforcer leurs programmes de santé mentale et de soins psychologiques destinés à leurs équipes. La mise en place de formations centrées sur la

résilience, les stratégies de coping et la gestion du stress traumatique constituerait un levier de prévention essentiel. De même, l'élaboration de protocoles spécifiques de suivi psychologique, adaptés aux réalités sécuritaires du Burkina Faso, apparaît aujourd'hui nécessaire. Les professionnels humanitaires ne devraient pas être considérés uniquement comme des acteurs de l'aide, mais également comme des sujets susceptibles d'être profondément affectés par les violences auxquelles ils sont confrontés (Bouvier, 2019).

2. Méthodologie de la recherche

Dans le cadre de cette recherche, une approche méthodologique mixte sera privilégiée afin de saisir au mieux la complexité du phénomène étudié. L'étude se veut ainsi à la fois descriptive, analytique et interprétative, s'appuyant sur des méthodes d'investigation qualitatives complétées par des données quantitatives. Cette complémentarité méthodologique permettra de croiser les dimensions cliniques, émotionnelles et contextuelles du psychotraumatisme.

2.1. *Champs, Population et technique d'échantillonnage*

La présente recherche s'est effectuée au sein de huit clinique mobiles de quatre ONG humanitaires internationales intervenant au Burkina Faso les localités de Tougan et Nouna dans la région de la Boucle du Mouhoun ; de Titao dans la région du Nord ; de Dori, Djibo et Sebba dans la région du Sahel. L'étude a visé exclusivement les psychologues et les infirmiers intervenant dans ces cliniques mobiles humanitaires.

L'échantillon de cette étude est constitué de 42 humanitaires soignants intervenant dans 8 cliniques mobiles aux Burkina Faso dont 14 psychologues et 28 infirmiers.

Les participants ont été sélectionnés selon un échantillonnage raisonné (non-probabiliste), visant à inclure des professionnels ayant une expérience significative sur le terrain et impliqués dans des missions en zones à forts défis sécuritaires. Les critères de sélection incluent leur ancienneté sur le terrain, la fréquence d'exposition à des

situations traumatisantes, ainsi que leur disponibilité et consentement éclairé pour participer à l'étude.

2.2. Collecte des données

Pour atteindre l'objectif de cette étude, nous avons fait recours à l'utilisation conjointe d'outils d'évaluation subjectifs et objectifs. En effet, les humanitaires soignants des cliniques mobiles ont été invités à participer non seulement à une enquête à l'aide d'un guide d'entretien et d'un auto-questionnaire mais aussi et surtout, à renseigner l'échelle d'évaluation de la sévérité du TSPT (*Post-traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5*, PCL-5).

Le guide d'entretien a comporté des questions ouvertes portant sur l'expérience personnelle de l'exposition au traumatisme, les difficultés rencontrées sur le terrain et, les ressources mobilisées pour y faire face. Il a été pré-testé sur un échantillon réduit pour en valider la pertinence et la clarté.

Afin de soutenir l'analyse qualitative, des outils quantitatifs complémentaires à savoir un questionnaire à choix multiples et l'échelle de stress post-traumatique (PCL-5) ont été administrés aux participants. L'objectif poursuivi est de recueillir auprès des humanitaires soignants des cliniques mobiles la place des caractéristiques individuelles dans l'apparition des symptômes spécifiques aux PTSD. Le questionnaire a comporté des questions fermées et des questions semi-ouvertes. Il a été organisé autour de quatre (04) thèmes à savoir l'exposition aux événements traumatisants, les ressentis émotionnels et psychologiques, les stratégies d'adaptation (coping) mises en œuvre et l'impact perçu sur leur vie professionnelle et personnelle. L'échelle PCL-5 quant à elle, a permis d'identifier et d'évaluer la présence et la gravité des symptômes de TSPT. Elle est une échelle d'auto-évaluation du TSPT comprenant 20 items (Weathers et al, 2013). Ces 20 items correspondent aux 20 symptômes du TSPT proposés par le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Un score total de sévérité des symptômes (de 0 à 80) peut être obtenu en faisant la somme des scores pour chacun des 20 items. Un diagnostic de TSPT peut-être émis à partir de 33 ou si chaque item côté à 2 soit « modéré » ou supérieur est traité comme un symptôme approuvé. Il faut au moins 1

item B (questions 1-5), 1 item C (questions 6-7), 2 items D (questions 8-14), 2 items E (questions 15-20) (Bovin et al, 2016). L’outil PCL-5, reconnu internationalement pour l’évaluation de la sévérité des symptômes TSPT, permet de quantifier les manifestations symptomatiques et de fournir un repère objectif pour croiser les données issues des entretiens.

2.3. Procédure d'analyse et de traitement des données

La méthode d’analyse ainsi que les techniques de traitement des données constituent des étapes essentielles dans la qualité et la validité des résultats obtenus au cours de cette étude. Une attention particulière a donc été accordée à la rigueur méthodologique afin de garantir une interprétation cohérente et fiable des données recueillies.

Dans cette perspective, les variables catégorielles ont été présentées sous forme de fréquences et d’effectifs. La relation entre les caractéristiques individuelles des humanitaires soignants et le trouble de stress post-traumatique a été examinée à partir de l’analyse de la matrice de corrélation, notamment à l’aide du coefficient de corrélation de Pearson. Une valeur de p inférieure à 0,05 a été retenue comme seuil de significativité statistique. Cette approche quantitative a été renforcée par une analyse de contenu approfondie, permettant d’apporter un éclairage plus nuancé aux données statistiques.

Les données qualitatives issues des entretiens ont été enregistrées, avec le consentement préalable des participants, puis retranscrites intégralement avant d’être soumises à une analyse thématique. Ce travail d’analyse a également reposé sur une triangulation des données, à travers la comparaison des informations recueillies lors des entretiens avec les scores obtenus à l’échelle PCL-5. Ce croisement méthodologique a permis de consolider la validité de l’analyse tout en offrant une compréhension plus fine et multidimensionnelle du vécu traumatique au sein de cette population humanitaire particulièrement exposée. Par ailleurs, l’utilisation combinée des logiciels EXCEL version 2019, SPSS version 21 et NVivo 14 a facilité le traitement des données quantitatives et qualitatives. Le recours à ces outils a contribué à renforcer la rigueur de la démarche analytique, tout en assurant une meilleure

organisation, une gestion plus structurée des informations recueillies et une plus grande fiabilité dans l'interprétation des résultats.

2.4. Considérations éthiques

L'étude a été menée en stricte conformité avec les normes éthiques en vigueur dans la recherche sur l'humain. Avant le recueil des données, une approbation éthique a été obtenue auprès des enquêtés. Trois points ont été clarifiés aux participants et ont été respectés pour garantir l'intégrité de la recherche. Il s'agit d'abord du consentement éclairé. A ce niveau, chaque participant a reçu une information complète sur les objectifs de l'étude, ses implications et a signé un formulaire de consentement. Ensuite, la confidentialité a été garantie aux enquêtés. Du coup, les entretiens ont été anonymisés et les données ont été stockées de manière sécurisée afin de protéger l'identité des participants. Enfin, le droit de retrait a été réservé et les participants pouvaient ainsi se retirer de l'étude à tout moment sans qu'aucune répercussion professionnelle ou personnelle ne leur soit attribuée.

3. Résultats et discussion

3.1. Résultats

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) fait partie des rares troubles psychiques dont la définition intègre explicitement un critère étiologique, à savoir l'exposition à un événement traumatogène, selon la première version du DSM-IV (1994) ainsi que la Classification Internationale des Maladies, 10e édition (CIM-10) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1994). Cette particularité souligne, d'une part, que l'expérience d'un événement traumatique peut entraîner des répercussions psychopathologiques caractéristiques du TSPT et, d'autre part, que cette exposition constitue une condition indispensable au développement du trouble.

Dans le cadre de cette étude, l'enquête de terrain a permis d'identifier les principaux événements susceptibles d'altérer la santé mentale des soignants humanitaires ou de constituer le point de départ d'un traumatisme psychique. Les participants ont ainsi mis en évidence des catégories d'événements traumatogènes fréquemment

rencontrés dans les cliniques mobiles comme ceux confrontant à la mort dont ils ont été souvent victimes et/ou témoins à savoir les accidents, les crimes, les violences basées sur le genre et celles liées aux récits des patients et pouvant générer des charges émotionnelles. Pour les événements traumatogènes liés à la mort, les participants ont évoqué les menaces de mort ou les violences physiques par des groupes armés, les enlèvements par des groupes armés, les tirs croisés des groupes armés en conflits, le kidnapping, les contrôles irréguliers par les groupes armés, les attaques perpétrées par les groupes armés non étatiques, les explosions d'engins explosifs improvisés, l'exposition aux décès et aux blessures graves. Ces événements créent une psychose généralisée au sein des équipes des cliniques mobiles. En plus de cela, les d'accidents de la route lors des activités de terrain ont été évoqués par les soignants. Les enquêtés ont rapporté également des cas de violences sexuelles en l'occurrence les cas viols pris en soin. Les enquêtés ont mentionné également les récits douloureux de certains patients qui les affectent par moments, provoquant des souffrances psychiques.

3.1.1. Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon (N=42)

L'étude porte sur un échantillon de 42 participants répartis en deux groupes dont 14 psychologues et 28 infirmiers.

