

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix-Travail-Patrie

\*\*\*\*\*

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

\*\*\*\*\*

FACULTES DES SCIENCES DE L'EDUCATION

\*\*\*\*\*

CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION  
DOCTORAL (CRFD) EN SCIENCES HUMAINES  
SOCIALES ET EDUCATIVE

\*\*\*\*\*

UNITE DE RECHERCHE ET DE FORMATION  
DOCTORALE EN SCIENCE DE L'EDUCATION ET  
EN INGENIERIE EDUCATIVE

\*\*\*\*\*

DEPARTEMENT DE L'EDUCATION SPECIALISEE



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace-Work-Fatherland

\*\*\*\*\*

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

\*\*\*\*\*

POSTE GRADUATED SCHOOL FOR  
SOCIAL HUMAN AND EDUCATIONAL  
SCIENCES

\*\*\*\*\*

DOCTORAL UNITE OF RESEARCH AND  
TRAINING IN SCIENCES AND  
EDUCATIONAL INGENEERING

\*\*\*\*\*

FACULTY OF EDUCATION

\*\*\*\*\*

DEPARTMENT OF SPECIALISED  
EDUCATION

**ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET TROUBLES DU  
COMPORTEMENT :**

**CAS DES MILITAIRES REVENANT DE LA LUTTE CONTRE BOKO-HARAM**

*Mémoire rédigé et présenté en vue de l'obtention du diplôme de Master en Sciences de  
l'Education*

*Filière: EDUCATION SPECIALISEE  
Option : Handicaps Sociaux et Conseils*

*Présenté par :*

**ALPHONSE TCHANGDOUM**

*Licence en Psychologie*

*Matricule : 15X3586*

*Sous la direction de :*

**Dr IGOUI MOUNANG Gilbert**

*Chargé de cours (CC).*

*Soutenu le 27 juillet 2023*

*Membre du jury :*

**Président : Pr. TSALA TSALA Jacques Philippe**

**Rapporteur : Dr. IGOUI MOUNANG Gilbert**

**Examineur : Dr. BANINDJEL Joachen**



## SOMMAIRE

REMERCIEMENTS .....	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	iv
LISTE DES FIGURES .....	v
LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES .....	vi
RÉSUMÉ.....	vii
ABSTRACT .....	viii
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE DE L'ÉTUDE .....	5
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE .....	6
CHAPITRE 2 : L'ÉTAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE ET LES TROUBLE DU COMPORTEMENT CHEZ LES SOLDATS ET SES THÉORIES EXPLICATIVES DU SUJET .....	35
DEUXIÈME PARTIE : CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET OPÉRATOIRE.....	90
CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....	91
CHAPITRE 4 : PRÉSENTATION DES CAS, SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DE.....	106
L'ENTRETIEN ET DU TEST, INTERPRÉTATION DES RESULTATS, DISCUSSION ET RECOMMANDATION .....	106
CONCLUSION GÉNÉRALE .....	133
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	137
ANNEXES .....	143
TABLE DE MATIÈRES.....	157

*A mes parents :*

*Mon père TCHANGDOUM Maurice NGAVOUTTAH*

*Et*

*Ma mère DJOCDADA Claudine*

## REMERCIEMENTS

La réalisation de ce présent travail aurait été impossible sans l'encadrement, les encouragements, l'aide et la contribution de nombreuses personnes que nous avons la dette de reconnaissance envers eux. Nous exprimons notre gratitude :

- Au Dr. IGOUI MOUNANG Gilbert qui a encadré ce travail et pour l'ouverture d'esprit scientifique qu'il nous a procuré durant la rédaction de ce mémoire. Son contact régulier et ses conseils demeurent pour moi une incitation permanente et une stimulation à pousser mes réflexions théoriques et pratiques au-delà de mes limites.
- Au regretté Pr EMTCHEU André qui avait bien longtemps commencé l'encadrement de ce mémoire.

Nos sincères remerciements s'adressent également au Chef de département de l'Education Spécialisée le Pr MGBWA Vandelin et aux enseignements et les orientations tout au long de notre formation.

- Au Colonel Directeur de l'Hôpital Militaire de Yaoundé et à tous ses personnels
- Aux militaires de cette institution hospitalière qui ont généreusement accepté de partager certains souvenirs douloureux de leur histoire dans le cadre de cette étude malgré leur souffrance et douleur. Sans eux, ce travail n'aurait pas un échantillon fiable. Leur volonté de faire avancer les connaissances dans le but d'apporter des changements positifs pour leurs pairs blessés a été remarquable et a constitué pour nous une véritable source d'inspiration.
- Aux camarades de promotion pour leurs remarques, suggestions, et collaboration amicale, particulièrement Fawa Désiré, Gatbet Leonard
- Ma gratitude va à la famille Hammoise pour leur encouragement ;
- A la famille GONONDO BLADI pour le soutien et l'encouragement pendant mes études que je n'oublierai jamais,
- Au Groupe HAMWILLIA pour le soutien moral ;
- A mes Frères et Sœurs : Tchamou Robert, Dersou Gabriel, Dinamou Ernest, Djebetsou Philippe, Mborom David, Horocka Pauline, Odette et Houdndé Madeleine pour la prière et l'encouragement, et à mon Epouse Mekongo Estelle et mes jumelles qui sont mes sources de motivation.

Je suis reconnaissant aussi envers les amis de l'EDS.

A tous ceux qui de près ou de loin, d'une manière ou d'autre ont contribué pour ce travail et dont les noms ne sont pas cités explicitement ici qu'ils reçoivent notre pleine et profonde gratitude.

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau n°1</b> : Informations sur les trois soldats.....	93
<b>Tableau n°2</b> : Relevé des symptômes issus de l’entretien .....	108
<b>Tableau n°3</b> : Relevé des symptômes issu de l’entretien.....	114
<b>Tableau n°4</b> : Relevé des symptômes issus de l’entretien .....	119
<b>Tableau n°5</b> : Synthétique de diagnostic du DSM V issue de l’entretien.....	122
<b>Tableau n°6</b> : Synthétique de diagnostic issu de l’EMESPT .....	124
<b>Tableau n°7</b> : Tableau des rapports diagnostiques de comparaison des instruments .....	126

## LISTE DES FIGURES

<b>Figure 1</b> : Réponse de l'axe corticotrope à un stress chez un sujet normal et un patient ESPT. .....	51
<b>Figure 2</b> : Modèle étiologique proposé par Fletcher (2003).....	53
<b>Figure 3</b> : L'appareil psychique.....	57
<b>Figure 4</b> : Stress .....	59
<b>Figure 5</b> : Trauma .....	59
<b>Figure 6</b> : ESPT .....	60

## LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

<b>PTSD</b>	: Post-Traumatic stress Disorder
<b>ESPT</b>	: Etat de Stress Post Traumatique
<b>CIDI</b>	: Composite international Diagnostic Interview
<b>CISPAT</b>	: Cellule d'intervention et de soutien psychologique de l'armée de terre
<b>DSM</b>	: <i>Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux</i>
<b>ONU DC</b>	: Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
<b>PNUD</b>	: Le Programme des Nations Unies pour le développement.
<b>EMA</b>	: Agence Européenne des médicaments
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>OACI</b>	: Organisation de l'Aviation Civile Internationale
<b>OMI</b>	: Organisation Maritime Internationale
<b>OMD</b>	: Organisation Mondiale des Douanes
<b>DECT</b>	: Direction Exécutive du Comité contre le Terrorisme
<b>IRM</b>	: Imagerie à résonance magnétique
<b>FSE</b>	: Faculté des Sciences de l'Education
<b>FALSH</b>	: Faculté des Arts, Lettres et Sciences humaines.
<b>B H</b>	: Boko-Haram
<b>EMESPT</b>	: Echelle de mesure de l'ESPT
<b>PCLS</b>	: Posttraumatic stress disorder checklist scale
<b>CICR</b>	: Comité International de Croix Rouge
<b>DIH</b>	: Droit International Humanitaire

## RÉSUMÉ

Ce travail porte sur l'état de stress post traumatique chez les soldats revenant de la lutte contre Boko-Haram.

Le problème de cette étude est celui de suivi des soldats revenant de la lutte contre le terrorisme B.H. son but est d'étudier l'apport....Cependant lors de notre stage de recherche à l'Hôpital Militaire de Yaoundé, nous avons pu remarquer que les soldats internés sont bien pris en charge, manifestent aucun trouble jusqu'à la sortie de l'hôpital, mais à leur sortie quelques mois après, il y a quelques sortes des comportements d'inadaptés socialement qui se manifestent. En réalité ils reflétaient une autre facette de leur réalité d'exposition à l'évènement traumatique. Ce constat nous a suggérer la réflexion selon laquelle nos soldats souffrent de l'ESPT malgré leur prise en charge, l'entretien et EMESPT (PCLS) nous permettront d'évaluer et diagnostiquer davantage les troubles chez les soldats revenant de la lutte contre B.H. d'où notre question de recherche les militaires revenant de la lutte contre B.H manifestent-ils de l'ESPT après leur prise en charge dite réussite ? Pour répondre à notre question, nous avons formulé l'hypothèse suivante : les militaires revenant de la lutte contre B.H manifestent de l'ESPT après la prise en charge dite réussite.

Notre population est celle des soldats revenants de la lutte contre BH en général, les soldats doivent souvent faire face à des théâtres de guerre où à la mort, la maladie et la destruction s'avèrent omniprésentes. L'exposition à de tels évènements traumatisants peut entraîner des séquelles psychologiques importantes, maintenant reconnues par les autorités politiques et militaires sous le vocable de traumatismes liés au stress post opérationnel et scientifiquement reconnu sous une appellation *Etat de Stress Post Traumatique (ESPT) s'engendre* par les troubles du comportement post opérationnel chez les soldats revenant au front de la lutte contre le terrorisme (la secte islamique B.H.). Dans le cadre du Cameroun, beaucoup des miliaires sont morts de la suite de la guerre contre B.H. Les familles sont traumatisées, cela développe l'ESPT chez les familles les soldats. Dans les hôpitaux militaires, nous retrouvons des soldats qui souffrent d'avoir perdu un membre de parti par balle qui a engendré les troubles du comportement (évitement, reviviscence, d'hyper-vigilance...). Que nous cherchons à comprendre le lien qui existe entre les troubles du comportement de soldats et la reviviscence de l'évènement traumatique, déterminer le lien entre l'ESPT et un comportement d'évitement et déterminer le lien entre les souvenirs traumatiques et un comportement d'hyper-vigilance chez les soldats.

Pour l'analyse et la collecte des données, nous avons utilisé la méthode clinique. nous avons recueillie les discours des sujets issu de deux instruments de l'entretien et l'échelle de mesure de l'ESPT(PCLS) auprès des militaires qui ont participé au combat contre B.H. et avec le critères diagnostiques du DSM-V, à l'aide d'une grille d'analyse de contenu, afin de faire ressortir pour chacun d'eux, le contenu latent puis le diagnostic psychologique qui s'en dégageait. Enfin, nous avons procédé à une comparaison de ceux-ci pour éprouver notre hypothèse. Théorie freudienne, phénoménologique, mémoire traumatique, menace perçue, behavioristes, cognitives, nous expliquent pour comprendre le lien qui existe entre l'ESPT et les troubles du comportement et que l'exposition aux évènements traumatiques ont une répercussion sur les comportements.

En conclusion, l'ensemble de ce travail permet de mettre en évidence les diverses dimensions des troubles du comportement et des critères diagnostiques chez les soldats qui présentent un ESPT, tout en dégageant des pistes d'intervention pour mieux aider cette population.

## ABSTRACT

This work focuses on post-traumatic stress disorder among soldiers returning from the fight against Boko Haram. The problem of this study is that of monitoring soldiers returning from the fight against terrorism B.H. its aim is to study the contribution of the soldiers who have been interned and who have been admitted to the military hospital in Yaoundé. But when they were released a few months later, there are a few kinds of socially maladjusted behaviors that manifest themselves. In reality, they reflected another facet of their reality of exposure to the traumatic event. This observation suggested to us the reflection that our soldiers suffer from PTSD despite their care, maintenance and EMESPT (PCLS) will allow us to further assess and diagnose disorders in soldiers returning from the fight against B.H. hence our research question Do soldiers returning from the fight against B.H. show PTSD after their so-called successful treatment? To answer our question, we formulated the following hypothesis: soldiers returning from the fight against B.H manifest PTSD after the so-called successful treatment.

Our population is that of soldiers returning from the fight against BH in general, soldiers often have to deal with theatres of war where death, disease and destruction prove to be Ubiquitous. Exposure to such traumatic events can lead to significant psychological sequel, now recognized by political and military authorities as post-operational stress injuries and scientifically recognized as post-operational stress disorder (PTSD), terrorism (the Islamic sect B.H.). In Cameroon, many of the soldiers died as a result of the war against B.H. Families are traumatized, this develops PTSD in families, soldiers. In military hospitals, we find soldiers who suffer from having lost a party member by a bullet which has caused behavioral disorders (avoidance, reliving of hyper-vigilance, etc.). That we are trying to understand the connection that exists between soldiers' behavioural problems and the reliving of the traumatic event, determine the link between PTSD and avoidance behaviour and determine the link between traumatic memories and hyper-vigilance behaviour in soldiers

For analysis and data collection, we used the clinical method. We collected the subjects' speeches from two interview instruments and the PTSD (PCLS) among soldiers who participated in the combat against B.H. and with the DSM-V diagnostic criteria, using a content analysis grid, in order to bring out for each of them, the latent content and then the psychological diagnosis that emerged. Finally, we made a comparison of these to test our hypothesis. Freudian theory, phenomenological, perceived threat, behaviorists, cognitiveists, will explain to us in order to understand the link between PTSD and behavioural disorders and that exposure to traumatic events has an impact on behaviours.

In conclusion, all of this work highlights the various dimensions of behavioural disorders and diagnostic criteria in soldiers with PTSD, while identifying avenues for intervention to better help this population.

## **INTRODUCTION GÉNÉRALE**

La guerre est une des plus grandes épreuves infligée à tout un peuple. De nos jours dans le monde entier, le terrorisme est devenu une chanson pour faire souffrir un peuple. Ses ravages causent des souffrances énormes dans la population. Dans une situation de guerre, ce que nous voyons se pratiquer par l'homme, ce sont des actes de destruction délibérée. Personne n'y échappe, adulte ou enfant. Nous sommes incapables de réaliser jusqu'à quel point l'homme peut courir à sa propre autodestruction, à sa désintégration en tant qu'être humain. Dans différentes régions du monde, des millions de meurtres établis, des milliers de disparus, la vie de millions de personnes affectée par des bouleversements psychologiques profonds, irrémédiables, que la guerre provoque.

La guerre touche ceux qui la subissent et ceux qui la mènent comme les hommes en tenue pour ne pas dire nos force de défense et de sécurité. Il s'agit de vies blessées dans leur chair et dans leur âme. Le temps semble ne pas pouvoir effacer les empreintes de ces « *blessures invisibles* ». Pour la plupart des victimes, les séquelles sous forme de ESPT signifient que plus rien ne sera jamais comme avant. À l'avenir, prisonniers de leur passé, leur vie psychique sera marquée par une compulsion de répétition dont l'expression est la reviviscence de l'événement traumatique.

Il est rare de mentionner les blessures invisibles chez les soldats dans le bilan médiatique et gouvernemental lorsqu'ils évaluent les dommages infligés par la guerre. L'attention nationale et internationale, et les comptes rendus des médias sont invariablement centrés sur les images humanitaires les plus immédiates des souffrances et non sur les coups cachés et les séquelles durables des conflits qu'engendrent au sein de la force de défense. Comme le dit Le Bon « *Le nombre des soldats victimes de la guerre est connu, celui des idées et des croyances détruites par elle reste encore ignoré* ». Dans les conflits armés, ce ne sont pas les munitions seuls qui tuent, mais aussi le traumatisme qui tue plus sous le contrôle génératif du stress une fois couché sur un lit à l'hôpital.

Pour expliquer l'importance des séquelles des conflits dans la société actuelle, particulièrement au sein des soldats.

*Elle n'est pas seulement plus sanglante et plus meurtrière qu'aucune des guerres du passé, à cause des terribles perfectionnements apportés aux armes d'attaque et de défense, mais elle est aussi, sinon plus, cruelle, acharnée, impitoyable que n'importe laquelle d'entre elles.*

*Elle ne tient compte d'aucune des limitations auxquelles on s'astreint en temps de paix et qui forment ce qu'on appelle le droit des gens, elle ne reconnaît pas les égards dus au blessé et au médecin, elle ne fait aucune distinction entre la partie combattante et*

*la partie non combattante de la population, elle viole le droit de propriété. Elle renverse tout ce qu'elle trouve sur son chemin, et cela dans une rage aveugle, comme si après elle il ne devait plus y avoir d'avenir ni de paix entre les hommes. Elle fait éclater tous les liens de communauté qui rattachent encore les uns aux autres les peuples en lutte et menace de laisser après elle des rancunes qui rendront impossible pendant de longues années la reconstitution de ces liens.* Freud, "Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort" (1915).

Combien de fois avons-nous vu, entendu et même utilisé «il est devenu blizzard», «j'en suis» ou «il en est traumatisé» sans comprendre clairement les souffrances et les bouleversements psychologiques profonds qui peuvent affecter les sujets. Il est important d'éclairer cette notion, notamment les traumatismes de guerre et les séquelles qui en résultent.

Au Cameroun, depuis la pénétration de la secte islamique Boko-Haram à l'Extrême Nord, les soldats sont exposés aux dangers des tactiques multiples de terroriste. Il convient de mentionner que le Cameroun a accru sa présence militaire sur la scène de lutte contre le terrorisme à l'Extrême-nord du Cameroun depuis 2014, soit à titre indicatif, les FAC ont pris part à des opérations internationales (missions mixtes en pourchassant le BH au Nigeria face à la posture plus agressive du mouvement.

La réponse du Cameroun sur le plan sécuritaire a souffert de lacunes initiales, coûteuses en vies pour les soldats dans la période couvrant les années 2014 à 2017. Lors de ces déploiements visant à maintenir ou à rétablir la paix et la sécurité, les soldats doivent souvent faire face à des théâtres de guerre où la mort, la maladie et la destruction s'avèrent omniprésentes. L'exposition à de tels traumatismes peut entraîner des séquelles psychologiques importantes, maintenant reconnues par les autorités politiques et militaires sous le nom de traumatismes liés au stress opérationnel et scientifiquement reconnu depuis 1980 par DSM III sous l'appellation *d'Etat de Stress Post Traumatique (ESPT)* se résulte par les troubles du comportement.

L'objet de notre sujet de mémoire est une réflexion sur l'état de stress post traumatique et les troubles du comportement : le cas des soldats revenant du front de la lutte contre le terrorisme (Boka-Haram).

La question principale que nous avons choisie de développer est : l'exposition intense des soldats aux opérations peut-elle engendrer les troubles du comportement ? Ne pouvant pas englober totalement ce sujet qui s'avère complexe, nous avons focalisé notre attention sur les souffrances indicibles induites par la «spirale meurtrière» (rapport mondial sur l'éducation pour tous : les conflits armés et l'éducation, 2011, p.26). Nous approcherons l'intentionnalité du

tortionnaire. Comment la guerre peut-elle détruire psychiquement un meneur de la guerre (soldat), et à travers elle peut-être sa famille, sa communauté ? De quels types de souffrance s'agit-il ? Quelles sont les transformations psychiques induites chez les soldats en situation d'hospitalisation ? Comment sont-elles exprimées par la victime ? Leur devenir et avenir après la prise en charge hospitalière ? Les déterminants de l'ESPT ?

Notre travail sera divisé en deux (02) grandes parties à savoir le cadre théorique et conceptuel comme première partie et le cadre méthodologique et opératoire comme deuxième partie, les deux (02) parties étant subdivisées en quatre (04) chapitres et respectivement deux chapitres (02) par partie.

Dans la première partie de ce travail, nous aurons deux (02) chapitres.

Le premier chapitre portera sur la problématique de l'étude et sur la définition des concepts clefs de cette recherche. Le second chapitre sera consacré à l'état de stress post traumatique et les trouble du comportement chez les soldats et aux théories explicatives du sujet.

La deuxième partie de ce travail aura également deux (02) chapitres.

Le troisième chapitre traitera des approches méthodologiques et de l'analyse des données récoltées. Et le chapitre quatre portera sur la présentation des résultats, des interprétations des résultats, de la discussion des hypothèses et des propositions.

**PREMIÈRE PARTIE :  
CADRE THÉORIQUE DE L'ÉTUDE**

# **CHAPITRE 1 :**

## **PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE**

Ce chapitre nous permet de présenter le contexte général dans lequel se situe cette recherche, de formuler et de poser clairement le problème de recherche qui est l'écart entre la partie théorique (ce qui devrait être) et la partie pratique (ce qui est). Il s'agira en suite de préciser les objectifs de cette recherche qui oriente notre travail, spécifier l'intérêt de l'étude, la pertinence de l'étude qui nous situent sur sa raison d'être et en fin la délimiter.

### **1.1. CONTEXTE DE L'ÉTUDE**

Depuis quelques années, le monde entier fait face à une remontée vertigineuse et indescriptible voire cruelle de la violence qui développe le stress et laisse des traumatismes énormes au sein des populations.

En Europe, la guerre est vivante encore entre deux (02) pays voisins et frères qui sont : la Russie et l'Ukraine, les soldats meurent de part et d'autre, des blessés et des cas de prisonniers de guerre, des victimes qui perdent une ou des parties de leur corps et des cas de pathologie prise en charge dans les hôpitaux. Situation qui développe le stress post traumatique chez les soldats traumatisés.

En Asie, la Chine et le Taiwan ne sont pas du reste, on y observe la guerre au quotidien laissant ainsi des cas de traumatisme.

La guerre est devenue une norme de vie pour l'Israël et la Palestine les populations de la Palestine vivent au quotidien. Le stress et le stress post traumatique qui radicalisent les comportements et développent les troubles de comportement. Les Américains et la Corée du Nord ne sont pas du reste dans ce champ de violence de guerre, et même les guerres du printemps arabe et surtout le cas de la Syrie est sans précédent.

En Afrique, les guerres sont légion. On peut tour à tour citer le cas du Tchad qu'elle a coûté la vie à son Président, le cas de la Centrafrique, le cas du Mali et plus ancien le cas de la Côte d'ivoire.

Les soldats camerounais font face à un ennemi aux tactiques multiples: partant à l'assaut à mille ou à dix, employant un large éventail de modes opératoires et ciblant parfois simultanément des villes dans différents départements. Depuis juillet 2015, le groupe armé, ayant perdu sa capacité à mener une guerre frontale, combine embuscades et coups de main contre des postes militaires, opérations de pillage et représailles contre les comités de vigilance, les collaborateurs de l'armée ou de l'Etat. Il multiplie aussi les attentats-suicides. Boko Haram

a d'abord commis des massacres de masse dans les localités identifiées comme collaborant avec le gouvernement, évitant d'attaquer celles où il avait une base. Mais à mesure des déconvenues et du ralliement des populations aux forces camerounaises, les attaques sont devenues indiscriminées.

Un événement est d'autant plus traumatisant qu'il est plus menaçant pour l'intégrité physique ou psychologique. Ainsi, parmi les vétérans de la guerre du Golfe, ceux qui avaient participé à des combats meurtriers ont été nettement plus nombreux à souffrir de graves ESPT que ceux qui étaient restés à l'arrière (Southwick et al, « Trauma-related symptoms in veterans of Operation Desert Storm », *American Journal of Psychiatry*, 1993, p.150).

Le sentiment d'implication personnelle dans l'apparition du stress ou d'un traumatisme est une variable essentielle. Des chercheurs qui ont examiné des prisonniers, qui avaient été torturés en Turquie, ont constaté que le groupe des opposants politiques présentait un taux d'ESPT nettement moins élevé que le groupe des torturés qui n'étaient pas engagés dans un combat contre le régime. Cette observation est d'autant plus remarquable que les activistes politiques avaient, dans l'ensemble, subi des tortures nettement plus cruelles (Basoglu, Parker, Parker, Ozmen, Marks, Sahin & Sarimurat, *American Journal of Psychiatry*, 1994, p.151). La mise en évidence de cette variable permet de comprendre la proportion considérable d'ESPT parmi les vétérans du Vietnam, malgré la préparation militaire. Ces anciens combattants ont vécu des situations traumatisantes au cours d'une guerre qui n'avait pas beaucoup de sens pour eux. Ils n'avaient pas à défendre leur patrie. Ils savaient que bon nombre de leurs compatriotes s'opposaient à ce conflit. Ils n'étaient pas préoccupés d'héroïsme, mais seulement de leur propre survie dans un environnement particulièrement hostile. À leur retour au pays, ils n'ont pas été accueillis en héros.

Les personnes qui, au cours de situations stressantes, ont eu l'impression qu'elles n'étaient qu'un pion sur un échiquier, présentent par la suite davantage de troubles que celles qui se sentent en partie responsables de ce qu'elles ont enduré. Une variable proche de celle-là et tout aussi importante est le sentiment de pouvoir « contrôler » des situations stressantes à l'avenir. Des victimes de viol qui ont le sentiment qu'elles ont été imprudentes ou provocantes sont moins perturbées que celles qui ont été maîtrisées et violées par un ou des agresseurs entrés par effraction dans leur maison. Les premières pensent qu'elles pourront, à l'avenir, s'arranger pour que cela ne leur arrive plus. Les autres en viennent à se dire qu'on ne peut jamais être tout à fait en sécurité.

Lorsque le concept de « névrose de guerre » s'est imposé, suite aux troubles observés chez des anciens combattants de la Première Guerre mondiale, Freud a déclaré, un an à peine

après les hostilités, qu'il était trop tard pour les étudier ! Il écrivait: « *Avec la cessation des conditions de guerre, la plupart des affections névrotiques provoquées par la guerre disparaissent elles aussi* » (« Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen » (1919), *Gesammelte Werke*, XII, p.321. Trad., « Sur la psychanalyse des névroses de guerre », XV, p.219.). Jusqu'à la fin de sa vie, il affirma :

L'entrée dans la maladie névrotique se rattache dans tous les cas au prologue de l'enfance. Peut-être la névrose que l'on appelle traumatique (à la suite d'un effroi d'une force extrême, de graves ébranlements somatiques tels qu'une collision ferroviaire, un ensevelissement, etc.) fait-elle ici exception ; ses relations à la condition infantile se sont jusqu'ici soustraites à l'investigation. Il est facile de justifier la préférence étiologique de la première période de l'enfance. Les symptômes des névroses sont inmanquablement ou bien une satisfaction substitutive de telle ou telle tendance sexuelle ou bien des mesures pour faire obstacle à cette satisfaction ; ils sont en règle générale des compromis entre les deux, ainsi qu'il s'en produit entre des opposés, selon les lois en vigueur pour l'inconscient (Abrégé de psychanalyse (1940), trad., PUF, XX, p.279s.).

## 1.2. PROBLÈME

Les traumatismes de guerre se révélant le plus souvent après la cessation des conflits, les praticiens civils eurent également à se pencher sur de nombreux troubles psychiques nés des guerres de l'Empire. Philippe Pinel, décrit ainsi dans ses ouvrages plusieurs cas de militaires internés à Bicêtre dont il eut la charge et ce, pendant et après l'Empire. Il en établit un inventaire étiqueté par lui en idiotisme, manie, mélancolie, hypocondrie, hydrophobie ou encore « névrose de la circulation ou de la respiration » Crocq (1999, p.35.) Jean-Étienne Esquirol a eu également, à Charenton, de nombreux militaires confiés à ses soins dans les années 1820. Il note par exemple que sur cent soixante-quatre (164) professions dénombrées, il y a trente-trois (33) militaires soit près de 20 % des effectifs. Nathalie Petiteau (*Lendemain d'Empire*, p. 112). Ces praticiens célèbres montrent, à eux seuls, l'intérêt qui se développe pour l'étude des affections morales provoquées par les combats. Tous deux (02) décrivent des cas de militaires affectés par des pathologies liées à la réadaptation à la vie civile et qui peuvent mener au suicide. Pinel évoque ainsi un officier de cavalerie rentré chez lui après 1815 et quarante (40) ans de service.

La relation terroriste chère à l'institut de polémologie, est d'une complexité telle qu'on sait ou commence : les actes, leur nombre et leur niveau de violence ; les acteurs, individus et groupes, organisations militantes, rivales ou écran ; terroriste lui-même allant du moine soldat au criminel de bas étage, en passant par toutes les nuances du romantisme, du délire logique, de l'idéologie débridée, voire de la déviance psychologique et de l'instabilité, sans oublier les

manipulateurs politique lointaine «officier traitants» qui y croient et agents spécialisés sans foi et sans loi (Encyclopedia Universalis, 2008, p.490).

Dans un conflit, il y a ce qu'on appelle les règles de la guerre qui ne sont pas respectées par le terroriste est cela la source de tous les troubles.

Les règles fondamentales régissant la manière dont une partie à un conflit armé peut effectuer des opérations militaires, c'est-à-dire conduire des hostilités, sont au nombre de trois (03): la distinction, la proportionnalité et les précautions. S'ajoute à ces règles l'interdiction de causer des maux superflus, qui protège les combattants et les autres cibles légitimes d'attaques. Le DIH coutumier, elles s'appliquent aux conflits internationaux et non internationaux.

- La règle de base de la distinction exige que les parties à un conflit armé distinguent en tout temps entre les personnes et les biens civils, d'une part, et les combattants et les objectifs militaires, d'autre part. Une partie à un conflit arme peut lancer une attaque exclusivement contre des combattants ou contre des objectifs militaires. Ni la population civile, ni des personnes civiles à titre individuel, ne peuvent être attaquées sauf si elles participent directement aux hostilités et pendant la durée de cette participation opérationnelle. Les attaques doivent être strictement limitées aux objectifs militaires et ne peuvent en aucun cas viser des biens civils.

En ce qui concerne les biens, les objectifs militaires sont limités aux biens qui, par leur nature, leur emplacement, leur destination ou leur utilisation apportent une contribution effective à l'action militaire et dont la destruction totale ou partielle, la capture ou la neutralisation offre en occurrence un avantage militaire précis. Les objectifs militaires typiques sont les établissements, les bâtiments et les positions où se trouvent des combattants ennemis, leur matériel et leur armement, ainsi que les moyens de transport et de communication militaires. L'interdiction des attaques sans discrimination dérive du principe de la distinction. On entend par attaque sans discrimination :

- celles qui ne sont pas dirigées contre un objectif militaire déterminé ;
- celles dans lesquelles on utilise des méthodes ou des moyens de combat qui ne peuvent être dirigés contre un objectif militaire déterminé ;
- celles dans lesquelles on utilise des méthodes ou des moyens de combat dont les effets ne peuvent être limités.

Les attaques dirigées contre un combattant ou contre un objectif militaire doivent respecter la règle de la proportionnalité, ce qui signifie qu'il est interdit de lancer une attaque dont on peut attendre qu'elle cause incidemment des pertes en vies humaines, des blessures aux

personnes civiles, ou une combinaison de ces pertes et dommages, qui seraient excessifs par rapport à l'avantage militaire concret et direct attendu. En d'autres termes, un objectif militaire ne peut être attaqué qu'après qu'une évaluation a conduit à la conclusion que les pertes civiles ne dépasseront pas l'avantage militaire escompté.

Une partie à un conflit armé doit constamment s'efforcer, lorsqu'elle mène des opérations militaires, d'épargner les personnes civiles et les biens de caractère civil. La partie qui lance une attaque doit faire tout ce qui est pratiquement possible pour vérifier que les cibles sont bien les objectifs militaires. Elle doit choisir les moyens et les méthodes d'attaque qui évitent, ou en tout cas qui réduisent au minimum, les dommages incidents aux personnes civiles et aux biens de caractère civil. Elle doit s'abstenir de lancer une attaque s'il apparaît clairement que les pertes ou dommages causés seraient excessifs par rapport à l'avantage militaire concret et direct attendu. Dans le cas d'attaque pouvant affecter la population civile, un avertissement doit être donné par des moyens efficaces, à moins que les circonstances ne le permettent pas. Des précautions doivent aussi être prises contre les effets des attaques. Il faut ainsi éviter, dans toute la mesure possible, de placer des objectifs militaires à proximité des populations civiles et des biens de caractère civil. Toutes les autres précautions nécessaires doivent aussi être prises (DIH, 2015).

- Il est interdit d'employer des armes, des projectiles et des matières ainsi que des méthodes de guerre de nature à causer des maux superflus. Cette interdiction concerne spécifiquement les combattants : elle affirme que certains types d'armes sont interdits parce qu'ils infligent aux combattants des dommages inacceptables. Bien que la règle soit généralement acceptée, il existe des divergences de vues sur la manière appropriée de décider si une arme cause des maux superflus ou pas.
- Le droit des partis à un conflit de choisir des méthodes ou moyens de guerre n'est pas illimité. Le DIH interdit l'emploi de moyens et méthodes de guerre qui frappent sans discrimination ou qui causent des maux superflus. De ces principes découlent des restrictions ou interdictions touchant des moyens de guerre (armes) ainsi que des interdictions de certaines méthodes de guerre.

L'emploi d'une arme déterminé dans un conflit armé peut être totalement interdit et l'arme elle-même considérée illégales (les mines anti-personnel, les armes à sous-munitions ou les armes chimiques). Leur emploi peut faire l'objet de restrictions dans des situations données.

Un certain nombre de méthodes de guerre sont spécifiquement prohibées par le DIH et le coutumier (embuscade, refus de quartier, le pillage, la perfidie...).

Le terrorisme est un phénomène ; sur le plan pratique comme du point de vue juridique, on ne saurait livrer la guerre contre un phénomène, mais seulement

contre une partie à un conflit armé, identifiable comme telle. Pour toutes ces raisons, il serait plus judicieux de parler de «lutte contre le terrorisme» plutôt qu'une guerre contre le terrorisme. (CICR, 2015, p.89)

Le problème scientifique de cette étude est celui de diagnostic des troubles du comportement socialement inadaptés des militaires revenant de la lutte contre Boko Haram après la prise en charge dite réussie.

### **1.3. QUESTION GÉNÉRALE DE LA RECHERCHE**

#### **1.3.1. Question générale**

Dans notre étude, nous nous interrogeons à savoir: les troubles du comportement inadaptés chez les militaires revenant de la lutte contre B.H. sont-ils dus à l'ESPT ?

En d'autres termes, les soldats revenant au front de la lutte contre B.H. manifestent-ils les troubles du comportement malgré leur prise en charge ?

#### **1.3.2. Questions spécifiques**

L'exposition des militaires au danger a-t-il une conséquence sur les comportements?

### **1.4. FORMULATION DES HYPOTHÈSES**

Grawitz (1990, p.443) affirme qu'une *hypothèse est proposition de réponse à la question posée*. L'hypothèse est donc un énoncé qui prédit une relation entre deux (02) ou plusieurs termes en impliquant une vérification empirique, une prédiction consistant à mettre en relation une variable et un comportement. C'est donc une réponse provisoire à une question de recherche, c'est-à-dire une tentative de réponse par rapport à un problème pose. Elle vise à faire ressortir une relation entre une variable et le comportement observable. Elle sert à engager une réflexion plus ou moins approfondie et orienter vers les informations plus ou moins précises. Nous utilisons deux (02) types des hypothèses à savoir : hypothèse générale et hypothèse de recherche.

#### **1.4.1. Hypothèse générale**

Hypothèse générale est la réponse provisoire à la question générale de la recherche. C'est elle qui guide la réflexion du chercheur, elle est le fil conducteur de la recherche. Dans le cadre de notre étude, notre hypothèse générale stipule que l'ESPT peut être diagnostiqué chez les militaires revenant au front de lutte contre B.H. après la prise en charge dite réussite.

### **1.5.2. Hypothèse opérationnelle**

L'hypothèse recherche est issue de l'opérationnalisation de l'hypothèse générale. Elle favorise sa compréhension. C'est des propositions de réponses aux questions secondaires. Elle sert à concrétiser l'hypothèse générale. Elle est l'énoncé formel qui préside les relations attendues entre deux (02) ou plusieurs variables. Dans le cadre de notre étude, nous formulons trois (03) hypothèses de recherche qui sont les suivantes :

- **HR1** : la reviviscence de l'événement traumatique pourrait être diagnostiquée chez les militaires après la prise en charge.
- **HR2** : un comportement d'évitement peut être diagnostiqué chez les militaires après la prise en charge.
- **HR3** : un comportement d'hyper vigilance pourrait être diagnostiqué chez les militaires après la prise en charge.

## **1.5. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE**

Pour éviter la navigation à vue, le chercheur doit se fixer des objectifs, c'est-à-dire, préciser d'avance ce à quoi il voudrait parvenir au terme de sa recherche. Selon Raynal et Rieunier (2010, p.317), l'objectif est défini comme énoncé d'intention décrivant le résultat concret attendu à la suite d'une action. Il s'avère que l'objectif d'une recherche indique ce que voudrait aboutir le chercheur à travers d'une démarche scientifique.

L'objectif général englobe la vision générale du chercheur dans la réalisation de sa recherche. Il planche les décors de la recherche, mais ne précise pas les contours exacts à suivre. Il répond à la question quoi ? A quoi veut-on aboutir ? Qu'est-ce qu'on veut faire ? Il s'agit de la contribution que le chercheur espère apporter, en étudiant le problème de recherche.

### **1.5.1-Objectif général**

Notre étude vise globalement à diagnostiquer les troubles de comportement chez les soldats revenant au front de lutte contre B.H. après la prise en charge.

### **1.5.2-Objectifs spécifiques**

L'objectif spécifique est la forme la plus finalisée de l'objectif général. Il présente sous forme de modalités précises dont chacune est étroitement en relation avec une hypothèse de recherche.

1. diagnostiquer la présence de l'ESPT chez les soldats
2. diagnostiquer la présence de trouble du comportement chez les soldats.

## **1.6. INTÉRÊTS DE LA RECHERCHE**

### **1.6.1-Intérêt disciplinaire**

Notre étude s'inscrit dans le domaine des sciences de l'éducation et principalement dans le champ de l'éducation spécialisée notamment en handicap social.

L'éducateur spécialisé mène ses actions selon des connaissances, des valeurs, un savoir-faire et un savoir-être qui visent à permettre à une personne en difficulté d'agir sur elle-même et sur son environnement afin que sa condition sociale, éducative, psychique, matérielle ou de santé s'améliore dans un but immédiat ou plus lointain.

L'éducateur spécialisé concourt à l'éducation d'enfants et d'adolescents ou au soutien d'adultes présentant un handicap, des troubles du comportement ou des difficultés d'adaptation. Par le soutien qu'il apporte et par les projets qu'il élabore, il aide les personnes en difficulté à restaurer ou à préserver leur autonomie, à développer leurs capacités de socialisation, d'intégration et d'insertion. Il favorise également les actions de prévention. Son intervention se situe aussi bien dans le champ du handicap social, de la protection de l'enfance, de l'insertion sociale et professionnelle qu'au niveau de la prévention spécialisée. À titre d'exemple, l'éducateur spécialisé peut être amené à intervenir auprès :

- de mineurs en danger ou en risque de danger;
- de parents en grande difficulté dans l'exercice de leur autorité parentale ou de l'exercice de leur parentalité;
- de mineurs ou d'adultes en situation de handicap sensoriel, moteur ou psychique;
- de mineurs, d'adultes ou de familles en situation ou en risque d'exclusion sociale (personnes à la rue, familles expulsées ou sans logement, chômeurs, travailleurs pauvres...);
- de mineurs ou d'adultes en situation de réinsertion sociale (personnes sortantes de détention, aménagement de peine, etc.);
- de mineurs ou d'adultes victimes d'infractions pénales (maltraitance, violence, violence conjugale, inceste...);
- de personnes vieillissantes et confrontées à une grande dépendance (Alzheimer, démence...).
- les personnes souffrantes des traumatismes (accident de circulation, viol, guerre, catastrophe naturel...).

Les lecteurs trouveront dans ce travail des éléments qui permettront aux spécialistes de la discipline et autre d'aider à modifier le comportement des personnes affectées par l'ESPT de guerre qui se résulte par les troubles de comportement. Ils pourront éviter les obstacles que les

victimes de guerre particulièrement les cas des soldats revenant au front posent dans leur environnement (social, familial et le lieu du travail) et sur lui-même.

### **1.5.2- Intérêt familial et social**

Le lecteur relèvera ce que gagne la société au travers de cette étude. La contribution va beaucoup dans le sens d'édification de la communauté : d'intervention sociale et médico-sociale, la famille, les travailleurs sociaux et éducatifs pour mieux répondre aux nombreuses inquiétudes parmi lesquelles, les troubles du comportement dus à l'ESPT de la guerre précisément le cas des soldats et de leurs difficultés de réadaptation dans la société ou la famille. La société saura comment gérer ce phénomène qu'elle en souffre fréquemment et aussi y remédier et orienter vers les spécialistes, s'il en est encore temps. Cette étude permettra aussi de faire comprendre à la société qu'elle doit contribuer à aider ces soldats souffrants des troubles du comportement dû au vécu de la guerre cela par une assistante familiale et sociale pour leur bonne réintégration familiale, ce qui sera profitable non seulement au développement socioéconomique de la société, mais aussi pour l'épanouissement personnel de l'individu. Dans le cadre de notre travail, elle permettra aux parents ou à la famille de savoir comment accompagner leur membre de la famille souffrant après le retour aux conflits ou post opérationnels pour une bonne réadaptation non seulement dans son lieu du travail mais aussi dans la société.

## **1.6- DÉLIMITATION DE LA RECHERCHE**

Selon Larousse (2010, p.221) : *la délimitation est une action de délimiter. Délimiter est donc fixer, déterminer les limites d'un lieu, de quelque chose.* C'est une stratégie scientifique au service de l'objectivité, étant donné qu'un travail scientifique ne pourrait être exhaustif. Il s'agit pour nous, de fixer les gardes fous de la recherche pour un bon approfondissement du sujet de recherche qui s'étale sur le triple plan suivant : théorique, temporel et spatial.

### **1.6.1. Délimitation théorique**

Notre étude se situe d'une part dans les champs de l'éducation spécialisée, et d'autre part dans le champ médical.

### **1.6.2. Délimitation chronologique ou temporelle**

Au plan temporel, il est question d'indiquer la période au cours de laquelle nous avons effectué notre recherche, la durée qu'elle a occupée. Notre étude s'est déroulée dans l'intervalle de 2015-2022. Elle concerne également l'actualité du thème de l'étude que nous menons, car

l'ESPT et les troubles de comportement des soldats revenant au front contre B.H. continu à poser le problème dans la société particulièrement au sein de la société des pays (Niger, Nigeria, Tchad et Cameroun) engagé pour la lutte contre le B.H., mais ici nous avons eu à rencontrer les militaires Camerounais que nous évaluons dans cette recherche.

### **1.6.3. Délimitation spatiale ou géographique**

Notre recherche qui s'est déroulée au sein de l'Hôpital Militaire dans le 3<sup>ème</sup> arrondissement de Yaoundé dans le département de Mfoundi, région du Centre-Cameroun. Elle a pris en considération les troubles du comportement observés chez les soldats revenant de la lutte contre la secte islamique B.H.

## **1.7. DÉFINITIONS DES CONCEPTS CLÉS DE LA RECHERCHE**

### **1.7.1. Le stress**

Lorsqu'un individu est soumis à une agression ou une menace quelle qu'elle soit, il y répond immédiatement par une réaction que l'on nomme «stress». Le stress focalise l'attention sur la situation problématique (vigilance); il mobilise l'énergie nécessaire à l'évaluation de la situation et à la prise de décision (augmentation des facultés de perception et rapidité de leur intégration) et il prépare à l'action adaptée à la situation.

Une phase d'alarme : des moyens de défense sont mobilisés pour réagir rapidement à l'agent stressant. Le stress cause l'apparition de réactions physiques et psychologiques caractéristiques. Au niveau somatique, le rythme cardiaque s'accélère, la respiration se fait plus rapide, les muscles se tendent. Les effets psychiques se traduisent par la vigilance, l'euphorie, un sentiment de détresse ou d'oppression.

Une phase de résistance : lorsque l'agent stressant persiste, la défense est maintenue et les réserves d'énergie nécessaires sont reconstituées. Les premiers signes physiques de la réaction d'alarme ont disparu. Le corps s'adapte et la résistance s'élève au-dessus de la normale.

Une phase d'épuisement: lorsque l'exposition au stress se poursuit trop longtemps, les défenses s'effondrent. La personne n'est plus capable de répondre adéquatement à la situation stressante et des symptômes caractéristiques apparaissent.

Une phase de récupération : lorsque l'agent stressant est géré, la tension baisse, la personne se détend et peu à peu, les réserves énergétiques se reconstituent. Cette réponse de l'organisme en situation difficile est donc naturelle, normale et utile à la survie. Elle le met en alerte et libère les moyens énergétiques qui lui permettent de contrer l'agent stressant. Elle

constitue avant tout un phénomène favorable visant à faire face efficacement aux situations exceptionnelles. Cet ensemble de réactions d'adaptation est appelé stress protecteur ou bien encore stress adaptatif. Eustress et distress.

Le terme générique de stress recouvre deux (02) catégories de réaction: d'une part les réactions normales, adaptatives et d'autre part les réactions de stress dépassé inadéquates ou inadaptées. L'homme a besoin dans sa vie quotidienne d'un niveau minimal de stress. Des objectifs accessibles et stimulants, des échéances réalistes, des changements voulus, des défis intéressants ajustés au plan de vie, aux valeurs, aux circonstances et aux capacités personnelles procurent ce type de stress. Le stress est en ce cas une énergie positive nécessaire à la mobilisation des ressources, à la motivation, à la performance et, de façon générale, au goût de vivre. C'est ce que l'on appelle l'eustress. Cependant, les individus ne sont pas soumis seulement aux stress planifiés ou recherchés. Des situations ressenties comme menaçantes, contraignantes ou déplaisantes, l'impression de ne pas disposer des ressources nécessaires pour y répondre, de nombreuses demandes émanant simultanément de l'environnement ou durant une trop longue période conduisent à la détresse. Ce stress négatif induit une diminution des performances et mène à l'épuisement. C'est ce que l'on appelle le distress ou stress dépassé. Josse(2007).