Tableau n°1 : Répartition des enquêtés en fonction du sexe, du groupe d'âge et du nombre d'années d'expérience professionnelle

Variables sociodémographiques	Effectif Psychologue	Effectif agents de santé	Total (N=42)	Pourcentage (%)
Sexe				
Homme	10	14	24	
Femme	4	14	18	
Groupe d'âge				
25-29	2	4	6	
30-34	3	7	10	
35-39	7	12	19	
40 et +	2	5	7	

Expérience Professionnelle (nombre d'années)				
1-5	5	09	14	
6-10	9	17	26	
11-15	-	2	2	
Moyenne du nombre d'années d'expérience Professionnelle	6	7	-	100

Source : Enquête terrain, novembre 2024

La population étudiée était constituée de 42 participants, dont 24 hommes (57,14 %) et 18 femmes (42,86 %). L'analyse de la répartition par tranche d'âge montre qu'une proportion importante des répondants, soit 45,24 %, se situait entre 35 et 39 ans. A l'inverse, la catégorie des 25 à 29 ans apparaît comme la moins représentée, avec seulement 14,29 % des participants. Cette configuration laisse entrevoir un échantillon composé majoritairement de professionnels ayant déjà franchi les premières étapes de leur parcours professionnel, ce qui traduit une population relativement moins jeune. S'agissant de l'expérience professionnelle, les données révèlent que la majorité des participants (61,90 %) disposait d'une ancienneté comprise entre 6 et 10 ans. A cela s'ajoutent 33,33 % des répondants ayant entre 1 et 5 ans d'expérience. En revanche, les professionnels comptabilisant entre 11 et 15 années d'exercice demeurent faiblement représentés, avec une proportion de 4,76 %. Dans l'ensemble, les participants interrogés présentent un niveau d'expérience relativement solide. La moyenne observée est de 6 années d'expérience professionnelle chez les psychologues, contre 7 années chez les agents de santé. Une hypothèse plausible pourrait être liée aux pratiques de recrutement des ONG, qui accordent souvent une attention particulière au parcours professionnel et au nombre d'années d'expérience lors de la sélection de leur personnel.

Tableau n°2 : Tableau comparatif des caractéristiques démographiques de l'échantillon

Caractéristiques	Psychologues	Agents de santé
Âge moyen (années)	35	35
Répartition Sexe (H/F)	71% / 29%	50 % / 50 %
Années d'expérience	6	7
Formation spécialisée	Psychothérapie, neuropsychologie	Soins infirmiers intensifs, urgences

Source : Enquête terrain, novembre 2024

Le tableau présente une comparaison des caractéristiques démographiques et professionnelles de deux groupes de participants, à savoir les psychologues et les agents de santé. L'âge moyen observé est identique dans les deux groupes (35 ans). En revanche, une différence apparaît dans la répartition selon le sexe où les psychologues sont majoritairement des hommes (71 %), alors que les agents de santé présentent une répartition équilibrée (50 % d'hommes et 50 % de femmes). Concernant l'expérience professionnelle, les agents de santé possèdent une ancienneté moyenne légèrement supérieure (7 ans contre 6 ans chez les psychologues). Enfin, les spécialisations diffèrent selon les profils. En effet, les psychologues sont davantage orientés vers la psychothérapie et la neuropsychologie, tandis que les agents de santé sont formés aux soins infirmiers intensifs et aux situations d'urgence. L'analyse comparative met en évidence plusieurs éléments significatifs. L'égalité de l'âge moyen suggère une homogénéité générationnelle entre les groupes étudiés, réduisant ainsi l'influence potentielle de l'âge comme variable explicative des différences observées. La distribution du sexe révèle une prédominance masculine chez les psychologues, contrairement aux agents de santé dont la composition est paritaire. Une telle configuration peut influencer certaines dynamiques professionnelles ou perceptions du travail. Par ailleurs, la différence d'expérience professionnelle reste modérée, mais indique que les agents de santé disposent potentiellement d'une exposition légèrement plus longue aux réalités de terrain. Enfin, les spécialisations montrent une

complémentarité des compétences où l'on observe que les psychologues interviennent davantage dans les dimensions cognitives, émotionnelles et thérapeutiques, tandis que les agents de santé sont davantage préparés à la prise en charge clinique aiguë.

Dans l'ensemble, les résultats évoquent que les deux groupes partagent une maturité professionnelle relativement comparable, mais qu'ils se distinguent surtout par leurs parcours de formation et leurs domaines d'expertise. La similitude de l'âge moyen et du niveau d'expérience renforce la comparabilité de l'échantillon. Cependant, les différences liées au genre et aux spécialisations peuvent influencer les approches professionnelles, les stratégies d'intervention ainsi que les perceptions des situations rencontrées. Dans une perspective de recherche ou d'intervention psychosociale, ces caractéristiques doivent être prises en compte car elles peuvent contribuer à expliquer certaines variations dans les pratiques, les représentations ou les résultats observés.

3.1.2. Répartition des enquêtés en fonction des caractéristiques individuelles.

Tableau n°3 : Répartition des enquêtés en fonction des caractéristiques individuelles

Caractéristiques individuelles	Définition opérationnelle	Catégories	Nombre	Pourcentage %
Résilience / formation en psychotraumatologie	Avoir reçu une formation en gestion du stress	Oui (1) Non (0)	34 8	80,95 19,05
Antécédents d'exposition à un incident critique	Avoir été victime et/ou témoin d'un événement traumatogène	Oui (1) Non (0)	38 4	90,48 9,52
Soutien social perçu	Niveau de soutien familial, professionnel ou social	Élevé (3) Modéré (2) Faible (1)	10 24 8	23,81 57,14 19,05
Stratégies de coping	Utilisation de stratégies	Adaptées (3)	14 20	33,33 47,62

	d'adaptation (sport, supervision, relaxation, sommeil...)	Peu adaptées (2) Absentes (1)	8	19,05
Consommation de substances psychoactives	Consommation d'alcool, tabac ou médicaments	Élevé (3)	12	28,57
		Modéré (2)	14	33,33
		Faible (1)	16	38,10

Source : Enquête terrain, novembre 2024

Le tableau met en évidence la répartition des enquêtés selon plusieurs caractéristiques individuelles susceptibles d'influencer l'exposition au stress ainsi que les processus d'adaptation psychologique. Les variables étudiées concernent notamment la formation en psychotraumatologie, l'exposition aux incidents critiques, le soutien social perçu, les stratégies de coping et la consommation de substances psychoactives. Les résultats montrent d'abord qu'une large majorité des participants (80,95 %) a bénéficié d'une formation en gestion du stress, contre 19,05 % n'ayant reçu aucune formation. Par ailleurs, les antécédents d'exposition à un incident critique apparaissent particulièrement élevés avec 90,48 % des enquêtés qui déclarent avoir été victimes et/ou témoins d'un événement potentiellement traumatique, alors que seuls 9,52 % rapportent n'y avoir jamais été exposés. Concernant le soutien social perçu, une proportion de 57,14 % évoque un niveau modéré, contre 23,81 % indiquant un soutien élevé et 19,05 % un soutien faible. Les stratégies de coping apparaissent surtout peu adaptées (47,62 %), tandis que 33,33 % mobilisent des stratégies adaptées et 19,05 % déclarent n'en utiliser aucune. Enfin, la consommation de substances psychoactives demeure faible chez 38,10 % des participants, modérée chez 33,33 % et élevée chez 28,57 %. Dans l'ensemble, ces données indiquent une population fortement exposée aux événements critiques, relativement préparée à la gestion du stress, mais présentant encore plusieurs fragilités psychologiques nécessitant des actions préventives renforcées. La prédominance de stratégies peu adaptées, associée à un soutien social seulement modéré et à une consommation parfois importante de substances psychoactives, laisse entrevoir des mécanismes d'ajustement parfois insuffisants. Cette configuration peut accroître la vulnérabilité psychologique et souligne l'intérêt de

consolider les dispositifs de soutien et d'accompagnement au sein des équipes professionnelles concernées.

3.1.3. Données issues de l'échelle PCL-5

Tableau n°4 : Bilan des scores des quatre groupes de symptômes du TSPT selon les enquêtés (N=42).

Score des symptômes du TSPT		Psychologues	Agents de santé	Effectifs (N=42)	Pourcentage (%)
Score des symptômes de reviviscences	Élevé	2	5	7	16,66
	Modéré	4	9	13	30,95
	Faible	8	14	22	52,38
	Total	14	28	42	100
Score des symptômes d'évitement	Élevé	1	9	10	23,81
	Modéré	3	11	14	33,33
	Faible	10	8	18	42,86
	Total	14	28	42	100
Score des symptômes de modification des cognitions et de l'humeur	Élevé	1	3	4	9,52
	Modéré	3	6	9	21,43
	Faible	10	19	29	69,05
	Total	14	28	42	100
Score des symptômes d'hyperactivité neurovégétatifs	Élevé	2	11	13	30,95
	Modéré	4	13	17	40,48
	Faible	8	4	12	28,57
	Total	14	28	42	100

Source : Enquête terrain, novembre 2024

Les données issues de l'échelle PCL-5 portent sur les quatre dimensions symptomatiques du trouble de stress post-traumatique (TSPT) observées auprès de 42 participants, répartis entre 14 psychologues et 28 agents de santé. Cette analyse a pour objectif de décrire les niveaux de symptomatologie identifiés au sein de l'échantillon et d'en proposer une lecture clinique et interprétative.

Concernant les symptômes de reviviscence, ils apparaissent globalement peu prononcés, avec une majorité de scores faibles (52,38 %). Ils sont suivis par des niveaux modérés (30,95 %), tandis que les scores élevés concernent une proportion plus réduite des participants (16,66 %). Quant aux symptômes d'évitement, ils présentent une

répartition plus hétérogène. Les niveaux faibles concernent 42,86 % des enquêtés, contre 33,33 % pour les niveaux modérés et 23,81 % pour les niveaux élevés, traduisant une dispersion plus marquée de cette dimension symptomatique. Concernant les modifications des cognitions et de l'humeur, les résultats montrent une prédominance nette des niveaux faibles (69,05 %). A l'inverse, seuls 9,52 % des participants présentent des scores élevés, suggérant une atteinte plus limitée sur le plan cognitif et émotionnel. Les symptômes d'hyperactivité neurovégétative quant à eux, se distinguent comme la dimension la plus marquée. Les niveaux modérés représentent 40,48 % des cas et les scores élevés 30,95 %, ce qui témoigne d'une intensité symptomatique relativement plus importante au sein de cette catégorie. Dans l'ensemble, les résultats mettent en évidence une prédominance des niveaux faibles à modérés des symptômes du TSPT. Toutefois, les agents de santé semblent présenter une symptomatologie plus marquée que les psychologues, notamment en ce qui concerne les comportements d'évitement et les manifestations d'hyperactivité neurovégétative. L'hyperactivité neurovégétative apparaît ainsi comme la dimension clinique la plus préoccupante. Cette observation pourrait traduire un état d'activation psychophysiologique soutenu, marqué par une vigilance accrue et une tension persistante. Par ailleurs, la faible proportion des altérations cognitives et émotionnelles profondes pourrait indiquer que certains mécanismes d'adaptation demeurent encore relativement préservés. Ces résultats évoquent que la symptomatologie du TSPT est présente à des degrés variables au sein de l'échantillon étudié. De plus, les niveaux élevés d'hyperactivité neurovégétative peuvent également refléter une fatigue psychologique chronique ou un état d'alerte prolongé. Dans cette perspective, ces constats soulignent la nécessité de renforcer les dispositifs de prévention, les espaces de soutien psychologique ainsi que les stratégies de gestion du stress destinées aux professionnels exposés. Somme toute, nous pouvons dire que les données issues du PCL-5 mettent en évidence une présence variable des symptômes du TSPT au sein de l'échantillon étudié. Bien que les niveaux faibles demeurent prédominants dans plusieurs dimensions, certaines manifestations apparaissent plus accentuées chez les agents de santé. Ces observations rappellent l'importance d'un

accompagnement psychosocial ciblé et d'actions préventives adaptées aux réalités professionnelles des participants.

3.1.4. Analyse thématique des entretiens semi-directifs

L'entretien semi-directif a permis d'explorer les facteurs individuels des enquêtés et leurs antécédents traumatiques. En effet, vingt-huit enquêtés disent avoir été victimes d'incidents critiques dans l'exercice de leur fonction dans l'humanitaire (neuf psychologues et dix-neuf infirmiers). On a trente-huit soignants qui disent avoir été victimes et/ou témoins d'événements traumatogènes (treize psychologues et vingt-cinq infirmiers). Il n'y a que quatre qui disent n'avoir pas été victimes, ni témoins d'événements traumatogènes avec les cliniques mobiles mais qui ont été affectés par le récit de certains patients. Des trente-huit participants qui ont été victimes et/ou témoins d'événements traumatogènes, seulement vingt-trois ont bénéficié d'un accompagnement psychologique. Sur les quinze soignants qui n'ont bénéficié d'aucun accompagnement psychologique (prise en charge post immédiat ou prise en charge tardive), quatre présentent un score faible aux trois symptômes majeurs de PTSD (Reviviscence, évitement, hypovigilance et réactivité) ; neuf ont un score modéré aux trois symptômes majeurs de PTSD et deux présentent un score élevé aux trois symptômes majeurs de PTSD. Les vingt-trois soignants qui ont bénéficié d'un accompagnement psychologique présentent tous des scores faibles à modérés aux trois symptômes majeurs de PTSD (Reviviscence, évitement, hypovigilance et réactivité) et semblent plus résilients. Sur les quatre qui n'ont pas été victimes, ni témoins d'événements traumatogènes avec les cliniques mobiles mais qui ont été affectés par le récit de certains patients, trois présentaient des signes de traumatismes vicariants avec un score modéré aux trois symptômes majeurs de PTSD contre un qui avait un score faible aux trois symptômes majeurs de PTSD. Deux autres avaient un antécédent traumatique non pris en charge, avant l'humanitaire dans la clinique mobile. Les douze soignants qui consomment abusivement du tabac, de l'alcool et d'autres substances psychoactives, allèguent consommer ces substances pour oublier leurs problèmes (antécédents traumatiques) et être virils dans ces zones complexes.

Les humanitaires soignants ayant développé un Trouble de stress post-traumatique consécutif à l'exposition à des événements potentiellement traumatogènes, ont subi les événements qui sont essentiellement les contrôles irréguliers par des groupes armés; les tirs croisés et les tirs des obus dans leurs localités d'interventions, les enlèvements ou kidnappings des staffs de leurs équipes, les carjackings, l'assistance à certains actes criminels, la prise en charge et l'exposition à certaines blessures graves, les récits de certains patients, les antécédents psychotraumatiques non pris en charge. On note également des troubles de l'usage de plusieurs substances psychoactives comme comorbidités.

L'analyse qualitative a fait émerger plusieurs axes majeurs. D'abord, au niveau de l'impact émotionnel et cognitif de l'exposition traumatique, les participants décrivent fréquemment des sensations d'hypervigilance, des flashbacks et une détresse émotionnelle intense. Ces symptômes affectent à la fois leur capacité à se concentrer et leur qualité de vie professionnelle et personnelle. Ensuite, comme stratégies d'adaptation et mécanismes de coping, une diversité de stratégies a été évoquée. Certains soignants mettent en avant le soutien de leurs pairs et les débriefings réguliers comme ressources essentielles. D'autres, en revanche, se retrouvent engagés dans des comportements d'abus de substance psychoactives notamment l'automédication, l'abus d'alcool ou du tabac. Enfin, au niveau de l'influence des caractéristiques individuelles, l'analyse révèle que des éléments tels que le passé professionnel, la résilience personnelle et le niveau de soutien perçu jouent un rôle crucial dans la manière dont chaque individu traite et intègre l'exposition aux traumatismes. Les soignants ayant déjà expérimenté des mécanismes de gestion du stress semblent moins susceptibles de développer l'ensemble des symptômes observés.

3.1.5. Synthèse et interprétation croisée

En croisant les résultats issus de l'échelle PCL-5 et l'analyse thématique des entretiens, plusieurs constats se dégagent. Dans un premier temps, on note la prévalence élevée des symptômes du TSPT. En effet, la majorité des participants présente des symptômes indiquant un traumatisme significatif, ce qui valide

l'hypothèse d'un impact négatif majeur lié à l'exposition répétée aux situations traumatiques sur le terrain.

Dans un deuxième temps, il y a la corrélation entre exposition et comportements addictifs. En effet, les douze cas d'addiction identifiés indiquent que les comportements d'automédication pourraient représenter une stratégie de coping mal adaptée, particulièrement chez ceux présentant des scores TSPT élevés.

Dans un troisième temps, on remarque le rôle modérateur des caractéristiques individuelles. A ce niveau, les témoignages des participants illustrent clairement l'interaction complexe entre l'exposition aux événements traumatisants et les ressources personnelles de chacun. Ces facteurs individuels semblent moduler la sévérité et la nature des manifestations symptomatiques.

3.1.6. Analyse croisée de la matrice de corrélation entre les caractéristiques individuelles et les symptômes du trouble de stress post-traumatique

Tableau n°5 : Matrice de corrélation entre les caractéristiques individuelles et les symptômes du TSPT (N = 42)

Variables	Statistique	A	B	C	D	E
A. Caractéristiques individuelles	Corrélation de Pearson	1	- 0,438**	- 0,516**	-0,392*	- 0,696**
	Sig. (bilatérale)	—	0,004	0,000	0,010	0,000
B. Score des symptômes de reviviscences	Corrélation de Pearson	- 0,438**	1	0,365*	0,390*	0,508**
	Sig. (bilatérale)	0,004	—	0,017	0,011	0,000
C. Score des symptômes d'évitement	Corrélation de Pearson	- 0,516**	0,365*	1	0,422**	0,785**
	Sig. (bilatérale)	0,000	0,017	—	0,005	0,000
D. Score symptômes modification des cognitions et de l'humeur	Corrélation de Pearson	-0,392*	0,390*	0,422**	1	0,545**
	Sig. (bilatérale)	0,010	0,011	0,005	—	0,000
E. Score symptômes	Corrélation de Pearson	- 0,696**	0,508**	0,785**	0,545**	1

hyperactivité neurovégétative	Sig. (bilatérale)	0,000	0,000	0,000	0,000	—
-------------------------------	----------------------	-------	-------	-------	-------	---

****** La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

***** La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

Source : Enquête terrain, novembre 2024 — Traitement statistique sous SPSS (procédure CORRELATIONS, méthode de Pearson, test bilatéral).