### **1.7.2. Origine de la notion de stress**

Le mot anglais stress est emprunté au vocabulaire des métallurgistes, qui désignaient ainsi le comportement d'un métal soumis à des forces de pression, d'étirement ou de torsion. En 1914, le physiologiste américain Cannon l'a transposé à la régulation hormonale des émotions, chez l'animal. En 1945, les deux (02) psychiatres militaires américains Grinker et Spiegel l'appliquent à la pathologie psychiatrique de guerre, dans leur ouvrage intitulé *Men under stress*, pour désigner l'état psychique des soldats soumis aux émotions du combat et développant en conséquence des troubles mentaux aigus ou chroniques. En 1950, le physiologiste canadien Selye adopte le terme de stress pour désigner ce qu'il appelait depuis 1936 le « *syndrome général d'adaptation* » ou réaction physiologique standard de l'organisme soumis à une agression, quelle que soit la nature de cette agression.

La Constance du milieu intérieur, cette propriété remarquable de certains animaux, ceux que l'on dit à sang chaud, est la condition d'une «vie libre et indépendante», pour reprendre la célèbre expression de Claude Bernard. C'est toute la différence qu'il y a entre un homéotherme, le Chien par exemple, qui continue à vaquer à ses occupations qu'il gèle ou qu'il fasse chaud, et un poïkilotherme, le lézard par exemple, qui doit attendre qu'il fasse suffisamment chaud

pour pouvoir commencer à bouger. La constance du milieu intérieur n'est possible que parce que l'organisme dispose de mécanismes capables de gérer l'excès tout comme l'insuffisance : dans le cas de la régulation de la température, la sensation de chaud entraîne une inhibition de la production de chaleur (la thermogénèse) et une activation des mécanismes permettant de dissiper la chaleur (la thermolyse) ; à l'inverse, la sensation de froid entraîne une inhibition de la thermolyse et une activation de la thermogénèse. Des tels mécanismes contribuent à l'homéostasie, c'est-à-dire au maintien actif de la constance du milieu intérieur. Mais tout comme un matériau ne peut résister qu'à des contraintes modérées, l'homéostasie ne peut être maintenue que si les écarts à la normale restent relativement faibles. Au-delà des processus correctifs permettant de faire face sont nécessaires : c'est le stress. Le terme est déjà tout un programme puisqu'il désigne à la fois l'agent responsable, la réaction à cet agent et l'état dans lequel se trouve celui qui réagit.

Le premier à avoir utilisé le terme stress en biologie est celui qui a donné à la notion d'homéostasie ses lettres de noblesse : le physiologiste Américain Cannon. Dans un article remarquable publié en 1935 et intitulé *Stress and strain of homeostasis*, Cannon décrit comment la mobilisation de la partie centrale de la surrénale, une glande située au-dessus du rein et qui est responsable de la libération d'adrénaline, permet de maintenir l'homéostasie face aux fluctuations de température, aux besoins énergétiques ou aux variations de la pression partielle d'oxygène dans l'air. Il note que de telles corrections ne sont possibles que pour autant que la contrainte exercée sur l'homéostasie n'est pas trop forte, et, en prenant l'exemple de la sélection des pilotes militaires, il montre combien il serait utile de disposer d'épreuves appropriées pour mesurer de façon standardisée la capacité d'adaptation.

Mais c'est Selye, un médecin canadien d'origine Hongroise, qui a véritablement conféré au stress la popularité que cette notion a encore de nos jours. Au cours de ses études médicales, Selye avait été frappé du fait que les diverses formes de réaction de choc observées en clinique - le choc des brûlés, septicémie, hémorragie... - étaient toutes associées à des manifestations anatomo-cliniques identiques, à savoir une réduction de taille de thymus et des ganglions lymphatiques, des ulcérations gastriques et une augmentation de taille du cortex surrénalien. Aussi quand en 1935-1936, il retrouva les mêmes modifications anatomo-pathologiques chez des rats à qui il avait injecté des extraits glandulaires dans le but de caractériser les hormones ovariennes qu'il cherchait à purifier, il fut tenté de les attribuer à une réaction non spécifique de l'organisme visant à rétablir l'homéostasie perturbée par l'agent agresseur. Pour différencier la réaction qu'il avait découverte de celle qu'il avait identifiée Cannon, il proposa de la désigner sous le nom de *syndrome général d'adaptation*. La suite de son travail consista à décrire la

dynamique de ce syndrome, avec l'identification des phases d'alarmes, de résistance et d'épuisement, et en rechercher les mécanismes (le rôle des hormones cortico-surréaliennes).

Les outils dont Selye disposait pour étudier le stress étaient ceux de l'anatomopathologie : les yeux pour l'apparence macroscopique des organes et la recherche des lésions; le pouvoir grossissant du microscope pour l'observation plus fine de la structure organique; et l'histochemie pour la caractérisation des contenus cellulaires. Sa référence à l'homéostasie était dans l'esprit du temps, tandis que sa conception de la dynamique réactionnelle ne faisait que reprendre les vieilles notions de tension et d'énergie vitale : la conservation de l'homéostasie est un processus actif qui nécessite la mise en tension de l'organisme et qui mobilise de l'énergie ; l'énergie vitale ainsi détournée ne peut être utilisée pour autre chose, d'où l'arrêt de toutes les fonctions ne participe pas à la lutte contre l'agent agresseur. Enfin, l'énergie vitale n'étant pas inépuisable, toute sollicitation trop prolongée risque fort de déboucher sur l'épuisement.

Le principal mérite de Selye a été de montrer que ce n'est pas l'agent agresseur qui est pathogène, mais la réaction de l'organisme à cet agent. Cette réaction peut, dans certains cas, être totalement inadaptée par ce que excessive ou insuffisante. La sanction en est la maladie, et c'est ce que Selye a appelé les troubles de l'*adaptation*.

Tous les stimuli qui dérangent l'homéostasie ne sont pas nécessairement mauvais, certains peuvent même être très agréables, les activités de jeu par exemple. Pour incorporer ce truisme dans la théorie du stress, Selye a proposé les termes d'*eustress* et de *dystress*, le bon stress et le mauvais stress. Le premier stimule et rend productif, le second désorganise et inhibe. La théorie du stress rejoint là les théories de l'activation qui ne postule que pour une tâche donnée, par exemple atteindre une cible se déplaçant de façon aléatoire sur un écran ; il y a un optimum d'activation ou d'éveil physiologique en deca et au-delà duquel les performances se dégradent.

Comment comprendre le succès de ce concept flou et nomade construit d'emblée sur une analogie entre un matériau inorganique et l'organisme vivant? De quelle dynamique et de quel blocage est-il porteur ? Il nous a semblé que cette question méritait d'être envisagée dans le cadre de la systémique à un double titre. D'une part, par son caractère polysémique, le concept de stress permet de tisser des liens entre des savoirs très hétérogènes. Ainsi, Nunez a voulu relier la biologie et les comportements sociaux en faisant l'hypothèse qu'il existait des analogies entre la structure et le fonctionnement des systèmes bio-psycho-cognitifs humains et celui de l'entreprise (Nunez, 1995). D'autre part, par le nombre des applications qu'il a suscitées, il invite à s'interroger sur l'articulation entre le "*comprendre*" et le "*faire*". Comme le

dit Foerster (2006) prendre conscience des enjeux engendrés par les discours scientifiques sur le stress.

L'objectif de ce travail est d'essayer de dénouer quelques-uns des enchevêtrements qui se sont construits entre les différentes définitions du stress, les théories physiologiques sur lesquelles elles se sont appuyées et les pratiques qui en ont émergées.

Au début de son utilisation, le concept de stress, s'est inscrit clairement dans le cadre d'une démarche médicale comme en témoigne Selye (1973) qui explique ainsi le cheminement de sa pensée:

Je ne pouvais comprendre, dit-il, pourquoi, dès l'aube de l'histoire de la médecine, les médecins ont concentré tous leurs efforts sur la reconnaissance des maladies particulières et la découverte de remèdes spécifiques sans prêter aucune attention à quelque chose de beaucoup plus évident: le syndrome du simple fait d'être malade. Eh bien! Les patients que je venais de voir avaient un syndrome, mais il semblait que ce fût un syndrome caractérisant la maladie en tant que telle et non une maladie particulière. Serait-il possible d'analyser ce "syndrome général de la maladie" et peut-être même trouver des remèdes capables d'agir contre le facteur non spécifique dans la maladie? Ce ne fut, cependant, que dix années plus tard que je parvins à exprimer tout cela dans le langage précis de la description scientifique fondée sur l'expérimentation.

Ainsi, Selye a fait le lien entre des manifestations cliniques observées chez l'homme malade et des données expérimentales recueillies chez des rats soumis à diverses agressions extérieures (exposition au froid, agent toxique, microbien, blessure...). Et il définit le stress comme "l'ensemble des moyens physiologiques non spécifiques mis en œuvre par un organisme pour se défendre contre une agression". Au niveau comportemental, l'organisme réagit par la fuite, le combat, ou l'inhibition motrice. Au niveau biologique il augmente la sécrétion de certaines hormones (Adrénaline et Cortisol) qu'on a qualifiées "d'hormones de stress".

Le concept de stress s'est articulé sur deux (02) idées fondamentales qui ont contribué au développement de la médecine moderne. La première développée par un médecin. Français, Bernard (1813-1878) fait la distinction entre "le milieu extérieur" dans lequel évoluent les organismes vivants et "le milieu intérieur" dans lequel vivent les différents composants et tissus de cet organisme. La seconde, théorisée par un médecin américain, Cannon (1871-1945), décrit sous le nom "d'homéostasie" (homoios: similaire; stasis, stabilité) «la capacité pour tout organisme vivant de maintenir dans d'étroites limites le milieu intérieur en dépit des contraintes qui lui sont appliquées». (Revue in Berntson and Cacioppo, 2000).

Il est classique de décrire trois (03) à caractéristiques des réactions de stress définies par Selye:

- Elles sont non spécifiques, globales et quasi automatiques Cette idée de "non spécificité" était originale car elle marquait une rupture avec les conceptions de Pasteur qui prédominaient à l'époque et qui posaient l'existence d'une relation linéaire entre un agent pathogène particulier et les réactions spécifiques de l'organisme.
- Ces réactions de stress visent à supprimer les déséquilibres biologiques provoqués par l'agression et à ramener les variables biologiques à leurs valeurs initiales et c'est pourquoi Selye leur a donné le nom de "*syndrome général d'adaptation*"
- Enfin, ces réactions peuvent être divisées en trois (03) phases successives, en fonction de leur durée: une phase d'alarme brève, pendant laquelle existe une mobilisation intense d'énergie, une phase de résistance qui peut durer plusieurs semaines, puis, si l'agression continue, une phase d'épuisement, qui menace la survie de l'organisme. Il existe une rupture temporelle nette entre la période de vie "normale" et l'état de stress.

La description du stress faite par Selye est faite à la troisième personne du singulier, elle porte sur les lois générales qui régissent les organismes vivants, humains ou animaux, et elle s'appuie sur des données obtenues à la fois par l'observation clinique et par la méthode expérimentale. L'approche de la subjectivité individuelle est négligée. Les réactions de stress peuvent être mesurées de façon objective par des dosages sanguins et lorsqu'elles sont insuffisantes ou mal ajustées, elles peuvent être corrigées par un traitement médicamenteux.

L'organisme est représenté comme un système stable et auto-régulé. Cette description utilise un vocabulaire biologique et médical et elle a recourt à des métaphores guerrières évoquant "des mesures tactiques défensives" de l'organisme. Ces métaphores guerrières sont très fréquentes en médecine occidentale. Elles reposent sur l'idée d'une frontière nette entre le milieu intérieur et les agents agresseurs (Löwy, 1996) et elles légitiment le recours à des traitements médicamenteux dans la "lutte" pour la santé (Selye, 1955).

Très vite cependant, cette description de Selye a semblé insuffisante pour rendre compte de toute la complexité et la diversité des réactions de stress. Cette complexité a été explorée à trois (03) niveaux différents:

Au niveau neurobiologique, les "hormones du stress" sont apparues plus spécifiques que ne le pensait Selye: l'Adrénaline est plus sensible à l'effort physique et le Cortisol plus réactif à des facteurs psychologiques et sociaux (Mason 1971). De plus, bien d'autres substances sont impliquées lors des réactions de stress (hormones polypeptidiques, hormones minéralocorticoïdes, neuromédiateurs, neuromodulateurs...) et leur fluctuation se fait non seulement

pour s'accommoder aux pressions de l'environnement mais également pour les anticiper. Enfin et surtout, la plasticité cérébrale et en particulier celle des régions limbiques et pré-frontales joue un rôle fondamental dans leur coordination et leur régulation. C'est à cette plasticité qu'on attribue la possibilité de modifier durablement certaines variables biologiques par l'apprentissage et l'entraînement, ce qui permet non seulement d'améliorer les capacités physiologiques et psychologiques de l'être humain mais aussi de repousser les limites biologiques de l'organisme. (Revue in Ewen, 2007).

Par ailleurs, loin d'être homogènes, les réactions de stress varient à la fois en fonction des individus et des situations. L'étude clinique de cette variabilité a été principalement développée dans le cadre de la psychiatrie militaire où elle a fait l'objet de vives controverses. À la notion de "vulnérabilité" de sujets "fragiles" réagissant exagérément aux situations de combat s'est substituée, depuis 1988, la reconnaissance du caractère normal de "l'État de stress Post-traumatique" (PTSD) qui peut survenir chez n'importe quel individu confronté à des situations extraordinaires (Fassin et Rechtman, 2011).

L'étude expérimentale de cette variabilité interindividuelle a été l'objet d'innombrables travaux de psychologie cognitive, effectués sur des sujets en bonne santé, soumis à des situations éprouvantes dans différents contextes. Elle a montré que les sujets considèrent une situation comme stressante lorsqu'ils ne parviennent pas à la prévoir et à la contrôler et que le "stress perçu" est en relation non pas tant avec les caractéristiques objectives de la situation mais avec la signification qui lui est attribuée (Lazarus, 1966).

Enfin, les facteurs sociaux et en particulier le support social jouent un rôle déterminant dans la modulation des réactions de stress comme le montrent à la fois des études faites sur des groupes d'animaux présentant une organisation hiérarchique et des études épidémiologiques pratiquées à grande échelle (Revue in: Rutter, 1987). De plus, le stress peut avoir des conséquences sur la santé des générations qui suivent les personnes qui en ont été victimes en raison des phénomènes d'épigénèse, de mieux en mieux connus (Pray, 2006).

La richesse et la complexité des données apportées par ces travaux pluri-disciplinaires ont rendu obsolète la vue unidimensionnelle, linéaire et réactive du stress telle qu'elle a été développée par Selye et ont mis en question le concept d'homéostasie. Ainsi, une nouvelle élaboration conceptuelle a émergé en 1988, celle "d'allostasie" (allo: autre; stasie: stabilité) introduite par Sterling et Eyer (Revue in Le Moal, 2007 et Ganzel et al. 2010). Sous ce terme, ces auteurs décrivent "la stabilité dans le changement" avec l'idée que la finalité des réactions de stress, multiples et flexibles, n'est pas de faire revenir à l'état initial ou de maintenir constantes les différentes variables biologiques mais de modifier leurs caractéristiques pour les

ajuster aux demandes continuellement renouvelées de l'environnement. En découvrant avec émerveillement l'adaptabilité sans fin de l'être humain, on retrouve ici une idée développée par Nunez selon laquelle le changement fait évoluer le système vivant en modifiant sa structure et son fonctionnement interne (Nunez, 2007).

L'introduction de la théorie de l'allostase a profondément transformé la signification du concept de stress.

En effet, le stress ne concerne plus seulement les phénomènes neurobiologiques, objectifs et mesurables mais, il prend en compte la singularité du "ressenti" individuel. L'approche psychologique prend même le pas sur l'approche biologique. Pour Lazarus et Folkman.(1984) qui ont développé "la théorie transactionnelle du stress", il y a réaction de stress lorsque «la demande de l'environnement excède les ressources d'un sujet»; et le "coping", c'est-à-dire la capacité de faire face, qui est, pour ces auteurs, l'équivalent psychologique du "Syndrome général d'Adaptation" de Selye, a pour objectif d'"améliorer les ressources" d'un sujet.

Le stress n'est plus considéré comme un "état" particulier, différent de l'état normal. Il est envisagé comme un processus physiologique et psychologique, dont la finalité est l'adaptation aux changements. La description du stress change ainsi de cadre. Elle dépasse le champ de la biologie et de la médecine pour occuper celui des sciences humaines. L'approche de la subjectivité est devenue centrale. Le nom "stress" se transforme en adjectif et le sujet stressé est désormais considéré comme une personne autonome, qui porte une part de responsabilité dans l'existence de son propre stress. La mesure des réactions de stress s'est enrichie et complexifiée car, il y a de multiples facettes à explorer et de nouveaux indicateurs sont proposés: questionnaires, tests, enregistrements de variables psychophysiologiques, données de l'imagerie cérébrale. Dans chacun de ces domaines, il est difficile de définir des normes tant est grande la variabilité interindividuelle et tant les phénomènes de stress apparaissent fluctuant.

En effet, comment évaluer, sur le terrain, "les ressources" d'un sujet et son seuil de tolérance au stress? Et en termes opérationnels, comment déterminer de façon précise le "point de basculement" des différentes variables biologiques ("tipping point") au-delà duquel "la charge allostatique" se révèle excessive et "les coûts de l'accommodation allostatique l'emporte sur les bénéfiques". (Sterling and Eyer, 1988; Ganzel et coll. 2010). Car, il est évident que la temporalité du vivant n'est pas la même que celle de la gestion.

S'il est bien difficile, dans la pratique, de répondre à ces questions, en revanche, il est facile de constater, qu'au bout d'un certain temps, la dérégulation allostatique a des effets

nuisibles sur la santé et que l'augmentation de la charge allostatique n'apporte plus que de "la sueur et les larmes" selon l'expression de Sterling and Eyer en 1988 ("sweat and tear"). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) considère d'ailleurs le stress comme l'un des principaux "risques psychosociaux" qui jouent un rôle déterminant dans la multiplication de certaines maladies chroniques telles que les pathologies cardiovasculaires, les troubles musculo-squelettiques (TMS), le diabète et la dépression. Paradoxalement, le stress ne se présente plus comme une réaction d'adaptation mais comme un facteur qui augmente la probabilité de développer une maladie. La gravité du problème légitime d'ailleurs en 1994, la création de l'Agence Européenne pour la santé et la sécurité au travail (EU-OSHA-siège Bilbao) qui publie, en 1999, un rapport de synthèse: le « Manuel d'orientation sur le stress lié au travail ».

### **1.7.3. La psychologie de stress**

Selye insistait surtout sur la nature physiologique du stress, sans chercher à en explorer le vécu psychique. Des recherches ultérieures ont exploré ce vécu. De nature réflexe, le stress se déclenche et se déroule sans intervention de la volonté, même si le sujet est conscient de la menace ou de l'agression, et conscient ensuite de sa propre réaction ainsi que des modifications physiologiques et psychiques qu'elle entraîne. On admet que le stress a trois principaux effets psychologiques :

- il focalise l'attention sur la situation menaçante, chassant provisoirement de la conscience les autres préoccupations et pensées en cours ;
- il mobilise les capacités cognitives (attention, mémorisation, évaluation, raisonnement) ;
- et il incite à la prise de décision et à l'action. En outre, le stress permettrait au sujet de contrôler relativement son émotion. Le stress est une réaction utile, adaptative. Grâce à son stress, le sujet échappe au danger ou se trouve en mesure d'y faire face, ce qui correspond au mot anglais coping. La réaction de stress s'achève alors, sur le plan psychologique, par une sensation ambiguë d'épuisement physique et psychique intriquée avec un vécu euphorique de soulagement (« quitte pour la peur »). Mais, il arrive que si le stress est trop intense, trop prolongé ou répété à de trop courts intervalles, il se mue en réaction de stress dépassé, inadaptative. Selon Lebigot (2009), lors d'un stress une action extérieure menace de mort par exemple presse sur la membrane. La vésicule vivante comme Freud l'appelle sa sphère, est partiellement écrasée, mais rien ne pénètre à l'intérieur (figure 4). L'énergie positive augmente, ce qui se traduit cliniquement par de l'anxiété. Lorsque la pression se relâche, l'appareil

psychique reprend la forme initiale et continue à fonctionner comme avant. Il tient compte seulement de l'événement qu'il a rencontré, perte d'un être par exemple.

Les difficultés qui assaillent le sujet humain dans son fonctionnement quotidien ne sont pas de même nature que celles qui sont utilisées par les chercheurs pour étudier la biologie du stress. On parle d'événements de vie pour désigner toute situation survenant fréquemment ou de manière occasionnelle et qui nécessite de la part du sujet un effort d'adaptation. Tous ces événements ne sont pas forcément nocifs : le mariage et une promotion sont considérés comme des événements de vie au même titre qu'un deuil ou un échec, même si les scores totaux d'événements de vie au cours de la période écoulée. Il dépend des perceptions du sujet, de ses représentations mentales et de ses attitudes. L'importance de ces facteurs dans la réaction de stress peut être mise en évidence sur l'animal de laboratoire. Un des meilleurs exemples en est fourni par les résultats d'une expérience classique sur le contrôle comportemental menée par le psychologue Américain Weiss au début des années 1970.

Dans le groupe «contrôle » pouvaient terminer le choc électrique douloureux qu'on leur administrait en tournant une roue avec leurs pattes antérieures. Les rats du groupe contrôle n'avaient par contre, aucune possibilité de modifier les chocs délivrés, puisque ceux-ci leur survenaient en fonction du comportement des animaux du groupe contrôle. Des rats témoins étaient placés dans le même dispositif de test, mais sans choc. A la fin de l'expérience, la fréquence des ulcérations gastrique se révéla beaucoup plus importante chez les animaux du groupe contrôle que chez les rats de deux (02) autres groupes. Ce ne sont donc pas les caractéristiques physiques de la situation agressive qui sont importantes, mais la possibilité qu'a le sujet de la modifier par son comportement. Le contrôle comportemental n'est pas le seul facteur en jeu. La capacité de prévision intervient également. Sous ce terme, on fait référence aux informations dont dispose le sujet à la fois sur la façon dont la situation évolue au cours du temps et sur les conséquences de ses actions.

La possibilité de contrôler la situation et d'en pouvoir l'issue joue un rôle important dans l'attitude adoptée par le sujet face à la situation stressante. On parle de stratégie d'ajustement pour désigner ses attitudes (coping, en Anglais). La possibilité de faire face de façon efficace à la situation repose non seulement sur les capacités de l'individu à sélectionner la stratégie appropriée, mais également sur ses aptitudes à utiliser pour cela, les ressources disponibles dans son environnement social, ce que les psychologues appellent le *soutien social*. D'une manière générale, l'activation physiologique induite par la situation agressive est d'autant plus faible que la prévision et contrôle comportemental sont meilleurs et que le sujet bénéficie d'une attitude positive de la part de son entourage.

Au cours de l'évolution de sa pensée, Selye fut amené à préciser que le mot « stress » désigne la réaction de l'organisme, et non pas les agents extérieurs provoquant cette réaction. À ces agents extérieurs, il réservait le nom de stressseurs (stressors). Selye avait aussi, vers la fin de sa vie, étendu la notion de stress aux réactions de joie subite éprouvées à l'annonce d'un événement heureux (mariage, héritage, avancement dans la carrière). Ces réactions étaient comparables aux stress répondant à une agression ou une menace, et les modifications observées sur les effecteurs étaient les mêmes. Il y avait ainsi l'eustress du bonheur et le distress du malheur. Enfin, une troisième distinction admise par Selye admettait une variété atténuée et prolongée du stress, concernant les « stress de la vie courante ». À côté des stress répondant à une agression intense et brève, il y avait lieu d'admettre les stress répondant à des microagressions prolongées ou répétées. Par exemple, l'exposition prolongée aux vibrations, au bruit, à l'éclairage violent, aux atmosphères enfumées, le manque de sommeil et de repos, l'accumulation de fatigue, et même les soucis et conflits de la vie quotidienne pouvaient constituer des stressseurs à effet cumulatif.

#### **1.7.4. Traumatisme**

Le terme traumatisme s'applique généralement, d'une façon globale, à toutes les lésions corporelles subies par un sujet au cours d'une agression externe. Mais, c'est plus souvent l'énergie cinétique qui est à la base de ces atteintes mécaniques.

Par extension, la notion de traumatisme a pu également s'appliquer aux autres formes de traumatismes : c'est ainsi que nous pouvons parler de traumatisme thermique (brûlure), chimique (intoxication) et de traumatisme psychique a même été employé pour décrire les manifestations neuropsychiques apparaissant après un événement traumatisant. Quelles qu'en soient les origines, les traumatismes par agressions mécaniques restent la forme la plus fréquente de ces lésions et ce sont-elles qui serviront de défense aussi bien pour la description clinique que pour la prise en charge sanitaire.

Selon le dictionnaire de la psychologie, Larousse, Sillamy (1964) définit le traumatisme comme (du grec trauma, blessure) choc violent susceptible de déclencher des troubles somatique et psychique souvent, à la suite d'une émotion intense ou d'un traumatisme crânien dû à un accident de la circulation ou à une catastrophe soudaine (tremblement de terre, incendie, guerre, etc.), les sujets présentent un ensemble des troubles psychologiques plus ou moins durables, dont les principaux sont la fatigabilité, l'asthénie, la régression vers un stade infantile et, parfois, la refuge dans la maladie (hypocondrie) ou l'alcoolisme. Pour diminuer la tension émotionnelle des traumatisés, il est souvent nécessaire d'instituer une cure de sommeil, parallèlement à un soutien psychothérapeutique. P.304

Selon *le vocabulaire de la psychanalyse*, Laplanche et Pontalis (1967), le trauma ou traumatisme (psychique). *Événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité ou se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique.*

En termes économiques, le traumatisme se caractérise par un afflux d'excitations qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations.

### **1.7.5. Le traumatisme psychique ou trauma**

- **Origine étymologique et emprunt à la chirurgie**

Le mot « traumatisme » vient des mots grecs anciens *traumatismos*, signifiant action de blesser, et *trauma*, signifiant blessure. Appliqué à la pathologie chirurgicale, il signifie « transmission d'un choc mécanique exercé par un agent physique extérieur sur une partie du corps et y provoquant une blessure ou une contusion ». Transposé à la psychopathologie, il devient traumatisme psychologique ou trauma, soit « la transmission d'un choc psychique exercé par un agent psychologique extérieur sur le psychisme, y provoquant des perturbations psychopathologiques, transitoires ou définitives ». La clinique chirurgicale distingue les « traumatismes ouverts », où il y a effraction du revêtement cutané, et les « traumatismes fermés », sans effraction. En psychopathologie, on admet que les excitations attenantes à l'événement traumatisant ont fait effraction au travers des défenses du psychisme, l'événement dont nous voyons les caractéristiques, ou plutôt son image, pénètre dans l'appareil psychique en traversant le pare-excitation. Freud parle d'effraction (figure 5). L'image traumatique s'incruste au milieu des représentations et sa charge énergétique bouleverse le fonctionnement psychique du sujet Lebigot (2009, p.202), *le traumatise psychique n'a pas les mots-par ce qu'il n'y en a pas-pour faire comprendre à un autre ce qui lui arrive.*

On peut donc définir le traumatisme psychique ou trauma comme un phénomène d'effraction du psychisme, et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur .

**Trauma et traumatisme** sont des termes anciennement utilisés en médecine et en chirurgie. *Trauma* qui vient du grec *τραῦμα* = blessure, et dérivé de *τρυπέω* = percer, désigne une blessure avec effraction ; *traumatisme* serait plutôt réservé aux conséquences sur l'ensemble de l'organisme d'une lésion résultant d'une violence externe. La notion d'effraction du revêtement cutané n'est toutefois pas toujours présente : on parle par exemple de «

traumatismes cranio-cérébraux fermes». On a pu noter aussi que les deux termes de trauma et de traumatisme tendent à être utilisés en médecine de façon synonyme.

La psychanalyse a repris ces termes (chez Freud on ne rencontre que *Trauma*) en transposant sur le plan psychique les trois significations qui y étaient impliquées : celle d'un choc violent, celle d'une effraction, celle de conséquences sur l'ensemble de l'organisation.

La notion de traumatisme renvoie d'abord, comme Freud l'a lui-même indiqué, à une conception économique : « Nous appelons ainsi une expérience vécue qui apporte, en l'espace de peu de temps, un si fort accroissement d'excitation à la vie psychique que sa liquidation ou son élaboration par les moyens normaux et habituels échoue, ce qui ne peut manquer d'entraîner des troubles durables dans les fonctionnements énergétiques ». L'afflux d'excitation est excessif par rapport à la tolérance de l'appareil psychique, qu'il s'agisse d'un seul événement très violent (émotion forte) ou d'une accumulation d'excitations dont chacune prise isolément serait tolérable ; le principe de constance se trouve d'abord mis en échec, l'appareil étant incapable de décharger l'excitation.

Freud a donné dans *Au-delà du principe de plaisir (Jenseits des Lustprinzips, 1920)*, une représentation figurée de cet état de choses, en l'envisageant au niveau d'une relation élémentaire entre un organisme et son milieu : la « vésicule vivante » est tenue à l'abri des excitations externes par une couche protectrice ou pare-excitation qui ne laisse passer que des quantités d'excitation tolérables. Cette couche vient-elle à subir une effraction étendue, c'est le traumatisme : la tâche de l'appareil est alors de mobiliser toutes les forces disponibles afin d'établir des contre-investissements, de fixer sur place les quantités d'excitation affluentes et de permettre ainsi le rétablissement des conditions de fonctionnement du principe de plaisir.

Il est classique de caractériser ainsi les débuts de la psychanalyse (entre 1890 et 1897) : sur le plan théorique, l'étiologie de la névrose est rapportée à des expériences traumatiques passées, la date de ces expériences étant, dans une démarche toujours plus régréaïent, reculée, à mesure que les investigations analytiques s'approfondissent, de l'âge adulte à l'enfance ; sur le plan technique, l'efficacité de la cure est cherchée dans une abréaction et une élaboration psychique des expériences traumatiques. Il est aussi classique d'indiquer qu'une telle conception est passée progressivement au second plan.

Dans cette période, où la psychanalyse s'est constituée, le traumatisme qualifie d'abord un événement personnel de l'histoire du sujet, datable, et subjectivement important par les effets pénibles qu'il peut déclencher. On ne saurait parler d'événements traumatiques de façon absolue, sans envisager la « susceptibilité » (*Empfänglichkeit*) propre au sujet. Pour qu'il y ait traumatisme au sens strict, c'est-à-dire non-abréaction de l'expérience qui demeure dans le

psychisme comme un «corps étrangers», des conditions objectives doivent être présentes. Certes, l'événement peut, par sa «nature même», exclure une abréaction complète («perte d'un être aimé paraissant irremplaçable», par exemple) ; mais, en dehors de ce cas limite, ce sont des circonstances spécifiques qui assurent à l'événement sa valeur traumatique : conditions psychologiques particulières dans lesquelles se trouve le sujet au moment de l'événement («état hypnoïde» de Breuer), situation de fait– circonstances sociales, exigences de la tâche en cours - qui interdit ou entrave une réaction adéquate («rétention»), enfin et surtout, selon Freud, conflit psychique qui empêche le sujet d'intégrer à sa personnalité consciente l'expérience qui lui advient (défense). Breuer et Freud notent encore qu'une série d'événements, dont chacun à lui seul n'agirait pas comme traumatisme, peuvent additionner leurs effets («sommation»).

Sous la diversité des conditions dégagées dans les *études sur l'hystérie (Studien über Hysterie, 1905)*, on s'aperçoit que le dénominateur commun est le facteur économique, les conséquences du traumatisme étant l'incapacité de l'appareil psychique à liquider les excitations selon le principe de constance. On conçoit aussi que puisse être établie toute une série allant de l'événement qui trouve son efficacité pathogène dans sa violence et le caractère inopiné de sa survenue (accident, par exemple), jusqu'à celui qui ne la tient que de son insertion dans une organisation psychique comportant déjà ses points de rupture bien particuliers.

La mise en valeur par Freud du conflit défensif dans la genèse de l'hystérie et en générale des « psychonévroses de défenses » ne vient pas infirmer la fonction du traumatisme, mais en rend la théorie plus complexe. Notons d'abord que la thèse selon laquelle le traumatisme est essentiellement sexuel s'affirme pendant les années 1895-7 et que, dans la même période, le traumatisme originel est découvert dans la vie prépubertaire.

Il ne saurait être ici question de présenter de façon systématique la conception que Freud s'est faite alors de l'articulation entre les notions de traumatisme et de défense, ses vues sur l'étiologie des psychonévroses étant en évolution incessante. Toutefois plusieurs textes de cette période exposent ou supposent une thèse bien précise qui tend à l'expliquer comment l'événement traumatique déclenche de la part de Moi, au lieu des défenses normales habituellement utilisées contre un événement pénible (détournement de l'attention, par exemple), une «défense pathologique» - dont le modèle est alors pour Freud le refoulement – qui opère selon le processus primaire.

Le traumatisme voit son action décomposée en plusieurs éléments et suppose toujours l'existence d'au moins deux événements : dans une première scène, dite de séduction, l'enfant subit une tentative sexuelle de la part de l'adulte, sans que celle-ci fasse naître chez lui d'excitation sexuelle ; une deuxième scène, souvent d'apparence anodine, et survenant après la

puberté, vient évoquer par quelques traits associatifs la première. C'est le souvenir de la première qui déclenche un afflux d'excitations sexuelles débordant les défenses du Moi. Si Freud nomme traumatique la première scène, on voit que, du strict point de vue économique, ce n'est qu'après coup que cette valeur lui est conférée ; ou encore : c'est seulement comme souvenir que la première scène devient après coup pathogène, dans la mesure où elle provoque un afflux d'excitation interne. Une telle théorie donne son sens plein à la formule fameuse des *études sur l'hystérie* : «...les hystériques souffrent surtout de réminiscences» (*der hysterische leider grösstenteils an Reminiszenzen*).

En même temps, on voit comment se nuance l'appréciation du rôle joué par l'événement extérieur. L'idée du traumatisme physique s'estompe, la deuxième scène n'agissant pas par son énergie propre, mais seulement en tant qu'elle réveille une excitation d'origine endogène. En ce sens, la conception de Freud que nous résumons ici déjà ouvre l'idée selon laquelle les événements extérieurs tirent leur efficacité des fantasmes qu'ils activent et de l'afflux d'excitation pulsionnelle qu'ils déclenchent. Mais, d'autre part, on voit que Freud ne se contente pas, à l'époque, de décrire le traumatisme comme réveil d'une excitation interne par un événement extérieur qui n'en est que la cause déclenchante; il éprouve la nécessité de rapporter à son tour cet événement antérieur qu'il met au principe de tout le processus.

La portée étiologique du traumatisme s'estompe au bénéfice de la vie fantasmatique et des fixations aux divers stades libidinaux. Le «point de vue traumatique», s'il n'est pas «abandonné» comme Freud le souligne lui-même, s'intègre à une conception qui fait intervenir d'autres facteurs comme la constitution et l'histoire infantile. Le traumatisme qui déclenche la névrose chez l'adulte constitue, avec la prédisposition, une série complémentaire, la prédisposition comprenant elle-même deux facteurs complémentaires, endogène et exogène :

- **Les circonstances et mécanismes de survenue des traumatismes**

Les traumatismes surviennent au cours des différentes activités humaines, et chacune d'entre elles donnent aux accidents des particularités quant à la topographie, la notion et la gravité des lésions.

- **Les accidents domestiques**

Dans la plupart des cas, les accidents domestiques sont responsables des lésions relativement bénignes; il s'agit de plaies des mains (manipulation d'objets coupants, d'appareils ménagères), des plaies du visage (chute de sa hauteur), de contusions des parties molles.

- **Les accidents de loisirs**

L'organisation des loisirs et la diversité des pôles d'activité dans ce domaine sont devenues un phénomène de société; en contrepartie, les traumatismes liés aux loisirs

augmentent chaque année d'une façon considérable sans que des véritables mesures de prévention puissent être mises en place et suivi d'une façon efficace ; chaque activité de loisirs a ses propres règles de sécurité, mais le défaut de formation, d'encadrement et de prise en compte des impératifs entraîne de nombreux accidents, autant chez les néophytes que chez le sujet entraîné.

- **Les accidents de trafic**

Actuellement dans le monde, ce sont les accidents du trafic routier qui représentent la source la plus importante de traumatismes ; de même, ce sont ces accidents qui ont permis de légiférer, surtout dans le domaine de l'organisation de secours.

- **Les accidents du travail**

Ils peuvent engendrer toutes les lésions décrites, que nous pouvons présenter tous les niveaux de gravité possible, en fonction du type d'activité. Très schématiquement, on peut distinguer :

- Les industries métallurgiques lourdes, ou dominent les lésions des membres supérieurs et des membres inférieurs avec plaies, fractures, écrasements et amputations distales.
  - L'industrie du bâtiment et de la construction est caractérisée par les accidents de chantier, avec chute de grande hauteur, écrasement pour les accidents le plus graves et qui associent a des lésions moins graves : plaies ou fractures ;
- Les industries de fabrication et de transformation provoquent surtout des accidents au niveau des mains.
- La défense et la sécurité (soldats), c'est accident du travail au sein des armées est un sacrifice connu au préalable avant l'enrôlement dans l'armée, les soldats désirants faire carrière imaginent ce qui l'attendra pendant sa fonction qui est de «*mourir pour la patrie*» malgré les contraintes socio-économiques qui poussent certains individus à s'enrôler pour devenir soldats contre leur gré. C'est dans cette partie que nous cherchons à comprendre avant d'être un soldat, ce soldat était civil et avait intériorisé l'éducation, la culture sociale de sa famille et sociale (civile). Devenir un soldat est un processus de transformation physique et psychologique pour l'adoption, l'initiation et l'intégration du monde de l'armée qui est différent de civil. Leurs expositions intenses permanemment face aux dangers pendant leurs opérations (missions) ne les laissent pas indemne des séquelles «post opérationnel» ou de l'ESPT qui affecteront leurs comportement au sein de la famille et même dans le milieu de travail. Dans notre recherche, nous cherchons à comprendre après l'exposition aux dangers, les séquelles post opérationnels, existe-t-il le lien entre l'ESPT et les troubles du comportement des soldats revenant au front de la lutte contre B.H. ?

- **Manifestations cliniques des principaux traumatismes**

Les traumatismes ont des traductions cliniques relativement stéréotypées qui sont fonction de la nature de la lésion et de son siège. Ces manifestations sont locales, locorégionales et générales, ce sont de l'ensemble des signes des manifestations cliniques au niveau de la lésion.

De l'ensemble de manifestations, trois (03) d'entre elles doivent être retenues :

- Les manifestations neuropsychique, qui se traduisent par des troubles des comportements et de la vigilance (agitation, torpeur, somnolence, désorientation temporo-spéciale) ; dans la plupart de cas, ces troubles sont provoqués par la douleur, mais ils peuvent être le reflet d'une souffrance cérébrale indirecte par hypoxie (trouble ventilatoire), par hypovolémie (hémorragie) ou d'une souffrance directe (contusion cérébrale). L'apparition de troubles neurologiques purs (convulsions, paralysie motrice, coma) signes les atteintes directs du système nerveux (traumatisme crânien et médullaire). De l'ensemble de ces troubles ventilatoires secondaires qu'elles peuvent entraîner par obstruction des voies respiratoires.
- Les manifestations ventilatoires prennent toutes les formes cliniques : du simple gêne ventilatoire s'observe, en générale, dans les lésions graves de l'extrémité céphalique (traumatisme crânien avec perte de connaissance, fracas maxillo-faciaux avec obstruction des voies aériennes) et du thorax (grands volets costaux, plaies pleuropulmonaires).

Ils peuvent être responsables d'arrêt cardiaque précoce par hypoxie.

- les manifestations cardio-vasculaires sont surtout marquées par les conséquences des hémorragies ; le choc hémorragique en est la traduction la plus grave. Ce sont surtout des lésions internes (thoraciques et abdominales) par les plaies de gros vaisseaux qui sont responsables de ces hémorragies. Dans les hémorragies gravissimes, la mort par désamorçage du cœur est le risque vital essentiel.
- Au cours de la prise en charge d'un traumatisé, le bilan doit mettre en évidence les troubles cliniques dominants. On peut constater schématiquement trois situations :
- Les troubles psychiques sont en premier plan (coma, paralysie,...) ;
- Les troubles ventilatoires sont majeurs, la détresse ventilatoire est évidente et les autres troubles (neuropsychiques et cardio-vasculaire) sont faible.
- Les troubles cardio-vasculaires avec signes d'hémorragies sont manifestes et priment sur les autres troubles.

Cette appréciation rapide de la gravité permet aux équipes médicales chargées d'assurer la prise en charge sur le terrain de déterminer les priorités des traitements.

- **Le suivi médical ou prise en charge de traumatismes.**

La prise en charge de traumatisés comporte deux volets :

- Une prise en charge sur le lieu d'accident (terrain) et pendant le transport ;
- Et une prise en charge dans les structures de soins hospitalières.
- Les soins à l'hôpital.

Les soins hospitaliers sont envisagés ici en fonction d'une organisation du secours incluant au préalable la prise en charge sur le terrain avec, si nécessaire, une réanimation précoce autorisant une orientation hospitalière adéquate.

Dans le cadre ainsi défini, le déroulement de soins à l'hôpital relève d'une stratégie globale, fondée sur la gravité réelle ou potentielle de traumatisme.

- **Rééducation et réinsertion socioprofessionnelle**

C'est la dernière phase du traitement d'un traumatisé, qui va conduire la prise en charge des séquelles (somatique et psychique) des lésions primitives pour aboutir à sa réinsertion socioprofessionnelle totale ou partielle. Cette étape capitale pour tous les traumatisés, dont les traitements hospitalières peuvent s'étendre sur plusieurs mois, est très différée suivant la nature et la topographie des lésions comportant :

- La rééducation motrice pour toutes les séquelles ostéo-articulaires et tendineuses à savoir : fractures, entorses, luxations (les méthodes utilisées sont très variables) ; la kinésithérapie, la mécanothérapie, la balnéothérapie (elles ont toutes pour objectif la récupération des mouvements des membres et prennent un aspect particulier pour l'utilisation de prothèse après amputation) ;
- La rééducation fonctionnelle des paralysies motrices (paraplégies) est plus longue et plus complexe, car elle vise à donner au blessé une certaine autonomie motrice mais également sphinctérienne dans beaucoup de cas ;
- La rééducation neurologique et neuropsychique visent à prendre en charge les séquelles des traumatismes crâniens : amnésie, aphasie, troubles de langage, et de la parole, trouble de l'audition ; elle fait appel, entre autres, à l'orthophonie et à la rééducation psychomotrice.

Il est important de noter dans ce tableau, donné par Freud dans ses *leçons d'introduction à la psychanalyse (vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, 1915-17, cité par Laplanche et Pontalis, 1967)*, le terme de traumatisme désigne un événement qui survient en un second temps et non les expériences infantiles qu'on retrouve à l'origine des fixations. Le traumatisme voit à la fois sa portée réduite et son originalité diminuée : il tend en effet à être assimilé, dans le déclenchement de la névrose, à ce que Freud, d'autres formulations, a nommé *Versagung* (frustration).

Mais, tandis que la *théorie traumatique de la névrose* est ainsi relativisée, l'existence des névroses d'accident et plus spécialement les névroses de guerre viennent remettre au premier plan des préoccupations de Freud le problème du traumatisme sous la forme clinique des *névroses traumatiques*.

Du point de vue théorique, l'*Au-delà du principe de plaisir* atteste cet intérêt. La définition économique du traumatisme comme effraction est reprise et conduit même Freud à faire l'hypothèse qu'un afflux excessif d'excitation met d'emblée hors de jeu le principe de plaisir, contraignant l'appareil psychique à accomplir une tâche plus urgente «au-delà de principe de plaisir», tâche qui consiste à lier les excitations de façon à permettre ultérieurement leur décharge. La répétition des rêves ou le sujet revit intensément l'accident et se replace dans la situation traumatique comme pour la maîtriser est apportée à une compulsion de répétition. Plus généralement, l'ensemble des phénomènes cliniques ou Freud voit cette compulsion à l'œuvre met en évidence que le principe de plaisir, pour pouvoir fonctionner, exige que certaines conditions soient remplies, conditions que le traumatisme vient abolir, en tant qu'il n'est pas simple perturbation de l'économie libidinale, mais vient plus radicalement menacer l'intégrité du sujet.

La notion de traumatisme vient finalement prendre, dans la théorie de l'angoisse, telle qu'*inhibition, symptôme et angoisse (Hemmung, symptom und Angst, 1926, cité par Laplanche et Pontalis, 1967, p.503)* la renouvelle, et plus généralement dans la seconde topique, une valeur accrue, hors de toute référence à la névrose traumatique proprement dite. Le Moi, en déclenchant le signal d'angoisse, cherche à éviter d'être débordé par le surgissement de l'angoisse automatique qui définit la situation traumatique dans laquelle le Moi est sans recours. Cette conception revient à établir une sorte de symétrie entre le danger externe et le danger interne (figure 4): le Moi est attaqué du dedans, c'est-à-dire, par les excitations pulsionnelles comme il l'est du dehors. Le modèle simplifié de la vésicule tel que Freud le présentait dans *Au-delà du principe de plaisir*, n'est plus valable. Nous noterons que cherchant le noyau du danger, Freud le trouve dans un accroissement, au-delà du tolérable, de la tension résultant d'un afflux d'excitations internes qui exigent d'être liquidées. C'est là ce qui rend compte finalement, selon Freud, du «traumatisme de la naissance».