L'analyse de la matrice de corrélation de Pearson (Tableau n°5) met en évidence des associations statistiquement significatives entre les caractéristiques individuelles des enquêtés (variable A) et l'ensemble des quatre groupes de symptômes du trouble de stress post-traumatique évalués à l'aide de l'échelle PCL-5. Toutes les corrélations entre A et les symptômes (B, C, D, E) sont négatives, ce qui confirme l'effet protecteur des ressources personnelles (résilience, formation en psychotraumatologie, soutien social perçu, stratégies de coping adaptées) sur la symptomatologie post-traumatique. La corrélation la plus forte est observée entre les caractéristiques individuelles et les symptômes d'hyperactivité neurovégétative ($r = -0,696$; $p < 0,001$), indiquant une corrélation négative forte qui montre que plus les ressources individuelles sont élevées, plus les manifestations neurovégétatives diminuent. Viennent ensuite, par ordre décroissant d'intensité, l'évitement ($r = -0,516$; $p < 0,001$), les reviviscences ($r = -0,438$; $p = 0,004$) et la modification des cognitions et de l'humeur ($r = -0,392$; $p = 0,010$). Par ailleurs, les quatre groupes symptomatiques du TSPT sont positivement et significativement corrélés entre eux, ce qui atteste de la cohérence interne du construit mesuré par la PCL-5. La corrélation la plus marquée est observée entre les symptômes d'évitement et l'hyperactivité neurovégétative ($r = 0,785$; $p < 0,001$), suggérant ainsi que ces deux dimensions évoluent de manière étroitement liée chez les enquêtés. Donc statiquement, nous pouvons dire qu'aux seuils de 5% et de 1%, il existe une liaison significative entre les caractéristiques individuelles et les symptômes du TSPT. Ces résultats valident l'hypothèse de recherche selon laquelle les caractéristiques individuelles constituent un facteur déterminant dans l'expression des symptômes du TSPT chez les psychologues et agents de santé, et plaident en faveur du renforcement des dispositifs de

formation en psychotraumatologie, de supervision clinique et de soutien psychosocial des professionnels exposés.

3.1.7. Résultats du guide d'entretien avec l'administration

Tableau n°6 : Tableau comparatif des fréquences et verbatims (discours) clés

Catégorie	Psychologues	Agents de santé
Formation en psychotraumatologie	Fréquence : 14/14 formés. Verbatims : “La formation m’a surtout appris qu’il ne fallait pas confondre le fait de tenir avec le fait de se taire.” ; “La formation (...) offre des repères pour comprendre ce qui nous arrive.”	Fréquence : 20/28 formés, 8/28 non formés. Verbatims : “On sait généralement quoi faire pour les urgences médicales, mais pas toujours quoi faire de ce qui reste après.” ; “J’aurais aimé avoir davantage d’outils pour comprendre mes réactions.”
Exposition à un incident critique	Fréquence : 13/14 exposés. Verbatims : “Même en étant psychologue, on arrive pas à toujours garder une distance émotionnelle face à des situation.” ; “Le travail intérieur commence souvent après l’événement.”	Fréquence : 25/28 exposés. Verbatims : “Même au calme, je n’étais plus vraiment au calme.” ; “Certaines images reviennent sans prévenir.”
Soutien social perçu	Élevé : 5/14 ; Modéré : 6/14 ; Faible : 3/14. Verbatims : “Le soutien de mes collègues a vraiment compté.” ; “Le simple fait d’être accueilli (...) empêchait que la souffrance se transforme en isolement.”	Élevé : 5/28 ; Modéré : 18/28 ; Faible : 5/28. Verbatims : “Il y a une forme de solidarité, oui, mais pas toujours un vrai espace pour déposer ce qu’on ressent.” ; “On finit par avoir l’impression d’être entouré sans être réellement soutenu.”
Stratégies de coping	Adapté : 9/14 ; Peu adapté : 5/14 ; Absent :	Adapté : 5/28 ; Peu adapté : 15/28 ; Absent : 8/28.

	0/14. Verbatims : “J’ai appris à ritualiser certaines choses...” ; “Le coping, pour moi, c’est moins tenir coûte que coûte que maintenir des appuis.”	Verbatims : “Ma façon de tenir, c’était surtout de continuer.” ; “J’étais davantage dans une logique de survie que dans une vraie démarche d’adaptation.”
Consommation de substances psychoactives	Faible : 9/14 ; Modérée : 3/14 ; Élevée : 2/14. Verbatims : “J’ai préféré des moyens qui me régulent sans me dissocier de ce que je vis.” ; “L’alcool ou les médicaments pouvaient donner une illusion de repos.”	Faible : 7/28 ; Modérée : 11/28 ; Élevée : 10/28. Verbatims : “Il m’est arrivé de boire ou de fumer davantage.” ; “Ce n’était pas par plaisir, c’était pour ralentir.”
Réflexivité / fatigue intériorisée	Non quantifié directement. Verbatims : “Ce métier oblige à une double vigilance” ; “Être affecté ne signifie pas être incompetent.”	Non quantifié directement. Verbatims : “Je ne voulais pas trop parler pour ne pas inquiéter” ; “Je n’étais pas en train de gérer, j’étais en train de survivre.”

Source : Enquête terrain, novembre 2024

3.1.8. Résultats de l’analyse comparative

Pour donner une voix authentique aux chiffres et aux thèmes dégagés, nous présentons quelques extraits représentatifs.

- **La formation comme médiation de l’expérience traumatique**

Le premier résultat saillant concerne la formation en psychotraumatologie. Le tableau de structuration des données indique que l’ensemble des psychologues a bénéficié d’une formation en gestion du stress, tandis que près des trois quarts seulement des agents de santé déclarent avoir reçu une telle formation. Cet écart quantitatif trouve un prolongement qualitatif significatif dans les verbatims recueillis. Chez les psychologues, la formation n’apparaît pas exclusivement comme un acquis académique ou technique, mais

comme un véritable cadre d'intelligibilité de l'expérience (Crocq, 2014). Elle permet de reconnaître les phénomènes intrapsychiques à l'œuvre, d'identifier les signes précoces d'épuisement et de légitimer le fait d'être affecté par la rencontre avec la souffrance d'autrui.

Psychologue : « *La formation m'a surtout appris qu'il ne fallait pas confondre le fait de tenir bon avec le fait de ne pas parler.* » ;

Psychologue : « *Clairement, ma formation m'a servi. Pas pour supprimer ce que je ressentais, mais pour reconnaître ce qui m'arrivait. Je savais que si je laissais tout s'accumuler, j'allais m'effondrer à petit feu. Alors j'ai essayé d'être rigoureux avec moi-même: supervision clinique, temps de repos, activité physique, respiration, moments de silence.* ».

Chez les agents de santé, la tonalité du discours diffère sensiblement. L'insuffisance ou l'absence de formation est évoquée moins comme un déficit de savoir formel que comme l'absence de repères pour comprendre ce que la situation produit intérieurement. Ce décalage revêt une importance heuristique majeure. En effet, il révèle que l'un des écarts les plus significatifs entre les deux groupes réside dans la capacité à symboliser l'épreuve (Lebigot, 2005). Là où les psychologues disposent d'un langage et d'un cadre conceptuel structurant, les agents de santé décrivent davantage une exposition vécue sans outillage théorique suffisant pour l'élaborer (Boudoukha, 2012).

Agent de santé : « *On sait généralement quoi faire pour les urgences médicales, mais pour soi-même, on ne sait pas toujours quoi faire de ce qui reste après, dans la tête et dans le corps.* ».

- **Une exposition critique forte dans les deux groupes**

L'exposition à un incident critique s'avère particulièrement élevée dans les deux groupes professionnels. Sur le plan quantitatif, elle concerne la quasi-totalité des psychologues ainsi qu'une très large majorité des agents de santé. Ce constat invalide toute lecture qui réduirait la comparaison à une opposition entre groupe exposé et

groupe non exposé. Le facteur discriminant se situe ailleurs ; il réside dans la manière dont cette exposition est absorbée, transformée, verbalisée, partagée ou, à l'inverse, subie dans la durée (Vogt & King, 2004 ; Ouagazzal et al., 2019).

Dans les extraits issus du corpus des psychologues, l'exposition est fréquemment formulée en termes de franchissement de la barrière professionnelle, comme si quelque chose s'imprimait, traversait les défenses et exigeait un travail intérieur. L'accent est mis sur l'après-coup et sur la reprise psychique de ce qui a été vécu, dans une logique d'élaboration secondaire (Van der Kolk, 2022).

Psychologue : « *Au début, je pensais que j'étais préparé, psychologiquement. Mais quand on est face à des récits de violence, à des scènes qu'on n'oublie pas, le corps réagit. J'ai eu des nuits difficiles, des images qui revenaient, une fatigue émotionnelle importante.* ».

Chez les agents de santé, en revanche, les extraits mettent davantage l'accent sur le maintien d'une activation corporelle persistante, sur l'impossibilité de redescendre en intensité, ainsi que sur le retour intrusif des images traumatiques. Cette différence renvoie à des styles d'élaboration distincts plutôt qu'à des niveaux d'exposition fondamentalement différents (Brewin et al., 2000).

- **Le soutien social comme ligne de partage**

Le soutien social s'impose comme l'un des facteurs comparatifs les plus déterminants. Le tableau de fréquences révèle que les psychologues sont proportionnellement plus nombreux à rapporter un soutien social perçu comme élevé, tandis que les agents de santé se concentrent massivement dans la modalité du soutien modéré. Ce décalage statistique acquiert une signification plus précise lorsqu'il est confronté au matériau textuel. Chez les psychologues, le soutien est décrit comme un véritable espace de décharge et de reconnaissance (Cohen & Wills, 1985). Il permet de verbaliser la pesanteur d'une journée, d'éviter l'isolement face à ce qui a été vu ou entendu, et de prévenir la transformation du mal-être en repli social.

Psychologue : « *Le soutien de mes collègues m'a vraiment aidé. Pouvoir dire : "Aujourd'hui, c'était trop, j'étais débordé", sans craindre d'être jugé, ça change la manière de porter les choses.* » ;

Chez les agents de santé, en revanche, le soutien est plutôt décrit comme partiel, entravé, voire empêché. Si la solidarité existe entre collègues, elle ne se traduit pas systématiquement par un espace où chacun puisse déposer sa propre souffrance. Les autres sont eux-mêmes épuisés ; la parole est retenue afin de ne pas alourdir la charge collective ; la maison n'est pas toujours un lieu propice à l'expression, par souci de ne pas inquiéter les proches. Le soutien social se présente donc comme un horizon, mais demeure insuffisant en tant qu'expérience contenant (Bion, 1962). L'expression « être entouré sans être réellement soutenu » condense avec une remarquable acuité cette configuration relationnelle paradoxale.

Agent de santé : « *On finit par avoir l'impression d'être entouré sans être réellement soutenu.* ».

• Le coping : entre maintien d'appuis et logique de survie

L'analyse des stratégies de coping constitue probablement le cœur du différentiel observé entre les deux groupes. Les psychologues se situent majoritairement dans la catégorie du coping adapté. Le corpus donne chair à cette modalité ; il s'agit de ritualiser certaines pratiques, de ménager des temps de silence, de marcher, de solliciter une supervision clinique, de limiter les surcharges et d'observer ses propres signaux corporels et émotionnels. Le coping ne se manifeste pas, en l'occurrence, comme une réaction improvisée, mais comme un système d'appuis relativement stabilisé. Il fonctionne simultanément comme prévention de la saturation et comme dispositif de reprise de l'expérience (Carlson et al., 2016).

Psychologue « *Le coping, pour moi, ce n'est pas "tenir coûte que coûte" mais, c'est de maintenir des appuis pour pouvoir avancer.*

».

Chez les agents de santé, en revanche, les données indiquent une surreprésentation du coping peu adapté ou absent. Les verbatims décrivent une stratégie de continuation plus que de régulation caractérisée par rester occupé, ne pas penser, recommencer le lendemain, survivre. Dans ce registre, l'action protège temporairement contre l'effondrement, mais ne transforme pas la charge psychique sous-jacente. L'absence d'une stratégie claire de régulation conduit alors à une accumulation silencieuse, dont les répercussions se manifestent au niveau du sommeil, de l'irritabilité, de la fatigue chronique et du retrait social (McCauley et al., 2012).

Agent de santé : *« J'étais plus dans une logique de survie que dans une vraie démarche d'adaptation. ».*

- **Le recours aux substances comme indicateur indirect de vulnérabilité**

Le recours aux substances psychoactives s'affirme également comme un marqueur différenciateur important. Les psychologues se positionnent majoritairement dans la catégorie de consommation faible, alors que les agents de santé sont nettement plus représentés dans les consommations modérées ou élevées. Sur le plan qualitatif, cette différence prend la forme d'un rapport contrasté aux substances. Chez les psychologues, ces dernières sont appréhendées comme des solutions trompeuses, offrant une illusion de repos au prix d'une dissociation accrue de soi. Elles sont donc tenues à distance, au nom d'une cohérence réflexive (Lopez et al., 2016).

Chez les agents de santé, en revanche, la consommation est plus explicitement formulée comme un moyen de ralentir, de dormir, de retrouver une pause, fit-elle artificielle. Loin d'être décrite comme festive, elle est présentée comme compensatoire. Cette nuance revêt une importance majeure car elle révèle que la consommation ne constitue pas un comportement indépendant du reste de l'économie psychique, mais qu'elle s'insère dans un ensemble structurel fait de soutien partiel, de coping fragile, de fatigue accumulée et d'absence d'espaces pour déposer ce qui a été vécu (Khantzian, 1997 ; McCauley et al., 2012).

Agent de santé : « *Ce n'était pas par plaisir, c'était pour ralentir, pour retrouver une sensation de pause, même si c'est artificiel.* » :

Témoignage d'un autre agent de santé : « *Face à l'intensité des émotions et aux souvenirs récurrents, j'ai commencé à consommer davantage d'alcool. Ce n'est pas un choix, mais une manière de tenter d'apaiser une douleur qui semble insurmontable.* ».

- **Thème transversal émergent : réflexivité professionnelle versus fatigue intériorisée**

Au-delà des catégories initialement prévues par le cadre d'analyse, le corpus fait émerger un clivage transversal particulièrement heuristique. Chez les psychologues prédomine une réflexivité professionnelle, c'est-à-dire une capacité à observer ses propres états internes, à reconnaître ses limites, à se redonner une juste place et à réintégrer l'affect dans la compétence plutôt que de l'opposer à elle (Schön, 1983). Chez les agents de santé, en revanche, prédomine davantage une fatigue intériorisée, faite de silence, de retenue, de poursuite du travail malgré l'usure et de difficulté à demander de l'aide (Maslach et al., 2001). Cette opposition n'est pas absolue, mais elle résume avec force les logiques subjectives dominantes de chaque groupe, comme en témoignent les extraits suivants.

Psychologue : « *Être affecté ne signifie pas être incompetent.* » ;

Du point de vue d'un autre psychologue : « *Chaque fois que je me retrouve sur le terrain, je ressens une peur qui, malgré les briefings, me hante longtemps après l'événement. Ce sentiment d'impuissance se répercute sur ma vie personnelle.* » ;

Agent de santé : « *Avec du recul, je crois que je n'étais pas en train de gérer, j'étais en train de survivre.* ».

Ces citations viennent illustrer et humaniser les constats quantitatifs, renforçant ainsi la cohérence de l'analyse intégrée et la validité interprétative de la démarche (Paillé & Mucchielli, 2016).

3.1.9. Croisement des résultats pcl-5 et de l'analyse thématique des entretiens

Le croisement entre l'analyse thématique des entretiens et les données issues de l'échelle PCL-5 (Weathers et al., 2018) repose sur une logique d'intégration groupale. Les psychologues et les agents de santé sont traités comme deux cas collectifs comparables. D'une part, l'analyse menée à l'aide du logiciel NVivo renseigne sur la formation en psychotraumatologie, l'exposition à un incident critique, le soutien social perçu, les stratégies de coping et la consommation de substances. D'autre part, le PCL-5 fournit une mesure structurée des quatre dimensions symptomatiques du Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) que sont les reviviscences, l'évitement, les altérations négatives des cognitions et de l'humeur, ainsi que l'hyperactivité neurovégétative (American Psychiatric Association [APA], 2013). Le rapprochement de ces deux niveaux d'analyse permet d'évaluer si les groupes qui apparaissent les plus protégés sur le plan thématique sont également ceux qui présentent les profils symptomatiques les plus favorables.

En croisant les résultats issus de l'échelle PCL-5 et l'analyse thématique des entretiens, plusieurs constats convergents émergent. Tout d'abord, les deux groupes professionnels apparaissent fortement exposés à des événements potentiellement traumatogènes, ce qui exclut toute lecture simpliste selon laquelle les différences observées seraient imputables exclusivement à un niveau d'exposition plus élevé chez l'un ou l'autre groupe. Les données relatives aux caractéristiques individuelles confirment, en effet, une exposition critique élevée tant chez les psychologues que chez les agents de santé. Dès lors, l'enjeu analytique se déplace : ce qui différencie principalement les deux groupes relève moins de l'exposition en tant que telle que de la qualité des ressources disponibles pour traiter, contenir et symboliser cette exposition (Boudoukha et al., 2017).

Le premier point de convergence entre les deux niveaux d'analyse concerne le profil globalement plus protecteur des psychologues. Sur le versant thématique de l'analyse NVivo, ces derniers apparaissent davantage soutenus par une formation en psychotraumatologie plus systématique, par un soutien social perçu

comme plus contenant, ainsi que par des stratégies de coping plus fréquemment adaptées. Sur le versant quantitatif, cette configuration trouve un écho direct dans les résultats du PCL-5 où les psychologues sont plus fréquemment représentés dans les niveaux faibles, en particulier pour les dimensions d'évitement et d'hyperactivité neurovégétative. Autrement dit, le groupe qui apparaît le mieux outillé sur les plans subjectif et professionnel est également celui qui présente le profil symptomatique le moins sévère sur les dimensions les plus discriminantes du TSPT.

A l'inverse, les agents de santé se caractérisent par une forme de vulnérabilité cumulative (Hobfoll et al., 2021). L'analyse thématique les situe plus fréquemment dans des configurations marquées par un soutien social modéré ou insuffisant, des stratégies de coping peu adaptées ou absentes, ainsi qu'un recours compensatoire plus prononcé aux substances psychoactives. Cette lecture qualitative se trouve confirmée par les résultats du PCL-5, où les agents de santé présentent des niveaux modérés à élevés nettement plus marqués pour l'évitement et, surtout, pour l'hyperactivité neurovégétative. Cette convergence suggère que le trauma, chez ce groupe, tend à se maintenir sous la forme d'une alerte persistante, d'une tension corporelle, d'un retrait psychique et d'une difficulté de récupération, plutôt que d'être transformé par un travail d'élaboration symbolique.