- **Trouble de Stress Opérationnel.**

Un traumatisme lié au stress opérationnel (TSO) se définit comme « tout trouble psychologique persistant découlant des tâches opérationnelles accomplies au cours du service militaire ». Ce terme générique englobe donc tout un éventail de troubles psychologiques ou émotionnels, tel que l'État de Stress Post-Traumatique (ÉSPT), la dépression majeure, les troubles anxieux ou les troubles liés à l'utilisation de substances. Il ne s'agit pas d'une appellation médicale ou juridique, mais plutôt d'un terme militaire utilisé strictement par le Canada et par l'OTAN afin de reconnaître l'existence des blessures psychologiques pouvant résulter des opérations (Ministère de la Défense Nationale et les Forces Canadiennes, 2009).

Après trente-deux (32) ans Syllamy dans son édition de 1996, il remodifie et redéfinit le traumatisme comme : Est un choc violent susceptible de déclencher des troubles somatique et psychique, souvent à la suite d'une émotion intense ou d'un traumatisme crânien dû à un accident de la circulation ou à un catastrophe soudaine (tremblement de terre, incendie, guerre, etc...), les sujets présentent un ensemble des troubles psychologiques plus ou moins durables («syndrome post commotionnel», dont les principaux sont l'irritabilité, la fragilité, l'asthénie, le refuge dans la maladie (hypocondrie), ou l'alcoolisme. Pour diminuer la tension émotionnelle des traumatisés, une cure de sommeil et un soutien psychologique sont souvent nécessaires.

Freud appelle traumatisme tout événement qui perturbe l'équilibre affectif d'une personne et provoque la mise en œuvre de ses mécanismes de défenses. Pour empêcher l'envahissement de l'appareil psychique par des grandes quantités d'excitations, l'organisme peut se fermer à tout stimulus supplémentaire par l'évanouissement, la pseudo-cécité, la pseudo-surdité, etc. Il s'efforcera aussi de les contenir puis d'obtenir leur décharge progressive en utilisant, notamment, les automatismes de répétition. *Dictionnaire de la psychologie, Norbert Sillamy (1996, p.266).*

## **CHAPITRE 2 :**

# **L'ÉTAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE ET LES TROUBLE DU COMPORTEMENT CHEZ LES SOLDATS ET SES THÉORIES EXPLICATIVES DU SUJET**

### **2.1. ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET LES THÉORIES EXPLICATIVES**

En 1980, la troisième version du système nosologique américain DSM III (*Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders*) a promu le vocable de *post-traumatic stress disorder* (PTSD) pour désigner ce que les nosographies européennes reconnaissaient sous le concept de névrose traumatique. Ce vocable, traduit en français par les mots « état de stress post traumatique » (alors que le mot « trouble » eût plus fidèlement traduit *disorder*), a fait fortune de part et d'autre de l'Atlantique (l'hégémonisme de la langue anglaise y aidant), et il a même été adopté par la Classification internationale des troubles mentaux dans sa 10<sup>ème</sup> révision de 1992 (CIM-10). Notons que l'introduction du mot anglais «*stress*» dans la pathologie psychique n'est pas anodine et reflète une prise de position résolument biologique, au détriment du mot «névrose», qui est récusé par les auteurs du DSM à cause de sa connotation psychanalytique. Quoi qu'il en soit, dans la nosographie européenne classique, le concept de névrose traumatique désignait une affection névrotique développée après une expérience de traumatisme psychique ou trauma. Dans la nosographie du DSM et dans celle de la CIM-10, le concept d'état de stress post traumatique désigne une perturbation mentale, supposée être de nature biologique (c'est-à-dire un stress), consécutive elle a aussi une expérience de traumatisme psychique. (Crocq, 1999).

Dans la réalité, il faut tenir compte du fait que les événements traumatisants sont souvent aussi des événements stressants et que c'est l'angoisse qui se manifeste d'abord. L'effraction traumatique, elle, ne s'accompagne pas d'angoisse, mais d'effroi, d'une disparition complète de toute activité psychique. Quant à l'image traumatique incrustée, elle fait d'abord d'un déni, et ce n'est que plus tard qu'elle réapparaît à la conscience du sujet, des jours, des mois, voire des années après. En attendant, elle peut produire de l'angoisse d'origine interne, contrairement au stress dont l'angoisse est d'origine externe (figure 6).

C'est une rencontre avec le réel de la mort. Celle-ci est-ce que nos appareils sensoriels transforment immédiatement des longueurs d'ondes en couleurs ou en sons (Freud, 1920, p.115) cité par Lebigot (2009). Freud faisait remarquer que nous savons que nous allons

mourir, mais, nous ne savons pas ce qu'est la mort. Nous n'avons pas la possibilité de nous représenter le néant qu'elle est. Seule l'effraction de pare-excitation permet la pénétration d'une image de la mort dans le psychisme, sans qu'elle soit transformée en réalité par les représentations. C'est une image brute que le sujet aura maintenant en lui, mais il n'aura aucune représentation pour la porter ; aussi ne pourra-t-il rien en dire. La présence de cette image, que l'on peut figurer dans notre métaphore comme chargée d'une grosse quantité d'énergie, va entraîner d'importants troubles du fonctionnement psychique. Mais le traumatisme psychique n'aura pas les mots-par ce qu'il n'y en a pas pour faire comprendre à un autre ce qui lui arrive, l'origine de sa souffrance. Il se sentira alors isolé de la communauté des Hommes.

Une fois installée dans l'appareil psychique, l'image traumatique y demeure, parfois seulement quelques jours, plus souvent des mois, des années, ou toute la vie du sujet. Elle réapparaît à la conscience avec une périodicité variable, soit la nuit dans les cauchemars, soit le jour dans de brèves reviviscences. A chaque fois, l'image est identique au détail près à ce qu'elle était le jour où elle a fait effraction, et elle s'accompagne du sentiment que l'événement est en train de se produire. Aussi, les troubles psychotraumatiques peuvent-ils durer longtemps, voire très longtemps, et l'incompréhension de l'entourage, familial ou professionnel, s'accroît avec le temps (LEBIGOT, 2009, p.202).

C'est l'état de stress post traumatique (ESPT) qui nous préoccupe tout au long de cette recherche.

### **2.1.1. Théories générales sur l'ESPT**

Depuis l'antiquité, des descriptions cliniques de l'état de stress post-traumatique ont été relatées, mais c'est seulement au XIX<sup>ème</sup> siècle que cette pathologie va susciter un intérêt croissant. Les études scientifiques commenceront par s'intéresser aux réactions des victimes d'accidents de chemin de fer. Oppenheim (1889), un neurologue allemand, fut le premier à utiliser le terme «die traumatische neurose» («névrose traumatique») pour décrire les états des patients suite à ces accidents ferroviaires. Il proposera que les symptômes traumatiques soient dus à des modifications moléculaires au niveau du système nerveux central.

- le souvenir obsédant de l'accident,
- des troubles du sommeil (agitation)
- des cauchemars de reviviscence
- la phobie du chemin de fer
- de la labilité émotionnelle.

Il impute ce trouble à l'effroi (*Shreck*), «*qui provoque un ébranlement psychique (Seelische Erschütterung) tellement intense qu'il en résulte une altération psychique durable*».

– L'hystéro-neurasthénie après émotion morale, selon Charcot, dans ces *Leçons du Mardi* à la Salpêtrière (1884-1893), qui portent notamment sur les accidents de chemin de fer (Putnam et Walton), Charcot récuse l'existence de la névrose traumatique. Pour lui, ces tableaux cliniques relèvent de l'hystérie, de la neurasthénie, voire de l'hystéro-neurasthénie

V... Hystéro-neurasthénie après shock nerveux.

Le fourgon où il se trouvait a été broyé par une locomotive...Contusionné, perte de connaissance, puis amnésie de l'accident et amnésie de toute une période précédant l'accident...Vingt-cinq jours sans malaise, se croit «*quitte pour la peur*». Puis: asthénie, sursauts au bruit, vertiges, impression de tête vide et rêves terrifiants...rétrécissement du champ visuel et attaques hystériques déclenchées par des stimuli évoquant l'accident (*Leçons du Mardi*, 1888).

– L'automatisme psychologique de Janet 1889 : *L'Automatisme psychologique*, après un choc émotionnel, la souvenance brute de l'événement, ou «*idée fixe*» (sensations, images, sursauts, gestes élémentaires, etc.), fait bande à part dans un recoin du sub-conscient, oublié de la conscience vigile, et s'y comporte comme un corps étranger ou un parasite, non assimilé, inspirant des reviviscences (sensations, images, revécus, gestes élémentaires) automatiques, non élaborées ; tandis que le reste de la conscience continue d'inspirer des pensées et des actions élaborées et circonstanciées.

- Il y a *dissociation de la conscience* : conscience vigile et subconscient

- Les idées fixes ne sont pas assimilées parce qu'elles n'ont pas été reprises, travaillées, par le langage.

– L'hystérie traumatique selon Breuer et Freud 1895, «*Etudes sur l'hystérie* » Après un choc émotionnel, si le sujet n'a pu réagir par la fuite, la défense, la parole ou la représentation mentale, le souvenir brut de l'événement («*réminiscence*») demeure au sein du préconscient comme un parasite, provoquant des symptômes de conversion et des abréactions répétées et inefficaces. Seule l'abréaction assortie de toute la charge des affects restés coincés et accompagnée d'un travail d'association peut amener la libération de ces affects et procurer la *catharsis* (soulagement) (*méthode cathartique*).

Faute d'une réaction initiale adaptée, il y a phénomène de corps étranger, et fixation au trauma.

La découverte du pré-conscient traumatique a précédé celle de l'inconscient

– Les névroses traumatiques selon Crocq En 1896, le Belge Crocq reprend le vocable de «*névrose traumatique*», au sujet des syndromes mentaux post-accident. Il distingue d'une part

les «*névroses traumatiques graves*», avec commotion et lésions organiques probables, et d'autre part les «*névroses traumatiques pures* », fonctionnelles, dues à la seule frayeur.

Observation n°XXIII: *Dix jours après l'accident de chemin de fer de Groenendael, où il n'a pas été blessé ni contusionné, B. commence à présenter des secousses spasmodiques du bras gauche, du tremblement de la main droite, et il se plaint de céphalées, de palpitations et de cauchemars où il revoit l'accident....*

L'intérêt pour cette pathologie connaîtra un développement important au cours du XX<sup>ème</sup> siècle, suite aux différentes guerres, notamment les deux (02) guerres mondiales et la guerre du Viêt-Nam. L'ESPT connaîtra de nombreuses appellations telles que «*névrose de guerre* », «*cœurs irritables* », «*cœurs de soldats* », «*traumatisme dû au bombardement* », «*épuisement au combat*», «*syndrome du vieux sergent* », ou encore «*shell shock* » («*choc des tranchées* » ou «*obusite* » en France) proposé en 1915 par le psychiatre anglais Charles Samuel Myers qui remarqua que ce trouble se manifeste également chez des soldats qui n'ont jamais été exposés directement aux tirs.

A la suite de la guerre du Viêt-Nam, les chercheurs, eux-mêmes anciens soldats ou survivants des camps, s'intéresseront aux troubles présents chez les femmes et les enfants, négligés jusque-là. En 1974, Burgess et Holstrom feront le lien entre le «*syndrome traumatique du viol* » et celui provoqué par le combat.

En 1952, le trouble est répertorié dans la première version du DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) sous le nom de «*gross stress reaction* ». Cependant, en 1968, il disparaît totalement dans le DSM-II au cours d'une période de l'histoire relativement pacifique. En 1980, le nombre et l'importance sociale des *post-Vietnam syndromes* (700.000 hommes sur 3 millions) incitent les auteurs du DSM américain à réintroduire le mot stress dans leur nosographie, les conséquences psychologiques de la guerre du Viêt-Nam accroissant l'intérêt pour ce trouble, le DSM-III le réintroduit dans sa nosographie sous le nom de «*Post-Traumatic Stress Disorder* » (PTSD) ou «*Etat de stress post-traumatique* » (ESPT) en français qui regroupe différents troubles tels que «*le syndrome traumatique du viol* », le «*syndrome des femmes battues*» et le «*syndrome des vétérans du Viêt-Nam* ». En 1994, dans le DSM-IV, apparaît l'état de stress aigu, un syndrome qui répond au critère de l'ESPT mais qui dure un mois au maximum. De plus, le DSM-IV mettra plus en avant la dimension dissociative, caractérisant un état mental complexe où l'individu se sent détaché de la réalité ou de lui-même lors de l'événement traumatisant. En mai 2013, la classification du trouble et des symptômes sont modifiés dans le DSM-5.

En plus de la détresse et la réactivité physiologique, les reviviscences peuvent aussi être déclenchées par l'exposition aux indices évoquant l'événement traumatique. L'olfaction est l'une des modalités sensorielles les plus fréquemment décrites comme pourvoyeuse d'indices de rappel, liés au souvenir traumatisant et capables de déclencher des reviviscences. Par exemple, l'odeur de diesel pour des vétérans peut précipiter la survenue de souvenirs intrusifs associés à la guerre alors qu'une odeur de cuir peut rappeler l'auteur d'un viol (Hinton *et al*, 2004; Vermetten and Bremner, 2003; Vermetten *et al*, 2007). Cette prédominance des indices olfactifs dans le rappel d'un traumatisme n'est pas étonnante. Dans des situations de la vie courante, ces indices semblent entraîner l'évocation de souvenirs de la mémoire autobiographique plus facilement que des indices d'autres modalités sensorielles. Il a été montré que leur efficacité se maintient à long-terme (Chu and Downes, 2002) et qu'ils induisent de fortes émotions (Herz and Schooler, 2002). Néanmoins, les autres modalités, notamment visuelle et auditive, peuvent aussi déclencher des reviviscences (Liberzon *et al*, 1999c). Le critère C (l'évitement) correspond à un symptôme focalisé exclusivement sur les indices rappelant le traumatisme. Ces évitements ont pour but de fuir toute situation ou pensée qui pourrait conduire à se remémorer le traumatisme, afin de se protéger de la survenue de reviviscences, pénibles pour le sujet. Ce sentiment persistant de menace déclenche chez l'individu un état d'alerte et de vigilance pour éviter les situations conduisant à l'ensemble des symptômes du critère E comme une réponse de sursaut exagérée ou des troubles du sommeil. Il semblerait donc que l'hypersensibilité aux indices liés au traumatisme soit la pierre angulaire de la plupart des symptômes caractéristiques de l'ESPT.

Curieusement, une hypermnésie pour certaines composantes du souvenir cohabite paradoxalement avec une amnésie pour d'autres composantes (Critère D1) (Elzinga and Bremner, 2002). L'hypermnésie, déclenchée automatiquement, porte sur des éléments saillants qui reflètent certains aspects de l'épisode traumatique, sans que ceux-ci soient forcément prédictifs de l'épisode. Cette hypermnésie correspondrait à un renforcement de mémoire non-déclarative comme l'amorçage et le conditionnement. L'amnésie, quant à elle, porte sur des éléments contextuels du traumatisme comme le lieu où l'heure et correspondrait à un déficit de mémoire déclarative, c'est-à-dire la capacité à se souvenir consciemment des faits spécifiques du trauma (Bremner *et al*, 1993b; Gil *et al*, 1990). Cette altération mnésique faciliterait même l'hypermnésie puisque les stimuli liés au traumatisme seraient sélectionnés indépendamment du contexte dans lequel ils se sont manifestés. Bien que cette théorie soit intéressante dans la compréhension du phénomène hypermnésie/amnésie, les données de la littérature ne sont pas suffisantes pour définir clairement ce profil.

Certains auteurs proposent de distinguer deux (02) types de traumatisme (Terr, 1991): le trauma de type I caractérisé par un stress aigu, c'est-à-dire un seul événement délimité dans le temps et surprenant, comme un attentat, et le trauma de type II caractérisée par un stress chronique où l'individu est fréquemment victime d'un traumatisme sur une longue période de temps comme les violences conjugales. Ces deux (02) situations peuvent causer un ESPT, mais les auteurs proposent que le profil psychologique et comportemental diffère entre les deux (02) types de trauma (Medina *et al*, 2001). Bien que cette séparation semble intéressante dans l'étude de l'ESPT, elle n'est que très peu étudiée et n'est pas pris en compte dans le DSM-5.

### **2.1.2. Comorbidité**

L'ÉSPT s'avère une condition à comorbidité élevée, puisque près de 80% des personnes répondant à ce diagnostic rapportent avoir eu au moins un autre trouble mental concomitant. La dépression majeure, le trouble de dépendance à l'alcool et les autres troubles anxieux s'avèrent les pathologies présentant respectivement les taux de cooccurrence les plus élevés (Kessler et al., 1995; Van Ameringen et al., 2008). Bien que la présence d'un trouble comorbide puisse agir à titre de facteur de risque dans le développement d'un ÉSPT à la suite d'un trauma, il semble que dans la majorité des cas, l'ÉSPT survient en premier (Engdahl, Dikel, Eberly, Blank, 1998). Il apparaît notamment que les individus qui en souffrent sont plus enclins à sombrer dans la dépression, à entretenir des inquiétudes et à abuser d'alcool ou de drogue dans l'espoir de diminuer leur sentiment de détresse. La présence de comorbidité a d'importantes répercussions sur le plan clinique, notamment en ce qui a trait à l'efficacité des traitements offerts (Ballenger et al., 2000; Campbell et al., 2007). Bien que plusieurs études aient documenté la présence élevée de comorbidité chez les individus souffrant d'un ÉSPT, la nature de la relation entre l'ÉSPT et les différents symptômes concomitants y étant associés demeure à clarifier.

### **2.1.3. Facteurs de risque**

Beaucoup d'études se sont intéressées aux facteurs de risque qui conduisent les sujets à être résilient ou non. Il existe de multiples facteurs qui augmentent la probabilité de développer un ESPT. De nombreux travaux ont montré des modifications physiologiques et psychologiques à la suite d'un traumatisme, sans pouvoir toutefois déterminer si les différences, présentes chez des individus avec un ESPT, sont la cause ou la conséquence du trouble.

Parmi les facteurs de risque mis en évidence, certains sont intrinsèques à la personne. Comme les études épidémiologiques le montrent, outre le fait d'être de sexe féminin qui multiplie par deux le risque de développer la pathologie (Breslau, 2002; Kessler *et al*, 1995), les traits de personnalité jouent aussi un rôle important. Ainsi chez l'homme, le névrosisme (ou neuroticisme), c'est-à-dire la disposition à ressentir des affects négatifs et à percevoir la réalité comme menaçante, est un trait de prédisposition à l'ESPT.

L'environnement familial peut fragiliser un individu et augmenter son risque de développer le trouble à la suite d'un traumatisme à l'âge adulte. En effet, des antécédents familiaux de troubles mentaux, tels que l'alcoolisme (Davidson *et al*, 1989; Foy *et al*, 1987), l'adversité et la violence parentale (McCoy and Finkelhor, 1996; Copeland *et al*, 2007; Davidson *et al*, 1991), la pauvreté pendant l'enfance (Koenen *et al*, 2007) et un faible soutien social (Soet *et al*, 2003) augmentent le risque. De même avoir des parents souffrant d'ESPT multiplie par trois le risque de développer ce trouble (Yehuda and Bierer, 2008). Un comportement parental négatif vis-à-vis de l'enfant ou la séparation des parents augmentent également le risque de subir un traumatisme et de souffrir d'ESPT (Breslau *et al*, 1991; Davidson *et al*, 1991; McCranie *et al*, 1992). Un traumatisme subi pendant l'enfance est un facteur de risque important (Bremner *et al*, 1993a; Zuiden *et al*, 2011b). En effet, le risque de développer un ESPT augmente de façon exponentielle avec le nombre de traumatismes vécus (Paris, 2000). Or, environ 30% de la population a subi au moins deux traumatismes au cours de sa vie (Kessler *et al*, 1995). Ces précédents traumatismes peuvent sensibiliser les individus à travers des modifications épigénétiques régulant l'axe corticotrope (McGowan, 2013) ou encore l'expression de BDNF (Brain-derived neurotrophic factor) dans l'hippocampe (Roth *et al*, 2011), une protéine impliquée dans la plasticité qui sous-tend la peur conditionnée (Choi, 2010).

#### **2.1.4. Neurobiologie de l'ESPT**

L'exposition à un traumatisme induit des modifications neurobiologiques qui seraient responsables des symptômes caractéristiques de l'ESPT. Cependant, il existe peu d'études longitudinales qui suivent des individus avant le traumatisme afin de définir clairement les éléments présents avant le stress et favorisant la survenue du trouble, des modifications causées par le trouble. Ainsi, on ne sait pas si ce que l'on constate après le traumatisme est dû au stress ou cet état était présent avant. L'ESPT entraîne des modifications qui touchent de nombreuses cibles, comme l'axe corticotrope, les neurotransmetteurs et les régions cérébrales qui régulent la réponse à la peur et au stress (Heim and Nemeroff, 2009).

### **2.1.5. Stratégies d'adaptation des soldats à l'ESPT**

Les humains utilisent différents moyens pour composer avec les situations stressantes auxquelles ils sont exposés au cours de leur vie. Le choix des stratégies employées en pareil contexte peut exercer une influence considérable sur les difficultés qu'ils vont éprouver (ou non) à s'adapter aux dites situations.

Tel que défini par Lazarus et Folkman (1984), les stratégies d'adaptation consistent en l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux déployés par un individu dans le but de composer avec des situations perçues comme menaçantes pour son bien-être ou excédant ses ressources personnelles pour y faire face. Deux (02) conceptualisations principales des diverses stratégies d'adaptation observées ont émergé de la littérature. Ces dernières ont été identifiées sur la base de leur fonction respective, soit les stratégies centrées sur le problème et les stratégies centrées sur les émotions. Il est néanmoins à noter que ces modes de gestion du stress ne sont pas mutuellement exclusifs, ces derniers pouvant être utilisés de façon combinée pour faire face à une même situation (Aldwin & Yancura, 2004). Les stratégies centrées sur le problème réfèrent à l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux visant à résoudre ou à diminuer le problème. À titre d'exemple, la personne peut fragmenter le problème en différentes composantes afin d'en faciliter la gestion, établir un plan d'action ou encore aller chercher des informations ou des conseils dans le but de l'aider à faire face aux difficultés qu'elle vit. Ces moyens sont également parfois désignés dans la littérature sous le vocable de stratégies actives, puisqu'elles abordent directement le problème. Les stratégies centrées sur les émotions (parfois présentées sous la tenue stratégies passives) visent quant à elles à diminuer la détresse émotionnelle qui découle de l'événement stressant. Le retrait, l'expression émotionnelle, la réévaluation positive du problème, l'utilisation de substances, la distraction de même que l'évitement en sont quelques exemples.

Les effets du recours à la stratégie d'évitement en ce qui a trait à la gestion de l'anxiété ont été bien documentés et méritent qu'on s'y attarde de façon plus détaillée. L'individu confronté à une situation ou à des pensées qui suscitent de l'anxiété peut utiliser un mode de réponse évitant dans le but de réduire le malaise généré par le stimulus anxiogène. Par exemple, une personne qui présente des souvenirs bouleversants et envahissants à la suite d'un événement traumatique peut tenter de supprimer activement ses souvenirs en rapport avec l'événement et ainsi diminuer sa détresse émotionnelle. Or, bien que cette réaction amène un soulagement temporaire de l'anxiété, elle conduit à moyen terme à une résurgence de pensées liées à l'événement traumatique, voire à une augmentation de leur occurrence. Ce phénomène, désigné « effet rebond de la pensée » à la suite d'une période de suppression, a été mis en

évidence pour la première fois par Wegner et ses collaborateurs (1987) en conditions de laboratoires soigneusement standardisées. En somme, ces travaux ont mis en évidence que l'engagement (ou non) dans une stratégie d'évitement comme mode de gestion de l'anxiété exerce un rôle déterminant en ce qui a trait au niveau d'adaptation ultérieur chez une personne qui fait face à une situation de stress.

#### **2.1.6. Modifications cérébrales**

Chez l'animal le stress et la libération de glucocorticoïde qui en résulte, provoquent une atrophie de l'hippocampe (McEwen and Magarinos, 1997). L'hippocampe a donc été la principale structure d'intérêt dans l'étude des modifications structurales du cerveau chez les patients avec un ESPT et l'imagerie cérébrale a révélé une diminution assez systématique du volume de l'hippocampe, corrélée à la sévérité des symptômes de l'ESPT (Bremner *et al*, 1995, 1997b; Gilbertson *et al*, 2002; Stein *et al*, 1997). En spectroscopie par résonance magnétique, on constate une diminution d'un marqueur de l'intégrité neuronale, dans l'hippocampe (le niveau de N-acetyl aspartate ; Rauch *et al*. 2006). Cependant, pour certains, cette diminution serait due à des stress prolongés ou répétés, préexistants au traumatisme, qui endommagent l'hippocampe (Sapolsky, 2000) et favorisent la survenue du trouble (Gilbertson *et al*, 2002; Pitman *et al*, 2006). Néanmoins, un effet direct du traumatisme sur l'hippocampe ne peut être totalement exclu puisque le volume de cette structure est inférieure chez les contrôles exposés par rapport au contrôles non-exposés (Karl *et al*, 2006; Smith, 2005). Ainsi, comme les études sur les jumeaux le révèlent, les individus avec un ESPT ont un hippocampe atrophié avant le traumatisme (Gilbertson *et al*, 2002), pouvant être causé par des stress subis au cours de la vie qui favoriseraient la survenue du trouble après un événement traumatisant, et exacerberaient cette atrophie. L'atrophie de l'hippocampe, causée par une accumulation de glucocorticoïdes, pourrait en partie définir si l'individu développe ou non la pathologie après un traumatisme, cette atrophie causerait un défaut d'intégration contextuelle favorisant l'ESPT. Ainsi que l'a montré une étude, chez un groupe hétérogène de patients, cette atrophie, ainsi que le déficit de mémoire déclarative, semble pouvoir être reversés par un traitement (pendant un an) aux inhibiteurs spécifiques de la recapture de sérotonine (ISRS) (Bremner and Vermetten, 2004).

Au niveau structural, on remarque chez les patients avec un ESPT une diminution du volume du cortex cingulaire antérieur en corrélation avec la sévérité des symptômes (Woodward *et al*, 2006; Yamasue *et al*, 2003) ainsi qu'une forme différente de la structure (Corbo *et al*, 2005).

De même, comme pour l'hippocampe, on observe une diminution de N-acétyl aspartate dans le cortex cingulaire antérieur (De Bellis *et al*, 2000). Une étude sur les jumeaux montre que cette modification, contrairement à celle l'hippocampe, serait une conséquence du traumatisme et non un facteur préexistant (Kasai *et al*, 2008). Cependant, l'imagerie cérébrale n'a pas montré de modification par l'ESPT du volume de la matière grise et blanche globale du cerveau et pas d'altération de l'amygdale (Fennema *et al*, 2002; Gurvits *et al*, 1996; Lindauer *et al*, 2004; Wignall *et al*, 2004).

Les modifications fonctionnelles provoquées par l'ESPT ont aussi été recherchées. Chez des patients avec ESPT, l'activité basale est plus élevée dans certaines structures cérébrales, comme le cervelet, le gyrus temporal supérieur, le gyrus précentral et le gyrus fusiforme (Bonne *et al*, 2003b). On constate une hyperréactivité de l'amygdale en réponse à un rappel de souvenirs traumatiques (Shin *et al*, 2004) ou en réponse à des visages exprimant la peur ou la colère présentés de façon subliminale (Bryant *et al*, 2008; Rauch *et al*, 2000; Whalen *et al*, 1998) ainsi que lors de l'acquisition d'une peur conditionnée (Bremner *et al*, 2005). Le gène 5-HTT, associé à la réactivité de l'amygdale, représente un facteur de risque à l'ESPT (Hariri *et al*, 2002; Kilpatrick *et al*, 2007). Cependant, cette hyperréactivité de l'amygdale pourrait être présente avant le traumatisme et faciliter la survenue du trouble. A l'opposé, l'activité du cortex préfrontal médian est diminuée en cas d'évocation du traumatisme (Shin *et al*, 2004), ou de la présentation de sons et d'images liés au trauma (Bremner *et al*, 1999), de visages apeurés (Shin *et al*, 2005), ainsi que pendant l'acquisition d'une peur conditionnée (Bremner *et al*, 2005), mais pas à un stimulus neutre (Shin *et al*, 2004). L'activité du cortex préfrontal médian est négativement corrélée à l'activité de l'amygdale ce qui a suggéré que l'ESPT réduisait l'inhibition que le cortex préfrontal médian exerce sur l'amygdale (Shin *et al*, 2005).

### **2.1.7. Les neurotransmetteurs de l'ESPT**

Les différentes observations comportementales et physiologiques observées chez l'homme comme l'hyper vigilance, l'augmentation du rythme cardiaque et de la conductance cutanée, les troubles du sommeil, les fortes comorbidités avec la dépression et l'addiction ainsi qu'une sur-consolidation d'une mémoire lié à la peur, laissent supposer l'implication de différents neuromodulateurs dans la symptomatologie de l'ESPT.

### **2.1.8. La noradrénaline**

En raison du rôle du système noradrénergique dans l'éveil, la réponse du système sympathique et de l'encodage des souvenirs à caractère émotionnels, la noradrénaline a été un élément central de nombreuses études portant sur la physiopathologie de l'ESPT. Ces études

ont fait la preuve d'une augmentation de l'activité du système noradrénergique en réponse à un stressueur, que ce soit chez les personnes souffrant d'ESPT ou chez l'animal ayant subi un stress chronique (Jedema and Grace, 2003; Southwick *et al*, 1999). Il est proposé que la modification de la réactivité du système noradrénergique soit liée à des symptômes du PTSD tels que l'hyper-vigilance et les reviviscences (Southwick *et al*, 1997).

Une caractéristique fondamentale des patients avec un ESPT est une hyperactivité soutenue du système nerveux végétatif sympathique se manifestant par une augmentation de la fréquence cardiaque, de la pression sanguine et de la conductance cutanée. Le taux d'excrétion des catécholamines a été recherché chez des anciens combattants et des femmes victimes de violences atteints d'ESPT. Cependant, les résultats concernant le niveau basal de noradrénaline périphérique (urinaire ou plasmatique) sont contradictoires révélant soit une augmentation (Lemieux and Coe, 1995; Yehuda, 1998; Yehuda *et al*, 1992), soit pas de différence (Glover and Poland, 2002; Southwick *et al*, 1995) ou soit encore une diminution (Murburg *et al*, 1995). Bien que l'activité noradrénergique périphérique soit réactive au stimulus stressant (Liberzon *et al*, 1999a), elle ne peut refléter l'activité noradrénergique centrale (Geraciotti *et al*, 1994; Peskind *et al*, 1986) puisqu'elles proviennent de sources différentes (Goldstein *et al*, 1987). Au niveau central, le taux de noradrénaline du liquide céphalo-rachidien est plus important chez des vétérans avec ESPT et ce taux est corrélé à la sévérité des symptômes de l'ESPT, alors que cette relation n'existe pas avec le taux plasmatique de noradrénaline (Geraciotti *et al*, 2001) Il a été montré que le nombre de récepteurs  $\alpha_2$  dans les plaquettes sanguines est diminué chez des enfants et des adultes ESPT, ce qui pourrait être dû, d'une part à un fort taux de noradrénaline plasmatique et, d'autre part à une sensibilité plus importante des récepteurs  $\alpha_2$  qui provoquerait une diminution du nombre de récepteurs (Perry, 1994; Perry *et al*, 1987).

### **2.1.9. La sérotonine**

La sérotonine ou 5-hydroxytryptamine (5-HT) est une monoamine dérivée du tryptophane. Les noyaux qui synthétisent et libèrent la sérotonine sont principalement le raphé dorsal et le raphé médian situés au niveau du pont et du tronc cérébral. Ils projettent sur l'amygdale, l'hippocampe, l'hypothalamus, le noyau accumbens, l'aire tegmentale ventrale, le cortex, les noyaux du lit de la strie terminale (Imai *et al*, 1986), et projettent aussi sur le LC pour l'inhiber (Ressler and Nemeroff, 2000; Segal, 1979).

La sérotonine est impliquée dans de nombreuses fonctions touchées par l'ESPT: elle joue un rôle dans le sommeil (Dugovic, 2001), l'agressivité (Popova, 2008), l'impulsivité (Brunner and Hen, 1997), les fonctions neuroendocrines (Jørgensen, 2007), l'activité

cardiovasculaire en réponse à un stress (Williams *et al*, 2001), les états émotionnels (Lucki, 1998), le stress (Chaouloff, 2000), la dépression, l'anxiété et le comportement suicidaire (Baldwin and Rudge, 1995; Mann, 1999). Chez les patients avec un ESPT, la recapture de sérotonine dans les plaquettes sanguines est diminuée et les sites de liaison du récepteur 5-HT<sub>2</sub> cortical sont augmentés (Vermetten and Bremner, 2002).

#### **2.1.10. La dopamine**

La dopamine est une catécholamine qui dérive de la tyrosine et dont les noyaux se situent dans le mésencéphale au niveau de l'aire tegmentale ventrale (A10) et la substance noire compacte (A8 et A9). La dopamine libérée au niveau de l'amygdale est impliquée dans l'acquisition et la consolidation d'une peur conditionnée (Pezze and Feldon, 2004). La transmission dopaminergique au niveau du noyau accumbens joue un rôle dans la réponse à un stimulus qui prédit un stress alors que la transmission dopaminergique au niveau du cortex préfrontal médian atténue la récupération d'un souvenir stressant et stimule l'extinction d'une peur conditionnée (Deutch and Young, 1995; Finlay and Zigmond, 1997). De plus, le système dopaminergique interagit avec les glucocorticoïdes (Marinelli and Piazza, 2002). Son rôle a été largement étudié dans les processus addictifs (Koob, 1992). Une excrétion élevée de dopamine urinaire a été montrée chez des patients avec un ESPT et ce taux est corrélé à la sévérité des symptômes (Yehuda *et al*, 1992; Young and Breslau, 2004a). D'autres données indiquent que chez des patients avec une comorbidité d'ESPT/dépression, le niveau d'acide homovanillique, un métabolite de la dopamine trouvé dans le liquide céphalorachidien, est plus important que chez des patients avec une dépression sans ESPT ou des contrôles sains (Sher *et al*, 2005) suggérant que la transmission dopaminergique est augmentée chez les patients avec un ESPT. Par ailleurs, des données révèlent chez des patients avec un ESPT, des déficits dans les circuits impliqués dans la récompense et le renforcement, suggérant une altération de l'aire tegmentale ventrale (Elman *et al*, 2009; Hopper *et al*, 2008). De plus, une augmentation de la transmission dopaminergique pourrait contribuer au fort pourcentage de comorbidité entre ESPT et abus de substance (Najavits *et al*, 1997). Enfin, le polymorphisme du gène codant pour le transporteur de la dopamine (DAT) est lié à la présence du trouble après un traumatisme (voir précédemment). Toutes ces données suggèrent que le système dopaminergique est renforcé chez les patients souffrant d'ESPT bien que des études complémentaires soient nécessaires pour l'affirmer.

### **2.1.11. Implication des neurotransmetteurs dans les reviviscences**

Les reviviscences ou flashbacks sont des épisodes pendant lesquels le souvenir de l'événement revient de façon involontaire et envahissante. Ces épisodes peuvent aller d'une intrusion visuelle (ou autre modalité sensorielle) brève, à propos de l'événement traumatisant sans perdre le sens de la réalité, à une expérience dissociative durant laquelle l'individu revit le traumatisme et la détresse émotionnelle qui l'accompagne, comme s'il se déroulait à nouveau.

Tous les différents neurotransmetteurs décrits précédemment semblent être impliqués directement ou indirectement dans le déclenchement des reviviscences. Le système noradrénergique semble central dans l'apparition de ce phénomène. En effet, la stimulation du système noradrénergique par de la yohimbine induit des attaques de panique, ainsi que l'apparition de symptômes (reviviscences, réponses de sursaut, évitements) qui se manifestent chez des vétérans avec ESPT mais pas chez ceux qui n'ont pas développé la pathologie (Morgan *et al*, 1995; Southwick *et al*, 1993). Après yohimbine, les pensées intrusives ont été décrites comme étant très claires et vives, comme si les événements se déroulaient dans l'instant même. Il a été proposé que la provocation des reviviscences par la yohimbine, soit due à un rappel induit par l'état du sujet (State-dependant recall). Ainsi, lorsqu'un sujet est replacé dans un état physiologique et psychologique proche de celui présent pendant le traumatisme (induit ici une hyper-noradrénergie, jouant le rôle d'indice de rappel interne), cet état va provoquer le rappel du souvenir associé (Southwick *et al*, 1999). Les reviviscences peuvent également être induites par la rencontre de stimuli associés au traumatisme par un processus relativement similaire. L'exposition à ces stimuli déclenche une libération de noradrénaline provoquant le rappel du traumatisme. Par exemple, il a été montré qu'en réponse à un stimulus sonore lié au traumatisme, les vétérans avec ESPT augmentent leur taux de noradrénaline et leur rythme cardiaque, alors qu'aucune variation n'est constatée chez les vétérans non-ESPT (Blanchard *et al*, 1991). D'autres études ont confirmé que l'excrétion de noradrénaline est corrélée aux reviviscences que ce soit chez des vétérans (Yehuda *et al*, 1992) ou chez des femmes abusées pendant l'enfance (Lemieux and Coe, 1995).

Ces reviviscences pourraient traduire une hypermnésie induite par l'importante libération de noradrénaline qui prend place au cours du traumatisme. De nombreuses recherches montrant des relations étroites entre force d'un souvenir et taux de noradrénaline, ont conduit leurs auteurs à proposer que la libération de noradrénaline, induite par un stress, renforce la formation d'une mémoire aversive via l'activation de l'amygdale et diminue son extinction (Liang *et al*, 1990; McGaugh, 2004; Soeter and Kindt, 2012). La stimulation de la libération de noradrénaline facilite également la récupération d'un souvenir (Sara and Devauges, 1989) alors que son

inhibition par le propranolol (un antagoniste des récepteurs bêta adrénergique) la bloque (Gisquet-Verrier, 2009). Ainsi, ces reviviscences successives pourraient entraîner l'apparition d'un cercle vicieux qui augmentant le taux de noradrénaline de façon récurrente, renforcerait la force de la trace mnésique du traumatisme par une boucle de rétrocontrôle positive (Southwick *et al*, 1999). Ces effets pourraient être renforcés par la diminution de la transmission GABAergique, qui entrainerait une désinhibition du LC (Ennis and Aston-Jones, 1989).

Le système sérotoninergique jouerait aussi un rôle dans la survenue de reviviscences. Ainsi on a noté que l'administration de mCPP (meta-Chlorophenylpiperazine), une drogue ayant une affinité pour de nombreux récepteurs sérotoninergiques ainsi que pour le transporteur de la sérotonine, induit des reviviscences et une augmentation des symptômes du PTSD, tout comme la yohimbine (Southwick *et al*, 1997). Dans une moindre mesure, le système dopaminergique pourrait être impliqué puisque les antipsychotiques qui agissent au moins partiellement en bloquant les récepteurs dopaminergiques, semblent réduire le nombre de reviviscences (Albucher and Liberzon, 2002). Enfin, une hyper-glutamatergie pourrait jouer un rôle dans le phénomène de dissociation puisqu'une administration de kétamine, un antagoniste des récepteurs NMDA, qui augmente transitoirement le taux de glutamate, provoque une dissociation chez l'homme (Chambers *et al*, 1999; Krystal *et al*, 1994). Certains auteurs ont proposé que l'augmentation de glutamate consolide fortement le souvenir traumatique, source de reviviscences, et pourrait être responsable de la diminution de volume de l'hippocampe et du cortex préfrontal (Ravindran and Stein, 2009).

Ainsi, l'ensemble de ces neurotransmetteurs est impliqué dans la survenue des reviviscences, un symptôme central dans l'ESPT avec un rôle manifeste du système noradrénergique, voire de la sérotonine, dans l'apparition de ce symptôme.

#### **2.1.12. L'axe corticotrope**

Cet axe, impliqué dans la réponse au stress, a été l'objet de recherches intenses chez les patients présentant un ESPT. Il a généralement été montré, chez les vétérans, des survivants de l'holocauste, des réfugiés ou encore des personnes victimes de violence, que le taux de cortisol basal urinaire, salivaire ou plasmatique est plus faible que celui de personnes contrôles (Kellner *et al*, 1997; Mason *et al*, 1986; Yehuda *et al*, 1990). De plus, il semble que ce taux est inversement corrélé avec la durée d'exposition au combat chez des vétérans (Boscarino, 1996).

La dexaméthasone est un glucocorticoïde de synthèse qui se lie aux GR au niveau de l'hypophyse pour activer le rétrocontrôle négatif de l'axe corticotrope, son administration provoque ainsi une diminution de cortisol. Cette diminution par la dexaméthasone est augmentée chez les patients ESPT, suggérant qu'ils présentent un renforcement du

rétrocontrôle négatif de l'axe corticotrope (Duval *et al*, 2004; Goenjian *et al*, 1996; Newport *et al*, 2004) qui a été mis en évidence sur 18 des 24 études considérées par Yehuda (2009). Selon cet auteur, l'augmentation du rétrocontrôle reflète un plus grand nombre de récepteurs GR (Yehuda *et al*, 1991, 1993) ainsi qu'une plus grande sensibilité de ces récepteurs (Yehuda, 2005; Yehuda *et al*, 2004). Plusieurs études indiquent que les réponses physiologiques (comme le rythme cardiaque, la pression sanguine et la conductance cutanée) et hormonales (comme le niveau de cortisol), sont exagérées en cas d'exposition à des indices liés au trauma (Bremner *et al*, 2003; Elzinga *et al*, 2003; Liberzon *et al*, 1999a).

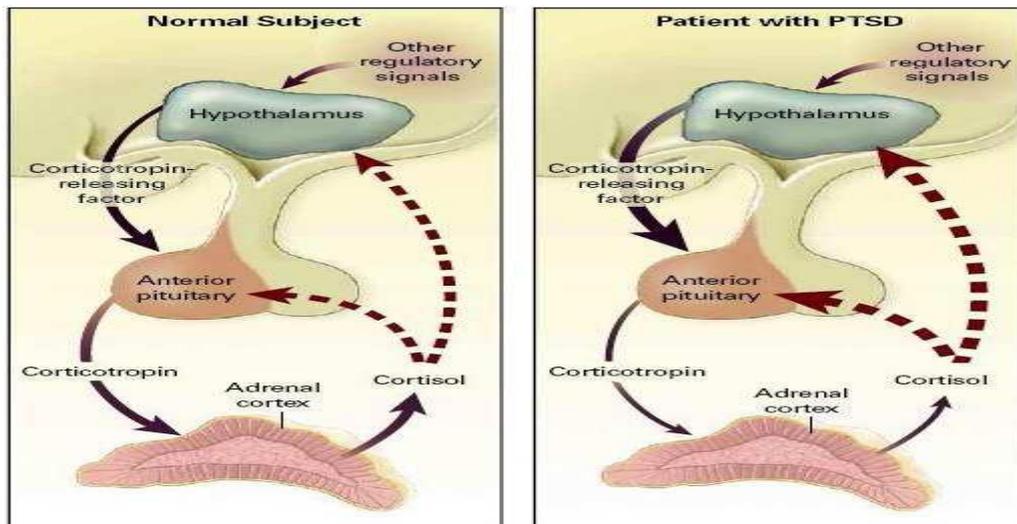
Au niveau du liquide céphalo-rachidien, les taux basaux de CRH sont augmentés (Baker *et al*, 1999; Bremner *et al*, 1997a; Sautter *et al*, 2003). Si les taux d'ACTH basal plasmatique sont normaux (Liberzon *et al*, 1999a), ils sont fortement diminués par l'administration de dexaméthasone (Duval *et al*, 2004; Yehuda *et al*, 1993) et fortement augmentés par un stress (Heim *et al*, 2000; Liberzon *et al*, 1999a), montrant que cette hormone est hyper-réglée chez les patients ESPT. Par ailleurs, une étude révèle que l'administration d'ACTH provoque une plus grande élévation de cortisol plasmatique chez des patients ESPT que chez des sujets contrôles (Rasmusson *et al*, 2001). En ce qui concerne l'administration de CRH, les études sont contradictoires, montrant soit une diminution, soit une augmentation ou soit aucune variation d'ACTH, accompagnées ou non d'une augmentation de cortisol (Kellner *et al*, 2003; Rasmusson *et al*, 2001; Smith *et al*, 1989).

L'ensemble de ces données suggèrent qu'en réponse à un stress, l'axe corticotrope est hyperactif et libère fortement de l'ACTH et du cortisol. Dans un deuxième temps, le rétrocontrôle négatif est augmenté et provoque une chute du taux d'ACTH et de cortisol.

Cependant, il est difficile de déterminer si ces caractéristiques sont des conséquences de l'ESPT ou si elles sont à ranger dans les facteurs de risque pré-existant au traumatisme. Cette possibilité est étayée par des données qui ont montré que les descendants des survivants de l'holocauste, atteints par ESPT, montrent par rapport aux descendants de survivants sans ESPT, une prévalence accrue à développer ce trouble ainsi qu'une suppression de cortisol par la dexaméthasone supérieure (Yehuda *et al*, 2007). De plus, les femmes enceintes pendant un traumatisme et qui développent le trouble ont des enfants qui présentent un plus faible niveau de cortisol (Yehuda *et al*, 2005), avec une corrélation négative entre la sévérité des symptômes chez la mère et le taux de cortisol chez l'enfant (Yehuda and Bierer, 2008). Ces données suggèrent que le dysfonctionnement de l'axe corticotrope pourrait se transmettre d'une génération à l'autre et augmenter le risque de développer le trouble. Le faible taux de cortisol assorti à un important rétrocontrôle négatif, peut être un facteur de risque de l'ESPT.