Un autre enseignement majeur de cette lecture croisée réside dans le fait que l'évitement et l'hyperactivité neurovégétative constituent les dimensions les plus révélatrices de la différenciation intergroupe. Alors que les reviviscences se manifestent dans les deux groupes avec un écart relativement modéré, l'évitement et l'état d'alerte prolongé discriminent beaucoup plus nettement les agents de santé des psychologues. Sur le plan clinique, ce constat signifie que les différences ne portent pas uniquement sur la présence de souvenirs intrusifs, mais surtout sur la manière dont les sujets vivent l'après-coup ; soit dans une dynamique de mise à distance, de silence et de suractivation, soit dans une dynamique plus élaborative, appuyée sur des ressources internes et relationnelles (Van der Kolk, 2022 ; Yehuda et al., 2015).

Le croisement des deux analyses met également en lumière le rôle central du soutien social et du coping en tant que variables médiatrices. Dans le corpus thématique, les psychologues décrivent

plus fréquemment des espaces de parole, de supervision et de reconnaissance de leur surcharge émotionnelle, tandis que les agents de santé évoquent plus souvent un entourage présent mais peu contenant, ou une impossibilité de réellement déposer ce qui a été vécu. Cette différence apparaît fondamentale, dans la mesure où elle éclaire la logique selon laquelle un soutien social de qualité ne protège pas uniquement contre la détresse immédiate, mais contribue également à réduire l'évitement, à limiter l'isolement et à favoriser des formes de régulation plus ajustées (Cohen & Wills, 1985 ; Ozer et al., 2003).

Par ailleurs, le lien entre consommation de substances et souffrance post-traumatique acquiert ici une valeur interprétative déterminante. Les données thématiques révèlent que les agents de santé sont davantage représentés dans les catégories de consommation modérée à élevée, les verbatims décrivant cette consommation comme une tentative d'apaisement, de ralentissement ou d'oubli. Cette lecture s'avère cohérente avec les résultats du PCL-5, qui mettent en évidence, chez ce même groupe, une forte prévalence des symptômes d'évitement et d'hyperactivité. La consommation de substances peut donc être appréhendée non comme un phénomène isolé, mais comme l'un des prolongements possibles d'un appareil psychique surchargé, peu soutenu et contraint de trouver des solutions compensatoires faute d'espaces d'élaboration suffisants (Khantzian, 1997 ; McCauley et al., 2012).

Ainsi, l'intégration des deux niveaux d'analyse autorise une interprétation d'ensemble : les différences entre psychologues et agents de santé ne relèvent pas principalement de la quantité d'expositions traumatiques, mais de la qualité des médiations disponibles pour les traiter. Les psychologues semblent bénéficier plus fréquemment d'un cadre de compréhension, d'un soutien relationnel et d'un coping structuré qui limitent l'installation des symptômes les plus envahissants. Les agents de santé, en revanche, apparaissent davantage exposés à une dynamique de survie psychique, où l'évitement, l'hyperactivation et les comportements compensatoires deviennent des réponses plus fréquentes à une charge traumatique insuffisamment élaborée.

- Appuis verbatim pour la lecture croisée

Psychologue : « La formation m’a surtout appris qu’il ne fallait pas confondre le fait de tenir avec le fait de se taire. » ;

Psychologue : « Le soutien de mes collègues a vraiment compté. Pouvoir dire : “Aujourd’hui, c’était trop”, sans craindre d’être jugé, ça change la manière de porter les choses.» ;

Psychologue PY : « *Chaque fois que je me retrouve sur le terrain, je ressens une peur qui, malgré les débriefings, me hante longtemps après l’événement.* » ;

Agent de santé ST : « *On finit par avoir l’impression d’être entouré sans être réellement soutenu.* » ;

Agent de santé BG : « *J’étais davantage dans une logique de survie que dans une vraie démarche d’adaptation.* » ;

Agent de santé A0 : « *Face à l’intensité des émotions et aux souvenirs récurrents, j’ai commencé à consommer davantage d’alcool.* » ;

Agent de santé TK : « J’ai commencé à consommer davantage la cigarette... c’était une nécessité pour arriver à manger. ».

Ces extraits soutiennent la cohérence de l’interprétation croisée. Les verbatims associés aux psychologues renvoient davantage à la mise en sens, à la reconnaissance de la charge émotionnelle et à l’existence d’appuis symboliques ou relationnels. Les verbatims associés aux agents de santé, en revanche, mettent en avant la saturation, la survie psychique, le défaut de soutien pleinement contenant et les conduites compensatoires. Leur juxtaposition avec les distributions du PCL-5 renforce la lisibilité des écarts entre les deux groupes et confirme la pertinence d’une approche méthodologique mixte (Creswell & Plano Clark, 2018).

3.2. Discussion

Les résultats de la présente étude révèlent une prévalence élevée des symptômes du TSPT chez les humanitaires soignants intervenant en zones à haut risque, confirmant ainsi l’impact délétère

de l'exposition répétée aux événements traumatisants (Connorton et al., 2012; Madoro et al., 2020). Les données quantitatives recueillies à partir de l'échelle PCL-5 (Weathers et al., 2018) indiquent que 69 % des participants présentent des scores modérés à sévères. Parallèlement, l'analyse qualitative des entretiens met en lumière des vécus marqués par l'hypervigilance, les reviviscences (flashbacks) et une détresse émotionnelle significative (Van der Kolk, 2022). Par ailleurs, l'observation de douze cas de mésusage de substances vient appuyer l'hypothèse selon laquelle certains comportements d'automédication peuvent être adoptés comme stratégies de coping, bien qu'inadaptées dans un contexte de forte exposition au stress (McCauley et al., 2012). La littérature scientifique souligne que les facteurs individuels occupent une place essentielle dans l'émergence et le développement des symptômes du TSPT (Vogt & King, 2004). Selon ces auteurs, le TSPT résulte de l'enchevêtrement entre les facteurs de risque individuels et la nature de l'événement traumatogène (Carlson et al., 2016 ; Ouagazzal et al., 2019). De même, les troubles de l'usage de substances pourraient s'interpréter comme une tentative paradoxale de réaménagement de la mémoire traumatique, relevant d'une logique d'automédication (Lopez et al., 2016 ; McCauley et al., 2012). Les constats de la présente étude rejoignent ainsi les travaux antérieurs qui établissent un lien robuste entre l'exposition à des situations traumatisantes et l'apparition de symptômes de TSPT, en particulier chez les intervenants en milieu de crise (Slewa-Younan et al., 2015 ; Strohmeier & Scholte, 2019). La littérature rappelle, en effet, que la réponse au traumatisme est modulée par un ensemble de facteurs individuels, tels que la résilience, le soutien social perçu et l'expérience antérieure face à des situations stressantes (Boudoukha, 2012 ; Cyrulnik, 2012). Les résultats de notre étude, qui indiquent que les humanitaires soignants présentent des symptômes de TSPT accompagnés de comorbidités, s'inscrivent en cohérence avec les recherches antérieures soulignant le rôle des caractéristiques individuelles dans l'étiopathogénie du TSPT (Pai et al., 2017 ; Sareen et al., 2014). En mettant en évidence l'influence de ces caractéristiques personnelles, nos résultats confirment l'hypothèse selon laquelle l'impact psychologique du traumatisme n'est pas uniforme et qu'une approche centrée sur l'individu s'avère nécessaire pour mieux comprendre les mécanismes de vulnérabilité et les stratégies

d'adaptation mobilisées (Boudoukha et al., 2017). A ce titre, il convient, face à toute conduite addictive, de rechercher systématiquement l'existence d'antécédents traumatiques (confrontation à la mort, viols, agressions sexuelles, maltraitements, etc.) (Christin & Ogle, 2013 ; D'Andrea et al., 2011).

Les implications de ces résultats sont multiples, en particulier pour les ONG opérant dans des environnements à haut risque tels que le Burkina Faso. En premier lieu, la forte prévalence des symptômes du TSPT et des comportements d'automédication appelle à la mise en place de dispositifs de soutien psychologique adaptés et préventifs (Dyregrov & Regal, 2012). De tels dispositifs pourraient inclure des séances régulières de débriefing, la mise en place de groupes de soutien par les pairs, ainsi que des formations spécifiques portant sur la gestion du stress (Auxéméry, 2018). En second lieu, l'intégration d'une composante de suivi individuel, tenant compte des caractéristiques personnelles de chaque intervenant, permettrait d'identifier précocement les personnes à risque et de personnaliser les interventions thérapeutiques (Carlson, 2001 ; Perrin, 2014).

3.3. Limites de l'étude

A l'instar de toute recherche, la présente étude présente plusieurs limites qui doivent être prises en compte.

D'abord, la taille de l'échantillon constitue une limite notable. Bien que les 42 professionnels enquêtés permettent d'identifier des tendances pertinentes et de dégager des configurations cliniques cohérentes, cet effectif demeure limité quant à la possibilité de généralisation des résultats à l'ensemble des populations humanitaires intervenant dans des contextes similaires. Les conclusions tirées appellent donc à une certaine prudence interprétative et gagneraient à être consolidées par des recherches portant sur des échantillons plus étendus.

Ensuite, il convient de souligner l'existence d'un possible biais de sélection. Les participants, sélectionnés sur la base de leur expérience de terrain, pourraient présenter une résilience ou une sensibilité particulière qui ne reflète pas nécessairement la diversité de la population des intervenants humanitaires. Ce biais induit une lecture

potentiellement orientée du phénomène étudié et invite à interroger les modalités de recrutement dans les recherches futures.

Enfin, la temporalité de l'enquête constitue une troisième limite importante. Le caractère transversal de l'étude ne permet pas d'apprécier l'évolution dynamique des symptômes psychotraumatiques au fil du temps. Une étude longitudinale apparaîtrait dès lors particulièrement pertinente pour évaluer la trajectoire des symptômes du TSPT, repérer les phases de chronicisation éventuelle et identifier les périodes critiques d'intervention (Bonanno, 2014 ; Perrin, 2014).

3.4. Perspectives de recherche futures

Les résultats obtenus ouvrent plusieurs pistes pour des recherches ultérieures. En effet, le développement d'études longitudinales apparaît particulièrement souhaitable. Le suivi de l'évolution des symptômes du TSPT et des comportements d'automédication sur une période prolongée permettrait de mieux comprendre l'impact à long terme de l'exposition répétée aux traumatismes, ainsi que les mécanismes de rémission spontanée et de chronicisation (Kolassa et al., 2010).

Aussi, une comparaison inter-contextes s'avère envisageable. La réalisation de comparaisons entre différents contextes géographiques et différents types d'interventions humanitaires permettrait d'identifier des facteurs contextuels supplémentaires susceptibles de moduler la réponse au traumatisme (Slewa-Younan et al., 2015 ; Strohmeier & Scholte, 2019).

En somme, les résultats de cette recherche mettent en exergue la complexité de l'impact psychologique des conditions de travail en zone à risque sur les intervenants humanitaires. La nécessité d'adopter une approche intégrée prenant en compte à la fois les aspects de l'exposition traumatique et les caractéristiques individuelles apparaît comme primordiale pour concevoir des interventions de soutien efficaces.

Ces conclusions invitent également à repenser les dispositifs de prévention et d'accompagnement dans des environnements de crise afin de mieux protéger la santé mentale des professionnels sur le terrain.

Conclusion

La présente étude s'est attachée à examiner les manifestations du psychotraumatisme chez les humanitaires soignants en l'occurrence, les psychologues et les agents de santé intervenant dans les zones à haut risque du Burkina Faso, pays confronté depuis 2015 à une crise sécuritaire ayant engendré des déplacements internes massifs. Inscrite dans une approche intégrative articulant les modèles centrés sur l'événement traumatogène et ceux mettant l'accent sur les caractéristiques individuelles, la recherche a privilégié une méthodologie mixte, associant l'échelle PCL-5 à une analyse qualitative d'entretiens semi-directifs auprès de 42 professionnels. Les résultats indiquent une prévalence élevée des symptômes du Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) avec 69 % des participants présentant des scores modérés à sévères. Douze cas de mésusage de substances à visée compensatoire ont par ailleurs été identifiés. Le croisement des données quantitatives et qualitatives objective un constat central à savoir que les différences interindividuelles ne tiennent pas à l'intensité de l'exposition, comparable dans les deux groupes, mais à la qualité des médiations disponibles pour l'élaborer (Van der Kolk, 2022). Les psychologues mobilisent une réflexivité professionnelle structurée par la formation, le soutien social contenant et un coping adapté. Les agents de santé quant à eux, apparaissent davantage exposés à une vulnérabilité cumulative, marquée par l'évitement et l'hyperactivité neurovégétative. Ces données valident l'hypothèse centrale selon laquelle les caractéristiques individuelles déterminent l'expression symptomatique du TSPT et appellent à une approche d'accompagnement différenciée, articulée autour de quatre leviers complémentaires qui sont le débriefing post-incident, la supervision clinique, les groupes de soutien par les pairs et les formations en psychotraumatologie (Dyregrov & Regel, 2012). Les limites identifiées qui sont la taille modérée de l'échantillon, le biais de sélection possible et le caractère transversal du recueil invitent à la conduite d'études longitudinales et de comparaisons inter-contextes. Vu le manque de recherches empiriques menées sur cette population au Burkina Faso, la présente étude contribue à enrichir la littérature scientifique consacrée à la psychologie du traumatisme en contexte humanitaire et fournit des recommandations opérationnelles pour le

renforcement des programmes de Santé Mentale et de Soins psychologiques des équipes au sein des organisations non gouvernementales.

Références Bibliographiques

AL-OGAIDI Firas. A., 2018. Les effets du trouble de stress post-traumatique de la guerre chez les civils irakiens, Thèse de doctorat, Université d'Aix-Marseille

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*, American Psychiatric Publishing, Arlington, VA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2015. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5^e édition)*, Elsevier Masson, Paris

AUXÉMÉRY Yann, 2018, « Prévalences du trouble de stress post-traumatique et du stress perçu par les gendarmes : quelle(s) corrélation(s) avec la consommation de soins ? », in Annales Médico-Psychologiques, vol. 176, N°8, 2018, pp. 732-740.

BENJET Corina, BROMET Evelyn, KARAM Elie G., KESSLER Ronald C., MCLAUGHLIN Katie A. et RUSCIO Ayelet M., 2016, « The epidemiology of traumatic event exposure worldwide : results from the World Mental Health Survey Consortium », in Psychological Medicine, vol. 46, N°2, 2016, pp. 327-343.

BION Wilfred R., 1962. Aux sources de l'expérience, Presses Universitaires de France, Paris

BONANNO George A., 2004, « Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? », in *American Psychologist*, vol. 59, N°1, Janvier 2004, pp. 20-28.

BOUDOUKHA Abdel Halim, 2012. Clinique et psychopathologie du vécu des événements au cours de la vie : vulnérabilités et psychothérapie, Habilitation à diriger des recherches, Université de Nantes

BOUDOUKHA Abdel Halim, OUAGAZZAL Omar et GOUTAUDIER Nelly, 2017, « When traumatic event exposure characteristics matter : impact of traumatic event exposure characteristics on posttraumatic and dissociative symptoms », in

Psychological Trauma : Theory, Research, Practice, and Policy, vol. 9, N°5, 2017, pp. 561-566.

BOUVIER G., 2019, « Les traumatismes vicariants : définition, contexte et propositions de prise en charge », in *European Journal of Trauma & Dissociation*, vol. 3, N°3, 2019, pp. 163-169.

BOVIN Michelle J., MARX Brian P., WEATHERS Frank W., GALLAGHER Matthew W., RODRIGUEZ Paola, SCHNURR Paula P. et KEANE Terence M., 2016, « Psychometric properties of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (PCL-5) in veterans », in *Psychological Assessment*, vol. 28, N°11, Novembre 2016, pp. 1379-1391.

BREWIN Chris R., ANDREWS Bernice et VALENTINE John D., 2000, « Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults », in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 68, N°5, Octobre 2000, pp. 748-766.

BRYANT Richard A., EDWARDS B., CREAMER Mark, O'DONNELL Meaghan, FORBES David et FELMINGHAM Kim L., 2018, « The effect of post-traumatic stress disorder on refugees' parenting and their children's mental health : a cohort study », in *The Lancet Public Health*, vol. 3, N°5, 2018, pp. 249-258.

CARLSON Eve B., 2001, « Psychometric study of a brief screen for PTSD : assessing the impact of multiple traumatic events », in *Assessment*, vol. 8, N°4, 2001, pp. 431-441.

CARLSON Eve B., PALMIERI Patrick A., FIELD Nigel P., DALENBERG Constance J., MACIA K. S. et SPAIN David A., 2016, « Contributions of risk and protective factors to the prediction of psychological symptoms after traumatic experiences », in *Comprehensive Psychiatry*, vol. 68, 2016, pp. 106-115.

CHAILLOU-CHEISSON P.-H., 2021. Le trouble du stress post-traumatique complexe : quelles caractéristiques et quelle prise en charge ? Une revue de la littérature, Mémoire, Sciences du Vivant

CHAMPION Françoise, 2013, « La nouvelle présence du religieux dans la psychiatrie contemporaine », in *Archives de Sciences Sociales des Religions*, N°163, 2013, pp. 17-38.

CHRISTIN M. et OGLE D. C., 2013, « La fréquence et l'impact de l'exposition à des événements potentiellement traumatisants au cours de la vie », in *Psychological Trauma : Theory, Research, Practice, and Policy*, vol. 5, N°5, 2013, pp. 485-493.

COHEN Keren et COLLENS Paula, 2013, « L'impact du travail en traumatologie sur les travailleurs en traumatologie : une métasynthèse sur le traumatisme vicariant et la croissance post-traumatique par procuration », in *Psychological Trauma : Theory, Research, Practice, and Policy*, vol. 5, N°6, 2013, pp. 570-580.

COHEN Sheldon et WILLS Thomas A., 1985, « Stress, social support, and the buffering hypothesis », in *Psychological Bulletin*, vol. 98, N°2, 1985, pp. 310-357.

CONNORTON Ellen, PERRY Melissa J., HEMENWAY David et MILLER Matthew, 2012, « Humanitarian relief workers and trauma-related mental illness », in *Epidemiologic Reviews*, vol. 34, N°1, 2012, pp. 145-155.