Ce faible taux de cortisol jouerait un rôle important dans le développement du trouble, son maintien et à la réponse aux traitements. En effet, certaines données ont montré que l'injection d'hydrocortisone peu de temps après le traumatisme pourrait prévenir l'ESPT (Schelling *et al*, 2004) et perturber la récupération des souvenirs traumatiques (de Quervain and Margraf, 2008; Schelling, 2002; Schelling *et al*, 2006). Chez l'animal, il a été rapporté que l'injection de corticostérone après la réactivation de la mémoire facilite l'extinction d'une peur conditionnée seulement si le choc était important (1.5 mA; Abrari et al. 2008). De plus, chez l'homme, on a montré qu'une rémission des symptômes (par psychothérapie) augmentait le niveau de cortisol (Olf *et al*, 2007; Yehuda *et al*, 2009), et que des patients ESPT ayant de faible taux de cortisol répondent mal à une psychothérapie (Yehuda *et al*, 2009). Il a été proposé que ce faible taux de cortisol pourrait avoir comme conséquence de désinhiber la libération de CRH et donc d'augmenter l'activité du LC et des catécholamines du système sympathique, ce qui entraînerait une facilitation de la consolidation du souvenir traumatique (Fries *et al*, 2005; Sherin and Nemeroff, 2011; Yehuda, 2009).

Nous avons présenté des données montrant des modifications importantes de l'axe corticotrope par l'ESPT. Cependant, ces modifications ne sont pas toujours présentes et un tableau inverse à celui précédemment décrit peut être obtenu. En effet, bien que le faible taux plasmatique de cortisol soit considéré comme une caractéristique de l'ESPT, d'autres données ont indiqué, un taux normal de cortisol (Bonne *et al*, 2003a; Hawk *et al*, 2000; Lipschitz *et al*, 2003; Otte *et al*, 2005; Young and Breslau, 2004b; Young *et al*, 2004), voire même un taux plus élevé (Carrion *et al*, 2002; Lemieux and Coe, 1995; Lindley *et al*, 2004). De plus, le test à la dexaméthasone montre parfois une inhibition de cortisol qui n'est pas supérieure (Lindley *et al*, 2004; Lipschitz *et al*, 2003) voire même inférieure à celle constaté chez les contrôles (Thaller *et al*, 1999). Des résultats obtenus avec un test à la métyrapone remettent en question l'hypersensibilité du rétrocontrôle négatif.



**Figure 1 : Réponse de l'axe corticotrope à un stress chez un sujet normal et un patient ESPT.**

Chez les patients ESPT, le taux de CRH est plus élevé que chez les sujets contrôles alors que le taux d'ACTH (Corticotropin sur la figure) en réponse au CRH n'est pas clair.

Les études révèlent généralement un plus faible taux de cortisol basal mais qui est fortement augmenté après un stress par rapport à un sujet sain. Le rétrocontrôle négatif est plus important que sur un sujet normal, ce qui inhibe fortement l'axe.

Cette forte inhibition serait due à une importante réactivité des récepteurs GR. D'après Yehuda 2002. Est un inhibiteur de la 11- $\beta$ -hydroxylase, l'enzyme qui catalyse l'hydroxylation (rajoute un groupement-OH) du deoxycortisol pour former le cortisol. Ainsi, la métyrapone entraîne une diminution de la synthèse de cortisol. Cependant, l'administration de cortisol après le traitement à métyrapone ne modifie pas les taux d'ACTH (Kanter *et al*, 2001) alors que l'augmentation de cortisol aurait dû augmenter le rétrocontrôle de l'axe corticotrope et donc entraîner une diminution d'ACTH. De même, une autre étude qui a combiné métyrapone et dexaméthasone, a observé une réduction du taux d'ACTH similaire chez les patients ESPT et les contrôles (Kellner *et al*, 2004), alors qu'avec un renforcement du rétrocontrôle négatif, une réduction plus importante des taux d'ACTH était attendue chez les patients ESPT. Ainsi, les données sur les modifications de l'axe corticotrope sont contradictoires et il n'existe pas de consensus sur le dysfonctionnement hormonal chez les patients souffrant de ce trouble. Ces discordances pourraient être dues à de nombreux facteurs qui varient d'une étude à l'autre tels que le type de traumatisme, le sexe des participants, les comorbidités, l'heure d'administration de drogues et l'heure de prélèvement des échantillons. D'autres facteurs comme le temps écoulé depuis le traumatisme qui semble corrélé négativement au taux de cortisol (Rasmusson *et al*, 2001), peuvent également intervenir.

Plus récemment, il a été proposé que l'axe corticotrope n'est ni constamment hypo ou hyperactif, mais qu'il a une tendance à « hyper-réguler » (Stam, 2007). L'axe serait en effet soumis à deux tendances inverses: d'une part une activation due à l'hyperactivité de l'amygdale et du système noradrénergique et d'autre part une inhibition provenant de l'hippocampe et du cortex préfrontal. Cependant, en raison de la diminution du volume de l'hippocampe et du cortex préfrontal l'inhibition serait insuffisante pour contrebalancer l'activation, conduisant à une hyperactivité de l'axe corticotrope. Ceci expliquerait les taux de CRH plus élevés chez les patients ESPT, ainsi que les taux de cortisol important en réponse à un stimulus anxiogène que nous avons signalés. Cette augmentation importante de cortisol ainsi que l'hypersensibilité des GR activerait fortement le rétrocontrôle négatif de l'axe corticotrope et entraînerait une diminution accrue du taux de cortisol. Cette cyclicité pourrait expliquer de plus, le rythme particulier du cycle circadien du cortisol, plus dynamique et plus rythmique, observé chez les patients avec un ESPT (Yehuda *et al*, 1996).

Cette tendance à hyper-réguler pourrait expliquer la diversité des résultats présentés.

### **2.1.13. Théories étiologiques d'ESPT**

Bien de chercheurs ont proposé des modèles étiologiques d'ESPT. Nous citons entre autres le modèle proposé par l'APA et l'OMS dans le DSM et le CIM, le modèle cadre multifactoriel de Maercker, le modèles des structures de peur de Foa et Kozal, les modèles du traitement de l'information comme celui de Janoff-Bulman, le modèle des schémas cognitifs modifiés de Horowitz, etc.

Dans les paragraphes qui suivent, nous développons le modèle proposé par l'APA et l'OMS ainsi que celui des schémas cognitifs modifiés de Horowitz. Le premier est retenu parce qu'il est le plus vulgarisé et le second car il s'inscrit dans l'approche cognitivo-comportementale, une approche intéressante dans la prise en charge d'ESPT.

### **2.1.14. Le modèle de l'A.P.A et de l'OMS**

Comme le signale les dernières classifications des troubles mentaux (DSM V et CIM 10), le premier facteur étiologique d'ESPT est la présence d'un événement stressant d'intensité extrême qui est vécu par la personne avec détresse.

Il est reconnu que cet événement provoquera un trouble semblable chez une bonne partie des gens qui y sont exposés.

Pourtant certains auteurs: Yehuda et Mc Farlane (1995) cités par Lalonde et col. (1999, p.380) remettent de plus en plus en question le lien causal postulé entre un événement stressant et l'apparition d'un tel état. «Il semble que l'existence d'une vulnérabilité personnelle pré

traumatique soit un facteur nécessaire pour que s'installe un état de stress post-traumatique », défendent ces deux auteurs.

Lalonde et Col. (1999) distinguent les facteurs biologiques, les facteurs psychologiques et les facteurs socioculturels. S'agissant des facteurs biologiques, ils montrent que suite à un événement stressant il y a libération des neurohormones (noradrénaline, adrénaline, vasopressine, etc.) en réponse; ce qui aide l'organisme à mobiliser l'énergie nécessaire pour faire face au stress.

Concernant les facteurs psychologiques, les facteurs sociaux et culturels, ils écrivent : «l'expérience traumatisante bouscule les fondements psychologiques normaux: coutumes, valeurs, habitudes, régularité, etc. d'où l'apparition de l'insécurité et de l'inconfort. Elle brise les attentes du sujet quant à l'avenir d'où incertitude, elle défait les adaptations présentes, abolit les significations personnelles liées aux relations humaines. Or, l'attachement émotionnel est essentiel à la bonne santé mentale des enfants comme l'est le sens de l'existence pour les adultes.» Lalonde (1999, p.382). Ces auteurs regroupent les facteurs du PTSD en facteurs pré-trauma, les facteurs péri-trauma et les facteurs post-trauma.

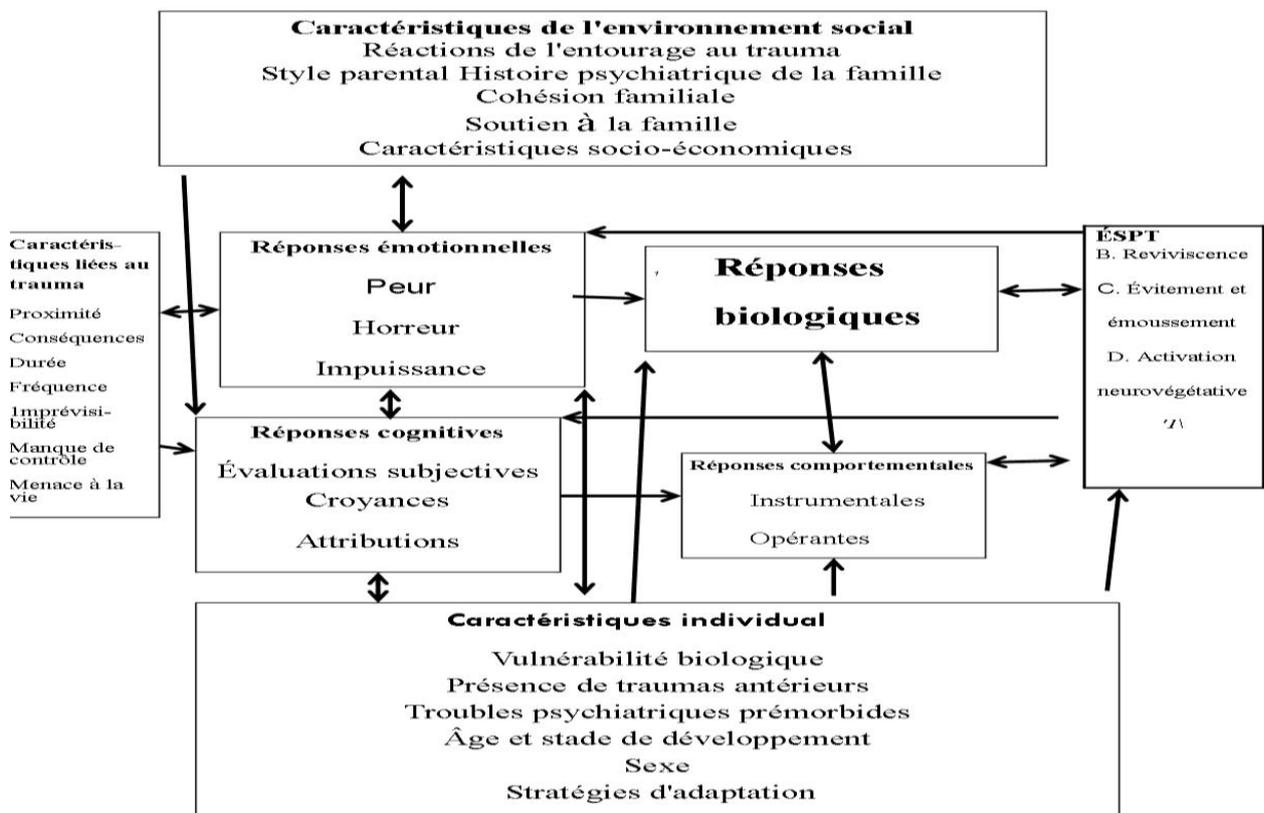


Figure 2 : Modèle étiologique proposé par Fletcher (2003)

### **2.1.15. Facteurs de risque et modèle étiologique**

L'exposition à un événement traumatique n'entraîne pas nécessairement un TSPT (Pelcovitz & Kaplan, 1996). Une telle exposition représente un facteur essentiel, mais pas suffisant pour mener au développement du trouble. Plusieurs études ont porté sur les variables susceptibles de jouer un effet médiateur sur les troubles de comportement à long terme et sur les risques de développer un TSPT chez les soldats. Quelques modèles ont tenté d'intégrer ces variables (Fletcher, 1996; Macy et al. 2003; Pynoos, Steinberg & Wraith, 1995), mais aucun ne fait l'unanimité à l'heure actuelle. Cependant, la plupart des auteurs s'entendent sur le fait que les facteurs suivants contribueraient au développement du TSPT:

- 1) caractéristiques liées à l'événement traumatique,
- 2) réactions cognitives, émotionnelles et comportementales,
- 3) facteurs de vulnérabilité personnelle,
- 4) caractéristiques liées à l'environnement social. À ce jour, le modèle étiologique proposé par Fletcher (2003) est celui qui permet le mieux d'intégrer et d'articuler la contribution de ces facteurs sur le développement de l'ESPT chez les soldats. Ce modèle est illustré à la figure ci-dessus. Et la section suivante en décrit brièvement chacune des composantes.

### **2.1.16. Les théories cognitives**

Les théories cognitives pour elles, le vrai mobile du comportement dépasse le déterminisme des stimuli. Elles mettent un accent particulier sur le rôle que le processus internes joue sur la conduite d'un individu. Pour cette orientation théorique, les interactions sociales sont influencées par les processus mentaux, c'est-à-dire l'effet des connaissances (pensées) et leurs significations (interprétations) sur l'activité sociale.

Elles constituent toutes les modèles explicatifs centrés sur les processus mis en œuvre par les individus pour se positionner par rapport à eux-mêmes et par rapport aux autres.

### **2.1.17. Le Modèle cognitifs modifiés de Horowitz**

Le modèle de Horowitz (1976, 1997); cité par Maercker, 2003 et Stockli, 2004, p.14) de même que les autres modèles du traitement de l'information comme celui de Janoff-Bulman (1985 I1995; cité par Maercker, 2003) considère qu'une modification des schémas cognitifs enregistrés en mémoire provoque le trouble. Ces modèles permettent une bonne explication des sentiments de détachement, d'étrangeté vis-à-vis des autres et d'avenir bouché, ainsi que des symptômes d'intrusion et d'évitement. Des schémas cliniquement importants qui peuvent être modifiés sont les schémas sur soi, sur les personnes proches, sur le monde. Par exemple, le schéma de l'image de soi d'une personne sûre d'elle pourra se transformer en quelque chose

comme « je suis faible et vulnérable ». Pour Horowitz (1976 ,1997 cité par Stockli, 2004), le changement du schéma de soi et de ses propres rôles est crucial. Lors de la phase d'activation des représentations schématiques, les symptômes intrusifs surviennent, provoquant une forte charge émotionnelle.

Pour contrer cette charge, des mécanismes de contrôle et de défense sont mis en place: évitement, déni, émoussement affectif, etc. Si ce contrôle cognitif n'aboutit pas pleinement, des intrusions surgiront, provoquant une plus forte charge émotionnelle et de nouvelles tentatives d'évitement.

Les nouveaux schémas restent activés en mémoire tant qu'ils ne sont pas intégrés à d'autres schémas, grâce aux liens faits par l'obtention de nouvelles informations et leur traitement. Le rétablissement ne survient donc, pour Horowitz, que si un travail intensif est accompli sur ces nouveaux schémas. Ce travail pourra aboutir spontanément si les mécanismes de contrôle ne sont pas trop forts, sinon une psychothérapie sera nécessaire. Pour reprendre l'exemple précédent, le schéma restera activé tant que la personne n'aura pas accepté le fait que dans certaines circonstances, et pas toutes, elle est effectivement faible et vulnérable.

### **2.1.18. Premières théories psychologiques du trauma**

C'est Janet qui, dans sa thèse de doctorat ès lettres de 1889, l'Automatisme psychologique, a cerné le premier ce qu'est le traumatisme psychique : des excitations liées à un événement violent viennent frapper le psychisme, y pénètrent par effraction (figure 4), et y demeurent ensuite comme un « corps étranger ». Puis, ce corps étranger va donner lieu à une dissociation de la conscience: la souvenance brute de cet événement (souvenance de sensations, d'images et d'éprouvés bruts, que Janet dénomme « idée fixe ») fait bande à part dans un recoin du préconscient, ignoré de la conscience, et y suscite des manifestations psychiques ou psychomotrices « automatiques », non délibérées et inadaptées (telles qu'hallucinations, cauchemars, sursauts et actes automatiques), tandis que le reste de la conscience continue d'élaborer des pensées et des actes circonstanciés et adaptés. Sur le plan thérapeutique, Janet préconise :

- de faire réapparaître sous hypnose l'événement traumatisant oublié de la conscience et de le révéler au patient à son réveil ;
- d'induire sous hypnose une issue heureuse à l'événement, pour effacer les effets nocifs de son issue réelle ;
- et d'inciter le sujet à transformer par le langage sa souvenance brute en souvenir construit.

### 2.1.19. Théorie freudienne (psychanalytique) du trauma

Quatre (04) ans plus tard, en 1893, dans sa Communication préliminaire, Freud reprend à son compte les hypothèses de Janet concernant le choc émotionnel, l'effraction dans le psychisme (voir figure 4), le corps étranger et le phénomène de dissociation du conscient, et désigne la souvenance brute de l'événement par le terme platonicien de « réminiscence », terme adéquat que Janet n'avait pas su trouver, tant il est vrai que le concept d'idée fixe évoque une construction cognitive qui n'est pas le fait de la souvenance traumatique. Qui plus est, concernant la thérapeutique, Freud préconise la « méthode cathartique » (le mot catharsis est emprunté cette fois à Aristote), qui consiste à faire revivre au patient (sous l'hypnose) l'événement assorti de toute sa charge d'affect (pour débarrasser le psychisme des affects traumatiques restés coincés, non abrégés), et à lui demander d'établir des associations d'idées à son sujet (« le réinscrire dans le grand complexe des associations »), afin de lui attribuer du sens et de pouvoir le réinsérer dans le continuum de l'existence, entre un avant et un après.

Freud a ainsi pointé du doigt les deux (02) aspects du trauma : son aspect dynamique d'effraction au travers des défenses du psychisme, et son aspect absence de signifiant.

En 1920, dans son essai, *Au-delà du principe du plaisir*, Freud va expliciter les aspects dynamiques de sa théorie du trauma. Il compare métaphoriquement le psychisme à une vésicule vivante, boule protoplasmique en constant remaniement protégée par une couche superficielle « pare-excitation », qui sert à la fois de contenant et de protection à l'appareil psychique (figure 3), et dont le rôle est de repousser les excitations nuisibles ou de les filtrer en les atténuant pour les rendre acceptables et assimilables (plus faciles à lier).

Les différences constitutionnelles font que certains individus sont dotés d'un pare-excitation fort, et d'autres non. En outre, dès que l'individu voit venir le danger extérieur, il renforce son pare-excitation en mobilisant de l'énergie venant de l'intérieur du psychisme, s'il a à ce moment-là de l'énergie disponible, ce qui n'est pas toujours le cas (il peut être momentanément épuisé par un effort récent). Certains individus névrosés dont toute l'énergie interne est sans cesse accaparée par la sauvegarde de leurs refoulements n'auront jamais d'énergie disponible pour renforcer leur pare-excitation. Ce qui fait qu'un même événement potentiellement traumatisant fera effraction (et donc trauma) pour certains individus et pas pour d'autres, et pour certains individus aujourd'hui mais pas demain. Le concept de traumatisme, dit Freud, est donc tout relatif, et dépend du rapport de forces entre les excitations venant du dehors et l'état – constitutionnel et conjoncturel – de la barrière de défenses qui les reçoit.



**Figure 3 : L'appareil psychique**

**Deux (02) variantes psychanalytiques :**

- **Kardiner et Ferenczi**

Plutôt que l'ego affectif freudien, dont les mécanismes de défense classiques ne peuvent expliquer la survenue des symptômes de la névrose traumatique, Kardiner (1941, 1947) se réfère à un ego affectif, qui lors de l'expérience traumatique serait débordé dans ses fonctions d'adaptation à l'environnement. Cet ego affectif, développé dès la naissance, est chargé de faire face aux stimuli agressifs et d'inspirer soit des conduites de modification de l'environnement (pour éliminer ces stimuli), soit des conduites de retrait (pour y échapper), soit enfin des réactions de contrôle du milieu interne (pour réduire l'impact des stimuli nocifs quand on ne peut pas les éviter). L'ego affectif utilise surtout les fonctions sensorielles, les capacités cognitives, les capacités psychomotrices et les régulations neurovégétatives. Mais, sous l'impact d'excitations exceptionnellement violentes, les fonctions habituelles d'organisation perceptive, d'orientation temporo-spatiale, de motricité volontaire et de contrôle neurovégétatif sont sidérées ou débordées, et il ne reste comme solution à l'ego affectif agressé que la contraction sur soi, ou la dissociation ; d'où les symptômes d'inhibition, de distractibilité, les conversions sensorielles, sensitives et motrices, les perturbations neurovégétatives et la dépersonnalisation, tentative désespérée pour maintenir un contact avec le monde au prix d'une fragmentation de la conscience. Ces symptômes traduisent les quatre (04) changements fondamentaux de l'ego affectif: changement quant à la perception du monde extérieur, changement quant aux techniques d'adaptation, changement quant à la perception de soi et changement quant à la régulation neurovégétative; ils témoignent de l'instauration d'une « nouvelle personnalité », dit Kardiner, « établie sur les ruines de ce qui fut le système affectif ».

Cette conception de Kardiner, proche de celle de Pierre Janet, est proche aussi de celle de Ferenczi. Ferenczi (1930) pensait que la première réaction à un choc était de l'ordre d'une « psychose passagère » impliquant une rupture d'avec la réalité; sous l'impact, il se produisait d'abord une « hallucination négative», vertige ou brève perte de conscience, immédiatement

suivie d'une « compensation hallucinatoire positive » apportant l'illusion du plaisir. Ensuite s'installait l'amnésie névrotique, traduisant le clivage psychotique, puisqu'une partie de la personnalité allait vivre pour son compte et chercher d'autres issues que les symptômes psychonévrotiques qui utilisent le symbole.

Ferenczi maintenait parallèlement l'hypothèse de perturbations affectives, dont celles consécutives à l'expérience d'effondrement du sentiment narcissique d'invulnérabilité et à l'expérience d'anéantissement du sentiment de soi, l'une et l'autre génératrice d'angoisse. Seule l'autodestruction de sa cohésion psychique—unique solution accessible—pouvait délivrer le sujet de cette angoisse, évitant la destruction totale et promettant une reconstitution de soi à partir des fragments.

### **2.1.20. Théorie Lacanienne du trauma**

Beaucoup d'exégètes de Freud se sont attardés sur cet aspect « énergétique » du trauma, en oubliant son aspect « absence de signification ». Plus récemment, se référant à Lacan, des cliniciens tels que Briole et Lebigot (1994) ont réhabilité cet aspect. Pour eux, ce qui fait essentiellement trauma, c'est la confrontation inopinée avec le réel de la mort. Dans la vie courante, nous ne sommes pas confrontés directement au réel du monde, mais à la réalité que nous en construisons, dès le stade de la perception, par le biais de nos symboles, de notre langage, de nos représentations mentales et de notre culture ; bref, de nos signifiants. Nous ne percevons du monde qu'une réalité édulcorée, travestie par le fantasme et choyée par le rêve (Crocq, 1999). Or, voici que l'événement violent nous met subitement et directement en contact avec le « réel de la mort », sans que nous ayons eu le temps ni même la possibilité (car nous sommes démunis de « représentations » de la mort, faute d'avoir bénéficié d'une « présentation » préalable) d'interposer devant cette perception l'écran protecteur de notre système signifiant (selon Lacan) et d'habiller ce réel en réalité. D'où l'expérience fondamentale d'effroi, pressentiment de la mort de soi-même ou destruction totale, néantisation, avec ses vécus cliniques de « trou noir », ou de « panne psychique » par défaut de parole et de pensée. Approfondissant la métaphore de l'effraction au travers du pare-excitation, Lebigot (2003 et 2004) dit que l'image traumatique pénètre très profondément dans l'appareil psychique, atteignant non seulement le niveau de l'inconscient où elle pourrait un jour (sous l'effet d'une thérapie) nouer des liens avec le maillage des représentations de l'inconscient et se transformer ainsi en souvenir sensé, mais encore le lieu – inaccessible à la conscience – du refoulé originaire. C'est le lieu « d'avant le langage », où sont déposées les premières expériences du nourrisson, expériences brutes de jouissance dans la complétude alimentaire, ou

d'anéantissement par défaut du contact maternel. Avec l'acquisition du langage, ces expériences ont fait l'objet d'un premier refoulement, à partir duquel elles constituent le socle d'élaboration fantasmatique de l'« objet perdu », où les angoisses de perte de satisfaction, de perte d'objet, et de castration, référées au principe du plaisir, remplaceront les angoisses d'anéantissement (d'où l'intitulé de l'essai de Freud. Au-delà du principe du plaisir). Or, l'expérience traumatique, court-circuitant le recours au langage, court-circuite aussi le refoulement originaire et renvoie le sujet, horrifié et fasciné, à ses expériences archaïques d'anéantissement et de jouissance brute. Il est horrifié, car il se retrouve face au néant de ses origines ; il est fasciné, car il retrouve ainsi l'objet perdu du sein maternel. D'où son attachement morbide à son trauma, mais aussi sa culpabilité pour avoir commis (même s'il n'a pas choisi de le faire) cette transgression majeure.

### 2.1.21. Théorie phénoménologique du trauma

Les considérations sur la confrontation avec le réel de la mort renvoient en fait à une approche phénoménologique du trauma (Crocq, 1999). Au regard de la phénoménologie, la pathologie de l'effroi se démarque de la pathologie de l'angoisse, laquelle se déroule dans la seule histoire intérieure de vie.

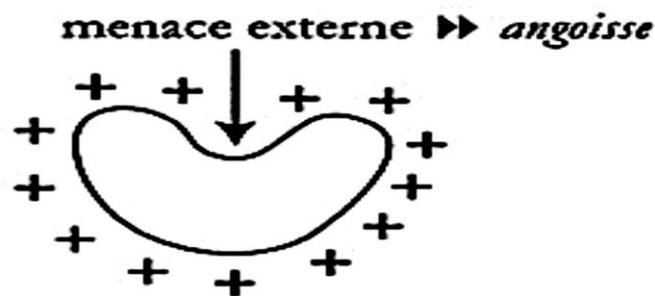


Figure 4 : Stress

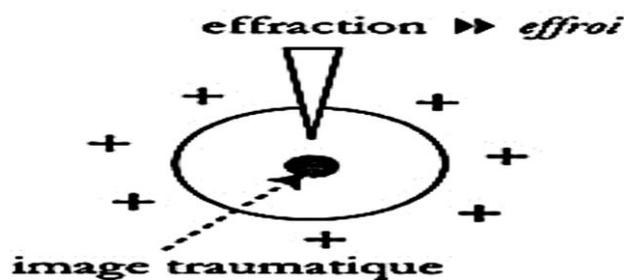
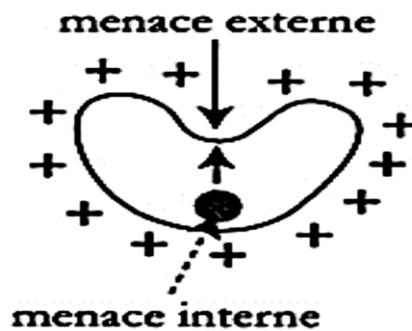


Figure 5 : Trauma

L'effroi implique un objet extérieur à l'intérieur, relevant d'un être-au-monde plus vaste, et renvoie toujours à la scène traumatique, qui se situe à la frontière du dehors et du dedans, et hors de la continuité du temps, ne promettant rien d'autre que l'anéantissement immédiat. Avec Barrois (1988), nous pouvons dire que l'accident traumatisant est « moment

propulsif » dans sa temporalité, « épiphanie » dans son apparition subite, « apocalypse » dans sa révélation du néant, et « prophétie » dans sa proclamation de la mort comme vérité ultime.



**Figure 6 : ESPT**

Sur le plan du vécu clinique, l'expérience traumatique est un bouleversement de l'être, qui laissera une impression de changement radical de la personnalité, une altération profonde de la temporalité (puisque le temps s'est arrêté au moment figé sur la terreur ou l'horreur, sans possibilité de vivre le présent fugace, ni d'envisager un avenir différent, ni même de reconsidérer le passé différemment à chaque instant), et une perte de la possibilité d'attribuer un sens aux choses.

### **2.1.22. Théorie de la mémoire traumatique**

La mémoire traumatique est un trouble de la mémoire émotionnelle. Conséquence de traumatismes graves, elle est liée à la fois à des mécanismes de sauvegarde exceptionnels mis en place quand les capacités de défense normales d'un individu sont débordées par un stress extrême, et au circuit de peur conditionnée permanent qui s'installe ensuite. Elle est à l'origine des symptômes psychotraumatiques les plus graves et les plus chroniques, ayant de lourdes conséquences sur la santé et la qualité de vie des personnes traumatisées. Son identification, la compréhension de ses mécanismes et son traitement sont essentiels pour une bonne prise en charge des sujets traumatisés. Ces dernières années, les mécanismes neurobiologiques et neurophysiologiques qui la sous-tendent sont de plus en plus souvent étudiés. Ils permettent d'élaborer des modèles théoriques éclairant les principaux symptômes psychotraumatiques (sidération, dissociation et mémoire traumatique), mais également les stratégies de survie mises en place par les victimes telles que les conduites d'évitement, et les conduites à risque (mise en danger et addiction). Études cliniques et recherche fondamentale en neurosciences s'associent pour proposer un modèle explicatif cohérent, utilisable pour la clinique et le traitement.

Description La mémoire traumatique est une mémoire émotionnelle implicite, non consciente du traumatisme qui n'est pas verbalisable (Janet, 1928). Elle se différencie ainsi de la mémoire

autobiographique, explicite, consciente et déclarative (Kolk et Hart, 1991). C'est une mémoire enkystée, « fantôme » hypersensible et incontrôlable, est prête à « exploser » en faisant revivre à l'identique, avec le même effroi et la même détresse, les événements violents, comme une machine à remonter le temps. Elle se déclenche aussitôt qu'une situation, un affect ou une sensation rappelle les violences ou fait craindre qu'elles se reproduisent, elle envahit alors tout l'espace psychique de façon incontrôlable. Elle est comme une « bombe à retardement » susceptible d'exploser souvent des mois, voire de nombreuses années, après les violences. Elle transforme la vie psychique en un terrain miné. Telle une « boîte noire », elle contient non seulement les vécus émotionnel, sensoriel et douloureux de la victime mais également tout ce qui se rapporte aux faits de violences, à leur contexte et à l'agresseur (ses mimiques, ses mises en scène, sa haine, son excitation, ses cris, ses paroles, son odeur, etc.).

Elle a, comme caractéristiques principales :

- d'être immuable : elle n'est pas reconstruite comme la mémoire explicite, le temps écoulé n'a pas d'action sur elle et l'intensité des affects reste inchangée par rapport au traumatisme initial et ce, de nombreuses années après (Modell, 1990; Spiegel, 1993; Hart et Steele, 1997);
- d'être déclenchée de façon automatique par des stimuli rappelant le traumatisme (circuit de peur conditionnée) ;
- d'être intrusive : elle envahit totalement la conscience et donne l'impression de revivre au présent et à l'identique, tout ou partie du traumatisme, sans que celui-ci soit contextualisé dans le temps ou l'espace (Blank, 1985).
- d'être indifférenciée: elle est comme un magma, où tout est mélangé et non identifiable. La mémoire traumatique entre dans le cadre des symptômes de réminiscences de l'état de stress post-traumatique, il s'agit de ré-expérimentations partielles ou complètes du traumatisme qui sont intrusives, déclenchées par des stimuli qui rappellent l'événement traumatique initial et qui peuvent être sensoriels: visuels, auditifs, olfactifs, gustatifs, cénesthésiques; moteurs; psychologiques; émotionnels; somatiques; physiologiques; contextuels: temporels, spatiaux, liés à des événements de la vie quotidienne, ou à de nouveaux traumatismes (Courtois, 1988; Gélinas, 1983; Steele et Colrain, 1990; Solomon, 1987; Hart et Friedman, 1992; Kolk, 1994).

N'importe quelle dimension du traumatisme ou du contexte, n'importe quel détail ou émotion concernant la victime, l'agresseur ou les témoins, peuvent être réactivés et revécus en colonisant le psychisme de la personne traumatisée. La mémoire traumatique s'exprime sous la forme de flash-back soudains, de rêves et de cauchemars, d'expériences sensorielles pouvant prendre l'apparence d'illusions, d'hallucinations, d'expériences algiques, psychologiques, émotionnelles, somatiques, motrices (Steele et Colrain, 1990). Elle s'accompagne toujours d'un

intense sentiment de détresse et d'une grande souffrance psychique et physique qui sont ceux du traumatisme initial et elle peut être à l'origine d'une aggravation du traumatisme. Une sidération traumatique, un état de choc et des symptômes dissociatifs péri-traumatiques peuvent être aussi revécus (paralysie psycho-motrice, troubles de la conscience, stupeur, déréalisation, dépersonnalisation, déformations perceptuelles, amnésie). Mais le caractère indifférencié de la mémoire traumatique fait que ce qui provient d'autres personnes présentes lors de la scène traumatique (agresseurs, témoins, autres victimes) va être intriqué avec ce qui provient de la victime, lors des activations de sa mémoire traumatique la victime pourra donc revivre et ressentir sa terreur mélangée avec la rage ou l'excitation perverse de l'agresseur, elle pourra entendre ses propres supplications et pleurs mélangés aux discours humiliant et culpabilisant de l'agresseur, à ses cris ou ses rires cruels.

Cette colonisation psychique par des éléments de mémoire traumatique provenant d'autres personnes qui souvent ne sont pas identifiées comme tels, est très déstabilisante pour la victime qui peut croire que ces émotions et ces paroles ou intentions parasites qui l'envahissent lui appartiennent, ce qui lui fait croire qu'elle se déteste, se méprise, s'injurie, s'attaque, s'accuse ou veut se tuer quand elle a été confronté à une intentionnalité meurtrière ou bien qu'elle a des pensées violentes et cruelles ou qu'elle a une excitation perverse (Salmona, 2012, 2018). Cette mémoire traumatique est une véritable torture. Tant que les victimes restent exposées au danger ou aux personnes qui les ont agressées, leur système de sauvegarde est activé, et elles restent dans un état dissociatif péri-traumatique avec des émotions anesthésiées et une apparente tolérance aux réminiscences du trauma. Mais dès qu'elles sont protégées, elles sortent de cet état dissociatif et elles ressentent alors avec acuité le stress, la terreur, le désespoir, les angoisses et les douleurs à chaque activation de leur trauma.

Pour fuir ou atténuer la souffrance psychique et physique intolérable de leur mémoire traumatique, les victimes mettent en place des conduites d'évitement et de contrôle des stimuli déclenchants, et découvrent rapidement des conduites dissociantes anesthésiantes (de déconnexion comme des mises en danger ou des conduites addictives). Les expériences de mémoire traumatique, les conduites d'évitement et les symptômes dissociatifs vont avoir de graves répercussions sur la santé psychique, physique et la qualité de vie de la victime (souffrances, isolement, détachement, marginalisation, peur d'être anormal, monstrueux ou fou, conduites à risque, auto-agressives, addictives...) et sont fréquemment à l'origine de troubles de la personnalité, du comportement et des conduites. Genèse de la mémoire traumatique lors d'événements traumatique graves et terrorisants, représentant une menace pour la vie des victimes, le stress extrême met à mal les mécanismes de défense habituels de l'organisme qui,

pour survivre, déclenche des mécanismes neuro-biologiques et neuro-physiologiques de sauvegarde exceptionnels qui s'apparentent à une déconnexion. Ce sont ces mécanismes de sauvegarde qui sont à l'origine d'une mémoire traumatique et de symptômes dissociatifs (Schin, 2006 ; Yehuda, 2007 ; Salmona, 2012, 2018). Les structures cérébrales au cœur de ces mécanismes psychotraumatiques, sont celles qui sont impliquées dans les réponses émotionnelles habituelles au danger et dans les circuits de l'apprentissage et de la mémoire. La réponse émotionnelle habituelle au danger Elle fait appel à un groupe de structures interconnectées du cerveau : le système limbique, qui joue un rôle essentiel dans le contrôle des émotions, l'apprentissage et la mémoire. Il est formé principalement de l'amygdale cérébrale, de l'hippocampe, des corps mamillaires et de zones corticales (cortex préfrontal, cingulaire et para-hippocampique) qui sont en connexion avec le thalamus, le cortex sensoriel et l'hypothalamus.

L'amygdale cérébrale est la structure essentielle qui contrôle l'expression des réponses émotionnelles et la mémoire émotionnelle implicite (Ledoux, 1997). Lors d'un événement stressant, les stimuli sensoriels qui représentent un danger atteignent d'abord le thalamus sensoriel (porte d'entrée du cerveau et centre de relais), de là, ils sont pris en charge par deux voies parallèles (Ledoux, 1994): la voie thalamo-amygdalienne: voie courte, rapide, sous-corticale (non consciente); la voie thalamo-cortico-amygdalienne: voie longue, deux fois plus lente, complexe, corticale (consciente). La voie courte va activer directement l'amygdale et générer des réponses émotionnelles avant même que l'intégration perceptuelle ait lieu et que le cerveau puisse se représenter complètement le danger. Dans un second temps, la voie corticale longue permet un traitement précis et analytique de l'information (au niveau du cortex : sensoriel et sensitif, associatif préfrontal et limbique). Elle arrive à l'amygdale, transite par l'hippocampe (siège de la mémoire explicite, déclarative, autobiographique et de l'encodage contextuel, temporel et spatial des stimuli), véritable «système d'exploitation» où l'information va être comparée à « une banque de données » de souvenirs issus d'expériences affectives et d'apprentissages, et parvient au cortex associatif (siège de la mémoire de travail et du contenu de pensée immédiat).

Cortex et l'hippocampe vont avoir un rôle important de modulation et d'atténuation de l'impact des stimuli sur l'amygdale en fonction de leur analyse et des décisions qui seront prises. Le déclenchement de la réponse émotionnelle se fait via l'amygdale, son rôle va être de préparer l'organisme à une conduite de survie par quatre voies : une réponse végétative immédiate qui active le système nerveux autonome sympathique et fait sécréter par les glandes médullo-surrénales des hormones de stress, noradrénaline et d'adrénaline qui en accélérant la

fréquence et les contractions cardiaques ainsi que la fréquence respiratoire, et en élevant la pression artérielle, augmente l'apport d'oxygène aux niveaux des organes impliqués dans une réaction de survie et libère du glucose par glycogénèse:  $O_2 + \text{glucose} = \text{énergie}$ ; une réponse comportementale immédiate par action sur la substance grise péri-aqueducule, avec comportement de sursaut, d'évitement moteur, de fuite ou au contraire d'immobilisation; une réponse endocrinienne, dans un deuxième temps quand il y a épuisement de la glycogénèse, par action sur l'axe hypothalamo-hypophysé-surrénalien qui, par sécrétion de CRH (cortico-releasing-factor) et d'ACTH (adrénocorticotropin hormone), aboutit à la libération par les glandes cortico-surrénales de glucocorticoïdes, en particulier de cortisol. Il va augmenter la néoglucogénèse hépatique et continuer ainsi à libérer du glucose à un niveau élevé; et enfin une réponse motivationnelle par action sur le striatum et le noyau accumbens qui active par libération de dopamine le circuit récompense/renforcement qui fait éprouver un sentiment positif lors de comportements essentiels à la survie (Ladurelle et al., 1995). Toutes ces réponses ont pour but de mettre en place une conduite de survie la plus efficace possible.

Parallèlement l'amygdale cérébrale donne au cortex des informations sur l'état émotionnel et le niveau de stress (ce qui permet au cerveau d'intégrer l'expérience émotionnelle dans sa mémoire de travail et aide à la prise de décisions) et transmet à l'hippocampe le contenu de sa mémoire implicite, non consciente émotionnelle pour qu'elle se transforme en une mémoire explicite, consciente, à long terme, autobiographique. L'hippocampe est indispensable pour stocker les souvenirs et pour aller les chercher (avant deux ans chez l'enfant, l'hippocampe est immature et ne peut pas traiter et stocker les souvenirs, ils vont rester dépendants de l'amygdale et rester donc non conscients). La situation de danger qui a été gérée et qui n'a pas été traumatique, sera intégrée et stockée en mémoire autobiographique, cette mémoire permettra de faire le récit de l'évènement, d'en tirer une expérience, d'en rappeler le contexte émotionnel mais pas de le revivre à l'identique, le souvenir sera conceptualisé dans le temps et l'espace et les réactions émotionnelles et sensorielles s'émousseront avec le temps.

Enfin, un circuit de peur conditionnée (processus de survie par lequel un stimulus sans signification particulière mais associé à la situation de danger vécue, par exemple : un lieu, une heure de la journée, déclenche automatiquement une alerte) peut se mettre en place au niveau de l'amygdale, mais une extinction de ce circuit pourra se faire via le cortex associatif et l'hippocampe par modulation, atténuation et rétroaction négative sur l'amygdale en fonction du contexte. La réponse émotionnelle exceptionnelle traumatique un évènement traumatique, terrorisant, exposant à une peur de mourir, à des atteintes très graves à la dignité et à des actes

cruels et inhumains, provoque l'effondrement des certitudes acquises et un sentiment d'impuissance et de détresse totale et de non-sens, d'autant plus s'ils se produisent là où l'on se sentait le plus en sécurité (comme dans les violences intra-familiales ou conjugales), cela entraîne une effraction psychique avec une paralysie des fonctions du cortex qu'on appelle un état de sidération traumatique. Cette sidération traumatique empêche la modulation, l'atténuation ou l'extinction de la réponse émotionnelle qui ne peuvent se faire ni par la fuite, l'arrêt ou la compréhension et la maîtrise du danger par l'action du cortex associatif et de l'hippocampe (événement incompréhensible, sans comparaison, sans solution, ne se référant à aucun apprentissage déjà acquis) (Quirk, 2006; Shin, 2006; Milad, 2008).

De ce fait: l'amygdale face à cette absence de réponse ou de modulation des fonctions supérieures augmente sa réponse émotionnelle qui devient maximale (Rauch, 2006); le système nerveux autonome sympathique et l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien continuent à être stimulés avec une surproduction des hormones de stress, adrénaline et cortisol; les taux élevés d'adrénaline et de cortisol entraînent un sur-régime avec stress dépassé et représentent un risque vital du fait de leur toxicité pour l'organisme: toxicité cardiaque et vasculaire pour l'adrénaline (risque d'infarctus du myocarde de stress, d'hypertension artérielle maligne); neurotoxicité pour le cortisol: avec atteinte des cellules nerveuses et mort neuronale par apoptose, particulièrement au niveau du cortex préfrontal et de l'hippocampe avec diminution de volume de ces structures (jusqu'à 30 % dans certaines études): Bremner et al., 1997; Stein et al., 1997; Driessen et al., 2000; Bremner, 2003; Nemeroff, 2009, 2016), avec une production élevée de glutamate neuromédiateur excitotoxique (risque d'épilepsie) et une atteinte de l'immunité.

Il apparaît donc un risque vital pour l'organisme lié au « survoltage » de l'amygdale, ce risque vital va entraîner la mise en place d'une voie de secours exceptionnelle: tout se passe comme dans un circuit électrique où un survoltage risque d'endommager gravement les appareils du circuit, pour les protéger le circuit disjoncte, les appareils sont déconnectés et donc protégés, mais ils ne fonctionnent plus. C'est ce qui se passe dans le circuit limbique du stress avec la production d'un cocktail d'endorphines (morphines endogènes sécrétées au niveau de l'hypophyse et de la substance grise péri-aqueducal) et de substance antagonistes des récepteurs NMDA (N-Méthyl-D-Aspartate) du système glutamatergique (avec effet dissociant Kétamine-like), le circuit disjoncte et déconnecte les fibres efférentes de l'amygdale, celle-ci reste allumée mais ne peut plus faire sécréter des hormones de stress (adrénaline et cortisol), ni informer le cortex du danger (Glover, 1993; Krystal, 1995; Zimmerman, 2010). Cette déconnexion est à l'origine d'un état dissociatif péri-traumatique: malgré le traumatisme qui se

poursuit, l'état de stress dépassé disparaît brutalement, il n'y a plus sécrétion d'adrénaline, ni de cortisol, plus de réponse émotionnelle, plus de souffrance psychique ni physique, les endorphines provoquent une analgésie et une anesthésie affective.

Le cortex associatif ne reçoit plus d'information émotionnelle, les stimuli traumatiques continuent d'arriver au cortex sensoriel via le thalamus mais ils sont traités sans connotation émotionnelle, sans souffrance psychologique ni physique, ce qui donne aux victimes une impression d'étrangeté, d'irréalité, de dépersonnalisation, d'être spectateur de ce qui nous arrive (comme si l'on regardait un film) elles sont alors dans un état dissociatif. Cette déconnexion est également à l'origine d'une mémoire traumatique : l'amygdale est déconnectée de l'hippocampe qui ne va plus recevoir le contenu de la mémoire implicite émotionnelle du traumatisme, celle-ci ne pourra pas totalement ou partiellement être intégrée et transformée en mémoire déclarative autobiographique et affective.

La mémoire implicite émotionnelle piégée dans l'amygdale est à l'origine d'un circuit de peur conditionnée permanent dont l'extinction ne peut pas se faire, le cortex associatif préfrontal et l'hippocampe ne pouvant pas jouer leurs rôles de modulateurs. Une mémoire traumatique s'installe alors. Conséquences la déconnexion de l'amygdale entraîne un arrêt du risque vital ainsi qu'une analgésie émotionnelle et physique, au prix de symptômes dissociatifs importants et d'une mémoire traumatique piégée dans l'amygdale. Cette dernière reste vive, chargée de l'émotion initiale, mais sans représentation. Hypersensible, la mémoire traumatique est susceptible de se déclencher lors de tout stimulus rappelant le traumatisme, accompagnée d'une forte réponse émotionnelle incompréhensible pour le cortex et l'hippocampe qui reçoivent des messages paradoxaux: un message émanant du thalamus via le cortex sensoriel et sensitif informant de situations banales et un message émanant de l'amygdale envoyant au cortex des informations émotionnelles de situations de danger mortel liées à la mémoire traumatique (flash-back, réminiscences).