CONSEIL NORVÉGIEN POUR LES RÉFUGIÉS, 2023. *Rapport sur la situation humanitaire et sécuritaire au Burkina Faso*, NRC, Oslo

CROCQ Louis, 2014. *Traumatismes psychiques : prise en charge psychologique des victimes* (2^e éd.), Elsevier Masson, Paris

D'ANDREA Wendy, SHARMA R., ZELECHOSKI Amanda D. et SPINAZZOLA Joseph, 2011, « Physical health problems after single trauma exposure : when stress takes root in the body », in *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, vol. 17, N°6, 2011, pp. 378-392.

DE FOUCHIER Capucine et KÉDIA Marianne, 2018, « Trauma-related mental health problems and effectiveness of a stress management group in national humanitarian workers in the Central African Republic », in *Intervention*, vol. 16, N°2, 2018, pp. 103-109.

DYREGROV Atle et REGEL Stephen, 2012, « Early interventions following exposure to traumatic events : implications for practice from recent research », in *Journal of Loss and Trauma*, vol. 17, N°3, 2012, pp. 271-291.

EMELIE K., 2023. *MatheO*, Mémoire de master non publié, Université de Liège, Faculté des Sciences sociales

GOUTAUDIER Nelly, CLARYS David, TUDORACHE A. C. et BOUDOUKHA Abdel Halim, 2020, « La croissance post-traumatique : quand le traumatisme devient bénéfique », in *La Presse Médicale Formation*, vol. 1, N°2, 2020, pp. 151-156.

HAUT-COMMISSARIAT DES NATIONS UNIES POUR LES RÉFUGIÉS, 2024. *Burkina Faso : situation des déplacés internes et besoins humanitaires*, HCR, Genève

HOBFOLL Stevan E., GAFFEY Allison E. et WAGNER L. M., 2021, « PTSD and the influence of context : the self as a prism for understanding posttraumatic stress reactions », in *Journal of Anxiety Disorders*, vol. 77, 2021, art. 102327

HOBFOLL Stevan E., WATSON Patricia, BELL Carl C., BRYANT Richard A., BRYMER Melissa J., FRIEDMAN Matthew J. et al., 2007, « Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence », in *Psychiatry*, vol. 70, N°4, December 2007, pp. 283-315.

JOLLY A., 2000, « Événements traumatiques et état de stress post-traumatique : une revue de la littérature épidémiologique », in *Annales Médico-Psychologiques*, vol. 158, N°5, 2000, pp. 370-378.

KHANTZIAN Edward J., 1997, « The self-medication hypothesis of substance use disorders : a reconsideration and recent applications », in *Harvard Review of Psychiatry*, vol. 4, N°5, 1997, pp. 231-244.

KOLASSA Iris-Tatjana, ERTL Verena, ECKART Cindy, KOLASSA S., ONYUT Lamaro P. et ELBERT Thomas, 2010, « Spontaneous remission from PTSD depends on the number of traumatic event types experienced », in *Psychological Trauma : Theory, Research, Practice, and Policy*, vol. 2, N°3, 2010, pp. 169-174.

LEBIGOT François, 2005. *Traiter les traumatismes psychiques : clinique et prise en charge*, Dunod, Paris

LOPEZ A., BECOÑA E., VIEITEZ I., CANCELO J., SOBRADELO J., GARCÍA J. M., LAGE M. T., LLOVES M., GARRIDO J., SANMARTÍN E., MAGDALENA A. et VÁZQUEZ M. J., 2016, « Évaluation des événements traumatiques chez des consommateurs de drogues dépendants », in *Adicciones*, vol. 28, N°3, 2016, pp. 145-153.

LOPEZ G., SAUMIER D. et BRUNET Alain, 2016, « Les troubles de l'usage des substances et le psychotraumatisme : entre automédication et mémoire traumatique », in *Revue francophone du stress et du trauma*, vol. 16, N°2, 2016, pp. 85-94.

MADORO Derebe, KEREBIH H., HABTAMU Y., G/TSADIK M., MOKONA H. et MOLLA A., 2020, « Posttraumatic stress disorder and associated factors among internally displaced people in South Ethiopia : a cross-sectional study », in *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, vol. 16, 2020, pp. 2317-2326.

MASLACH Christina, SCHAUFELI Wilmar B. et LEITER Michael P., 2001, « Job burnout », in *Annual Review of Psychology*, vol. 52, N°1, 2001, pp. 397-422.

MCCAULEY Jenna L., KILLEEN Therese, GROS Daniel F., BRADY Kathleen T. et BACK Sudie E., 2012, « Posttraumatic stress disorder and co-occurring substance use disorders : advances in assessment and treatment », in *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol. 19, N°3, 2012, pp. 283-304.

MOLLICA Richard F., LOPES CARDOZO B., OSOFSKY Howard J., RAPHAEL Beverley, AGER Alastair et SALAMA Peter, 2004, « Mental health in complex emergencies », in *The Lancet*, vol. 364, N°9450, 2004, pp. 2058-2067.

MOLLICA Richard F., MCINNES Keith, POOLE Charles et TOR Svang, 1998, « Dose-effect relationships of trauma to symptoms of depression and post-traumatic stress disorder among Cambodian survivors of mass violence », in *British Journal of Psychiatry*, vol. 173, N°6, Décembre 1998, pp. 482-488.

OGLE Christin M., RUBIN David C. et SIEGLER Ilene C., 2014, « Cumulative exposure to traumatic events in older adults », in *Aging & Mental Health*, vol. 18, N°3, 2014, pp. 316-325.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 1993. *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10), 10^e révision*, OMS, Genève

OUAGAZZAL Omar, 2020. Événements traumatogènes et symptômes post-traumatiques : clinique, évaluation et conséquences psychopathologiques de l'exposition aux événements traumatogènes, Thèse de doctorat, Université de Nantes

OUAGAZZAL Omar, BERNOUSSI M., POTARD Catherine et BOUDOUKHA Abdel Halim, 2019, « Life events, stressful events and traumatic events : a closer look at their effects on post-traumatic stress symptoms », in *European Journal of Trauma & Dissociation*, vol. 3, N°3, 2019, pp. 171-177.

OZER Emily J., BEST Suzanne R., LIPSEY Tami L. et WEISS Daniel S., 2003, « Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis », in *Psychological Bulletin*, vol. 129, N°1, 2003, pp. 52-73.

PAI Anushka, SURIS Alina M. et NORTH Carol S., 2017, « Posttraumatic stress disorder in the DSM-5: controversy, change, and conceptual considerations », in *Behavioral Sciences*, vol. 7, N°1, 2017, art. 7

PAILLÉ Pierre et MUCCHIELLI Alex, 2016. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4^e éd.), Armand Colin, Paris

PERRIN M. V., 2014, « Déterminants du développement du trouble de stress post-traumatique dans la population générale », in *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 49, N°3, 2014, pp. 447-457.

SAREEN Jitender, ERICKSON Julie, MEDVED Maria I., ASMUNDSON Gordon J. G., ENNS Murray W., STEIN Murray B., LESLIE William, DOUPE Malcolm et LOGSETTY Sarwat, 2014, « Trouble de stress post-traumatique chez les adultes : impact, comorbidité, facteurs de risque et traitement », in *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, vol. 59, N°9, 2014, pp. 460-467.

SCHÖN Donald A., 1983. *The Reflective Practitioner : How Professionals Think in Action*, Basic Books, New York

SLEWA-YOUNAN Shameran, URIBE GUAJARDO M. G., HERISEANU A. et HASAN T., 2015, « A systematic review of post-traumatic stress disorder and depression amongst Iraqi refugees located in western countries », in *Journal of Immigrant and Minority Health*, vol. 17, N°4, 2015, pp. 1231-1239.

STROHMEIER Hannah et SCHOLTE Willem F., 2015, « Trauma-related mental health problems among national humanitarian staff: a systematic review of the literature », in *European Journal of Psychotraumatology*, vol. 6, Novembre 2015, article 28541.

VAN DER KOLK Bessel A., 2022. *Le corps n'oublie rien : le cerveau, l'esprit et le corps dans la guérison du traumatisme*, Albin Michel, Paris

VOGT Dawne S. et KING Daniel W., 2004, « Risk pathways for PTSD : making sense of the literature », in *Journal of Traumatic Stress*, vol. 17, N°2, 2004, pp. 121-137.

WEATHERS Frank W., BOVIN Michelle J., LEE Daniel J., SLOAN Denise M., SCHNURR Paula P., KALOUPEK Danny G., KEANE Terence M. et MARX Brian P., 2018, « The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5): development and initial psychometric evaluation in military veterans », in *Psychological Assessment*, vol. 30, N°3, 2018, pp. 383-395.

WEATHERS Frank W., LITZ Brett T., KEANE Terence M., PALMIERI Patrick A., MARX Brian P. et SCHNURR Paula P., 2013. *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*, National Center for PTSD, Boston

YAMIEN I., MBARKOUTOU M., MOHAMADOU G. et CHATOT F., 2022. La prise en charge des troubles psychiques dans le Bassin du Lac Tchad, Résilac

YEHUDA Rachel, HOGE Charles W., MCFARLANE Alexander C., VERMETTEN Eric, LANIUS Ruth A., NIEVERGELT Caroline M., HOBFOLL Stevan E., KOENEN Karestan C., NEYLAN Thomas C. et HYMAN Steven E., 2015, « Post-traumatic stress disorder », in *Nature Reviews Disease Primers*, vol. 1, N°1, 2015, art. 15057