Tant que le danger perdure, ou tant que la victime est confrontée au risque qu'il se reproduise (si elle reste en contact avec l'agresseur ou si elle reste dans le même contexte) la déconnexion de sauvegarde reste enclenchée et l'état dissociatif perdure. Dans ce cas, la mémoire traumatique est activée par des stimuli et envahit le psychisme de la victime mais il n'y a pas de connotation émotionnelle, ce qui entraîne chez la victime une tolérance à ces activations et un pseudo indifférence concernant les événements traumatisants. Cet état dissociatif représente un danger pour la victime qui, privée de ses émotions, se retrouve dans l'incapacité d'évaluer les situations de dangers et d'y réagir de façon adaptée. Elle est alors beaucoup plus à risque de subir de nouvelles violences. Son absence d'émotion fait que ses

interlocuteurs ne ressentent pas d'empathie naturelle face à elle, leurs neurones miroirs ne sont pas activés, il est alors fréquent qu'elle ne soit pas crue, lorsqu'elle témoigne des violences qu'elle a subies, très mal protégée, voire même maltraitée. De plus, la dissociation traumatique est à l'origine d'amnésies traumatiques fréquentes pour environ 40% des traumatismes les plus graves, les souvenirs déconnectés de leurs émotions sont comme dans un brouillard qui les rend inaccessibles.

Tant que la victime reste dissociée, elle aura de grandes difficultés à parler de ses traumatismes et à dénoncer les violences qu'elle a subi (Williams, 1998; Salmona, 2018). Quand la victime est enfin protégée, elle sort de son état dissociatif, les activations de sa mémoire traumatique ne sont plus anesthésiées et deviennent extrêmement douloureuses. Pour éviter cette mémoire traumatique intolérable, les victimes mettent en place des comportements d'hypervigilance, de contrôle (de l'environnement et de ses pensées, émotions et sensations) et d'évitement des stimuli. Malgré tout, « des mines peuvent sauter », activées par des stimuli imprévus rappelant le traumatisme et les victimes n'arrivent pas à calmer l'angoisse extrême (avec sensation de mort imminente) qui se déclenche car aucun lien n'est fait avec l'événement traumatique qui a été souvent oublié ou banalisé en raison de la dissociation et de l'anesthésie affective, aucune modulation et atténuation corticale et hippocampique ne peuvent se faire.

Si les « mines » sont trop nombreuses et que la souffrance psychologique devient intolérable, le recours à des solutions extrêmes devient nécessaire pour échapper à cet enfer: la déconnexion spontanée comme lors du premier traumatisme; la mort (tentatives de suicide); le repli total avec un arrêt de toute activité; ou la mise en place de solution de secours reproduisant la déconnexion et générant une dissociation avec anesthésie affective : il s'agit de recréer lors de l'activation de la mémoire traumatique ou juste avant son déclenchement l'état de dissociation, solution transitoire et efficace sur la souffrance mais qui à long terme va s'avérer catastrophique, chaque déconnexion aggravant la production de mémoire traumatique, la vulnérabilité au stress et créant par suractivation du circuit récompense/renforcement un risque de dépendance. Ces solutions de secours sont des conduites dissociantes (Salmona, 2012, 2018).

Il y a deux manières de recréer la déconnexion: par le survoltage, si le niveau de stress n'est pas assez élevé pour que le circuit disjoncte spontanément, il suffit de faire monter le niveau de stress par des mises en danger et des conduites à risque qui sont d'autant plus efficaces qu'elles reproduisent la violence du traumatisme initial, sur soi (automutilations, mises en danger, jeux dangereux, sports extrêmes) ou sur autrui (violences), pour disjoncter et s'anesthésier et ne plus ressentir la mémoire traumatique et son cortège de souffrances et de

terreurs (il n'y a pas de comparaison entre subir en étant totalement impuissant un allumage de mémoire traumatique, et créer une situation de stress extrême aussi dangereuse soit-elle); par un effet «deconnexion-like» grâce à des drogues produisant un effet dissociant: alcool, cannabis et hallucinogènes (effets antagonistes des récepteurs de la NMDA), héroïne (effet sur les récepteurs des opiacés endogènes) ou psychostimulants (effet stress extrême par augmentation des catécholamines, l'anorexie produit le même effet) (voir le chapitre Addictions). Ces solutions de secours à l'origine de conduites à risque et de conduites addictives sont dangereuses pour la sécurité des victimes ou celle d'autrui, et pour leur santé, elles aggravent la mémoire traumatique qui est sans cesse «rechargée».

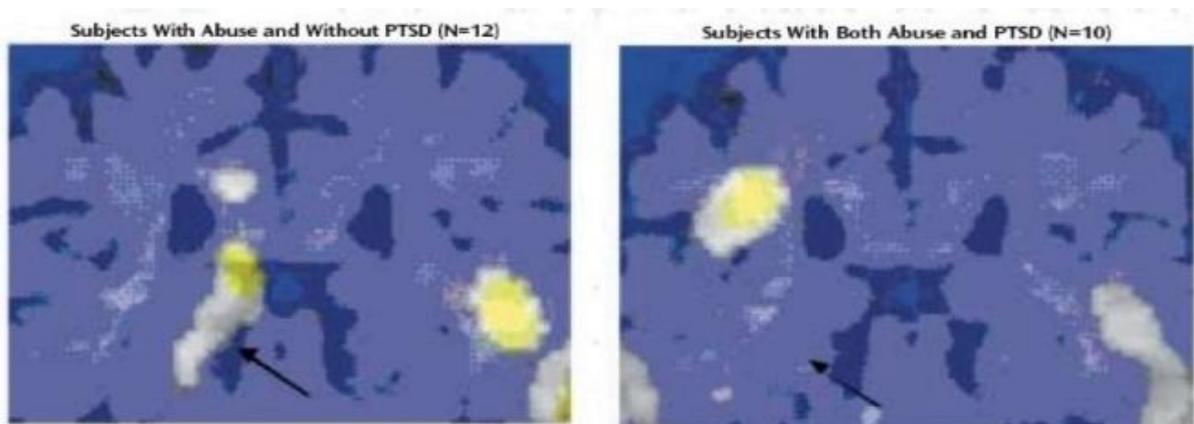
Les victimes traumatisées sont, le plus souvent, condamnées à survivre seules avec des symptômes psychotraumatiques incompréhensibles et très douloureux, sans se comprendre, à se sentir honteuses et coupables, à se croire folles, incapables de vivre, différentes des autres, monstrueuses (colonisation par la mémoire traumatique de l'agresseur), à avoir peur d'elles-mêmes et de tout ce qui les entoure avec un sentiment de danger permanent, contraintes de mettre en place des stratégies qu'elles se reprochent et qui les isolent et suscitent l'incompréhension, quand ce n'est pas le rejet, de l'entourage. Elles sont à grand risque de subir de nouvelles violences et de se retrouver en situation de précarité et de marginalisation, de faire des tentatives de suicides, et des épisodes dépressifs récurrents, d'avoir des troubles anxio-phobiques et obsessionnels, des troubles du sommeil et alimentaires, des douleurs et une fatigue chroniques, mais également de nombreuses maladies liées au stress et aux conduites à risque. Or toutes ces conséquences sur la vie et sur la santé mentale et physique sont évitables en protégeant la victime et en traitant sa mémoire traumatique. Traitement La prise en charge du psychotraumatisme doit être pluridisciplinaire (médical, psychologique, socio-économique et judiciaire).

Le traitement de la mémoire traumatique et de ses conséquences est essentiellement psychothérapique et intégratif (Hart, 1997). Le préalable à toute psychothérapie est de protéger la victime et de diminuer au maximum son stress, et de lui donner, ainsi qu'à ses proches protecteurs et ses soutiens, des informations très précises sur les psychotraumatismes et les mécanismes à l'œuvre dans la mémoire traumatique et la dissociation pour permettre une meilleure compréhension des symptômes, et leur donner un sens pour symboliser et élaborer l'expérience traumatique, cette étape de psycho-éducation est essentielle. Dans un climat de grande sécurité, il s'agit d'identifier précisément tous les traumatismes, de « déminer » le terrain psychique, c'est-à-dire de reconnecter, d'identifier ce qui a été à l'origine de l'état de sidération psychique, l'analyse des stratégies de l'agresseur en fait partie, il s'agit de remettre

tout ce qui a été vécu et ressenti en lien et en sens, et de reconnecter cortex et hippocampe, en travaillant sur les souvenirs et les symptômes, en analysant et en séparant ce qui appartient à la victime et ce qui provient de l'agresseur, en les conceptualisant le vécu traumatique pour l'intégrer en mémoire autobiographique narrative. Avec ce travail l'amygdale cérébrale est rebranchée et le reste grâce à l'action modulatrice et atténuatrice du cortex associatif et de l'hippocampe.

Par ailleurs, une chimiothérapie anxiolytique peut être nécessaire et des études ont montré que l'action régulatrice au niveau des neurotransmetteurs des antidépresseurs sérotoninergiques entraîne une amélioration des symptômes liés à la mémoire traumatique, mais avec un risque d'accentuer la dissociation (Kolk, 1994; Vargas et Davidson, 1993). Dans les études récentes, parallèlement à l'efficacité clinique du traitement, la neuro-imagerie montre une augmentation du volume de l'hippocampe avec une neurogenèse: les atteintes neuronales ne sont donc pas définitives (Vermetten, 2003; Ehling, Nijenhuis et Krikke, 2003 ; Brown, 2012). Ne pas offrir de soins spécifiques aux victimes traumatisées, représente une perte de chance pour elles.

### Figure 7 : IMAGE IRM



Réponse de l'amygdale cérébrale et de l'hippocampe a un stimulus rappelant un traumatisme chez des victimes suivant la présence ou non de troubles psychotraumatiques.

Pour comprendre ces 2 IRM fonctionnelles (qui permet de voir l'activité des zones du cerveau, plus l'activité est intense plus les zones apparaissent dans une graduation qui va du blanc au jaune), ces IRM sont celles de deux jeunes femmes ayant subi des violences sexuelles dans l'enfance, celle de gauche n'a pas bénéficié de prise en charge spécialisée et présente un ESPT (État de stress post-traumatique, PTSD en anglais ou troubles psychotraumatiques) avec une mémoire traumatique importante, celle de gauche a bénéficié d'une prise en charge spécialisée et n'a plus d'ESPT. Les deux jeunes femmes sont dans des IRM, à un instant T donné on leur fait entendre un récit de violences sexuelles, les deux vont avoir un allumage de l'activité de leur

amygdale cérébrale (c'est l'amygdale gauche qui est concernée par les réponses émotionnelles). Mais on voit que pour celle de gauche l'amygdale cérébrale a une activité très intense et elle est d'un volume important, son amygdale cérébrale est chargée de souvenirs traumatiques non intégrés avec une connotation émotionnelle intense, cette mémoire traumatique qui s'allume va envahir le psychisme de la jeune femme avec des réminiscences lui faisant revivre le traumatisme comme si il se reproduisait à l'instant avec la même détresse les mêmes émotions et sensations, on notera que l'hippocampe n'est pas visible car il est déconnecté comme lors du trauma et il ne peut pas jouer son rôle de modulation et de contrôle et d'extinction du souvenir et des émotions, ni celui de contextualisation temporo-spatial pour restituer l'évènement traumatique dans le passé : la jeune femme est envahie par des flash-backs et des émotions qu'elle ne peut pas contrôler qui peuvent lui faire vivre une attaque de panique si on intervient pas pour jouer le rôle de son cortex frontal (qu'on ne voit pas sur cette coupe mais qui serait lui aussi éteint) pour la rassurer (elle ne risque rien, elle est en sécurité) et de son hippocampe défaillant pour conceptualiser ce qu'elle ressent et le situer dans le passé.

Cette réactivation de sa mémoire traumatique génère de nouveaux souvenirs traumatiques liés à cette exposition, elle charge encore plus son amygdale cérébrale qui devient de plus en plus hypersensible, le trauma ne fait que s'aggraver dans un processus sans fin à chaque allumage et crée encore plus de situations susceptibles d'activer la mémoire traumatique: les examens IRM deviennent des déclencheurs potentiels à éviter et par extension et principe de précaution tout examen radio voire tout examen médical peut devenir phobogène, à fuir car à risque de déclencher des flash-backs, des troubles anxieux ou des crises de panique intolérables et incontrôlables. Se met en place des cercles vicieux, qui, si la patente n'est pas dans l'hypervigilance et le contrôle pour éviter ces situations, vont alimenter et aggraver le trauma.

La solution étant de désamorcer et d'intégrer la mémoire traumatique, on se retrouvera alors dans la situation de la deuxième jeune femme, celle de l'IRM de droite. Pour celle de droite, l'amygdale cérébrale est de taille normale et son allumage est bien moins intense, la lecture concernant des violences sexuelles, entendue dans l'IRM, l'allume émotionnellement mais de façon modérée car l'amygdale n'est pas chargée de souvenirs traumatiques, ceux-ci ont été intégrés par l'hippocampe qui est très actif sur l'IRM, cet hippocampe actif permet de rappeler les souvenirs de l'évènement traumatique en les contextualisant dans le temps et dans l'espace (c'est dans le passé) et en contrôlant aisément les émotions de l'évènement que le temps a émoussé et qui sont contrôlées et modulées à la fois par l'hippocampe et le cortex, la jeune femme qui a bénéficié d'un traitement de sa mémoire traumatique s'allume émotionnellement quand elle entend une histoire qui lui rappelle les violences sexuelles qu'elle a subi dans son enfance mais les

souvenirs de ces violences ne sont plus bloqués dans l'amygdale cérébrale, ils ont été intégrés par l'hippocampe en mémoire explicite autobiographique et conceptualisés dans le temps et l'espace, de ce fait l'allumage de l'amygdale est beaucoup moins intense, et les souvenirs intégrés et contextualisés dans la passé sont beaucoup moins chargés en émotions, surtout ils sont contrôlables et modulables, la jeune femme n'est pas envahie par des flash-backs et des réminiscences émotionnelles ingérables, elle peut situer ces souvenirs dans le passé, se rassurer sur sa sécurité actuelle et contrôler les émotions qui s'y rapportent. Le circuit émotionnel fonctionne normalement, les évènements traumatiques ne sont pas oubliés, ils restent des évènements très graves qui ont fait basculer la vie de l'enfant qu'elle était mais ils ne sont plus envahissants et incontrôlables, la jeune femme ne risque plus de revivre les pires moments comme si ils se reproduisaient à l'identique, comme une torture sans fin.

### **2.1.23-Réactivité émotionnelle**

Les personnes atteintes de l'ESPT ont une sensibilité émotionnelle accrue aux stimuli associés au traumatisme, ce qui provoque des réactions émotionnelles.

La réactivité émotionnelle est la réponse émotionnelle à un événement, et elle a été traditionnellement comprise dans le phénomène de régulation émotionnelle.

#### **2.1.23.1. Fondements théoriques de la réactivité émotionnelle**

##### **2.1.23.1.1. Description La régulation émotionnelle**

La régulation émotionnelle comprend « tous les processus extrinsèques et intrinsèques responsables de la perception, l'évaluation et les modifications (amplification, atténuation ou maintien) réalisées sur les réactions émotionnelles, particulièrement dans leur intensité et leur temporalité, afin d'accomplir un but» (Thompson, 1994). Par conséquent, la dysrégulation émotionnelle, un facteur de vulnérabilité important dans le développement de troubles mentaux (Gross & Barrett, 2011), est définie comme une difficulté à percevoir, évaluer ou modifier les réactions émotionnelles. Une hétérogénéité de processus est impliquée dans le phénomène Réactivité émotionnelle de régulation émotionnelle, dont certains volontaires et d'autres involontaires (Gross & Thompson, 2007). La réactivité émotionnelle est un des phénomènes émotionnels capturés dans la régulation émotionnelle (Shapiro, Dale, Archibald, & Pedrelli, 2016). Plus précisément, la réactivité émotionnelle fait partie du phénomène de production émotionnelle ; la réactivité émotionnelle est donc l'aboutissant du processus de régulation émotionnelle (Mesquita & Frijda, 2011). La dysrégulation émotionnelle génère des altérations dans la réactivité émotionnelle, et une réactivité émotionnelle altérée génère des problèmes de régulation émotionnelle : l'une est nécessaire pour comprendre l'autre (Gross & Barrett, 2011;

Shapero, Abramson, & Alloy, 2016). Comme le concept de régulation émotionnelle, la réactivité émotionnelle évoque elle-même plusieurs concepts à la fois. La réactivité émotionnelle comprend l'intensité à laquelle un individu éprouve des émotions, réagit à divers stimuli, et la durée de la réaction (Nock, Wedig, Holmberg, & Hooley, 2008). La réactivité émotionnelle peut donc être synthétisée comme la réponse émotionnelle à un événement traumatique. Elle représente deux changements émotionnels: d'une part, elle représente un changement intra-individuel, dans le sens où la réponse émotionnelle varie en fonction du contexte et de l'événement déclencheur. D'autre part, elle représente un changement inter-individuel, dans le sens où la réponse émotionnelle varie selon l'individu face au même contexte (Gross & Jazaieri, 2014).

Il existe depuis longtemps un intérêt croissant pour l'évaluation de la régulation émotionnelle (Adrian, Zeman, & Veits, 2011), mais aussi une difficulté marquée à trouver un consensus dans la catégorisation des phénomènes émotionnels (Gross & Barrett, 2011; Watson & Tellegen, 1985). Cette difficulté se reflète profondément dans Réactivité émotionnelle la notion de réactivité émotionnelle (Marwaha et al., 2014; Mesquita & Frijda, 2011; Shapero, Dale, et al., 2016). En effet, le terme réactivité émotionnelle a été employé fréquemment pour désigner des phénomènes différents, et inversement : le même phénomène émotionnel a été étudié sous diverses appellations (Bylsma, Morris, & Rottenberg, 2008; Tracy, Klonsky, & Proudfit, 2014). Certaines études ont évalué la réactivité émotionnelle sous forme de trait de personnalité, en employant les termes style affectif, disposition émotionnelle, tolérance émotionnelle ou vulnérabilité émotionnelle (Davidson, 1998). Lorsque la réactivité émotionnelle est évaluée sous forme de trait, elle est souvent mesurée dans des études transversales à travers des questionnaires (Nock et al., 2008). En contraste, d'autres études ont évalué la réponse émotionnelle à travers des marqueurs somatiques (Luecken & Lemery, 2004). Ces études ont pour la plupart évalué le stress émotionnel, ou sensibilité au stress, dans un contexte de laboratoire.

Finalement, certains termes font référence aux fluctuations émotionnelles dans le temps, tels que la réactivité émotionnelle ou sensibilité émotionnelle (Schatten, Allen, & Arney, 2019). Ces deux derniers termes s'emploient souvent pour décrire les réponses émotionnelles aux événements quotidiens, et sont évalués à travers des protocoles écologiques, c'est-à-dire, en réalisant plusieurs mesures intra-individuelles de la réactivité émotionnelle en réponse à des événements quotidiens variés (Stone & Shiffman, 1994). Cependant, le terme réactivité émotionnelle a déjà été employé autant pour décrire le phénomène physiologique (Fitzgerald et al., 2018) que le trait de personnalité (Becerra, Preece, Campitelli, & Scott-Pillow, 2017). L'évaluation de la réactivité émotionnelle trait, la réactivité émotionnelle physiologique et la réactivité émotionnelle face à des événements

quotidiens sont complémentaires, et ont permis d'aborder la réactivité sous différents prismes, comme nous verrons par la suite. Indépendamment du terme employé et de la modalité d'évaluation, l'évaluation de la réactivité émotionnelle vise la compréhension des trois dimensions principales de la réponse émotionnelle: la valence, l'intensité et la temporalité. Réactivité émotionnelle.

### **2.1.23.1.2. Composantes de la réactivité émotionnelle**

Valence, intensité et temporalité Orthogonalité et dimensionnalité: deux façons de comprendre les émotions. La régulation émotionnelle et la réactivité émotionnelle se fondent sur les modèles dimensionnels des émotions (J. A. Russell, 1980). Contrairement aux théories orthogonales des émotions, ou théories des émotions basiques, dans lesquelles chaque émotion est un phénomène distinct l'un de l'autre (Tracy & Randles, 2011), les modèles dimensionnels capturent les émotions sous la forme d'un continuum (J. A. Russell & Fehr, 1994). Selon les modèles dimensionnels, les émotions sont interconnectées et s'enchainent en fonction de l'intensité (Posner, Russell, & Peterson, 2005). Le modèle circomplexe des émotions : valence et intensité des émotions. Parmi les modèles dimensionnels, le plus fréquemment employé est le modèle circomplexe des émotions. Le modèle circomplexe postule que toute émotion est issue de «l'interprétation cognitive d'un noyau central de sensations produites par deux systèmes neurophysiologiques indépendants» (Posner et al., 2005). Selon le modèle circomplexe, les émotions sont la fonction de deux dimensions, l'une étant la valence (positive/négative ou agréable/désagréable) et l'autre étant l'intensité ou l'activation (arousal) (Russell, 1980; Schlosberg, 1941, 1952). Les émotions sont représentées à travers un modèle circomplexe dans lequel elles s'arrangent en fonction des deux dimensions orthogonales. En effet, des études ont identifié plusieurs marqueurs biologiques et mécanismes neurophysiologiques distinctement associés aux dimensions de valence et intensité (Jackson, Malmstadt, Larson, & Davidson, 2000; Jacob et al., 1999; Keil et al., 2001; Lang, Greenwald, Bradley, & Hamm, 1993; Posner et al., 2005). Indépendance des émotions positives et négatives dans le modèle circomplexe.

depuis la conception du modèle circomplexe (Russell, 1980; Schlosberg, 1952), de nombreuses études ont apporté des changements substantiels, le plus important d'entre eux étant l'indépendance des émotions positives et négatives (Diener & Emmons, 1984). En effet, les premiers modèles décrivaient la valence comme une seule dimension: dans un extrême on retrouvait les émotions positives et dans l'autre extrême les émotions négatives (Russell, 1980). Cependant, plusieurs études ont identifié l'indépendance des émotions positives et négatives (Bradburn, 1969; Diener & Emmons, 1984; Diener, Larsen, Levine, & Emmons, 1985; Diener, Sandvik, & Larsen,

1985). Par exemple, une étude montre que plus les émotions ne sont intenses, plus la corrélation négative entre émotions positives et négatives n'est importante. C'est-à-dire que les émotions sont plus polarisées lorsqu'elles sont intenses et sont plus mitigées et indépendantes quand elles sont plus modérées (Diener & Emmons, 1984). Aussi, les personnes qui ont tendance à ressentir des émotions positives intenses tendent aussi à ressentir des émotions négatives intenses (Diener, Larsen, et al., 1985). Par ailleurs, des études ont identifié plusieurs marqueurs biologiques et mécanismes neurophysiologiques distinctement associés aux émotions positives et aux émotions négatives (Posner et al., 2005). En outre, l'indépendance des émotions positives et négatives est déterminée par un autre facteur: la temporalité.

Une étude montre que les émotions positives et négatives corrélaient négativement si elles sont évaluées dans des courtes périodes de temps, par exemple quotidiennement ou plusieurs fois par jour, mais sont indépendantes si elles sont évaluées dans de plus longues périodes, par exemple au cours du dernier mois ou de la dernière année (Diener, Sandvik, et al., 1985). Modèle circumplexe et temporalité : la chronométrie affective. Les dernières versions du modèle circumplexe s'intéressent donc à une troisième dimension en plus de la valence et l'intensité: c'est la temporalité (Feldman, 1995; Thayer, 1989; Watson & Tellegen, 1985). En partant du modèle circumplexe, des études ont identifié les composantes temporelles de la réactivité émotionnelle: la chronométrie Réactivité émotionnelle affective désigne la dynamique temporelle de la réactivité émotionnelle (Davidson, 1998, 2015). La chronométrie affective a quatre composantes : le seuil (threshold), l'amplitude (peak amplitude), l'accélération (rise time to peak) et la décélération (recovery time). Le seuil est la limite d'intensité à atteindre pour qu'un événement génère une réponse émotionnelle. L'amplitude est l'intensité maximale de l'émotion. L'accélération est la vitesse à laquelle l'émotion atteint l'amplitude. La décélération est la vitesse à laquelle l'émotion disparaît (Davidson, 1998). Des variations interindividuelles dans ces quatre paramètres ont permis d'établir des profils de vulnérabilité aux troubles mentaux, mais il existe encore beaucoup de questions sans réponse sur l'association entre troubles mentaux et altérations de la réactivité émotionnelle (Davidson, 2015).

#### **2.1.23.1.3. Méthodes d'évaluation de la réactivité émotionnelle**

Traditionnellement, la dysrégulation émotionnelle a été évaluée comme un phénomène statique, mesuré à travers des questionnaires auto-rapportés ou des observations comportementales. De nos jours, l'emploi des nouvelles technologies a diversifié davantage les méthodes d'évaluation, permettant d'aborder l'évaluation de la dysrégulation émotionnelle et les altérations dans la réactivité émotionnelle sous différents prismes, à travers une diversité de paramètres (Goldsmith,

Pollak, & Davidson, 2008; Shapero, Dale, et al., 2016). Plusieurs marqueurs physiologiques et neurologiques de la réactivité émotionnelle ont été identifiés, et il existe plusieurs questionnaires pour évaluer la réactivité émotionnelle comme trait de personnalité. Des protocoles divers allant de l'évaluation en laboratoire à travers des protocoles expérimentaux jusqu'à l'évaluation écologique ont été mis en place.

#### **2.1.23.1.4. Marqueurs somatiques, neurologiques et génétiques**

##### **a) Marqueurs somatiques**

Plusieurs marqueurs somatiques ont été utilisés pour mesurer la réactivité émotionnelle à travers des protocoles expérimentaux. Les études sur la réactivité émotionnelle physiologique sont surtout focalisées sur la réponse émotionnelle face à des situations anxiogènes, mais des marqueurs somatiques associés à des émotions positives ont aussi été identifiés (Lang et al., 1993). L'augmentation du rythme cardiaque ainsi que d'autres paramètres cardiovasculaires ont été associés à la régulation émotionnelle et à l'intensité de la réponse face à des stimuli induisant une émotion (Beauchaine, 2015; Bradley, Cuthbert, & Lang, 1990). De manière similaire, la conductance de la peau évaluée à travers l'électromyographie (EMG) est associée à l'intensité de la réponse émotionnelle, indépendamment de sa valence (Bradley et al., 1990). Par ailleurs, des patterns vocaux tels que la fréquence fondamentale ont été associés à la réactivité émotionnelle en réponse à des situations de stress (Giddens, Barron, Byrd-Craven, Clark, & Winter, 2013). L'augmentation dans la concentration de cortisol dans la salive est corrélée aux émotions négatives intenses (Kirschbaum, Pirke, & Hellhammer, 1993). L'EMG facial a permis d'associer la tension dans les muscles du visage à l'intensité et la valence émotionnelle ressentie pendant le visionnage d'image agréables ou désagréables. Les émotions désagréables sont liées aux muscles corrugateurs (les muscles entre le front et les sourcils) et les positives aux muscles zygomatiques (les muscles utilisés pour sourire) (Cacioppo, Petty, Losch, & Kim, 1986). Des études ont combiné l'emploi de marqueurs somatiques et de questionnaires afin de mesurer la réactivité émotionnelle physiologique et la réactivité émotionnelle subjective; certaines de ces études ont identifié l'indépendance des deux formes de réactivité émotionnelle (Saslow et al., 2014; Wisco et al., 2015). D'autres études ont combiné les marqueurs somatiques tels que l'EMG et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) afin d'identifier les régions cérébrales et les réseaux neuronaux associés à la réactivité émotionnelle physiologique (Heller, Greischar, Honor, Anderle & Davidson, 2011; Heller, Lapate, Mayer & Davidson, 2014). Électroencéphalogramme et IRM.

b) En effet, plusieurs marqueurs neuronaux de la réactivité émotionnelle ont été identifiés. L'électroencéphalogramme est une des techniques employées pour évaluer les marqueurs

neuronaux de la régulation émotionnelle (Coan & Allen, 2004). Parmi ces marqueurs, les potentiels évoqués ont été étudiés en lien avec le phénomène de régulation et réactivité émotionnelle (Hajcak, MacNamara, & Olvet, 2010; Schupp et al., 2000). Par ailleurs, l'emploi d'IRM a permis d'identifier des structures cérébrales associées à la régulation et la réactivité émotionnelle, particulièrement aux réponses émotionnelles négatives comme le stress ou la peur (Goldsmith et al., 2008). Plusieurs composantes neurologiques ont été identifiées en lien avec la réactivité émotionnelle (Hare et al., 2008; Mocaiber et al., 2011; Morawetz, Bode, Derntl & Heekeren, 2017). Des altérations dans ces structures ont été associées à la dysrégulation émotionnelle, et constituent un facteur de vulnérabilité pour l'apparition de troubles mentaux (Compas et al., 2014).

c) **Études génétiques.** Enfin, il existe actuellement un intérêt croissant pour l'évaluation de facteurs génétiques associés à la réactivité émotionnelle (Goldsmith et al., 2008). Des protocoles basés sur la comparaison de jumeaux ont trouvé une part d'héréditabilité de la réactivité émotionnelle en réponse à des situations de stress (Caspi, Hariri, Holmes, Uher, & Moffitt, 2010). Le recueil d'ADN a permis d'associer des altérations génétiques à la réactivité émotionnelle. Par exemple, il existe des facteurs génétiques communs entre la réactivité émotionnelle et le trouble stress post-traumatique (Gyurak et al., 2013; Hariri & Holmes, 2006). L'étude de marqueurs somatiques et neurologiques a permis d'identifier les réponses physiologiques et les régions cérébrales associées à la valence et l'intensité émotionnelle. De plus, elles ont permis d'identifier des différences inter-individuelles dans la réactivité émotionnelle face aux mêmes stimuli à travers des protocoles expérimentaux menés en laboratoire. Cependant, ces études ne permettent pas d'identifier la réponse émotionnelle des individus en réponse à des situations quotidiennes. De plus, ces protocoles sont pour la plupart transversaux, et ne permettent pas de prendre en compte un aspect crucial de la réactivité émotionnelle : la temporalité. Enfin, la mise en place des protocoles décrits est pour la plupart coûteuse d'un point de vue économique et ergonomique. En opposition, l'emploi de questionnaires permet d'évaluer la réactivité émotionnelle de manière rapide et peu coûteuse.

#### **2.1.23.1.5. Recherches en population non clinique**

Une étude en population générale avec des participants allant des 18 ans aux 94 ans a identifié des différences d'âge dans la réactivité émotionnelle. La fréquence d'émotions négatives diminuait avec l'âge et se stabilisait aux environs de 60 ans, alors que la fréquence d'émotions positives, ainsi que l'intensité des émotions positives et négatives ne variaient pas avec l'âge. Aussi, en comparaison avec les individus jeunes, les personnes plus âgées

employaient plus de dimensions émotionnelles pour décrire leur réactivité émotionnelle, ce qui indique une meilleure capacité à distinguer leurs émotions et une plus grande complexité dans leur ressenti émotionnel (Carstensen, Pasupathi, Mayr, & Nesselroade, 2000). Une autre étude menée sur des adolescents âgés entre 13 et 18 ans indique que les émotions positives sont moins fréquentes durant l'adolescence (16 ans), puis augmentent à nouveau à 18 ans (Csikszentmihalyi & Hunter, 2003). Les différences de genre dans la réactivité émotionnelle évaluée à travers des protocoles écologiques sont mitigées en population non clinique. Une étude employant un protocole de journal quotidien évalue une anxiété plus intense et plus fréquente chez les femmes, avec plus d'événements anxiogènes au cours de la journée (Almeida & Kessler, 1998). Par ailleurs, une étude EMA évaluant des différences de genre dans la réactivité émotionnelle en fonction de la présence d'un trouble dépressif a identifié des différences de genre dans le groupe contrôle. En effet, les femmes sans dépression présentaient une humeur plus triste et plus d'anxiété que les hommes sans dépression (Husky, Mazure, Maciejewski, & Swendsen, 2009).

Cependant, d'autres études évaluant la réactivité émotionnelle en population générale n'ont pas identifié des différences significatives dans le genre (Carstensen et al., 2000; Csikszentmihalyi & Hunter, 2003; Howland, Armeli, Feinn, & Tennen, 2017). D'autres variables démographiques ont été identifiées. Par exemple, une étude EMA d'une semaine a évalué des variations dans la réactivité émotionnelle en fonction du contexte socio-économique : des adolescents de classe ouvrière montraient plus d'émotions positives que les adolescents de classe plus élevée (Csikszentmihalyi & Hunter, 2003). En plus des facteurs sociodémographiques, des traits de personnalité ont été associés avec des différences individuelles dans la réactivité émotionnelle. Le névrosisme est un des traits les plus étudiés en lien avec des altérations dans la réactivité émotionnelle. Une étude EMA a montré que le névrosisme est associé avec une intensité accrue des émotions négatives (Miller, Vachon, & Lynam, 2009). Une autre étude EMA de deux semaines, réalisée en population générale, a évalué l'effet du névrosisme dans des situations quotidiennes précises: le trait névrotique était associé à une réactivité émotionnelle plus intense face à certains événements interpersonnels, tels qu'avoir une dispute avec son conjoint (Bolger & Schilling, 1991). D'autres facteurs de personnalité ont été associés avec une atténuation de la réactivité émotionnelle. Par exemple, dans une étude EMA évaluant 10 fois par jours pendant cinq (05) jours la réactivité émotionnelle, la sensation de maîtrise diminuait l'intensité des émotions positives et négatives (Eck, Nicolson, & Berkhof, 1998).

### **2.1.23.1.6. Recherches en population clinique**

Trouble dépressif majeur. Les protocoles EMA ont montré une bonne faisabilité et compliance chez des personnes présentant des troubles de l'humeur (Husky et al., 2010; Malik, Goodwin, & Holmes, 2012; Schwartz, Schultz, Reider, & Saunders, 2016), ce qui a permis d'évaluer la réactivité émotionnelle ainsi que la fréquence d'événements positifs et négatifs chez des individus présentant un trouble dépressif majeur. Les individus présentant un trouble dépressif majeur indiquent le même nombre d'événements négatifs que les individus sans dépression (Chepenik et al., 2006; Peeters, Nicolson, Berkhof, Delespaul, & deVries, 2003), mais un nombre moins élevé d'événements positifs (Peeters et al., 2003). Concernant la réactivité émotionnelle, les études EMA indiquent que les patients avec un trouble dépressif majeur présentent des émotions négatives plus intenses et des émotions positives diminuées en comparaison avec des groupes sans trouble dépressif (Myin-Germeys, Peeters, et al., 2003; Peeters, Berkhof, Delespaul, Rottenberg, & Nicolson, 2006).

Par exemple, une étude EMA a évalué la réactivité émotionnelle 10 fois par jour pendant trois jours chez des personnes présentant un trouble dépressif mineur et un trouble dépressif majeur. Les deux groupes présentaient en moyenne des émotions négatives plus intenses et des émotions positives inhibées en comparaison avec le groupe contrôle (Bylsma, Taylor Clift, & Rottenberg, 2011). Une autre étude EMA de 2 semaines, réalisée en population générale, a étudié la réactivité émotionnelle à travers plusieurs émotions négatives. En comparaison au groupe contrôle, les participants avec un trouble dépressif étaient plus sensibles à l'anxiété, mais pas à la tristesse: ils présentaient une diminution plus marquée de l'anxiété après un événement positif, et une augmentation plus marquée de l'anxiété après un événement négatif (Lamers et al., 2018). La diminution marquée des émotions négatives après un événement positif chez des personnes présentant un trouble dépressif majeur a été observée dans plusieurs études (Bylsma et al., 2011; Peeters et al., 2003). En plus de l'intensité émotionnelle, plusieurs caractéristiques de la réactivité émotionnelle ont été étudiées en lien avec la dépression, telles que l'instabilité émotionnelle. Les personnes avec dépression présentent des fluctuations émotionnelles plus marquées que les personnes sans dépression, et ce de manière quotidienne (Bowen, Peters, Marwaha, Baetz, & Balbuena, 2017; Chepenik et al., 2006) comme ultradienne (Peeters et al., 2006; Thompson et al., 2012). Une autre étude EMA menée pendant 6 jours, avec 10 notifications par jour, a trouvé que les émotions négatives ressenties après un événement négatif durent plus longtemps chez des personnes présentant un trouble dépressif majeur en comparaison avec le groupe contrôle (Peeters et al., 2003). Enfin, des altérations dans la réactivité émotionnelle ont été évaluées même chez des

personnes ayant présenté un trouble dépressif dans le passé (Husky et al., 2009; Wichers et al., 2010). Par exemple, une étude a identifié une réactivité émotionnelle élevée en réponse à des situations anxiogènes chez des personnes ayant présenté un trouble dépressif majeur dans le passé, en comparaison à des personnes n'ayant pas présenté de dépression (Husky et al., 2009). Idéations suicidaires. En plus de s'intéresser au trouble dépressif, plusieurs protocoles EMA ont examiné les liens entre réactivité émotionnelle et idéations suicidaires.

Les protocoles EMA ont identifié les altérations dans la réactivité émotionnelle comme un prédicteur puissant des idéations suicidaires (Depp, Thompson, Frank, & Swartz, 2017; Thompson, Gershon, O'Hara, Bernert, & Depp, 2014). Cependant, la population à haut risque suicidaire reste une population encore peu étudiée à travers des protocoles EMA (Davidson, Anestis, & Gutierrez, 2016), même si la faisabilité des protocoles EMA dans cette population a été validée (Husky et al., 2014). Les études écologiques montrent que l'instabilité émotionnelle prédit l'apparition d'idéations suicidaires (Spangenberg, Forkmann, & Glaesmer, 2015). Plusieurs études ont évalué la réactivité émotionnelle en vie quotidienne suite à une tentative de suicide. Par exemple, une étude EMA a évalué pendant 7 jours des patients qui venaient de sortir de l'hôpital après avoir fait une tentative de suicide (Husky et al., 2017). L'étude indique que les émotions de tristesse et anxiété prédisent l'apparition d'idéations suicidaires dans les heures qui suivent le signal. Une autre étude menée chez des patients hospitalisés suite à une tentative de suicide a intégré un protocole EMA à une étude longitudinale.

Dans l'étude, une intensité émotionnelle négative intra-individuelle marquée prédisait l'apparition d'idéations suicidaires pendant la journée, et la présence de changements intra-individuels en termes d'émotions positives constituait un facteur protecteur pour l'apparition d'idéation suicidaire (Armev, Brick, Schatten, Nugent, & Miller, 2018). Plusieurs émotions négatives spécifiques ont été associées aux idéations suicidaires. Par exemple, une étude avec des patients dépressifs a identifié la tristesse, la sensation d'être tendu et l'ennui comme des prédicteurs d'idéations suicidaires sur les heures qui suivent les émotions, mais plusieurs autres émotions négatives telles que le désespoir, l'anhédonie ou le sentiment d'inutilité ne prédisaient pas l'apparition d'idéations (BenZeev, Young, & Depp, 2012). Une autre étude a observé que les émotions de tristesse, inutilité, honte et colère précédaient l'apparition d'idéations suicidaires (Nock et al., 2009). De manière similaire, une recherche associe le désespoir et le sentiment de solitude à l'apparition d'idéations suicidaires au moment du signal, mais ne prédisent pas les idéations suicidaires sur les heures qui suivaient les émotions (Kleiman et al., 2017). Enfin, dans un échantillon de détenus, la colère prédisait la présence d'idéations suicidaires au moment du signal EMA (Humber, Emsley, Pratt, & Tarrier, 2013). Troubles

bipolaires. Plusieurs études EMA ont évalué les idéations suicidaires et la réactivité émotionnelle chez des personnes présentant un trouble bipolaire. En effet, les altérations dans la réactivité émotionnelle et les fluctuations émotionnelles marquées sont des symptômes diagnostiques des troubles bipolaires (American Psychiatric Association, 2013), et ont même été identifiées chez des patients normothymiques (M'Bailara et al., 2009).

Les études EMA ont permis de comprendre mieux la dimension temporelle des altérations dans la réactivité et ont confirmé la présence d'une instabilité émotionnelle marquée en comparaison à des personnes sans la pathologie (Kwapil et al., 2011; Walsh, Royal, Brown, Vidal, & Kwapil, 2012). Par exemple, dans une étude EMA les participants présentant un trouble bipolaire de type 1 éprouvaient une diminution plus accentuée de la tristesse et de l'anxiété suite à un événement positif en comparaison avec un groupe sans trouble, mais cette différence n'était pas présente chez les participants avec un trouble bipolaire de type 2 (Lamers et al., 2018). Dans la même étude, les participants avec un trouble bipolaire de type 2 présentaient une augmentation accrue de l'anxiété suite à un événement négatif en comparaison au groupe contrôle (Lamers et al., 2018).

De manière générale, les personnes présentant une forme de trouble bipolaire ressentaient les émotions négatives de manière plus intense et les émotions positives étaient atténuées, en comparaison avec des participants sans trouble (Havermans, Nicolson, Berkhof, & deVries, 2010). D'ailleurs, une étude longitudinale avec EMA indique que l'accentuation intra-individuelle des émotions négatives et positives chez des patients bipolaires normothymiques prédisait l'apparition de symptômes dépressifs, mais pas maniaques un mois après l'évaluation (Gershon & Eidelman, 2015). Troubles anxieux. L'anxiété est une des variables les plus évaluées à travers des protocoles EMA. Cependant, un nombre considérablement bas d'études EMA a évalué la réactivité émotionnelle dans les troubles anxieux (Walz, Nauta, & Het Rot, 2014). Une étude EMA a examiné l'anxiété anticipatoire avant et après le vécu d'une attaque panique (Rodebaugh, Curran, & Chambless, 2002). L'anxiété anticipatoire n'était pas plus élevée avant l'attaque, mais redoublait son intensité après le vécu d'une attaque panique. De manière similaire, l'anxiété anticipatoire était plus élevée pendant la semaine que pendant le weekend, mais pas le nombre d'attaques de panique (Helbig-Lang, Lang, Petermann, & Hoyer, 2012). L'anxiété anticipatoire ne semble donc pas prédire l'apparition d'attaques de panique; cependant, une irritabilité intra-individuelle marquée, ainsi que le sentiment d'être tendu prédisent l'apparition des attaques (Pfaltz, Michael, Grossman, Margraf, & Wilhelm, 2010). Le trouble anxieux généralisé est un des troubles anxieux le moins étudié en employant un protocole EMA (Walz et al., 2014). Une

étude menée avec des patients présentant un trouble anxieux généralisé indique que les patients avec le trouble ont une réactivité émotionnelle au stress accrue suite à des événements quotidiens stressants, mais pas à d'autres formes d'événements en comparaison avec les participants sans le trouble (Hoehn-Saric, McLeod, Funderburk, & Kowalski, 2004).

La même étude indique que les patients avec le trouble étaient plus sensibles aux changements émotionnels physiologiques que les patients sans le trouble. L'anxiété sociale est le trouble anxieux le plus étudié en lien avec la réactivité émotionnelle en réponse à des événements quotidiens. Une étude EMA montre que les adolescents présentant de l'anxiété sociale se sentent plus stressés et énervés suite à des événements stressants quotidiens, mais pas suite à d'autres types d'événements (Tan et al., 2012). De manière similaire, les personnes présentant une anxiété sociale se montrent plus instables émotionnellement en comparaison aux personnes sans le trouble (Russell et al., 2011). Concernant les émotions positives, les personnes avec anxiété sociale ressentent moins fréquemment des émotions positives au cours de la journée en comparaison avec les personnes sans le trouble (Kashdan & Collins, 2010). Par ailleurs, les personnes avec anxiété sociale différencient moins les émotions ressenties que les personnes sans le trouble (Kashdan, Goodman, Machell, & Kleiman, 2014). Consommation de substances. En raison de l'aspect épisodique de la consommation des substances (Shiffman, 2009), l'emploi d'EMA a été fréquemment utilisé pour évaluer les liens entre émotions et consommation (Swendsen, 2016).

Une revue de la littérature a répertorié les études EMA menées sur la consommation de substances et le craving (Serre, Fatseas, Swendsen, & Auriacombe, 2015). Certaines substances ont été plus fréquemment étudiées que d'autres. La vaste majorité des études concernait la consommation de tabac (63 études), et neuf études concernaient la consommation d'alcool. Trois impliquaient la consommation de cannabis, et il existe très peu d'études évaluant la consommation d'ecstasy, d'héroïne ou de cocaïne (Serre et al., 2015). Plusieurs facteurs associés à la réactivité émotionnelle négative ont été associés à la consommation d'alcool. Par exemple, l'anxiété éprouvée au cours de la journée prédit une augmentation de la consommation d'alcool le soir (Dvorak & Simons, 2014; Simons, Dvorak, Batien, & Wray, 2010; Swendsen et al., 2000). Par ailleurs, l'irritabilité et le sentiment de solitude prédisent l'apparition de problèmes associés à l'alcool après avoir contrôlé la quantité consommée (Simons, Gaher, Oliver, Bush, & Palmer, 2005). En outre, le stress ressenti pendant la journée prédit l'apparition de symptômes de Réactivité émotionnelle 79 dépendance (Dvorak, Pearson, & Day, 2014), et l'impulsivité de l'individu module le lien entre stress et symptômes de dépendance en vie quotidienne (Simons et al., 2010). Il est intéressant de noter que les

émotions négatives ne sont pas les seules à être associées avec l'augmentation de la consommation d'alcool. L'EMA a aussi associé le ressenti d'émotions positives à l'augmentation de consommation d'alcool le soir (Dvorak & Simons, 2014; Simons et al., 2010; Trull, Wycoff, Lane, Carpenter, & Brown, 2016).

D'ailleurs, une étude a évalué une augmentation des émotions positives et une diminution des émotions négatives avant la consommation d'alcool et pendant le premier verre (Treloar, Piasecki, McCarthy, Sher, & Heath, 2015). Des études EMA se sont intéressées à la consommation d'alcool dans des populations cliniques : la consommation d'alcool génère des symptômes psychotiques et des émotions négatives. Concernant les études EMA sur la consommation de cannabis, deux études indiquent que l'anxiété, plus précisément l'anxiété sociale et la peur de montrer des symptômes anxieux, prédisait la consommation de cannabis dans une population d'étudiants universitaires (Buckner, Crosby, Silgado, Wonderlich, & Schmidt, 2012; Buckner et al., 2011). Troubles psychotiques. L'EMA a montré sa faisabilité pour l'évaluation des altérations dans la réactivité émotionnelle en réponse à des événements quotidiens chez des personnes présentant des troubles psychotiques (Johnson et al., 2009; Kimhy et al., 2006). Cependant, les études EMA sont peu nombreuses. La recherche montre que les personnes présentant des troubles psychotiques sont plus sensibles aux événements anxiogènes: elles présentent une augmentation des émotions négatives et une diminution des émotions positives plus marquées suite à un événement stressant que chez des sujets sans trouble psychotique (Myin-Germeys, Peeters, et al., 2003; Myin-Germeys, van Os, Schwartz, Stone, & Delespaul, 2001). Cette sensibilité émotionnelle est davantage accrue si l'individu avec un trouble psychotique a vécu une expérience potentiellement Réactivité émotionnelle 80 traumatique (Myin-Germeys, Krabbendam, Delespaul, & Van Os, 2003).

En effet, les altérations émotionnelles dans le trouble psychotique ont été étudiées en lien à d'autres facteurs associés à la réactivité émotionnelle. Par exemple, l'instabilité émotionnelle intra-individuelle prédit l'apparition d'idées suicidaires dans une population ayant eu au moins un épisode psychotique passé (Palmier-Claus, Taylor, Gooding, Dunn, & Lewis, 2012). Troubles des comportements alimentaires. Les protocoles EMA ont identifié les troubles des comportements alimentaires comme des stratégies dysfonctionnelles de régulation émotionnelle (Haedt-Matt & Keel, 2011). Les symptômes d'hyperphagie ont particulièrement été étudiés à travers EMA. Par exemple, dans une étude EMA menée chez des adultes en surpoids, une augmentation intra-individuelle d'émotions négatives prédisait l'apparition de comportements hyperphagiques au cours de la même journée (Berg et al., 2014). La honte évaluée à travers des protocoles EMA a été associée à l'apparition de comportements

hyperphagiques : elle augmente avant l'apparition du comportement et diminue suite au comportement (Berg et al., 2015).

Des résultats similaires ont été trouvés dans une population avec boulimie (Berg et al., 2013). Les comportements anorexiques ont aussi été associés à des altérations de la réactivité émotionnelle à travers des protocoles EMA. Par exemple, une étude EMA indique qu'une augmentation intra-individuelle d'émotions négatives prédit l'apparition de comportements anorexiques, c'est-à-dire des comportements visant à faire diminuer le poids, et diminuent suite au comportement (Engel et al., 2013). Plus spécifiquement, l'anxiété prédit l'apparition de comportements anorexiques (Lavender et al., 2013). En outre, une étude montre que les fluctuations émotionnelles marquées, autant pour les émotions positives que négatives, prédisent les comportements anorexiques (Selby et al., 2015). Réactivité émotionnelle 81 Trouble de la personnalité borderline. L'instabilité émotionnelle et les altérations dans la réactivité émotionnelle sont des symptômes centraux du trouble de la personnalité borderline (Linehan, 1993). En effet, les protocoles EMA ont identifié une instabilité émotionnelle marquée en comparaison avec des personnes ne présentant pas le trouble (Santangelo, Bohus, & Ebner-Priemer, 2014). Les études EMA ont évalué une variation émotionnelle accentuée des émotions négatives (Jahng, Wood, & Trull, 2008; Russell, Moskowitz, Zuroff, Sookman, & Paris, 2007; Trull et al., 2008), positives (Russell et al., 2007) et des fluctuations rapides entre émotions positives et négatives (Ebner-Priemer et al., 2006b; Houben et al., 2016).

Les personnes avec un trouble de la personnalité borderline décrivent une plus grande diversité et intensité des émotions négatives, ainsi que des émotions positives moins intenses que des participants sans le trouble (Ebner-Priemer, Welch, et al., 2007; Tomko et al., 2015; Wolff, Stiglmayr, Bretz, Lammers, & Auckenthaler, 2007). En effet, une autre étude EMA indique que le seuil d'activation pour les émotions positives est plus élevé et les émotions négatives durent plus longtemps chez les personnes avec un trouble borderline en comparaison avec les personnes sans trouble mental (Reisch, Ebner-Priemer, Tschacher, Bohus, & Linehan, 2008). Concernant les seuils d'activation, les personnes avec un trouble de la personnalité borderline sont plus sensibles aux événements stressants, avec des émotions négatives plus intenses et une diminution plus marquée des émotions positives en comparaison à une population sans le trouble (Glaser, Van Os, Mengelers, & Myin-Germeys, 2008). En outre, les événements interpersonnels quotidiens sont perçus comme particulièrement stressants en comparaison avec des personnes sans le trouble (Chaudhury et al., 2017). Les études EMA ont identifié les altérations dans la réactivité émotionnelle comme un facteur fondamental pour comprendre la relation entre le trouble de la personnalité borderline et les comportements

dangereux propres au syndrome, tels que les automutilations non-suicidaires. Plusieurs études suggèrent que les automutilations non-suicidaires seraient Réactivité émotionnelle 82 un moyen de régulation émotionnelle (Andrewes, Hulbert, Cotton, & Betts, 2017; Andrewes, Hulbert, Cotton, Betts, & Chanen, 2017; Links et al., 2007; Links, Eynan, Heisel, & Nisenbaum, 2008; Nisenbaum, Links, Eynan, & Heisel, 2010). Pour conclure, les altérations dans la réactivité émotionnelle sont un symptôme psychopathologique trans-diagnostique, identifié dans une multiplicité croissante de troubles mentaux et de comportements pathologiques. Pourtant, très peu d'études ont évalué à travers l'EMA les altérations émotionnelles quotidiennes du trouble stress posttraumatique.

Une revue de la littérature récente décrit plusieurs études EMA qui ont permis d'évaluer les altérations dans la réactivité émotionnelle dans un éventail de troubles mentaux (Schatten et al., 2019). Cependant, le trouble stress post-traumatique brille par son absence : même si le diagnostic du TSPT décrit des altérations dans la réactivité, même si la sensibilité émotionnelle a été associée au vécu d'événements traumatiques durant l'enfance, très peu d'études ont employé un protocole EMA pour évaluer les conséquences émotionnelles quotidiennes du trouble (Walz et al., 2014)

Dans ce cadre, nous avons défini la réactivité émotionnelle comme l'intensité et la durée d'une réponse émotionnelle face à un stimulus. En raison des difficultés à trouver un consensus sur l'appellation et la catégorisation des phénomènes émotionnels, la réactivité émotionnelle a été évaluée à travers une multiplicité de techniques et protocoles mesurant des phénomènes différents, mais complémentaires. Ce modèle nous décrit les contributions et limites des trois principales mesures de la réactivité émotionnelle. Les mesures physiologiques ont surtout abordé la réponse aux situations de stress et ont permis d'associer la réactivité émotionnelle à des substrats neurophysiologiques. Cependant, la plupart des études sont menées en laboratoire, ne permettant pas d'observer la réactivité émotionnelle face à des situations quotidiennes. Les questionnaires ont permis de comprendre le style affectif, c'est-à-dire, la réactivité émotionnelle comme trait de personnalité. Cependant, la plupart des recherches sont transversales, ne permettant pas d'aborder les fluctuations temporelles intra-individuelles caractéristiques de la réactivité émotionnelle. Cette théorie de la réactivité émotionnelle nous montre les liens entre troubles mentaux et psychopathologie. Autant l'hyper-réactivité que l'hypo-réactivité émotionnelle sont considérées comme des facteurs de vulnérabilité pour la plupart des troubles mentaux. En outre, la plupart des troubles mentaux génèrent des altérations dans la réactivité émotionnelle. Cependant, il existe encore beaucoup de questions sans réponse sur les liens entre pathologie et réactivité émotionnelle.

## 2.2. LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ET SES THÉORIES EXPLICATIVES

### 2.2.1. Les théories behavioristes

Les théories behavioristes expliquent le comportement à partir de l'interaction entre les stimuli qui s'exercent sur l'individu et les changements qu'ils provoquent. Pour ces théories, l'individu est un «*être en situation*» qui, placé dans un contexte donné, doit réagir d'une certaine façon au stimulus pour son adaptation.

C'est pourquoi, pour Fischer (2005), «*toute action, toute conduite humaine sera définie comme une réaction, c'est-à-dire liée causalement à des événements extérieurs de nature à déclencher cette réponse de l'individu*» (p.19).

Ainsi, les théories behavioristes sont fondées sur une relation causale, voire déterministe, entre un stimulus et la réaction comportementale. Cette vision de l'individu amène à le considérer comme un être malléable car, il modifie son comportement en fonction des stimuli agissant sur lui. La situation n'est pas identique avec les théories cognitives ou tout semble se jouer au niveau de processus mentaux.

### 2.2.2. La théorie de la dissonance cognitive

Selon Festinger (1957), auteur de la théorie de la dissonance cognitive, lorsqu'une personne dispose à propos d'un objet de deux (02) représentations ou cognitions qui s'accordent entre elle, il y a consonance et cette personne éprouve de la satisfaction. Par contre, lorsqu'elle dispose de deux (02) représentations ou cognitions qui se discordent, il y a dissonance cognitive et la personne est proie à l'anxiété.

Les troubles du comportement sont très fréquents et «bruyants» et ont d'importantes répercussions sociales et développementales. Au sens *descriptif*, ces problèmes regroupent un ensemble de comportements perturbateurs tels que la désobéissance répétée, la provocation, le vol, le mensonge et l'agressivité verbale et physique. Au sens diagnostique ou clinique, ces troubles supposent la présence d'un certain nombre des comportements perturbateurs bien définis à partir des critères précis (par exemple: âge, durée des symptômes). Deux (02) troubles sont répertoriés: le trouble oppositionnel avec provocation caractérisé par des comportements de transgression, d'opposition et de provocation conduisant à des conflits marqués avec l'entourage et les troubles des conduites plus sérieux ou en plus de ce comportements s'y ajoute la violation répétée des droits fondamentaux d'autrui et des normes sociales. De tout temps, les soldats ayant participé au combat s'opposent aux règles sociales par des comportements agressifs. Aux Etats-Unis, le taux de criminalité, d'incarcération et de récidive chez les soldats

revenants au front de la lutte contre le terrorisme (Pakistan, Irak, Iran, Afrique est particulièrement élevé, comme il est dans nombreux pays développés.

### **2.2.3. Considérations diagnostiques de la psychopathologie**

La délinquance est une notion légale qui décrit des comportements antisociaux souvent passagères observés chez les adolescents alors que le trouble des conduites est une notion clinique utilisée pour décrire une réalité habituellement plus sérieuse impliquant des comportements perturbateurs graves et persistants, des difficultés relationnelles. Les troubles du comportement sont parmi les plus hétérogènes et les plus variés de l'ensemble de la psychopathologie ou de la symptomatologie due à l'ESPT des soldats. On distingue entre autres, les problèmes des comportements manifestes, ouverts ou observables, comme l'agressivité, la provocation ou la menace, des problèmes plus sournois, couverts, difficilement ou non observables comme le mensonge, le vol, la fraude. Cette distinction est importante dans la mesure où ces deux (02) types de comportements ont des antécédents familiaux et des conséquences développementales différentes et sont associées à des pratiques éducatives distinctes comme l'éducation spécialisée. Dans le seul domaine de l'agressivité, différentes distinctions sont possibles, par exemple, entre l'agressivité active et réactive, instrumentale et hostile, ou physique et verbale. Dodge (1991) ne soutient que les processus affectifs et cognitifs sous-jacents à ces formes d'agressivité soient probablement différents. Par exemple, l'agressivité réactive reflète une interprétation hostile du comportement d'autrui et s'accompagne d'un niveau élevé d'émotions négatives (colères, menaces) et d'activation autonome alors que l'agressivité active repose moins sur une interprétation du comportement d'autrui, a un but instrumental ou hostile, mobilise moins l'activation autonome et se trouve liée à une probabilité plus élevée de développer un trouble des conduites. La nature essentiellement sociale des troubles du comportement implique évidemment que tout diagnostic est posé dans un contexte social qui ne peut jamais être ignoré, un diagnostic reflétant non seulement le comportement habituel de soldats, mais aussi les normes sociales de son milieu. On note aussi que certains symptômes des troubles du comportement peuvent être acceptables et adaptés dans certains contextes parce qu'ils permettent l'appartenance à un groupe de pairs qui a une fonction de soutien psychosocial.

### **2.2.4. Le trouble oppositionnel avec provocation**

Le trouble oppositionnel avec provocation est caractérisé par un ensemble de comportements d'opposition, de désobéissance, de provocation et d'hostilité envers autrui. Ces comportements doivent se manifester pendant un minimum de six mois, être clairement excessifs par rapport à la durée de l'opération de soldat et avoir des répercussions négatives

marquées sur son fonctionnement social et adaptatif, ainsi que sur l'entourage. Les manifestations d'opposition, de provocation et de négativisme à l'égard de l'entourage font partie de l'acquisition normale des compétences sociales et de l'autonomie. En ce sens le trouble oppositionnel avec provocation à sa sources dans des manifestations comportementales normatives et ne s'en distingue qu'au plan quantitatif : c'est la nature extrême et prolongée des symptômes qui définit le trouble.

Dans chaque cas, opposition et provocation ont des répercussions immédiates, par ce qu'elles entraînent des confrontations fréquentes avec l'entourage qu'elles entravent le fonctionnement social et adaptatif de soldats souffrants de l'ESPT. Et dans un nombre important de cas, ces comportements ont aussi des conséquences néfastes à plus long terme, parce qu'ils entraînent un dysfonctionnement majeur à divers niveaux (social, affectif, instrumental) et évoluent en trouble des conduites. Les comportements agressifs et perturbateurs, comme les interprétations souvent erronées qu'ils font du comportement ou des intentions des autres (Coie et Dodge, 1997), conduisent régulièrement à des conflits avec l'entourage et au rejet social, et contribuent probablement activement aux difficultés multiples qu'ils rencontrent habituellement dans la famille ou au travail.

### **2.2.5. Le trouble des conduites**

On retrouve plusieurs symptômes du trouble oppositionnel avec provocation dans le trouble des conduites mais ce dernier est beaucoup plus grave par son ampleur et sa persistance, et a des répercussions sociales. Le DSM V, 2013 décrit les symptômes de ce trouble sous quatre (04) rubriques : *agressions, destructions, fraude ou vol, et violation graves de règles établies*. Le soldat atteint du trouble manifeste régulièrement un ensemble de comportements agressifs : bagarres, menaces et intimidations sont fréquentes à la rencontre de son alentour. Dans le cas les plus sérieux, les violences répétées peuvent entraîner des blessures graves et aller jusqu'au viol et même au meurtre. La famille n'a que peu d'emprise sur le comportement de leur membre qui est soldat, surtout lorsqu'il est agressif et la famille le craigne. Les caractéristiques personnelles des soldats ayant un trouble des conduites sont très semblables à celles qu'on observe dans le trouble oppositionnel. Ils manquent de tolérances à la frustration et de patience, et peuvent être particulièrement susceptibles. Ils acceptent mal la critique, même lorsqu'elle est clairement justifiée, s'emportent facilement. Ils sont aussi imprévisibles et souvent «*explosifs*», surtout s'ils sont à la fois agressif et rejetés (Coie et Lenox, 1994). En situation de conflit, qu'ils en soient les instigateurs ou non, ils attisent la rivalité plutôt qu'ils ne l'apaisent. De plus, ils rendent leur entourage responsable des confrontations que leur comportement provoque, ou justifient ce comportement en accusant les autres de n'avoir que ce

qu'ils méritent: quand ils se battent ce pour se défendre; quand ils attaquent quelqu'un ou détruisent ce qui lui appartient, par ce qu'ils ont été provoqués; et ils réagissent avec agressivité, c'est parce qu'ils sont poussés à bout. Les soldats atteints d'un trouble des conduites sont aussi souvent «durs»: ils manquent d'empathie et de sollicitude pour le bien-être, les sentiments ou les préférences d'autrui, et ne manifestent que peu ou pas de remords ou de culpabilité lorsqu'ils reconnaissent leurs infractions. S'ils s'expriment des remords, leur sincérité est fréquemment mise en doute. L'insensibilité, la dureté et le manque de remords caractérisent tout particulièrement un sous-groupe de soldat souffrant de trouble de conduites, dont le profil psychologique correspond à celui de psychopathe manifestant un comportement antisocial chronique et sévère (par exemple, *Christian et al.* 1997). Le trouble des conduites peut être difficile à diagnostiquer dans la mesure où les comportements sont de nature sournoise ou cachée, que les soldats concernés minimisent ou nient habituellement leurs difficultés à cause de la culture militaire comme nous l'avons décrit plus bas.

### **2.2.5. Neurophysiologie et la Neuropsychologie des troubles du comportement**

Comme les troubles du comportement les plus graves sont précédés des signes annonciateurs remontant à la petite enfance s'accompagnant souvent de difficultés cognitives et langagières, les facteurs neurobiologiques ont eux aussi été étudiés, c'est ainsi qu'un nombre important de recherches se sont penchées sur les facteurs neurophysiologique et neuropsychologique qui pourraient jouer un rôle dans l'étiologie de ces troubles. Ces recherches montrent que l'exposition à divers agents toxiques pendant la grossesse (par exemple, la fumée) augmente les risques des comportements antisociaux. Par ailleurs, les travaux neuroanatomiques et neurophysiologiques (par exemple, Gray, 1987; Quay, 1988, 1993) postulent que les différences individuelles observables dès la petite enfance dans la gestion de diverses situations affectives, sociales et instrumentales reflètent l'activité complémentaire de trois (03) systèmes neurobiologiques: un système d'inhibition comportementale; un système d'activation comportementale et un système général d'éveil et de vigilance. Au niveau cérébral, ce système d'activation et d'inhibition comportementale est associé à un groupe de structures dont les principales sont l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien ou axe HPA, le système limbique et le cortex préfrontal. Un dysfonctionnement de ces structures et/ou des neurotransmetteurs et des hormones assurant la communication au sein de ces structures pourraient expliquer certains comportements antisociaux. Quay recense des nombreuses études (psychologiques, physiologiques, biochimiques, pharmacologiques) étayant cette hypothèse. Par ailleurs, des travaux se sont penchés sur divers neurotransmetteurs (par exemple, sérotonine) et diverses hormones (par exemple, cortisol, testostérone), et sur

différents processus d'activation du système nerveux central. Ces travaux sur la régulation neurochimique et hormonale de l'activation viennent à la fois étayer et élargir l'hypothèse de Quay en montrant que les comportements antisociaux graves associés au trouble des conduites à début précoce seraient caractérisés par un niveau faible d'activation physiologique et de réactivité autonome, alors que le trouble du second type n'aurait pas ces caractéristiques ou auraient les caractéristiques opposées. Ce dysfonctionnement du système d'activation et d'inhibition comportementale et des structures et processus neurobiologiques qui le soutiennent, expliqueraient en transaction avec d'autres facteurs de risque, l'origine et le maintien de certains comportements antisociaux les plus graves. Notons aussi que le rejet social semble avoir une influence psychologique et une influence physiologique qui toutes deux (02) facilitent les manifestations multiples des troubles du comportement et contribue activement à son développement et à son maintien. Il faut aussi mentionner les importantes recherches sur le tempérament précoce de l'enfant qui joue très probablement un rôle dans cette étiologie, mais en relation avec des variables comme le statut socioéconomique de la famille, la comorbidité avec un autre trouble tel que l'hyperactivité, et le rejet social. Dans l'étude de (Dumas, 1997), les individus agressifs qui manifestent des difficultés précoces viennent souvent de familles à problèmes multiples. Fréquemment, le trouble des conduites à début précoce se manifeste d'abord dans la famille, habituellement de manière progressive sur une période de plusieurs mois, voire des années (APA, 2000).

**DEUXIÈME PARTIE :**  
**CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET OPÉRAIRE**

## **CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE**

Il convient dans le présent chapitre d'envisager le rappel du problème, de la question de la recherche, précision de l'hypothèse générale et la mise en œuvre requise par l'approche scientifique. Ce plan d'action comprend : la détermination du type de recherche, les critères de sélection du sujet, le choix des instruments de collectes des données et la technique d'analyse.

- problème : diagnostic des troubles du comportement inadapté socialement des militaires revenant de la lutte contre Boko-Haram après la prise en charge dite réussite.

- la question de la recherche : les troubles du comportement socialement inadapté des militaires revenant de la lutte contre BH sont-ils dû à l'exposition au danger ?

- Hypothèse générale : l'ESPT peut être diagnostiqué chez les militaires revenant au front de lutte contre B.H. après la prise en charge dite réussite.

Les troubles du comportement des soldats revenant de la lutte contre le Boko-Haram viennent rendre compte du vécu des soldats et reflètent la conséquence de l'exposition des soldats à un danger précis de leur passage.

### **3.1. TYPE DE RECHERCHE**

Cette recherche est de type qualitatif une étude de cas (Fortin, 2006) en ce sens qu'elle examine les individus particuliers dans le contexte d'une situation de la vie réelle. L'étude de cas permet de comprendre les troubles de comportement chez les soldats précisément les soldats revenant du front contre Boko-haram en utilisant de cas témoins comme exemple. En effet, la complexité de comportement humain nous conduit à adopter une démarche qui admet la multitude des points de vue qui consiste à faire état d'une situation réelle particulière prise dans son contexte à laquelle la recherche s'est intéressée.

### **3.2. SITE DE LA RECHERCHE**

Le choix de ce site s'explique tout d'abord par le fait que sa population correspond aux critères que nous avons élaborés, et par sa proximité avec notre université qui nous garantit un meilleur suivi pour notre étude. En plus de cela, un accueil chaleureux nous a été réservé par les personnels, sans oublier la sympathie dont ont fait part les soldats qui nous ont facilité la communication dans le cadre de notre étude.

### **3.2.1. Description du site de l'étude**

Nous avons choisi comme site de notre étude, l'Hôpital Militaire et le quartier Général de Yaoundé situé dans la région du centre dans l'arrondissement de Yaoundé 3<sup>ème</sup> à côté de l'Université de Yaoundé 1 où les soldats revenant au front blessés sont connus par les personnels de la santé de l'hôpital de militaire, que nous avons eu accès.

## **3.3. POPULATION DE L'ÉTUDE**

Le choix de cette population se justifie par le fait que la plupart des études sur l'état de stress post traumatique menées sur les soldats concernent les soldats des Etats Unis d'Amérique, Canada, France,...ce qui rend plus facile la compréhension est la présence permanente des soldats revenant du front contre le Boko Haram sont internes dans cet hôpital et parfois vivent dans le quartier général. Ce qui nous permettra d'expliquer plus aisément les troubles du comportement des soldats de retour du front contre Boko Haram.

### **3.3.1-Critères de sélection du sujet**

Il s'agit-là du nombre de sujet concerné par les objectifs de notre étude. C'est ainsi que notre population est uniquement de sexe masculin ayant participé au moins une fois dans l'opération contre le Boko Haram.

C'est ainsi que les critères voulus ont été les suivants :

- être un soldat
- un soldat ayant effectué au moins une opération à l'extrême nord contre le Boko Haram
- un soldat interné à l'hôpital après son retour de lutte contre le Boko Haram
- un soldat ayant manifesté un comportement troublant après la lutte contre le B.H.

### **3.3.2. Technique d'échantillonnage**

Pour sélectionner les sujets de notre étude, nous avons appliqué la technique d'échantillonnage à choix raisonné typique qui consiste à sélectionner des cas exemplaires ou cas typiques. L'on peut également parler dans le cadre de cette étude de la technique d'échantillonnage par jugement à priori qui consiste à sélectionner les sujets dont on pense être détenteur d'informations cruciales pour l'étude et à travers notre grille d'observation.

Nous avons tout d'abord commencé par observer les soldats aliter à l'hôpital près d'une semaine, au bout desquels nous avons pu identifier 16 soldats et 11 cas de soldats répondant à nos critères. Par la suite, nous nous sommes entretenus avec eux et nous avons retenu trois (03) soldats parmi le 11 identifiés. Sur la base de l'échelle de mesure de l'ESPT (posttraumatic checklist scale-PCLS) informations recueillies, nous avons pu circonscrire l'échantillonnage de notre étude.

### 3.3.3. Portrait des cas

D'après Paille et Mucchiellie (2004), un échantillon est « *une partie d'une quantité permettant par son appréciation de connaître la totalité de la chose (...). C'est un groupe ou un sous-groupe d'individus prélevés dans une population donnée aux fins d'y faire une étude* ». Autrement dit, elle est une population auprès laquelle nous avons prélevé nos informations, cette population est représentative. Compte tenu que notre étude est une étude qualitative, c'est-à-dire une étude de cas, notre choix s'est porté sur trois (03) soldats en particulier dont les informations sont rapportées dans le tableau ci-dessous que nous les nommons ALFAT 1, ALFAT 2 et ALFAT 3:

**Tableau n° 1: Informations sur les trois soldats**

Sujet	Sexe	Age	Profession (instructions) de soldats	Nombre de mois passé à l'Extrême-Nord
ALFAT 1	masculin	35ans	militaire	3
ALFAT 2	masculin	38 ans	BIR	6
ALFAT 3	masculin	34 ans	militaire	6

### 3.4. INSTRUMENTS DE COLLECTE DES DONNÉES ET JUSTIFICATION

La méthode clinique consiste en un ensemble de procédés permettant de rendre en compte de toute la personnalité d'un individu dans une situation. C'est « l'étude de la personnalité singulière dans la totalité de sa situation et de son évolution » (Favez-Boutonier, cite par Castarède, 2003, p.12), afin « de mettre en évidence les particularités ou les altérations du fonctionnement psychique » (Castarède, 2003, p.7). Elle s'intéresse à l'étude, à l'évaluation, et au diagnostic, aussi bien au sujet sain et au sujet malade, à qui elle propose l'aide, une écoute, et un support, dans la connaissance de soi et dans le traitement de la souffrance psychique. Elle s'applique aussi bien au désordre de la conduite qu'aux conduites adaptées.

Elle débute avec le recueil de l'histoire du sujet auprès de lui et/ou de son entourage, afin de chercher l'incidence de son anamnèse sur ses conduites actuelles et ceci dans le but de pouvoir cerner les variables cognitives, affectives, et socioculturelles, qui influencent son adaptation à son environnement. Son objectif est de donner des réponses pratiques a des problèmes nécessitants une connaissance approfondie du cas individuel. « *La singularité de ce dispositif repose sur l'idée que plus l'analyse de la situation clinique (celle d'un cas) est approfondie, plus ses conclusions sont applicables, généralisables a l'ensemble des cas ; plus elle est singulière, plus elle est universelle.* » (Marty, 2008, p.2).

Le chercheur utilise plusieurs techniques de collecte de données en fonction de son orientation et de l'approche de la recherche. C'est ainsi que l'on distingue plusieurs instruments de collecte de données parmi lesquels : le questionnaire, l'observation, l'entretien et le test.

Dans le cadre de notre étude, nous avons fait recours à deux (02) de ces instruments : l'observation et l'entretien, et l'échelle de mesure de l'ESPT.

La présence d'un état de stress post-traumatique (ÉSPT) de même que la présence d'un épisode dépressif majeur (ÉDM) est évaluée à l'aide du CIDI (Organisation Mondiale de la Santé, 2000), soit un outil d'évaluation diagnostique basé sur les critères nosographiques établis par l'Organisation Mondiale de la Santé. Cette classification est très proche de celle établie dans le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). La présence ou l'absence du trouble (variable dichotomique) est évaluée en référence avec les soldats ayant participé à la lutte contre le B.H. à l'Extrême-Nord du Cameroun des années 2015 à 2022.

En ce qui a trait à l'évaluation de l'ÉSPT, il était demandé aux militaires ayant vécu au moins un événement traumatique de répondre aux questions du module sur l'ÉSPT en fonction du pire événement vécu, soit celui ayant amené le plus de réactions. Il a été choisi de limiter notre échantillon aux gens ayant vécu directement l'événement opérationnel militaire, par contre le stress prédéploiement (par exemple blessure physique sévère lors d'un exercice militaire et préparation en cours), bien que celui-ci ait été vécu hors déploiement, cela ne cadre pas avec les objectifs que nous nous sommes fixé. Cette stratégie assure ainsi une meilleure représentativité de l'ensemble des militaires qui présentent un ÉSPT et s'inscrit en conformité avec notre connaissance que les tâches opérationnelles exercées hors déploiement peuvent générer des événements traumatiques susceptibles d'engendrer un ÉSPT.

### **3.4.1. Justification du choix de l'observation**

L'observation est une méthode orientée par un objectif terminal du processus d'observation lui-même. Elle fait appel à une mobilisation de l'attention du chercheur, à une sélection parmi les stimuli perçus, à un recueil des informations sélectionnées et leur codage. L'observation porte sur des faits quand l'attention est portée sur les comportements, des caractéristiques de la situation, des interactions. Elle porte sur des représentations lorsqu'elle vise à recueillir des opinions, d'accorder des significations ou des causes à des façons de percevoir. L'observation est une perception préméditée et éclairée : préméditée car elle est faite dans un but bien déterminé ; éclairée car elle est guidée par un corps de connaissances.

Dans le cadre de notre étude, nous avons eu besoins d'utiliser l'observation en vue des informations importantes qui peuvent nous apporter dans le langage du corps et des interactions

sur le type des troubles de comportement qu'à développer les soldats dans son écosystème d'origine qui est la famille.

### **3.4.2. Justification du choix d'entretien**

Entretien vient du mot entretenir, littéralement, tenir ensemble; maintenir une chose dans un état constant, la faire durer, la maintenir en son état. (Larousse de poche, 2010, p.294).

En sciences sociales, s'entretenir avec quelqu'un, c'est tenir une conversation avec lui, parler avec lui, et échanger de propos sur quelque chose. La technique de l'entretien consiste donc en une conversation, entre deux ou plusieurs personnes, dans le but d'un échange d'informations à propos d'un sujet donné, dans une durée du temps relative, et dans une atmosphère aussi stable que possible. Elle repose sur l'acquisition d'habileté dans la communication interpersonnelle.

En psychologie, l'entretien s'appuie sur l'habileté à étudier et à comprendre les comportements et les conduites de la personnalité, afin de mieux aborder l'interlocuteur dans sa singularité. L'entretien clinique est une situation tout à la fois simple et complexe. Simple par ce qu'il s'agit avant tout, la plupart du temps, d'un échange verbal, dans un cadre donné, entre deux personnes. Complexe parce qu'il n'est ni un dialogue entre amis, ni une conversation mondaine, ni un entretien de sélection ou d'embauche, ni une enquête ou une interview journalistique, et par ce que les personnes n'ont ni la même position, ni le même statut, l'une étant psychologue. Le cadre de l'entretien clinique est défini par un certain nombre d'objectifs, des principes et des règles qui en font la singularité: il s'agit, avant tout, d'une situation professionnelle qui implique des modalités d'échanges spécifiques (Chabert, 2008, p.97).

C'est une situation d'intersubjectivité où les notions de transfert et de contre-transfert mis en évidence par la psychanalyse, sont primordiales et très actives. Les demandes et les réactions implicites des deux parties sont déjà en interactions, avant même le démarrage de l'entretien.

Il existe deux types d'entretien : entretien directif et entretien non-directif

- Dans les entretiens directifs l'objectif d'acquisition par le chercheur sont les données précises suivant rigoureusement un protocole, le chercheur à une position d'autorité, vis-à-vis du patient qui devient passif, et qui s'attend surtout à ce que les demandes d'informations viennent du chercheur qui sait ce qu'il a besoin.
- l'entretien non-directif, le chercheur laisse l'attitude totale au sujet, l'échange est moins structuré. ici le chercheur est dans une posture de la neutralité bienveillante ; par sa disponibilité et son écoute attentive, intervient souvent par des relances, reformulant au

patient ses propres réponses et initiant ainsi celui-ci à la compréhension de sa problématique. La perlaboration progressive du sujet sur son vécu et son ressenti, facilite ainsi un processus de changement spontané qui lui est propre et qui lui permet de se réorganiser. Ce type d'entretien fut introduit en 1951, par Rogers, psychologue Américain à partir d'une conception de la personnalité qui intègre une tendance à l'épanouissement lorsque celle-ci n'est pas entravée par des obstacles extérieurs. Une consigne est généralement donnée. *«dites tous ce qui vous viens en tête, je suis là pour vous écouter, parler de vous librement possible»*

Le choix du type d'entretien est fonction de la situation thérapeutique; de la personnalité du praticien et de celle du patient; mais cela dépend aussi des situations d'urgence thérapeutique pour aider le patient souffrant de sa pathologie. A cet effet, il est nécessaire que la technique d'entretien soit suffisamment souple pour s'adapter à tout contexte. Les entretiens dits semi-directifs permettent cette souplesse au praticien, qui peut en effet intervenir plus ou moins activement ou s'effacer dans la communication, pour le bon déroulement des entretiens. Dans tous le cas, il est nécessaire pour le praticien de posséder un arsenal de technique lui permettant de favoriser l'échange. Bernatchez et Burie (1981) en proposent quelques-uns :

- La question ouverte qui encourage le patient à donner des informations sans limites dans les domaines de la discussion ;
- La question semi-ouverte qui lui permet d'élaborer à son gré, mais sur un sujet plus restreint.
- La question fermée, qui force à répondre de façon précise et brève.
- La demande de clarification, qui permet de faire explicité au patient ce qu'il dit.
- La répétition, qui indique que nous avons compris et que nous sommes intéressés.
- Le résumé, qui clarifie la situation en ressortant ses éléments essentiels.
- La réponse empathique, qui traduit la compréhension affective, et encourage le patient à exprimer ce qu'il ressent.
- L'interprétation, une intervention dans laquelle le praticien donne un sens nouveau à un ensemble de données.

Cependant, certaines interventions qui ne favorisent pas un bon déroulement de l'entretien sont à éviter sont :

- Les questions à forme suggestive, contenant déjà un élément de réponse ;
- Les interventions trop agressives, qui mettent le patient sur la défensive ;
- La brusque interruption du discours patient ou le changement de sujet, qui brise la dynamique de la communication, et laisse pensé que le praticien n'est pas intéressé ;

- Le fait d'aborder prématurément un matériel affectivement chargé.

Par ailleurs, la communication non verbale est une source d'information très importante et inhérente à la relation thérapeutique. Ainsi l'attitude, le geste, le ton de la voix, les vêtements, la mimique, les postures, les silences etc.; influencent le déroulement des entretiens.

Dans le cadre de ce travail, en raison de la grande liberté qu'ils laissent au sujet, et en raison du paradigme psychanalytique dans lequel cette recherche est orientée, nous avons opté pour des entretiens non-directifs.

### **3.4.3. Guide d'entretien**

Après l'observation, nous avons eu besoin de nous entretenir avec les soldats et ses familles pour une meilleure compréhension et interprétation des résultats. Pour se faire, nous avons fait usage de guide d'entretien qui se construit autour des questions suivantes :

- Avez-vous voulu entrer dans l'armée ?
- Avez-vous voulu aller en mission ?
- Avez-vous demandé d'aller en mission à l'Extrême-nord ?
- Avez-vous quelle réaction ou comportement quand vos nom figuraient parmi les opérationnels de l'Extrême-nord ?
- Quel comportement avez-vous pendant que vous voyagez pour aller en mission à l'Extrême-nord ?
- Après la fin de la mission de la lutte contre Boko-Haram, avez-vous des comportements différents qu'avant ?
- Si oui que faites-vous pour vous comporter normalement comme avant ?

### **Famille**

- Depuis qu'il est dans l'armée comment se comporte-t-il ?
- Quels sont ses comportements saillant que vous avez remarqués depuis qu'il est dans l'armée ?
- Que jugez-vous ses comportements (maladie, exprès, traumatisé..) ?

### **3.4.4. Critères diagnostiques d'ESPT du DSM V**

- L'état de stress post-traumatique est défini comme un trouble qui « constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoque des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus» (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes–CIM 10, de l'Organisation Mondiale de la Santé). C'est une pathologie psychiatrique dont la cause est clairement identifiée, l'événement traumatisant faisant d'ailleurs partie des critères diagnostiques de l'ESPT.

- - **CRITERE A:** (décrit dans le DSM-5 comme suit: la personne a été exposée à la mort ou à une menace de mort, à des blessures ou à une menace de blessures graves, ou à une agression ou à une menace de d'agression sexuelle et répondant au moins à un des critères suivants :
  - 1) exposition directe,
  - 2) témoin direct,
  - 3) indirectement en l'apprenant d'un parent ou d'un ami proche qui a été exposé au traumatisme (si l'événement implique une mort ou une menace de mort, il doit être violent ou accidentel) ou
  - 4) à une exposition indirecte mais extrême ou répétée, habituellement dans l'exercice de ses fonctions professionnelles comme les premiers intervenants d'une catastrophe, ceux qui recueillent des corps déchiquetés ou des professionnels exposés de manière répétée à des détails de la maltraitance sur enfants. Mais il n'est pas considéré comme traumatisant une exposition indirecte et non-professionnelle comme celle résultant des médias, de films ou d'images.
- Le DSM-V propose de distinguer quatre (04) catégories de symptômes:
- **CRITERE B : Les symptômes d'intrusion;** un événement traumatique est revécu de manière persistante selon au moins une des formes suivantes :
  - 1) des souvenirs du traumatisme récurrents, involontaires et intrusifs,
  - 2) de cauchemars,
  - 3) de réactions dissociatives, comme des reviviscences (ou appelés aussi flashbacks) (la personne revit dans le présent le traumatisme avec des réactions physiologiques et psychologiques similaires à celles présentes pendant le traumatisme), qui peuvent être brefs et aller jusqu'à la perte de conscience,
  - 4) une détresse intense ou prolongée après l'exposition à des rappels du traumatisme,
  - 5) une réactivité physiologique marquée après l'exposition à un stimulus lié au trauma.
- - **CRITERE C: L'évitement** ;1- l'individu fait un effort persistant pour éviter tous stimuli liés au trauma, induit soit par des pensées ou des sensations liées au trauma, 2- soit par un rappel externe du trauma tel que des personnes, des lieux, des conversations, des activités, des objets ou certaines situations.
- - **CRITERE D: Des altérations de la cognition et de l'humeur** ; ces altérations ont commencé ou ont été aggravées après le trauma. Deux (02) critères sont exigés pour répondre à ce symptôme parmi les suivants :
  - 1) incapacité à se rappeler d'une des caractéristiques clé de l'événement traumatique,

- 2) des croyances persistantes négatives et des attentes à propos de soi ou du monde (« je suis mauvais », « le monde est complètement dangereux »),
- 3) une responsabilité déformée et persistante à propos de soi ou des autres sur ce qui a provoqué l'événement traumatisant ou des conséquences qui en ont résulté,
- 4) des émotions négatives persistantes liées au trauma telles que de la peur, un sentiment d'horreur, la colère, la culpabilité ou la honte,
- 5) une diminution marquée de l'intérêt pour des activités autrefois pratiquées,
- 6) un sentiment de détachement, d'éloignement des autres,
- 7) un émoussement des affects (une incapacité persistante à ressentir des émotions positives par exemple).
- - **CRITERE E : Des altérations de l'éveil et de la réactivité** ; Ces altérations ont commencé ou ont été aggravées après le trauma. Deux (02) critères sont exigés pour répondre à ce symptôme parmi les suivants :
  - 1) un comportement irritable ou agressif,
  - 2) un comportement autodestructeur ou téméraire,
  - 3) une hyper-vigilance,
  - 4) une réponse de sursaut exagérée,
  - 5) des problèmes de concentration,
  - 6) des troubles du sommeil.

Les symptômes doivent persister pendant plus d'un mois (**Critère F**), induire une détresse liée aux symptômes et une altération significative fonctionnelle (professionnelle, sociale ; **Critère G**) et ne pas être dus à la prise de substance ou un autre trouble (**Critère H**).

Un individu peut souffrir en plus de symptômes dissociatifs tels que la dépersonnalisation (l'impression d'être un observateur extérieur et d'être détaché de lui-même) ou la déréalisation (une impression d'irréalité). Enfin, les symptômes peuvent apparaître de manière différée ou immédiatement après le traumatisme.

Une caractéristique majeure de l'ESPT que nous laisse entrevoir les symptômes décrits dans le DSM-5 est la fonction jouée par les stimuli de l'environnement évoquant le traumatisme.

### **3.4.5. Justification du choix d'EMM (PCLS)**

Le but de cette échelle modifiée de mesure (EMM) de l'ESPT est de mesurer la fréquence et la sévérité des symptômes car son choix nous permet de comprendre et saisir approximativement les symptômes que manifestent les soldats échantillonnés après leur retour de la lutte contre la secte Boko-Haram.

La conception du questionnaire d'EM est fondée sur une série de critères établis par un groupe d'experts en santé mentale. Pour l'évaluation des troubles de santé mentale, les questions ont été élaborées à partir de la version américaine du questionnaire de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2000), intitulé Composite international Diagnostic Interview (CIDI). L'utilisation de ce questionnaire, déjà testé et dûment validé. Les questions relatives aux autres indicateurs de la santé ont quant à elles été développées à partir du CIDI et d'autres sources.

### **Description**

Le PCLS est un questionnaire auto rapporté de 20 items qui évalue les 20 symptômes de l'ESPT selon le DSM-5. Le PCLS a une variété d'utilités, incluant :

- Évaluer les changements dans les symptômes avant et après le traitement
- Dépister les individus avec un ESPT
- Établir un diagnostic provisoire d'ESPT

### **Exemple d'item :**

• **Item:** Au cours du dernier mois, à quel point avez-vous été dérangé par des souvenirs répétitifs, perturbants et non désirés de l'expérience stressante?

- **Réponse:** 0 = "Pas du tout" à 4 = "Extrêmement"

La meilleure manière de confirmer la présence d'un diagnostic d'ESPT est l'utilisation d'une entrevue clinique structurée comme le « Clinician-Administered PTSD Scale » (CAPS-5).

Lorsque nécessaire, le PCLS peut être utilisé afin d'établir un diagnostic provisoire d'ESPT.

Le PCLS peut être administré selon trois formats différents :

- Sans le Critère A (brèves instructions et items seulement), ce qui est approprié lorsque l'exposition à un événement traumatique est mesurée avec une autre méthode
- Avec une évaluation brève du Critère A
- Avec la version révisée du « Life Events Checklist » (LEC-5) pour DSM-V et une évaluation plus exhaustive du Critère A

### **Les changements apportés à la version antérieure selon le DSM-V**

Plusieurs révisions importantes ont été faites au PCL pour sa mise à jour selon le DSM-5:

- Le PCL pour le DSM-IV avait trois versions, le PCL-M (militaire), le PCL-C (civil) et le PCL-S (spécifique), qui variaient légèrement dans leurs instructions et dans la phrase référant à l'évènement traumatique en question. Le PCL-5 est très similaire à la version du PCL-S (spécifique). Il n'existe pas de versions PCLM ou au PCL-C pour le PCL-5.

- Bien qu'il n'existe qu'une seule version des items du PCL-5, il existe trois formats du questionnaire PCL-5, dont un premier sans le critère A, un deuxième avec le critère A et un troisième avec le LEC-5 et un critère A plus exhaustif.
- Le PCL-5 est un questionnaire de 20 items qui correspondent aux critères de symptômes pour l'ESPT en fonction du DSM-5. Le libellé des items du PCL-5 reflète à la fois les changements et les ajouts de symptômes apportés au DSM-V.
- L'échelle autorapportée utilise des cotes de « 0 à 4 » pour évaluer chacun des symptômes, et non de 1 à 5 comme dans la version du DSM-IV. La description des scores demeure inchangée : «Pas du tout», «Un peu», «Modérément», «Beaucoup» et «Extrêmement».
- Le changement dans la cotation de l'échelle autorapportée, combinée à l'augmentation de 17 à 20 items, signifie que les scores du PCL-5 ne sont pas compatibles avec ceux du PCL pour le DSM-IV et ne peuvent pas être utilisés de manière interchangeable.

#### **Administration et notation**

Le PCL-5 est un questionnaire autorapporté qui peut être complété par des patients dans une salle d'attente avant leur séance de thérapie, ou par des participants dans le cadre d'une étude. La complétion du PCL-5 prend environ 5 à 10 minutes. L'interprétation du PCL-5 devrait être faite par un clinicien.

#### **3.4.6. PCLS= Posttraumatic checklist scale (échelle de mesure de l'ESPT)**

Instructions: Ce questionnaire vous interroge sur des problèmes que vous auriez pu éprouver à la suite d'une expérience très stressante. Cela pourrait être tout évènement qui implique des menaces de mort, des blessures graves ou de la violence sexuelle. L'évènement pourrait être quelque chose qui vous est arrivé directement, dont vous avez été témoin ou que vous avez appris qui est arrivé à un membre de votre famille proche ou à un ami proche. À titre d'exemple, il peut s'agir d'un accident grave, d'un incendie, d'un désastre naturel (ouragan, tornade ou tremblement de terre), d'un abus ou d'une agression physique ou sexuelle, d'une guerre, d'un homicide ou d'un suicide.

Pour commencer, SVP répondez à quelques questions concernant votre pire évènement, c'est-à-dire pour ce questionnaire, l'évènement qui vous dérange le plus actuellement. Ce pire évènement pourrait être un des exemples nommés ci-haut, ou une autre expérience très stressante. De plus, il pourrait s'agir d'un seul évènement (par exemple, un accident de voiture) ou de multiples évènements semblables (par exemple, de multiples évènements stressants dans une zone de guerre, ou des agressions sexuelles répétées).

*Décrivez brièvement le pire évènement (si vous vous sentez suffisamment à l'aise pour le faire) : \_\_\_\_\_*

*Depuis combien de temps l'évènement s'est-il produit? \_\_\_\_\_ (donnez une estimation si vous n'êtes pas certain)*

*Cet évènement a-t-il entraîné la mort ou une menace de mort, une blessure grave, ou de la violence sexuelle?*

\_\_\_\_\_ Oui

\_\_\_\_\_ Non

*Comment l'avez-vous vécu? \_\_\_\_\_* Ça m'est arrivé directement

\_\_\_\_\_ J'en ai été témoin

\_\_\_\_\_ J'ai appris qu'un membre de la famille ou un ami proche l'a vécu

\_\_\_\_\_ J'y ai été exposé à plusieurs reprises dans le cadre de mon travail (par exemple, ambulancier, police, militaire, ou autre premier répondant)

\_\_\_\_\_ Autre, précisez :

*Si l'évènement a entraîné la mort d'un membre de la famille ou d'un ami proche, était-ce dû à un type d'accident ou de violence, ou était-ce dû à des causes naturelles?*

\_\_\_\_\_ Un accident ou de la violence

\_\_\_\_\_ Causes naturelles

\_\_\_\_\_ Ne s'applique pas (l'évènement n'a pas entraîné la mort d'un membre de la famille ou d'un ami proche) PCL-5 (10/3/2013) Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr -- National Center for PTSD Traduction française: Centre d'étude sur le trauma, Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Tous droits réservés 2015.

	<b>Pas du tout</b>	<b>Un peu</b>	<b>Parfois</b>	<b>Souvent</b>	<b>Très souvent</b>
<b>1.</b> Etre perturbé(e) par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec cet épisode stressant.	1	2	3	4	5
<b>2.</b> Etre perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec cet événement.	1	2	3	4	5
<b>3.</b> Brusquement agir ou sentir comme si l'épisode stressant se reproduisait (comme si vous étiez en train de le revivre).	1	2	3	4	5
<b>4.</b> Se sentir très bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle l'épisode stressant.	1	2	3	4	5
<b>5.</b> Avoir des réactions physiques, par exemple battement de cœur, difficultés à respirer, sueurs lorsque quelque chose vous a rappelé l'épisode stressant.	1	2	3	4	5
<b>6.</b> Éviter de penser ou de parler de votre épisode stressant ou éviter des sentiments qui sont en relation avec lui.	1	2	3	4	5
<b>7.</b> Éviter des activités ou des situations par ce qu'elles vous rappellent votre épisode stressant.	1	2	3	4	5
<b>8.</b> Avoir des difficultés à se souvenir de parties importantes de l'expérience stressante.	1	2	3	4	5
<b>9.</b> Perte d'intérêt dans des activités qui habituellement vous faisait plaisir.	1	2	3	4	5
<b>10.</b> Se sentir distant ou coupée des autres personnes.	1	2	3	4	5

11. Se sentir émotionnellement anesthésiée ou être incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui sont proche de vous.	1	2	3	4	5
12. Se sentir comme si votre avenir était en quelque sorte raccourci.	1	2	3	4	5
13. Avoir des difficultés pour vous endormir ou rester endormie.	1	2	3	4	5
14. Se sentir irritable ou avoir de bouffées de colère.	1	2	3	4	5
15. Avoir des difficultés à vous concentrer.	1	2	3	4	5
16. être en état de super-alarme, sur la défensive, ou sur vos gardes.	1	2	3	4	5
17. Se sentir énervée ou sursauter facilement	1	2	3	4	5

*PCL-5 (10/3/2013) Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr -- National Center for PTSD Traduction française: Centre d'étude sur le trauma, Institut universitaire en santé mentale de Montréal.*

**La notation du PCL-5 peut se faire de plusieurs façons différentes :**

- Un score total pour la gravité des symptômes (0-80) peut être obtenu en additionnant les scores de chacun des 20 items.
- Le score de gravité pour chacun des critères de symptômes dans le DSM-5 peut être obtenu en additionnant le score aux items contenus dans chacun des critères, soit B (items 1-5), C (items 6-7), D (items 8-14), et E (items 15-20).
- Un diagnostic provisoire peut être obtenu en considérant tout item avec un score de 2 et plus comme étant présent, et ensuite en adhérant aux instructions du DSM-5 qui requièrent au moins : 1 item B (questions 1-5), 1 item C (questions 6- 7), 2 items D (questions 8-14), et 2 items E (questions 15-20).
- Une validation préliminaire suggère un seuil initial, mais cette information pourrait changer. Globalement, les seuils optimaux de détection de l'ÉSPT pour le PCL-5 semblent être de 11 à 14 points plus bas que ceux du PCL pour le DSM-IV. Une différence de 11 points pourrait servir pour un seuil plus conservatif et une différence de 14 points pourrait servir pour un seuil plus tolérant. Un seuil de 38 au PCL-5 semble raisonnable pour suggérer la présence d'un ÉSPT jusqu'à la disponibilité d'études psychométriques.

**Interprétation**

Les caractéristiques de l'environnement du répondant devraient être considérées lorsque les scores de gravité du PCL-5 sont utilisés pour établir un diagnostic provisoire. L'objectif de l'évaluation devrait aussi être pris en compte. Un seuil plus bas devrait être privilégié lors de l'évaluation de dépistage ou lorsque le but est de détecter tous les cas potentiels. Par contre, un seuil plus élevé devrait être utilisé lorsque l'objectif est d'établir un diagnostic provisoire ou de minimiser les faux positifs.

**Évaluer un changement**

De bons soins cliniques nécessitent que le clinicien surveille les progrès de son patient. Pour le PCL du DSM-IV, un changement de 5-10 points représentait un changement fiable (c'est à

dire, pas dû au hasard) et un changement de 10-20 points représentait un changement cliniquement significatif. Par conséquent, au PCL pour le DSM-IV, il était recommandé d'utiliser 5 points comme seuil minimum pour déterminer si une personne a bénéficié du traitement et 10 points pour déterminer si l'amélioration est cliniquement significative.

Or, les scores de changement pour le PCL-5 sont en cours d'évaluation. Il est prévu qu'un changement fiable et cliniquement significatif sera dans une gamme de scores similaire au PCL du DSM-IV.

### **3.5. MÉTHODES D'ANALYSE DES DONNÉES**

#### **3.5.1. Analyse de contenu**

Les données que nous analysons ici, sont les données issues du questionnaire de l'échelle de mesure de l'ESPT sous la nosographie du DSM V et avec qui nous avons eu des séances d'entretiens suivies de l'observation au sein des soldats revenant au front de la lutte contre la secte islamique Boko-Haram. Ce sont les notes manuscrites de l'observation, questionnaire de l'échelle de mesure de l'état de stress post-traumatique et de l'entretien reportés au niveau de l'annexe, que nous nous analysons.

La méthode d'analyse utilisée pour les données est l'analyse de contenu. C'est un instrument d'investigation et d'analyse, pour la description objective, systématique, quantitative et/ou qualitative du contenu manifeste et latent des communications, dans le but de les interpréter. Quantitative, elle s'étend sur un grand nombre d'informations et se donne pour tâche de répéter la fréquence d'apparition de certains items cibles du discours. Qualitative, elle analyse peu de texte, mais de façon détaillée. Les deux (02) modalités qui sont pris en compte sont : le contenu manifeste et le contenu latent du discours du patient. Cette analyse sera basée spécifiquement sur l'expression (verbale et non verbale) et les réponses de questionnaire de l'échelle de mesure de l'ESPT.

#### **3.5.2. Dépouillement de la grille d'analyse**

Dans un premier temps, le travail du dépouillement consiste à analyser à partir du protocole constitué du discours issus de l'entretien et de l'EMESPT. Cette analyse s'appuiera accessoirement sur le contenu manifeste, pour éviter le contenu latent et cela nous donnera un aperçu sur les points saillants du discours, à partir desquels le contenu latent, permettra de décrypter l'énoncé et évalué le vécu du traumatisme pendant l'événement.

- des troubles consécutifs à l'événement traumatique : les répétitions, les troubles du sommeil, l'anxiété et les évitements phobiques, les troubles du comportement, l'hyperréactivité et

l'hyper-vigilance, les réactions neurovégétatives et les somatisations, les troubles cognitifs et l'état dépressif

- du vécu traumatique
- de l'insertion sociale
- de la qualité de vie

Partant du constat qu'entre l'événement traumatique et la passation du questionnaire, certaines manifestations pouvaient avoir disparu, l'analyse comprend aussi une échelle facultative qui permet de préciser le délai d'apparition des troubles ainsi que leur évolution. Les résultats obtenus permettent de poser le diagnostic de syndrome post-traumatique, d'évaluer sa sévérité et de définir un profil individualisé en fonction des notes aux échelles mesurées.

Dans un second temps, il sera question pour chaque cas de synthétiser le protocole ainsi analyser, puis réduire à ses articulations et thèmes principaux, afin d'en dégager, pour chaque instrument, un diagnostic psychologique.

Dans un troisième temps, une confrontation entre les diagnostics nous permettra de mettre en exergue les symptômes des données issues de l'entretien et l'EMESPT et d'interpréter les résultats. Nous ferons une comparaison pour chaque cas avec les critères diagnostiques du DSM V de l'ESPT et afin de fournir des résultats généraux. La comparaison consistera en une confrontation d'un cas à deux (02) données des instruments de collecte des données que nous avons retenus pour l'évaluation de l'ESPT chez les soldats revenant au front de la lutte contre Boko-Haram. En effet, si nous supposons, l'ESPT engendre les troubles du comportement chez les soldats revenant au front de la lutte contre B.H., c'est-à-dire que l'exposition intense des soldats face à un danger peut entraîner les troubles du comportement chez les soldats revenant au front de la lutte contre B.H.

L'hypothèse selon laquelle, l'ESPT peut engendrer les troubles du comportement chez les soldats revenant au front de la lutte contre le terrorisme Boko-Haram, pourra être diagnostiqué par l'entretien et l'EMESPT.

## **CHAPITRE 4 :**

### **PRÉSENTATION DES CAS, SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DE L'ENTRETIEN ET DU TEST, INTERPRÉTATION DES RESULTATS, DISCUSSION ET RECOMMANDATION**

Dans ce cadre de présentations des résultats de ce chapitre comprend : identification de cas, présentation, synthèse de l'analyse des entretiens, tableau de relevé des symptômes issu de l'entretien, la synthèse d'analyse issue de l'échelle de mesure de l'ESPT, interprétation des résultats issus de l'entretien et de l'échelle de mesure de l'ESPT

Avant le début de l'entretien proprement dit lors d'un entretien préliminaire, nous avons posé pour chaque patient :

- Le cadre dans lequel se dérouleraient nos entretiens, c'est-à-dire, le lieu, l'heure, le jour, la durée de la séance ;
- l'utilisation de l'Echelle de mesure de l'ESPT en fin d'entretien, comme une autre forme d'expression, à côté de l'expression verbale, qui pourrait éventuellement nous aider à mieux de comprendre les soldats ;
- La nécessité et la possibilité de l'utilisation de la règle fondamentale de l'association libre qui se résume : «dites ce que vous pensez et ressentez sans rien choisir et sans rien omettre de ce qui vous viens à l'esprit, même si cela vous parait désagréable à communiquer» ;
- Notre position de neutralité bienveillante d'écoute et la possibilité de formuler des questions que nous discussions éventuellement.

Patient No 1(ALFAT 1)

#### **Identification**

Nom: ALFAT 1

Sexe : Masculin

Age : 35ans

Niveau d'étude : secondaire

Statut matrimonial : fiancé

Profession : Militaire

Religion : Catholique.

#### **Présentation**

**ALFAT 1** est un homme qui mesure presque 1,70 m, âgé environ de trente-cinq (35) ans, il est entré dans l'armée en 2000. Il est fiancé et vivant à Yaoundé depuis l'année 1996 chez

son Oncle qui est lui aussi Militaire. Pendant ses études scolaires, il a eu des orientations à tendance d'être dans l'armée car, ses parents n'ont pas les moyens pour le soutenir par ce que son Oncle s'occupe plus sur sa famille. Fortement obséder par l'idée de trouver le travail et son niveau d'étude qui le pourrait plus l'aider dans l'armée, il tente sa chance et réussit et il abandonne l'école. Après la formation, il est maintenu à Yaoundé pendant trois avant d'aller travailler à l'Extrême-nord qu'il a fait pratiquement quatre (04) ans pour se retrouver dans la condition de la lutte contre la secte Boko-Haram qu'il raconte ce jour-là.

#### 4.1. SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DES ENTRETIENS

ALFAT 1 est un homme stable et responsable, et bien organisé dans sa pensée *«lorsque tu es déjà dans l'armée, (...) fin de la formation tu es déjà un guerrier à intervenir partout dans l'ensemble du territoire nationale et internationale, ...»* il confirme son engagement dans l'armée en réaffirmant *«tu n'as pas le choix de subir ton choix, (...) c'est mourir comme un héros pour défendre la patrie»* sur sa situation, il se culpabilise sur leur souffrances qu'ils subissent sur le terrain, *«Notre monde est tellement complexe et parfois même nous mourons sans que la balle de ton ennemie nous atteigne»*. Il a l'idée faite de la dangerosité du phénomène de terrorisme, *«c'est un phénomène comme une peste invisible et mortelle, (...) depuis l'attentat de 11 septembre 2001 aux Etats-Unis d'Amérique cela à créer beaucoup des problèmes au monde civile et les corps de l'armée»*.

Par contre à un moment, ALFAT 1 a une difficulté de raconter ses expériences comme un conflit entre le Moi et le Surmoi militaire (culture militaire), *« [...silence...] Mais sache que tous ce que nous avons fait au front de la lutte contre Boko-Haram n'est pas une chose à expliquer, mais ...»*.

Les souvenirs, les images, les odeurs, les bruits et la sensation associés à l'événement traumatique peuvent envahir la vie de la personne et peut perturber son comportement. Les souvenirs et les rappels de l'événement traumatique sont très désagréables et engendrent généralement une détresse immense. C'est pourquoi le sujet a tendance à éviter les situations qui réveillent le souvenir du traumatisme: *« ce qui revient à l'esprit nous perturbe dans le : sommeil, la marche, pour voir, entendre les choses, ...tu es toujours en alerte comme si cela pourrait se reproduire a l'instant et à tout moment»*. Souvent la personne ayant vécu un traumatisme a été confronté à sa propre condition de mortel. Sa vision d'un monde sur et juste et sa croyance de l'être humain peuvent s'écrouler et son sentiment d'être à l'abri du danger partout et l'idée sur le danger ne le quitte pas et il est sur sa garde. Cet état peut te conduire à l'hypervigilance : *«...Tu es vigilant, avec le temps ça disparaît mais pas de façon définitive. Si*

*je te dis qu'à mon retour, j'étais bouleversé de façon profonde...». Le sujet se sent nerveux et a s'emporter contre lui-même, contre son entourage et contre le monde en général : «...au début : je ne m'entendais pas à la maison avec ma famille, je ne supportais pas le bruit inutile...il a l'impression que l'événement se reproduit, phénomène que l'on appelle «flash-back». Un rappel de l'événement peut le plonger dans la détresse et susciter des réactions physiques : «...une claque de la porte par le vent me faisais sursauter et voir crier, je ne mangeais pas la viande au début, j'aimais trop faire le sport et les travaux physique et je passais mon temps au camp...».*

Parlement, de manière générale, les retours de ces souvenirs provoquent une profondes détresse et, parfois, d'autres émotions telles que le chagrin, la culpabilité, la peur ou la colère : «...au camp par ce que laba les armes sont à côté qu'on se sente en sécurité, et ma prise d'alcool à augmenter, j'ai appris à fumer...», la détresse associée aux souvenirs de traumatisme, la personne a tendance à chasser les pensées et les émotions pour éviter de sombrer dans cette détresse. En conséquence, s'il arrive que le souvenir s'efface pendant un certain temps, le besoin de composer avec l'événement demeure, et le traumatisme ne cesse de refaire surface dans l'esprit de la personne : «...mais depuis deux (02) ans je me suis adapté peu à peu malgré les rêves qui me dérangent périodiquement qu'on me qualifie «de réveil » à cause de bruit que je fais dans la nuit. Si on me demande parfois je deviens incontrôlable et violent, mais je me maîtrise déjà un peu un peu...», ce mouvement de va-et-vient entre les pensées d'ALFAT1 et ses sentiments envahissant concernant le traumatisme, d'une part, et ses réactions d'évitement et d'émoussement émotionnel, d'autre part, peut se poursuivre à moins que le sujet(ALFAT1) n'entreprenne d'une façon ou d'une autre de rompre ce cycle : «je rêve toujours que je suis à l'extrême-nord entrain de tirer sur un B.H. kamikaze qu'on nous a alerté, mais il m'a blessé avec ses explosifs et beaucoup des choses qui me tracassent à tout moment, mais je sais que c'est notre passé inséparable, on fait avec. Nous ne pouvons pas changer ce que nous sommes maintenant».

## **Tableau n° 2 : Relevé des symptômes issus de l'entretien**

<b>Patient ALFAT 1</b>
Il était exposé directement avec les événements traumatiques (A1) et exposé directement comme un témoin direct aux événements traumatiques (A2).
Il revit une intrusion des souvenirs et des images pénibles de l'événement traumatique (B1). Il rêve à répétition des rêves liés au traumatisme et la reviviscence de l'événement dans les cauchemars voire suscite la détresse par ce rappel de l'incident (B2, B3 et B4). Il manifeste parfois des symptômes physiologiques dans ce rappel de l'incident (B5). « ce qui revient à l'esprit nous perturbe dans le : sommeil, la marche, pour voir, entendre les

*choses, ...tu es toujours en alerte comme si cela pourrait se reproduire à l'instant et à tout moment» ; ...les rêves qui me dérangent périodiquement*

ALFAT 1 fait l'effort pour éviter tout rappel du traumatisme (C1): *je ne m'entendais pas à la maison avec ma famille, je ne supportais pas le bruit inutile...*

Il revit la peur, l'horreur et la culpabilité (D4)...*là-bas les armes sont à côté qu'on se sente en sécurité, ...; «Notre monde est tellement complexe et parfois même nous mourons sans que la balle de ton ennemie nous atteigne»*

Il a le sentiment d'être détaché et coupé des êtres chers (D6) et l'incapacité de ressentir des émotions positives (D7).

Parfois il se met en colère quand-on le reproche (E1), il est sur sa garde ou hyper vigilant (E3), sursaute au bruit lié au traumatisme (E4) et il a les difficultés de s'endormir (E6)...*Si on me demande parfois je deviens incontrôlable et violent, ...; ...une claque de la porte par le vent me faisais sursauter ...; «...Tu es vigilant...*

#### **4.1.1-La synthèse d'analyse issue de l'échelle de mesure de l'ESPT**

L'EMESPT se base sur l'échelle qui est composée de 17 items évaluant l'intensité des 17 symptômes d'ESPT présentés dans le DSM IV.

Chaque question est à coter entre 1 et 5 suivant l'intensité et la fréquence des symptômes au cours du mois précédent.

Les 17 items peuvent être regroupés en trois (03) échelles correspondant aux trois (03) syndromes principaux de l'ESPT :

- **L'intrusion** (items 1 à 5) ;
- **L'évitement** (items 6 à 12)
- **L'hyperstimulation** (items 13 à 17).

**ALFAT 1** coche l'intensité du niveau de son trouble car les questions de l'échelle de mesure sont à encercler le chiffre correspondant au problème évoqué. Au premier syndrome de l'intrusion (1 à 5) selon le regroupement d'EMESPT, ALFAT 1 coche à la question une qui stipule qu' :êtes-vous perturbé(e) par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec cet épisode stressant ? Il coche un peu (2), a la question 2 : êtes-vous perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec cet événement ? Il coche souvent (4), à la question 3: agissez-vous brusquement ou sentir comme si l'épisode stressant se reproduisait (comme si vous étiez en train de le revivre) ? Il coche un peu (2), a la question 4 : sentiez-vous très bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle l'épisode stressant ? Il coche pas du tout (1) et à la question 5: Avez-vous des réactions physiques, par exemple battement de cœur, difficultés à respirer, sueurs lorsque quelque chose vous a rappelé l'épisode stressant ? Il répond parfois (3) et avec pour score 12.

- Pour le deuxième syndrome qui est l'évitement (6 à 12), ALFAT 1 coche à la question 6 : Evitez-vous de penser ou de parler de votre épisode stressant ou éviter des sentiments qui sont

en relation avec lui ? Il répond parfois (3), a la question 7 : Evitez-vous des activités ou des situations parce qu'elles vous rappellent votre épisode stressant? Il répond pas du tout (1), a la question 8, avez-vous des difficultés à se souvenir de parties importantes de l'expérience stressante ?, il répond, pas du tout (1), a la question 9 : Avez-vous des difficultés à se souvenir de parties importantes de l'expérience stressante ? Il répond pas du tout (1), à la question 10, sentiez-vous distant ou coupée des autres personnes ? Il répond un peu (2), à la question 11: sentiez-vous émotionnellement anesthésiée ou être incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui sont proche de vous ? Il répond parfois (3) et à la question 12 : avez-vous senti comme si votre avenir était en quelque sorte raccourci ? Il répond un peu (2).

- Pour le troisième syndrome qui est hypervigilance (13 à 17), ALFAT 1 coche à la question 13 : Avez-vous eu des difficultés pour vous endormir ou rester endormie ? Il répond souvent (4), a la question 14 : sentiez-vous irritable ou avoir de bouffées de colère ? Il répond parfois (3), à la question 15 : Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer ? Il répond un peu (2), à la question 16 : êtes-vous en état de super-alarme, sur la défensive, ou sur vos gardes ? Il répond souvent (4) et à la question 17 : sentiez-vous énervée ou sursauter facilement ? Il répond parfois (3).

Patient No 2 (ALFAT 2)

### **Identification**

Nom : ALFAT 2

Sexe : Masculin

Age : 38ans

Niveau d'étude : secondaire

Statut matrimonial : divorcé

Profession : Bataillon d'intervention rapide

Religion : ± Catholique.

### **Présentation**

**ALFAT 2** est un homme qui à une taille moyenne, mesure environ 1,60m, âgé environ de trente-huit (38) ans, il est entré dans l'armée en 2000. Il est fiancé et vivant à Yaoundé depuis l'année 1996 chez son oncle qui est lui aussi militaire. Pendant ses études scolaires, il a eu des orientations à tendance d'être dans l'armée car ses parents n'ont pas les moyens pour le soutenir parce que son oncle s'occupe plus sur sa famille. Fortement obsédé par l'idée de trouver le travail et son niveau d'étude qui le pourrait plus l'aider dans l'armée, il tente sa chance et réussit et il abandonne l'école. Après la formation, il est maintenu à Yaoundé pendant trois (03) ans avant d'aller travailler à l'Extrême-nord qu'il a fait pratiquement quatre (04) ans

pour se retrouver dans la condition de la lutte contre la secte Boko-Haram qu'il raconte ce jour-là.

#### 4.2.2. La synthèse d'entretien

Dans le cas de soldat, le traumatisme peut être lié aux opérations de combat dans une zone de guerre dangereuse comme à l'Extrême-nord ou à la participation à des missions de maintien de la paix dans des conditions éprouvantes et stressantes :

*...et sache que nous faisons l'effort pour y vivre avec certaines choses compliquées si non c'est catastrophique pour nous qui partons en mission ou au front car en allant en mission comme celle d'aller à l'Extrême-nord c'est comme on donne notre vie à Dieu, et de même, ton départ est un au revoir à la famille, ton retour peut être comme un ressuscité parmi les morts, et même toi-même, tu n'imagines pas que tu es revenu au camp ou à la maison en vie. Ton esprit reste toujours là où tu étais....*

Les souvenirs et les rappels de l'événement traumatique sont très désagréables et engendrent généralement une détresse immense. C'est pourquoi le sujet ALFAT 2 a tendance à éviter les situations, les paroles qui éveillent l'événement traumatique :

*...il baisse la tête et garde 2mn de silence. Vous les civiles vous ne comprenez rien de ce que nous endurons dans notre uniforme malgré nos orgueils, nous souffrons plus que celui qui est mort, comme si nous sommes des morts vivants qui connaissent les morts et les vivants. Nous avons tout vu de ce que nous devons le voir et de ce que nous ne devons pas les voir. Mon cas par exemple, je ne préfère pas dormir à la maison sans arme à la main ou à côté pour ma sécurité....*

Comme il voulait se mettre en colère contre moi, mais il se calme en continuant à me raconter. Après ayant vécu un traumatisme, nous constatons que son sentiment d'être à l'abri du danger n'est pas exempt, il est fréquent que le sujet perçoive du danger partout et l'idée de danger ne le quitte pas «... je ne préfère pas dormir à la maison sans arme à la main ou à coté pour ma sécurité, je préfère que mon chef me donne plus la garde pour prendre la faction...». Dans son propos raconté par ses supérieurs, ALFAT2 réitère comme si ces propos sont prédictifs et traumatogènes pour les soldats...«

*Notre général, nous répète souvent: «Tous les conflits commencent à terre et finissent à terre, mais les conflits finiront par se porter à la tête de chaque soldats de terrain», et c'est vrai, nous en s'y sommes comme l'avait prédit notre General. Et notre chef de troupes de mission nous dit aussi souvent que «ne dormez pas en s'appuyant sur les comités de vigilance n'est pas toujours suffisant pour survivre ici dans cette lutte». Personne ne sait de quoi seront faits les conflits que nous attendons et cherchons dans cette chaleur. «La guerre réelle n'est jamais la guerre rêvée» ....*

Dans les dire d'ALFAT 2, nous remarquons qu'il se culpabilise après sa mission de la lutte contre le Boko-Haram : «...À la fin tu te rends compte que tu n'es plus le même et revenir

*en arrière est impossible. Mon sourire a disparu...»* et il révèle quelque chose d'intéressante sur le trouble alimentaire : « *...il y a des aliments qui m'ont dégoûté depuis mon retour de l'Extrême-nord,...* », il dévoile en même temps les difficultés de dormir : « *...ne dors plus comme avant,...* ». La chaleur juste lui rappelle les souvenirs stressants et les tenues vestimentaires : « *je ne supporte pas la chaleur qui me rappelle automatiquement l'Extrême-nord et parfois même au quartier dès que je vois une femme avec leur truc sur la tête cela me met dans une situation terrible et j'évite par moment les femmes. Oh ! La vie...silence...* », nous constatons que raconter les souvenirs de l'événement traumatique sont douloureux et pénible.

A un moment, il est devenu agressif et en colère en vers moi par rapport à ma question sur son silence, mais il s'est maîtrisé pour continuer la suite sans hésitations, comme s'il est déterminé à tout avouer sur ses souffrances : « *...gêner de quoi ? Laisse-moi t'expliquer ce que je récents même si ce difficile à dire. Un jour il vous arrive quelque chose de terrible, et puis voilà, plus tard, vous en êtes là sans savoir pourquoi il vous arrive dans la tête des pensées que vous ne contrôlez plus, et vous avez l'impression de devenir fou...* » il change la désignation, comme il fait la projection sur ce qui lui est arrivé en parlant sur une autre personne comme il s'adressait à moi :

*...ce qui vous est arrivé, peut-être ne vous lâche pas, ça revient toujours vers vous comme un flash de photo et ça fait très mal. C'est comme un CD gratté, et « ça vous agresse ou tchik-tchik » n'importe quand : de jour quand vous êtes tranquillement occupé à quelque chose, ou la nuit avec ces cauchemars horribles et incessants où « ça » revient à chaque fois ! Et il y a des choses que vous ne pouvez plus faire, des endroits où vous ne pouvez plus aller sans être terrorisé, sans faire de crises d'angoisse, à cause d'un bruit, d'une couleur, d'un escalier, de la voiture, d'une route...*

Il nous fait comprendre sur l'intrusion des souvenirs lui provoquent une profonde détresse, chagrin, la culpabilité, la peur ou la colère sous forme de flash-back. Le sujet projette en disant de sa tendance à être constamment à l'affut du danger, sur sa réaction de sursaut, ses difficultés interrelationnelles et familiale, et sa perturbation du sommeil :

*...Et votre famille ou les gens pensent que vous êtes nul. Et tous vos sens sont en éveil tout le temps. Vous sursautez tout le temps et pour pas grand-chose : une porte qui claque, un jouet qui tombe, quelqu'un qui est devant vous et que vous n'avez pas vu. Tous les sons sont trop insupportables, et c'est le moindre courant d'air, ou la plus faible odeur qui semble vous agresser et tout le monde se moque de vous ...Tout le monde dit de vous que « vous n'êtes plus pareil.*

Et c'est bizarre (...silence...) et vous oubliez peut-être tout, tout le temps. Ca agace tout le monde et personne ne vous reconnaît plus. Vous entendez peut-être sans arrêt : « *Mais tu ne peux pas faire attention ???* » Impossible de vous concentrer, de prendre des décisions. Au

*travail, c'est la galère et on commence à vous faire des reproches. Parce que peut-être ils ne savent pas ce qui vous est arrivé, ou parce que finalement c'est déjà oublié...»*

ALFAT 2 insiste beaucoup sur la perturbation de la nuit à cause des rêves et ses rêves lui rappellent beaucoup des choses pendant lesquelles il a vécu au cours de sa mission à l'Extrême-nord du Cameroun :

*...la nuit, ce n'est parfois pas simple de trouver le sommeil et de passer une bonne nuit sans cauchemars, ou sans rêves où vous êtes toujours en train d'échouer dans ce que vous faites. Ta femme ou tes enfants vous reproche de ne pas répondre aux questions, d'être dans la lune, d'être carrément dans votre monde à part, de devenir indifférent à tout et à surtout à eux, Mais peut-être que parfois vous avez l'impression d'être sur une autre planète et de vous faire un film en étant quelqu'un d'autre...*

Et même, il nous parle des symptômes physiques provoqués par un rappel de l'événement :

*...Et peut-être que vous mangez très peu et pourtant vous avez faim, mais rien à faire ça ne passe pas. En plus vous avez peut-être mal au ventre, au dos, dans la poitrine, dans tous les muscles. Et vous ne digérez pas bien, tout va de travers de ce côté-là. Et peut-être encore des migraines qui arrivent dès que « quelque chose » se passe. Vous pouvez être agressif, sans patience....*

Parfois, il parle d'en vouloir tout le monde et l'impression d'hyper vigilance dans sa façon de dire de soupçonner toute chose qui bougent : *«...tout le monde, contre votre Dieu, contre vous-même aussi. Vous avez l'impression que vous allez blesser quelqu'un ou le tuer quand vous détenez un couteau ou une arme pour la faction, tu peux croire que la voiture qui vient en face ou derrière toi est suspecte sans raison...»*. Et qu'il parle de pensée suicidaire qui lui hante l'esprit, mais il n'est pas passé à l'acte : *«...Mais ça vous fait mal, et vous vous demandez si un jour vous n'allez peut-être pas penser à vous suicider. C'est mieux par ce que tel que mes amis que nous étions ensemble sont mort suite à des blessures des balles, explosifs...et nous les avons oublié, (...silence...), mais moi je continue à revoir ça...»*, et il lui arrive de s'isoler et perd d'intérêt les activités, voire incapable d'éprouver des émotions ou envisager l'avenir ou d'avoir le sentiment d'être coupé du monde. :

*...Et vous en fermez, vous pleurez, vous en avez marres de tout, et vous avez en permanence une grosse boule de stress dans le ventre. Parfois aussi que l'alcool ou des médicaments ou des drogues vous aident à « faire passer tout ça »...*

*Parce que vous pensez peut-être que la Vie, c'est sans importance, et que vous êtes seul, tout seul, que personne ne peut comprendre ce qui vous est arrivé et surtout ce que vous vivez maintenant (...silence...) d'une minute.*

*Lorsqu'il vous est arrivé ce « quelque chose », ce qui s'est passé dans votre corps, physiquement, vous le savez. Mais que savez-vous de ce qui se passe dans ton cœur et dans votre cerveau, et qui est responsable de toutes vos souffrances psychiques, je ne sais pas si dans mon cœur ou dans ma tête, avec tout ça nous vivons avec par ce que c'est mon choix (...silence...).*

**Tableau n°3 : Relevé des symptômes issu de l'entretien**

<b>Patient ALFAT 2</b>
Il était exposé directement à l'événement traumatique(A1) et il était témoin direct de l'événement traumatique (A2)... <i>nous qui partons en mission ou au front car en allant en mission comme celle d'aller à l'Extrême-nord c'est comme on donne notre vie à Dieu</i>
Les rêves lui rappellent les souvenirs et les images pénibles de l'événement (B1), ses cauchemars sont répétitifs (B2), ses cauchemars le mettent dans la reviviscence de l'événement (B4) et induit chez lui des troubles physiologiques (B5). <i>...Ton esprit reste toujours là où tu étais... ;...passer une bonne nuit sans cauchemars...nous souffrons plus que celui qui est mort, comme si nous sommes des morts vivants...«...ce qui vous est arrivé, peut-être ne vous lâche pas, ça revient toujours vers vous comme un flash de photo</i>
Il a tendance à éviter tout ce qui est lié à l'événement traumatique (C1) et des personnes et conversations associées à l'événement (C2). <i>...et j'évite par moment les femmes... ;... à cause d'un bruit, d'une couleur, d'un escalier, de la voiture,...</i>
Il a la mauvaise appréhension sur soi, autrui et les activités normales (D2), il se culpabilise et a peur à tout l'événement rappelant les souvenirs traumatiques (D4), il a le sentiment d'être coupé ou détaché des autres (D6) et il ne ressent pas de la satisfaction et de l'amour (D7). ... <i>les gens pensent que vous êtes nul...; ...Je ne préfère pas dormir à la maison sans arme à la main ou à côté pour ma sécurité... ;...À la fin tu te rends compte que tu n'es plus le même et revenir en arrière est impossible...la nuit avec ces cauchemars horribles et incessants... ; Tout le monde dit de vous que « vous n'êtes plus pareil». Et c'est bizarre...</i>
Il se met en colère sur une moindre reproche (E1) et de prudence (E3), à moindre bruit de claquement de la porte, il sursaute (E4) et il a des difficultés de dormir normalement (E6). <i>«...ne dors plus comme avant, ...».</i>

#### 4.1.2. La synthèse d'analyse issue de l'échelle de mesure de l'ESPT

L'EMESPT se base sur l'échelle qui est composée de 17 items évaluant l'intensité des 17 symptômes d'ESPT présentés dans le DSM IV.

Chaque question est à coter entre 1 et 5 suivant l'intensité et la fréquence des symptômes au cours du mois précédent.

Les 17 items peuvent être regroupés en trois (03) échelles correspondant aux trois (03) syndromes principaux de l'ESPT :

- **L'intrusion** (items 1 à 5) ;
- **L'évitement** (items 6 à 12)
- **L'hyperstimulation** (items 13 à 17).

**ALFAT 2** coche l'intensité du niveau de son trouble car les questions de l'échelle de mesure sont à encercler le chiffre correspondant au problème évoqué. Au premier syndrome de

l'intrusion (1 à 5) selon le regroupement d'EMESPT, ALFAT 2 coche à la question une qui stipule qu'êtes-vous perturbé(e) par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec cet épisode stressant ? Il coche très souvent (5), à la question 2: êtes-vous perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec cet événement ? Il coche très souvent (5), à la question 3: agissez-vous brusquement ou sentir comme si l'épisode stressant se reproduisait (comme si vous étiez en train de le revivre) ? Il coche souvent (4), à la question 4 : sentiez-vous très bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle l'épisode stressant ? Il coche souvent (4) et à la question 5: Avez-vous des réactions physiques, par exemple battement de cœur, difficultés à respirer, sueurs lorsque quelque chose vous a rappelé l'épisode stressant ? Il répond souvent (4) et avec pour score 12.

- Pour le deuxième syndrome qui est l'évitement (6 à 12), ALFAT 1 coche à la question 6 : Evitez-vous de penser ou de parler de votre épisode stressant ou éviter des sentiments qui sont en relation avec lui ? Il répond très souvent (5), à la question 7: évitez-vous des activités ou des situations parce qu'elles vous rappellent votre épisode stressant? Il répond souvent (4), à la question 8, avez-vous des difficultés à se souvenir de parties importantes de l'expérience stressante ?, il répond, pas du tout (1), à la question 9 : avez-vous des difficultés à se souvenir de parties importantes de l'expérience stressante ? Il répond souvent (4), à la question 10, sentiez-vous distant ou coupée des autres personnes ?, il répond souvent (4), à la question 11 : sentiez-vous émotionnellement anesthésiée ou être incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui sont proche de vous ? Il répond souvent (4) et à la question 12 : avez-vous senti comme si votre avenir était en quelque sorte raccourci ? Il répond souvent (4).

- pour le troisième syndrome qui est hypervigilance (13 à 17), ALFAT 1 coche à la question 13: Avez-vous eu des difficultés pour vous endormir ou rester endormie ? Il répond très souvent (5), à la question 14 : sentiez-vous irritable ou avoir de bouffées de colère ? Il répond souvent (4), à la question 15 : avez-vous eu des difficultés à vous concentrer ? Il répond un peu (2), à la question 16 : êtes-vous en état de super-alarme, sur la défensive, ou sur vos gardes ? Il répond très souvent (5) et à la question 17 : sentiez-vous énervée ou sursauter facilement ? Il répond très souvent (5).

## **Patient No 3 (ALFAT 3)**

### **Identification**

Nom: ALFAT 3

Sexe : Masculin

Age : 34ans

Niveau d'étude : secondaire

Statut matrimonial : marié

Profession : militaire

Religion : ± protestant.

### **Présentation**

**ALFAT 3** est un homme qui a une taille moyenne, mesure environ 1,60m, âgé environ de trente-huit (38) ans, il est entré dans l'armée en 2014. Il est marié et vivant à Yaoundé depuis l'année 2010, il est venu à Yaoundé chez son ami pendant les vacances dans le but de préparer la rentrée de l'année académique 2010-2011. Il faisait gardiennage fasciné par l'appellation de commando dans la société de sécurité, il abandonna l'idée de continuer ses études secondaires. Deux (02) ans après, il entreprend l'idée de trouver le travail, il tente d'entrer dans la gendarmerie et la police, il échoue et en 2014, il tente sa chance et réussit et il abandonne le gardiennage. Après la formation, il est détaché dans la section d'infanterie motorisée de Kousséri pendant trois ans qu'il a fait avant d'être détaché à Yaoundé pour nous raconter ses qu'il a vécu pendant la lutte contre la secte Boko-Haram ce jour-là.

#### **4.1.3. La synthèse d'entretien**

Il est important de comprendre les problèmes des soldats ayant des problèmes liés à une expérience de la guerre ou à des événements qui nous dépassent. Ils ne coïncident pas avec la vision des humains du monde, de nous-même, ni avec notre perception des choses, telles quelles sont ou qu'elles devraient être. L'être humain est naturellement à conférer un sens aux événements de la vie :

*...j'ai eu des problèmes comme tu les cites...silence...Trois jours après mon retour à la maison, « Je prends assez de somnifères pour assommer un éléphant ! Et je me réveille au milieu de la nuit en train de rêver à...ça ! » Dans mes cauchemars, je suis « là-bas », à Amchidé et Limani, seul avec ma mitrailleuse, mon véhicule a perdu le convoi, une mine explose, me projette hors de l'habitacle, je rampe, je reviens à mon camp et ouvre le feu, le doigt crispé sur la gâchette, jusqu'à « faire fondre le canon de la mitrailleuse ». Je me revois tirer sur un groupe de civils, des enfants que je crois avoir touchés, et cette femme que j'ai tenue dans mes bras et soignée, en vain, après l'avoir coupée en deux d'une raflette...silence...hum!.*

Or, lorsqu'une personne subit un traumatisme, elle est constamment habitée par les souvenirs de l'événement, cherchant à lui trouver un sens : «...Soudain passait un homme moustachu: *« J'ai constaté mes mains s'agripper au pied de la table seulement,(.....), heureusement mon ami m'a compris vite en m'appelant et à cause des boissons qui tombaient sur la table, j'ai déboité le pied de la table, oui et moins un je faisais quelque choses de mauvaises...»*. Il nous rassure de la gravité du traumatisme au sein de force de défense à cause de lutte contre Boko-Haram : «., *essoufflé... silence...A ce rythme, la guerre va ramener à la maison un bon demi-million des problèmes!*».

Il nous confirme l'effraction des images traumatiques à travers les organes des sens en démontrant par ses explications :

*...les gilets pare-balles sauvent des vies, mais le vent, la chaleur, la poussière tes traversent (...) tu vois avec tes yeux, tu entends avec tes oreilles, tu sens les choses avec tes nez,(...), nous qui participons aux opérations, nous souffrons d'une blessure invisible grave, qui met parfois plusieurs mois, voire plusieurs années, à se révéler. Et toujours sommes-nous toujours qui souffrons de tous les maux de la terre que personne ne nous comprend.»*

Il nous rappelle de son obsession a une odeur qu'au début qu'il litait à se débarrasser qui créa chez lui un trouble total, toutefois, étant donné l'immense détresse associée aux souvenirs de traumatismes, la personne a tendance à chasser les pensées et les émotions pour éviter de sombrer dans cette détresse ;

*...Au début, je sentais une odeur collante, mélange écœurant de maladie, de mort et des munitions, il suffit que la sueur coule sur toi, tu t'imagines étant déjà au front à l'Extrême-nord et sale. Pour m'en débarrasser, j'ai tout essayé. J'ai pris des milliers de douches, en me savonnant, frottant, raclant, rinçant à l'eau de Javel, en vain. J'ai mis le feu à mes tenues militaires et à mon linge de corps, rien n'y a fait. « J'aurais aimé me brûler moi-même...»*

Il existe une explication analogue à propos de la colère, la colère a son utilité lors d'un combat ou de toute situation dangereuse, elle nous stimule et contribue à notre survie. Dans bien de cas, il s'agit d'une réaction qui convient à une situation où la vie est menacée.

Cependant, il s'agit une réaction qui n'est plus utile à notre survie quand nous sommes en famille, car le danger est déjà écarté, mais, la colère peut occasionner de graves problèmes quand elle fait irruption dans notre quotidien : *« je dure trop dans la douche ce qu'on me dise, (...),ma femme qui est têtue comme une rebelle, je l'ai chassé plusieurs fois, mais, elle revient toujours, elle ne veut pas m'abandonner comme c'est elle ma mère...hum.»*

Il réaffirme en blaguant de son sentiment et de perte d'intérêt pour sa conjointe et tantôt il la considère comme une mère protectrice ; *«...c'est la réalité, je ne sens pas l'amour trop envers ma femme depuis lors là,»*, mais il réitère sur ses rêves qui le dérangent dans la nuit sous

forme du cauchemar qu'on peut parler de trouble du sommeil : «...il me suffit juste de fermer mes yeux pour la respirer, (...), dès que je m'endors, je me retrouvais aussitôt au volant d'une Toyota, (...), je me réveille en sueur avec la sensation d'être sale...», il déduit lui-même que chacun ne vit pas la situation de la même façon : «...Dans notre équipe, quelques-uns sont blessés ou tués, la plupart reviennent sains et saufs, mais les autres souffrent d'un mal invisible. Et chacun a son histoire...», même les paroles de son supérieur qu'il n'a jamais oublié lui paraît traumatisant dès leur arrivée sur le terrain ; «...il est question d'ici de vous prévenir sur l'ampleur de la situation sur le terrain et sachez que nous avons invisiblement en face d'un adversaire a des tactiques multivariées pour commettre des exactions où et n'importe quand ! Soyez vigilant sur votre arrière et à moindre détail de soupçon...».

A un moment, il a pitié des réfugiés : «...on voyait arriver : un million de réfugiés, épuisés, malades, blessés, agonisants, somnambules au regard de la souffrance ça fait pitié...silence...et manifeste le comportement de culpabilité envers les cadavres de ses adversaires : «...« Ces êtres humains qu'on les massacrait en masse, pêle-mêle et leur enterrement sans tombeau, sans prière, comme des chiens...un sacrilège »...silence...la personne ayant vécu un traumatisme peut être rongée et dépassée par ses sentiments, il arrive qu'elle soit préoccupée par sa survie dans des situations qu'elle perçoit comme menaçantes.

Eventuellement, l'entourage peut avoir l'impression qu'elle est égoïste et ne pense qu'à elle. Ce comportement «egocentrique», qui se double des symptômes qui peuvent se répercuter sur les relations avec la famille et les amis, ainsi que sur la capacité de fonctionnement du sujet dans divers secteurs de la vie, dont le travail et les loisirs :

*...Parler ? Impossible ! Comment expliquer ce que j'ai vécu là-bas ? Comment voulez-vous parler de « ça » ? J'essaie de revivre normalement, je me couche chaque soir à 20 heures pour avoir un peu le sommeil, mais l'odeur me réveille toujours, en sueur, pris de nausée. Je prends mon enfant dans mes bras et je pleure pendant des minutes : «Je n'étais plus sur la même planète. L'armée autrefois était ma vie. Toutes nos valeurs, respect, humanité, dignité...Cela n'avait plus aucun sens. Il ne restait rien. Sinon la mort, l'odeur...Le néant...» Il me fallait un an pour évoquer mes « expériences très dure », et une nouvelle maison pour montrer les photos à ma femme. « Tout ce qui ne vous tue pas vous rend plus fort », a dit quelqu'un...Quelle erreur ! On ne sort jamais indemne...»*

Pour lui, parler du vécu de la guerre est un tabou au début qu'ils n'en parlent pas entre collègues, mais avec le temps ils en parlent déjà : «...on n'arrivait pas à parler, même entre frères d'armes. C'était à nous, entre nous. En parler, c'était porter atteinte à tous ces pauvres gens enterrés là-bas ». Avec le temps j'en parle déjà comme aujourd'hui, mais, il ne me reste que l'odeur du cauchemar. Une odeur dont je n'arrive pas à me débarrasser...».

**Tableau n°4 : Relevé des symptômes issus de l'entretien**

<b>Patient ALFAT 3</b>
Il était exposé directement à l'événement traumatique (A1) et était témoin direct de l'événement traumatique (A2).
Il est envahi souvent par des souvenirs pénibles (B1) et par des rêves répétitifs (B2), qui suscite chez lui comme l'événement va se reproduire (B3) et crée chez lui une détresse (B4) et des symptômes physiques (B5). <i>...je me réveille au milieu de la nuit en train de rêver...Dans mes cauchemars, je suis « là-bas... J'aurais aimé me brûler moi-même...».</i>
Il évite toute situation (C1) et des objets liés à l'événement traumatique (C2). <i>«...Soudain passait un homme moustachu : « J'ai constaté mes mains s'agripper... je sentais une odeur... parler du vécu de la guerre est un tabou...»</i>
A tout rappel, il se culpabilise et a peur des souvenirs pénibles (D4), il manifeste moins d'intérêt pour les activités normales (D6) et des difficultés de ressentir le bonheur, satisfaction et d'affection (D7). <i>..., je ne sens pas l'amour trop envers ma femme depuis lors là,»,...au regard de la souffrance ça fait pitié..., comme des chiens...</i>
Il se met en colère parfois (E1) et il se surcontrôle (E3), il sursaute au bruit rappelant l'événement (E4) et difficultés de dormir sans rêve (E6).

#### **4.1.4. La synthèse d'analyse issue de l'échelle de mesure de l'ESPT**

L'EMESPT se base sur l'échelle qui est composée de 17 items évaluant l'intensité des 17 symptômes d'ESPT présentés dans le DSM IV.

Chaque question est à côté entre 1 et 5 suivant l'intensité et la fréquence des symptômes au cours du mois précédent.

Les 17 items peuvent être regroupés en trois (03) échelles correspondant aux trois (03) syndromes principaux de l'ESPT :

- **L'intrusion** (items 1 à 5) ;
- **L'évitement** (items 6 à 12)
- **L'hyperstimulation** (items 13 à 17).

**ALFAT 3** coche l'intensité du niveau de son trouble car les questions de l'échelle de mesure sont à encrer le chiffre correspondant au problème évoqué. Au premier syndrome de l'intrusion (1 à 5) selon le regroupement d'EMESPT, ALFAT 3 coche à la question une qui stipule qu'êtes-vous perturbé(e) par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec cet épisode stressant ? Il coche souvent (4), à la question 2 : êtes-vous perturbé(e) par des rêves répétitifs en relation avec cet événement ? Il coche souvent (4), à la question 3 : agissez-vous brusquement ou sentez-vous comme si l'épisode stressant se reproduisait (comme si vous étiez en train de le revivre) ? Il coche parfois (3), à la question 4 : sentiez-vous très bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle l'épisode stressant ? Il coche parfois (3) et à la question 5 : Avez-vous des réactions physiques, par exemple battement de cœur, difficultés à respirer,

sueurs lorsque quelque chose vous a rappelé l'épisode stressant ? Il répond un peu (2) et avec pour score 12.

- Pour le deuxième syndrome qui est l'évitement (6 à 12), ALFAT 1 coche à la question 6 : Evitez-vous de penser ou de parler de votre épisode stressant ou éviter des sentiments qui sont en relation avec lui ? Il répond souvent (4), à la question 7 : Evitez-vous des activités ou des situations par ce qu'elles vous rappellent votre épisode stressant? Il répond souvent (4), à la question 8, avez-vous des difficultés à se souvenir de parties importantes de l'expérience stressante ?, il répond, un peu (2), à la question 9 : Avez-vous des difficultés à se souvenir de parties importantes de l'expérience stressante ? Il répond souvent (4), à la question 10, sentiez-vous distant ou coupée des autres personnes ? Il répond souvent (4), à la question 11 :sentiez-vous émotionnellement anesthésiée ou être incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui sont proche de vous ? Il répond souvent (4) et à la question 12 : avez-vous senti comme si votre avenir était en quelque sorte raccourci ? Il répond souvent (4).

- pour le troisième syndrome qui est hypervigilance (13 à 17), ALFAT 1 coche à la question 13: Avez-vous eu des difficultés pour vous endormir ou rester endormie ? Il répond très souvent (5), à la question 14 :sentiez-vous irritable ou avoir de bouffées de colère ? Il répond souvent (4), à la question 15 : Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer ? Il répond parfois (3), à la question 16 : êtes-vous en état de super-alarme, sur la défensive, ou sur vos gardes ? Il répond très souvent (5) et à la question 17 : sentiez-vous énervée ou sursauter facilement ? Il répond souvent (4).

## **4.2. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS ISSUS DE L'ENTRETIEN ET DE L'ÉCHELLE DE MESURE DE L'ESPT**

Nous interprétons ici les données issues de l'entretien et de l'échelle de mesure de l'ESPT pour pouvoir diagnostiquer l'ESPT chez les soldats revenant au front de la lutte contre la secte islamique (Boko-Haram).

**CRITERE A :** Dans le critère diagnostique de DSM-V qui stipule comme suit: pour diagnostiquer l'ESPT, il faut que la personne a été exposée à: la mort ou à une menace de mort, à des blessures ou à une menace de blessures graves, ou à une agression ou à une menace de d'agression sexuelle , ALFAT 1, ALFAT2 et ALFAT3 répondent aux critères A d'être exposé direct (A1) et témoin direct (A2) de l'événement traumatique et non à l'exposition et témoin indirect.

Par contre, l'EMESPT se base sur l'échelle qui est composée de 17 items évaluant l'intensité des 17 symptômes d'ESPT présentés dans le DSM V.

Chaque question est à coter entre 1 et 5 suivant l'intensité et la fréquence des symptômes au cours du mois précédent.

Les 17 items peuvent être regroupés en trois (03) échelles correspondant aux trois (03) syndromes principaux de l'ESPT :

- **L'intrusion** (items 1 à 5) ;
- **L'évitement** (items 6 à 12)
- **L'hyperstimulation** (items 13 à 17).

Nous les comparons avec les critères B, C, D et E.

- **CRITERE B** : Les symptômes d'intrusion; un événement traumatique est revécu de manière persistante le patient doit répondre au moins à une des formes suivantes, ALFAT1 répond aux trois (03) sur cinq (05) qui sont des souvenirs récurrents du traumatisme, involontaire et intrusifs (B1), des cauchemars répétitifs (B2) et une réaction physiologique marqué après l'exposition à un stimulus lié au traumatisme (B5), or ALFAT 2 et ALFAT3 ont répondu aux cinq (05) symptômes d'avoir de réactions dissociatives, comme des reviviscences (ou appelés aussi flashbacks) (la personne revit dans le présent le traumatisme avec des réactions physiologiques et psychologiques similaires à celles présentes pendant le traumatisme), qui peuvent être brefs et aller jusqu'à la perte de conscience (B3), une détresse intense ou prolongée après l'exposition à des rappels du traumatisme (B4. Et pour l'EMESPT qui stipule que les items de 1 à 5 représentent l'intrusion qui corrobore avec le critère B, ALFAT1 répond à la question 1 comme dans le critère diagnostique du DSM V B1 un peu (2), or ALFAT 2 répond très souvent (5) et par contre ALFAT 3 répond souvent (4). ALFAT 1 et ALFAT 3 répondent à B1 et question 2, souvent perturbant (4) et ALFAT 2 répond à B2 et question 2 très souvent (5) perturbant. A la question 3: ALFAT 1 (un peu perturbant), ALFAT2 (souvent perturbant) et ALFAT3 (parfois). A la question 4 : ALFAT1 (pas du tout), ALFAT 2 (souvent) et ALFAT 3 (parfois) et à la question 5: ALFAT 1 (parfois), ALFAT2 (souvent) et ALFAT 3 (un peu).

- **CRITERE C : L'évitement** ; ALFAT 1, ALFAT2 et ALFAT3 répondent aux critères C de diagnostic de l'ESPT comme : évitement des souvenirs et sentiments associés à l'événement (C1) et évitement des personnes, lieux, conversations, objets et situations associés à l'événement (C2). Pour l'EMESPT qui stipule que les items de 6 à 12 représentent l'évitement qui corrobore avec le critère C, à la question 6: ALFAT 1 (parfois), ALFAT 2 (très souvent) et ALFAT 3 (souvent). A la question 7: ALFAT 1 (pas du tout), ALFAT 2 (souvent) et ALFAT 3 (souvent). A la question 8: ALFAT 1 (pas du tout), ALFAT 2 (pas du tout) et ALFAT 3 (un peu). A la question 9: ALFAT 1 (pas du tout), ALFAT 2 (souvent) et ALFAT 3 (souvent). A la

question 10 : ALFAT 1 (un peu), ALFAT 2 (souvent) et ALFAT 3 (souvent). A la question 11 : ALFAT 1 (parfois), ALFAT 2 (souvent) et ALFAT 3 (souvent). A la question 12 : ALFAT 1 (un peu), ALFAT 2 (souvent) et ALFAT 3 (souvent).

- **CRITERE D : Des altérations de la cognition et de l'humeur** ; ces altérations ont commencé ou ont été aggravées après le trauma. Deux (02) critères sont exigés pour répondre à ce symptôme de l'ESPT parmi les suivants: ALFAT1, ALFAT2 et ALFAT3 ont des émotions négatives persistantes liées au trauma telles que de la peur, un sentiment d'horreur, la colère, la culpabilité ou la honte (D4), un sentiment de détachement, d'éloignement des autres (D6) et un sentiment d'incapacité de ressentir des émotions positives (bonheur, satisfaction, amour par exemple) (D7), or, ALFAT 2 en plus de cela, il a des croyances persistantes négatives et des attentes à propos de soi ou du monde (« je suis mauvais », «le monde est complètement dangereux » (D2).

- **CRITERE E : Des altérations de l'éveil et de la réactivité** ; Ces altérations ont commencé ou ont été aggravées après le trauma. Deux (02) critères sont exigés pour répondre à ce symptôme de l'ESPT parmi les suivants: ALFAT1, ALFAT2 et ALFAT3 ont un comportement d'être en colère et agressif (E1), ont un comportement de l'hyper-vigilance (E3), ont un comportement de sursaut (E4) et ont des troubles du sommeil (E6) à cause de toute chose qui rappelle l'événement traumatique.

Pour l'EMESPT qui stipule que les items de 13 à 17 représentent l'hypervigilance qui corrobore avec le critère D et E, à la question 13 : ALFAT 1 (souvent), ALFAT 2 (très souvent) et ALFAT 3 (très souvent). A la question 14 : ALFAT 1 (parfois), ALFAT 2 (souvent) et ALFAT 3 (souvent). A la question 15 : ALFAT 1 (un peu), ALFAT 2 (un peu) et ALFAT 3 (parfois). A la question 16 : ALFAT 1 (souvent), ALFAT 2 (très souvent) et ALFAT 3 (très souvent). A la question 17 : ALFAT 1 (parfois), ALFAT 2 (très souvent) et ALFAT 3 (souvent).

**Tableau n° 5 : Synthétique de diagnostic du DSM V issue de l'entretien**

<b>Critère diagnostic de l'ESPT de DSM V</b>	<b>Modalités des critères</b>	<b>Patient ALFA T 1</b>	<b>Patient ALFA T 2</b>	<b>Patient ALFAT 3</b>
<b>Critère A :</b> Exposition à un événement traumatique	A1-Exposition directe comme victime	A 1	A 1	A 1
	A2- Exposition directe comme témoin	A 2	A 2	A 2
	A3-Apprendre une nouvelle tragique d'un proche			
	A4-Exposition comme sauveteur, policier, intervenant			
<b>Critère B :</b>	B1-souvenirs récurrents et anxiogènes de	B 1	B 1	B 1

reviviscence de l'événement	l'événement			
	B2 -rêves de répétition	B2	B2	B2
	B3-vécus ou agir comme si l'événement allait revenir		B3	B3
	B4-détresse si exposé à un stimulus évocateur		B4	B4
	B5-symptômes physiologiques si exposé à stimulus évocateur	B5	B5	B5
<b>Critère C :</b> Évitement	C1-évitement des souvenirs et sentiments associés à l'événement	C1	C1	C1
	C2-évitement des personnes, lieux, conversations, objets et situations associés à l'événement		C2	C2
<b>Critère D :</b> altération des cognitions et de l'humeur	D1-amnésie d'un aspect important de l'événement			
	D2-appréhensions pessimistes sur soi, autrui et le monde		D2	
	D3-cognitions erronées sur les causes et les conséquences de l'événement			
	D4-émotions négatives (peur, horreur, honte, culpabilité)	D 4	D 4	D 4
	D5-moins d'intérêt pour les activités jadis motivantes			
	D6-sentiment de détachement vis-à-vis des autres	D 6		D 6
	D7-incapacité de ressentir des émotions positives (bonheur, satisfaction, amour)	D 7	D 7	D 7
<b>Critère E :</b> altération de la vigilance et de la réactivité	E1-irritabilité, accès de colère	E 1	E 1	E 1
	E2-comportement imprudent ou autodestructeur			
	E3- hyper vigilance	E 3	E 3	E 3
	E4 – réaction de sursaut exagérée	E4	E4	E4
	E5-difficulté de concentration			
	E6-troubles du sommeil (difficulté d'endormissement, sommeil léger)	E 6	E 6	E 6

**Tableau n° 6 : Synthétique de diagnostic issu de l'EMESPT**

Syndromes d'EMESPT	Item d'EMESPT	Intensités d'ESPT	ALFAT1	ALFAT2	ALFAT3	Score	
<b>Intrusion</b>	1. Etre perturbé(e) par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec cet épisode stressant.	1=Pas du tout				11	
		2= Un peu	2				
		3=parfois					
		4=souvent			4		
		5=très souvent		5			
	2. Etre perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec cet événement.	1=Pas du tout					13
		2= Un peu					
		3=parfois					
		4=souvent	4		4		
		5=très souvent		5			
	3. Brusquement agir ou sentir comme si l'épisode stressant se reproduisait (comme si vous étiez en train de le revivre).	1=Pas du tout					9
		2= Un peu	2				
		3=parfois			3		
		4=souvent		4			
		5=très souvent					
	4. Se sentir très bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle l'épisode stressant.	1=Pas du tout	1				8
		2= Un peu					
		3=parfois			3		
		4=souvent		4			
		5=très souvent					
5. Avoir des réactions physiques, par exemple battement de cœur, difficultés à respirer, sueurs lorsque quelque chose vous a rappelé l'épisode stressant.	1=Pas du tout					9	
	2= Un peu			2			
	3=parfois	3					
	4=souvent		4				
	5=très souvent						
<b>Evitement</b>	6. Eviter de penser ou de parler de votre épisode stressant ou éviter des sentiments qui sont en relation avec lui.	1=Pas du tout				12	
		2= Un peu					
		3=parfois	3				
		4=souvent			4		
		5=très souvent		5			
	7. Eviter des activités ou des situations par ce qu'elles vous rappellent votre épisode stressant.	1=Pas du tout	1				9
		2= Un peu					
		3=parfois					
		4=souvent		4	4		
		5=très souvent					
	8. Avoir des difficultés à se souvenir de parties importantes de l'expérience stressante.	1=Pas du tout	1				7
		2= Un peu			2		
		3=parfois					
		4=souvent		4			
5=très souvent							
9. Perte d'intérêt dans des activités qui habituellement	1=Pas du tout	1				9	
	2= Un peu						

	vous faisait plaisir.	3=parfois					
		4=souvent		4	4		
		5=très souvent					
	<b>10.</b> Se sentir distant ou coupée des autres personnes.	1=Pas du tout					<b>10</b>
		2= Un peu	2				
		3=parfois					
		4=souvent		4	4		
		5=très souvent					
	<b>11.</b> Se sentir émotionnellement anesthésiée ou être incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui sont proche de vous.	1=Pas du tout					<b>11</b>
		2= Un peu					
		3=parfois	3				
		4=souvent		4	4		
		5=très souvent					
	<b>12.</b> Se sentir comme si votre avenir était en quelque sorte raccourci.	1=Pas du tout					<b>10</b>
		2= Un peu	2				
		3=parfois					
4=souvent			4	4			
5=très souvent							
<b>Hypervigilance</b>	<b>13.</b> avoir des difficultés pour vous en dormir ou rester endormie.	1=Pas du tout				<b>14</b>	
		2= Un peu					
		3=parfois					
		4=souvent	4				
		5=très souvent		5	5		
	<b>14.</b> Se sentir irritable ou avoir de bouffées de colère.	1=Pas du tout					<b>11</b>
		2= Un peu					
		3=parfois	3				
		4=souvent		4	4		
		5=très souvent					
	<b>15.</b> Avoir des difficultés à vous concentrer.	1=Pas du tout					<b>7</b>
		2= Un peu	2	2			
		3=parfois			3		
		4=souvent					
		5=très souvent					
	<b>16.</b> être en état de super-alarmer, sur la défensive, ou sur vos gardes.	1=Pas du tout					<b>14</b>
		2= Un peu					
		3=parfois					
		4=souvent	4				
		5=très souvent		5	5		
<b>17.</b> Se sentir énervée ou sursauter facilement	1=Pas du tout					<b>12</b>	
	2= Un peu						
	3=parfois	3					
	4=souvent			4			
	5=très souvent		5				
<b>Score</b>			41	72	63	176	

### 4.3. DISCUSSION DES RÉSULTATS

En tenant compte des différences individuelles que nous venons de relever dans l'interprétation des résultats de la comparaison entre les instruments, nous pouvons faire le tableau suivant :

**Tableau n° 7: Tableau des rapports diagnostiques de comparaison des instruments**

<b>EMESPT-PCL-5</b>	<b>Patient</b>		
	<b>ALFAT 1</b>	<b>ALFAT 2</b>	<b>ALFAT 3</b>
<b>Critère diagnostic</b>			
<b>Indicateurs de DSM-V</b>			
<b>Critère A</b> : Exposition à un événement traumatique	A 1 et 2	A 1 et 2	A 1 et 2
<b>Critère B</b> : reviviscence de l'événement	B 1, 2 et 5	B 1, 2, 3, 4 et 5	B 1, 2, 3,4 et 5
<b>Critère C</b> : Evitement	C1	C1 et 2	C1 et 2
<b>Critère D</b> : altération des cognitions et de l'humeur	D 4, 6 et 7	D 2, 4, 6 et 7	D 4, 6 et 7
<b>Critère E</b> : altération de la vigilance et de la réactivité	E1, 3, 4 et 6	E1, 3, 4 et 6	E 1, 3, 4 et 6
<b>SCORE EMESPT-PCL-5</b>	41	72	63

Ce tableau essaie de résumer les rapports diagnostics entre les instruments, pour chaque patient, telles que nous les avons développés dans les interprétations des résultats. Même si les instruments utilisés sont insuffisants pour diagnostiquer la présence l'ESPT chez les soldats revenant au front de la lutte contre la secte islamique. Toutefois, en observant ce qui apparaît pour chaque patient avec les critères diagnostiques de l'ESP du DSM V, nous pouvons s'appuyer sur nos instruments, en concluant généralement et spécifiquement, relativement à nos hypothèses de travail que nous rappelons ici:

HG: l'ESPT peut être diagnostiqué chez les militaires revenant au front de lutte contre B.H. après la prise en charge dite réussite.

-HR1 les troubles du comportement des soldats sont dus à l'exposition directe à un événement traumatique.

-HR2 = la reviviscence de l'événement traumatique pourrait être diagnostiqué chez les militaires revenant de la lutte contre BH après la prise en charge dite réussite.

-HR3 = les comportements d'évitement peuvent être diagnostiqué chez le soldat revenant au front de la lutte contre BH après la prise en charge dite réussite.

-HR4 = les comportements d'hypervigilance peuvent être diagnostiqué chez le soldat revenant au front de la lutte contre BH après la prise en charge dite réussite.

- **Au niveau de l'exposition**

Le PLC-5 de l'EMESPT et l'entretien prouvent l'exposition direct et témoin direct de l'évènement traumatique d'ALFAT1, 2 et 3.

Pour chacun de cas, HR1 qui stipule que les troubles du comportement des soldats sont dus à l'exposition directe à un événement traumatique ; est validée.

- **Au niveau de l'intrusion/reviviscence**

Le PCL-5 de l'EMESPT et l'entretien sont majoritairement congruent par rapport aux reviviscences de l'évènement, qui parfois peut différer dans sa forme chez les patients ALFAT1, 2 et 3 mais le fond reste le même.

Pour chacun de cas, HR2 qui stipule que la reviviscence de l'évènement traumatique pourrait être diagnostiquée chez les militaires revenant de la lutte contre BH après la prise en charge dite réussite, est validée.

- **Au niveau de l'évitement**

Le PCL-5 de l'EMESPT et l'entretien se différencient chez le patient ALFAT1 au ALFAT2 et 3, mais au fond, il reste le même.

Pour chacun de cas, HR3 qui stipule que les comportements d'évitement peuvent être diagnostiqués chez le soldat revenant au front de la lutte contre BH après la prise en charge dite réussite, est validée.

- **Au niveau de l'hypervigilance**

Le PCL-5 de l'EMESPT et l'entretien apparaissent convergent, toute fois, au-delà de l'apparente explicitation de l'entretien qui part de la genèse des choses, de leur contexte historique et en révèle progressivement et de manière liée aux patients ALFAT1, 2 et 3.

Dans chacun de cas, l'hypothèse (HR4) qui dit que les comportements d'hypervigilance peuvent être diagnostiqués chez le soldat revenant au front de la lutte contre BH après la prise en charge dite réussite, est validée.

En nous référant à notre hypothèse générale (HG) qui stipule que l'ESPT peut être diagnostiqué chez les militaires revenant au front de lutte contre B.H. après la prise en charge dite réussite.

Nous pouvons analyser et conclure en se basant sur notre tableau récapitulatif pour chacun de cas aux modalités diagnostiques de PCL-5 de l'EMESPT et l'entretien sont en rapport avec le niveau d'exposition de soldat, niveau de reviviscence de l'évènement et au niveau de l'hypervigilance de soldat.

Concernant le modèle de l'A.P.A et de l'OMS comme le signalent les dernières classifications des troubles mentaux (DSM V et CIM 10), le premier facteur étiologique d'ESPT est la présence d'un événement stressant d'intensité extrême qui est vécu par la personne avec détresse. Il est reconnu que cet événement provoquera un trouble semblable chez une bonne partie des gens qui y sont exposés. Pour chacun de cas notre hypothèse générale est confirmée.

Les théories cognitives pour elles, le vrai mobile du comportement dépasse le déterminisme des stimuli. Elles mettent un accent particulier sur le rôle que le processus internes joue sur la conduite d'un individu. Pour cette orientation théorique, les interactions sociales sont influencées par les processus mentaux, c'est-à-dire l'effet des connaissances (pensées) et leurs significations (interprétations) sur l'activité sociale. Le modèle de John HOROWITZ (1976/1997) de même que les autres modèles du traitement de l'information comme celui de Janoff-Bulman (1985 I1995 ; cité par MAERCKER, 2003) considère qu'une modification des schémas cognitifs enregistrés en mémoire provoque le trouble. Ces modèles permettent une bonne explication des sentiments de détachement, d'étrangeté vis-à-vis des autres et d'avenir bouché, ainsi que des symptômes d'intrusion et d'évitement. Des schémas cliniquement importants qui peuvent être modifiés sont les schémas sur soi, sur les personnes proches, sur le monde.

Pour J. HOROWITZ (1976 I1997 cité par B. STOCKLI, 2004) le changement du schéma de soi et de ses propres rôles est crucial. Lors de la phase d'activation des représentations schématiques, les symptômes intrusifs surviennent, provoquant une forte charge émotionnelle.

Pour contrer cette charge, des mécanismes de contrôle et de défense sont mis en place: évitement, déni, émoussement affectif, etc. Si ce contrôle cognitif n'aboutit pas pleinement, des intrusions surgiront, provoquant une plus forte charge émotionnelle et de nouvelles tentatives d'évitement. Les nouveaux schémas restent activés en mémoire tant qu'ils ne sont pas intégrés à d'autres schémas, grâce aux liens faits par l'obtention de nouvelles informations et leur traitement. Pour chacun de cas, notre hypothèse de travail est confirmée.

Pour la théorie psychologique du trauma c'est Pierre Janet qui, dans sa thèse de doctorat ès lettres de 1889, l'Automatisme psychologique, a cerné le premier ce qu'est le traumatisme psychique : des excitations liées à un événement violent viennent frapper le psychisme, y pénètrent par effraction (**figure 5**), et y demeurent ensuite comme un « corps étranger ». Puis, ce corps étranger va donner lieu à une dissociation de la conscience: la souvenance brute de cet événement (souvenance de sensations, d'images et d'éprouvés bruts, que Janet dénomme « idée fixe ») fait bande à part dans un recoin du préconscient, ignoré de la conscience, et y suscite des manifestations psychiques ou psychomotrices « automatiques », non délibérées et inadaptées (telles qu'hallucinations, cauchemars, sursauts et actes automatiques), tandis que le reste de la

conscience continue d'élaborer des pensées et des actes circonstanciés et adaptés. Pour chacun de cas notre hypothèse est validée.

Pour la théorie freudienne (psychanalytique) du trauma quatre ans plus tard, en 1893, dans sa Communication préliminaire, Freud parle de l'effraction dans le psychisme (voir figure 5), le corps étranger et le phénomène de dissociation du conscient, et désigne la souvenance brute de l'événement par le terme platonicien de « réminiscence », terme adéquat que Janet n'avait pas su trouver, tant il est vrai que le concept d'idée fixe évoque une construction cognitive qui n'est pas le fait de la souvenance traumatique. Qui plus est, concernant la thérapeutique, Freud préconise la « méthode cathartique » qui consiste à faire revivre au patient (sous l'hypnose) l'événement assorti de toute sa charge d'affect (pour débarrasser le psychisme des affects traumatiques restés coincés, non abrégés), et à lui demander d'établir des associations d'idées à son sujet (« le réinscrire dans le grand complexe des associations »), afin de lui attribuer du sens et de pouvoir le réinsérer dans le continuum de l'existence, entre un avant et un après. Freud a ainsi pointé du doigt les deux aspects du trauma : son aspect dynamique d'effraction au travers des défenses du psychisme, et son aspect absence de signifiant.

En 1920, dans son essai, *au-delà du principe du plaisir*, Freud va expliciter les aspects dynamiques de sa théorie du trauma. Il compare métaphoriquement le psychisme à une vésicule vivante, boule protoplasmique en constant remaniement protégée par une couche superficielle « pare-excitation », qui sert à la fois de contenant et de protection à l'appareil psychique (figure 3), et dont le rôle est de repousser les excitations nuisibles ou de les filtrer en les atténuant pour les rendre acceptables et assimilables (plus faciles à lier). Les différences constitutionnelles font que certains individus sont dotés d'un pare-excitation fort, et d'autres non. En outre, dès que l'individu voit venir le danger extérieur, il renforce son pare-excitation en mobilisant de l'énergie venant de l'intérieur du psychisme, s'il a à ce moment-là de l'énergie disponible, ce qui n'est pas toujours le cas (il peut être momentanément épuisé par un effort récent). Certains individus névrosés dont toute l'énergie interne est sans cesse accaparée par la sauvegarde de leurs refoulements n'auront jamais d'énergie disponible pour renforcer leur pare-excitation. Ce qui fait qu'un même événement potentiellement traumatisant fera effraction (et donc trauma) pour certains individus et pas pour d'autres, et pour certains individus aujourd'hui mais pas demain. Le concept de traumatisme, dit Freud, est donc tout relatif, et dépend du rapport de forces entre les excitations venant du dehors et l'état constitutionnel et conjoncturel de la barrière de défenses qui les reçoit. Pour chacun de cas, notre hypothèse du travail est validée.

Pour la théorie behavioriste les théories behavioristes expliquent le comportement à partir de l'interaction entre les stimuli qui s'exercent sur l'individu et les changements qu'ils

provoquent. Pour ces théories, l'individu est un «*être en situation*» qui, placé dans un contexte donné, doit réagir d'une certaine façon au stimulus pour son adaptation. C'est pourquoi, pour Fischer (2005), «*toute action, toute conduite humaine sera définie comme une réaction, c'est-à-dire liée causalement à des événements extérieurs de nature à déclencher cette réponse de l'individu*». Pour chacun de cas, notre hypothèse du travail est validée.

Pour la théorie de la mémoire traumatique qui stipule que les souvenirs du traumatisme sont stockés de manière différente dans le cerveau que les souvenirs ordinaire. Les souvenirs traumatiques sont plus fragmentaires, plus sensoriels et surviennent cohérents que les souvenirs normaux. Pour chacun de cas, notre hypothèse du travail est validée.

La théorie de la réactivité émotionnelle qui stipule que les personnes atteintes de l'ESPT ont une sensibilité émotionnelle accrue aux stimuli associé au traumatisme; ce qui provoque des réactions émotionnelles. Pour chacun de cas, notre hypothèse du travail est validée.

Pour la théorie de la dissonance cognitive selon Festinger (1957), auteur de la théorie de la dissonance cognitive, lorsqu'une personne dispose à propos d'un objet de deux représentations ou cognitions qui s'accordent entre elle, il y a consonance et cette personne éprouve de la satisfaction. Par contre, lorsqu'elle dispose de deux (02) représentations ou cognitions qui se discordent, il y a dissonance cognitive et la personne est proie à l'anxiété. Pour chacun de cas, notre hypothèse du travail est validée.

Au terme de cette discussion, les hypothèses relatives à l'ESPT peuvent être diagnostiquées chez les militaires revenant au front de lutte contre B.H. après la prise en charge dite réussite, soient validées dans chacun de cas des modalités diagnostiques de l'ESPT. Nos patients sont orientés et éclairés sur l'ESPT comme l'indique les instructions du PCL-5 en tenant compte de score.

## RECOMMANDATIONS

- Augmenter ou maintenir l'efficacité des unités dans le cadre des opérations militaires ; Donner à tout militaire la capacité de repérer chez lui-même ou chez un camarade les signes évocateurs d'une souffrance psychique post-traumatique ;
- Donner à tout militaire la connaissance de la conduite à tenir et des interlocuteurs à solliciter face à sa propre souffrance ou à celle d'un camarade ; Permettre à tout militaire de différencier les rôles des différents intervenants, psychiatres et psychologues...qui peuvent les aider après leur prise en charge au sein de l'armée précocement.

Réaliser le suivi annuel dans les armées, directions et services de l'application de la directive interarmées produite par l'état-major des armées, qui comprend les actions : Inscrire le thème des troubles psychiques post-traumatiques dans le programme de formation initiale et continu de tout engagé ; Proposer ou renforcer une formation spécifique pour les cadres, adaptée à leur niveau de responsabilité et à leurs fonctions ; développer la formation aux techniques d'optimisation du potentiel (TOP) ; développer l'information sur les interlocuteurs à solliciter face à un militaire en souffrance ; développer la communication sur la question des troubles psychiques post-traumatiques vers les militaires et vers leurs familles.

Le service de santé des armées devra être associé au suivi annuel de l'application de cette directive interarmées qui ressort de la responsabilité de l'état-major des armées. Conduire des actions de communication internes à destination des personnels et de leurs familles. Améliorer la réponse aux besoins spécifiques d'accompagnement social du militaire et de sa famille

Les troubles psychiques post-traumatiques ont un impact délétère sur la vie professionnelle, personnelle, familiale et sociale de ceux qui en souffrent, et d'autre part le pronostic d'évolution des troubles psychiques post traumatiques dépend de la qualité du support psychosocial. Les aides sont à adapter aux situations individuelles et au contexte socio familial des blessés psychiques.

Assurer le suivi social après le départ de l'institution militaire. Travailler conjointement avec l'office national des anciens combattants, qui, lors de constitution du dossier de pension militaire d'invalidité, réorientera les blessés psychiques vers l'action sociale de la défense

Assurer le soutien psychologique des familles de militaires engagés en opérations extérieures. Proposer une politique coordonnée de suivi des familles, définir la place du service de santé des armées dans le soutien des familles. Conduire une réflexion et mener des actions

cohérentes pour permettre un suivi des familles et une coordination des services intervenant auprès de ces dernières.

Assurer la traçabilité des expositions à risques et des constatations cliniques pour garantir une juste réparation des troubles psychiques posttraumatiques

Les troubles psychiques post-traumatiques de guerre sont considérés comme des accidents en service ou les accidents du travail comme nous l'avons expliqué dans la première partie de notre mémoire.

- Piloter une politique cohérente de surveillance épidémiologique des troubles psychiques post-traumatiques chez les militaires et les anciens militaires

L'amélioration du repérage des troubles par les médecins des forces et leur déclaration épidémiologique a été obtenue par la systématisation du screening à l'aide de l'administration de l'auto-questionnaire fondé sur l'échelle Post traumatic stress disorder Chek List Scale (PCLS) comme nous l'avons utilisé pour prouver la présence de l'ESPT chez les militaires après la prise en charge dite réussite.

- Obtenir une meilleure appréciation de l'incidence des troubles psychiques post-traumatiques chez les militaires d'active et chez les anciens militaires, en poursuivant la dynamisation du dispositif de surveillance épidémiologique dans les armées. Appréhender l'impact réel des opérations menées par les forces armées françaises en termes de troubles psychiques post-traumatiques, chez les militaires d'active et les anciens militaires, par des études ciblées sur certaines unités, sur certaines populations. Renforcer le réseau de collecte des données en y intégrant les psychiatres, les médecins et les psychologues cliniciens des services locaux de psychologie appliquée et du service médical et de psychologie clinique

Assurer une coordination en amont et une centralisation des sujets de thèses, de mémoires et d'articles des Universitaires; proposer par exemple un grand projet unique à plusieurs internes, chacun contribuant au projet pour un aspect particulier. Capitaliser les thèses réalisées dans chaque service; établir systématiquement un document livrable avec préconisations ou recommandations.

Coordonner toutes les actions entreprises au profit des familles et des proches des militaires blessés psychiques

Les familles et l'entourage proche du militaire sont touchés par l'altération de l'état de santé du blessé psychique et s'en inquiètent. Ils sont atteints également par les retentissements socio-familiaux délétères qui peuvent s'instaurer dans ce contexte et peuvent avoir besoin d'un soutien personnel.

## **CONCLUSION GÉNÉRALE**

Au terme de notre travail intitulé l'état de stress poste traumatique et les troubles du comportement chez le soldat revenant au front de la lutte contre Boko-Haram.

Cette recherche est partie du constat selon lequel, dans les conflits militaires, les informations sur les bilans de la guerre, nous constatons que les médias et les communications étatique et non étatique informent l'opinion publique sur les morts, blessés physiques et les déplacés des conflits sans tenir compte des nombres des blessés psychiques ou les traumatisés de la guerre. Dans notre recherche, des exposés durant la formation du master, nous avons constaté la différence interindividuelle du comportement des soldats, donc les soldats ayant participé aux conflits de la lutte contre le Boko-Haram ont des comportements bizarres par rapport aux soldats n'ayant pas participé au conflit de la lutte contre le Boko-Haram. Nous nous sommes posé la question de savoir ; les soldats revenant au front souffrent-ils d'ESPT ?

Notre problème est celui de suivi de trouble du comportement chez les soldats revenant au front de la lutte contre le Boko-Haram.

La notion du traumatisme comprend un événement qui par sa violence a mis en péril l'intégrité physique et/ou psychologique de l'individu ou de ses proches. La victime se trouve sans ressources et répond par l'effroi. Ceci déborde les capacités d'adaptation, fait effraction dans le psychisme, traverse les défenses psychiques de l'individu. Quant à la rencontre de la mort en situation de guerre, elle confronte brutalement l'être à son propre anéantissement. L'expérience de ce Réel ne supporte pas la représentation.

Notre question générale était de savoir ; les troubles du comportement chez les soldats revenant au front de la lutte contre le B.H. a-t-il le lien avec l'ESPT?

Cette question générale nous a suscité l'hypothèse générale suivante : l'ESPT peut engendrer les troubles du comportement chez les soldats revenant au front de la lutte contre le Boko-Haram. Celle-ci fut jaillir quatre hypothèses de recherches :

HR1 = les troubles du comportement d'un soldat ont le lien sur l'exposition directe à un événement traumatique ;

-HR2 = les troubles du comportement de soldat sont dus à la reviviscence de l'événement traumatique.

-HR3 = L'ESPT peut développer chez le soldat revenant au front de la lutte contre BH comportement d'évitement.

-HR4 = le vécu direct de l'événement traumatique peut développer un comportement d'hypervigilance chez le soldat.

Pour ce faire, nous avons choisi la théorie psychanalytique, que des éléments inconscients et refoulés sont extériorisés par les discours des patients lors des entretiens en laissant les patients parler librement sur ceux-ci et en fin d'entretien le PCL-5 est présenté à chaque patient pour remplir les items qui cadre avec l'intensité du traumatisme coché librement par le patient, nous pouvons avoir accès d'une part, à ce qui aurait été dit lors des entretiens, mais aussi par abréaction, à ce qui aurait été ressenti ou stimulé, sans pour autant avoir pu s'exprimer verbalement.

Cependant afin de diagnostiquer la nature et l'intensité de l'état de stress post traumatique sur les troubles du comportement des soldats, notre objectif étant celui de prouver la présence de l'état de stress post traumatique par rapport aux troubles du comportement des soldats malgré la prise en charge dite réussite.

C'est à partir de la méthode clinique que cette recherche a été réalisée. Les données, essentiellement constituées du discours des patients, ont été collectées à partir des deux outils cliniques que sont l'entretien clinique non directif et l'échelle de mesure de l'état de stress post traumatique. L'analyse de ces données s'est appuyée sur la théorie psychanalytique et les critères diagnostiques du DSM-V et a été réalisée grâce à l'analyse de contenu.

Afin de valider notre hypothèse, nous avons réalisé séparément les discours issus de deux (02) instruments dans un premier temps. Cette analyse s'est appuyée sur le processus psychique qui jonche les discours, et elle a fait ressortir, pour chacun le contenu manifeste puis le contenu latent, à partir desquels le diagnostic a été posé. Nous avons confronté les diagnostics dans leur forme et dans leur fond, à partir de ses différentes modalités (l'exposition, reviviscence, l'évitement et l'hypervigilance). Nous avons fait ressortir sur le plan qualitatif le lien qui existe entre l'état de stress post traumatique et les troubles du comportement au-delà de toute divergence apparente, nous avons validé notre hypothèse générale. Ainsi les troubles du comportement des soldats revenant au front de la lutte contre le Boko-Haram sont dues à l'état de stress post traumatique.

Cette présence de l'état de stress post traumatique qui engendre les troubles du comportement chez les soldats est révélée par les deux (02) instruments (entretien et l'échelle de mesure de l'ESPT) après la prise en charge dite réussite à l'hôpital. En effet dans l'entretien, les données recueilli sont structurées, liées par un enchaînement logique et s'emboitant au fur et à mesure des séances. Les données sont mises en relation des unes aux autres. L'entretien semble montrer de manière globale sur les dispositions individuelles et les circonstances sociales de la guerre ayant favorisé le vécu des événements traumatiques.

Cela nous a permis de référer deux cas (ALFAT 2 et ALFAT 3) conformément à la recommandation de l'échelle de mesure de l'ESPT (PCLS).

Il reste beaucoup à écrire, encore plus à comprendre concernant la notion de traumatisme de guerre. Nous voulons ici mettre en exergue quelques points particuliers.

Un traumatisme ou névrose de guerre n'est pas une affection mentale découlant de simples frustrations liées à la vie quotidienne ou d'un conflit intrapsychique. La vision de l'horreur, les massacres, tortures nous paraissent des épreuves de l'abominable et de l'indicible. Ces vécus spécifiques demandent des traitements spécifiques. Ils doivent être adaptés pour chaque « catégorie de victime ».

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### Dictionnaires et Encyclopédie

Syllamy N. (1985), *Dictionnaire de la psychologie*.

Dethy M. (2008), *redéfinir les fondamentaux de la psychanalyse*.

*Encyclopédie Alpha de la Médecine*, Ed. Atlas, Paris, 1977.

Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1967) *vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : presses universitaires françaises.

Larousse de poche (2010), Paris Larousse.

### Ouvrages de méthodologie

Epah Fonkeng G., Chaffi C.I. et Bomda J., Ed. ACCOSUP (2014) : *Précis de méthodologie de recherche en science sociale*.

Campenhoudt L.V. / Quivy R. (2011), *Manuel de recherche en science sociale*.

Abernot y. / Ravestein J. (2009), *Réussir son Master en sciences humaines et sociales*.

### Ouvrages en rapport avec la thématique

Freud S. (1935) *cinq psychanalyses*.

Freud, S. (1920). *Essais de psychanalyse : au de-là du principe de plaisir*. Paris : Payot, 1968

Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris : Odile Jacob.

De Clercq, M. & Lebigot, F. (2001). *Les traumatismes psychiques*. Paris : Masson.

*Hansenne M. (2009), psychologie de la personnalité*.

*Freud S. (1965), Ed. Payot. Totem et Tabou*.

*Maldavsky D. (2003), Ed. L'harmattan : cas atypiques*.

S. Freud (1920) "Au-delà du principe de plaisir traduction de l'Allemand par S. Jankélévitch en 1920

Salmona M. (2020). *La mémoire traumatique*

Alvarez F.V. (2019) *Réactivité émotionnelle en vie quotidienne chez les adultes exposés à des évènements potentiellement traumatique*

Mayi M. B. et Song E. F. (2005) *La psychologie pathologique et clinique* Ed. Nul-part-INS Yaoundé

Kadow J., (2001), *Obsessions* Ed. Payot.

Pankow G. (1969). *L'homme et sa psychose* Ed. Aubier Montaigne.

Molière (1970) *Le malade imaginaire*.

## Articles et livres électroniques

Driessen M., Hermann J., Stahl K., Zwann M., Meier S., Hill A., Osterheider M., Petersen D.(2000) <<Magnetic resonance imaging volumes of the hippocampus and the amygdala in women with borderline personality disorder and early traumatization>>, Archives of general psychiatry.

Amnesty International. (avril 2005).[www.amnestyinternational.be/doc/article5212.html](http://www.amnestyinternational.be/doc/article5212.html)

Bailly, L. (s.d.). *Traumatismes de guerre chez l'enfant et conséquences mnésiques*.  
<http://perso.wanadoo.fr/fripsi/Bailly.html>

Beaijiolin, M-H. & Kolnikoff, D. (1995). *Ecrits de témoins, paroles de victimes*. Centre Primo Lévy. P 12. [primolevi.asso.fr/web/fr/file\\_pdf/Ecrits de temoins.pdf](http://primolevi.asso.fr/web/fr/file_pdf/Ecrits%20de%20temoins.pdf).

Bertrand, M. (2003). *Restaurer l'humanité dans l'humain*.

Brenot, J-L. & Diebold, G. (2005). *Traumatisme, stress et transformation*. PsyFrSp99c

Bernard Charles. (13 avril 1999). *Comptes rendus des réunions de la commission de la défense nationale et des forces armées*. Nr.29. [www.assemblee-nationale.fr/cr-cdef/98-99/c9899029.asp](http://www.assemblee-nationale.fr/cr-cdef/98-99/c9899029.asp).

Castellan, G. (2001). *Histoire de l'Albanie et des Albanais*. Paris : Armeline.  
[http://www.bibliomonde.net/pages/fiche-livre.php?id\\_ouvrage=2773](http://www.bibliomonde.net/pages/fiche-livre.php?id_ouvrage=2773).

Crocq, L. (s.d.). *Dépassement et assomption du trauma*. [www.enm.justice.fr/centre de ressources/dossiers réflexions/œuvre justice2/3 dépassement trauma.htm](http://www.enm.justice.fr/centre_de_ressources/dossiers_reflexions/oeuvre_justice2/3_depassement_trauma.htm)

Cyrułnik, B. *Le pape de la résilience*. Esprit libre.  
[www.ulb.ac.be/espritlibre/html/el062005/41.html](http://www.ulb.ac.be/espritlibre/html/el062005/41.html).

Ducrocq, F. & Vaiva, G. & Molenda, S. (Année 1, Numéro 1, Octobre 2002). Journal International de victimologie.

Forumi Shqiptar. (07-01-2005). *Përkatërvitete fundit në Koso vëkanëndodhur 300 vetëvrasje*. (Notre traduction : Le forum albanais. En quatre dernières années au Kosovo il y a eu 300 suicides) [www.forumishqiptar.com/printthread.php?t=44367](http://www.forumishqiptar.com/printthread.php?t=44367).

Giono, J. (s.d.). *Je ne peux pas oublier*. [www.chez.com/bacfrançais/oublier.htm](http://www.chez.com/bacfrançais/oublier.htm)

Grappe, M. (7 mars 2002). *Enfants-soldats*. <http://www.ceri-sciences-po.org/themes/pouligny/pdf/c07032002.pdf>.

Günter Seidler. (2005). *Une thérapie fait disparaître les symptômes - les cicatrices restent...* ARTE [www.arte-tv.com/fr/histoire-societe/935372.html](http://www.arte-tv.com/fr/histoire-societe/935372.html).

Houria Chafaï-Salhi. (2003). *Oublier oui, pardonner peut être*. Apparu dans le texte: Restaurer l'humanité dans l'humain. [http://www.alliance21.org/2003/IMG/pdf/final\\_human\\_fr-3.pdf](http://www.alliance21.org/2003/IMG/pdf/final_human_fr-3.pdf)

Jacques, P. (mai 2001). Trauma et culture. Psychiatrie et violence. [www.pines.qc.ca/psychiatrie\\_violence](http://www.pines.qc.ca/psychiatrie_violence).

Jolly, Anne. (2002). *Stress et traumatisme: Approche psychologique de l'expérience d'enseignants victimes de violence*. <http://www.anne-jolly.com/publications/these/these.htm>

Le Court, M-P. & Botbol, (29-30 janvier 1999). M. *Torture morale, morts sans sépulture*[http://psychiatrie-francaise.com/psychiatrie\\_francaise/Traumatismes%20et%20societes/PsyFrsom.htm](http://psychiatrie-francaise.com/psychiatrie_francaise/Traumatismes%20et%20societes/PsyFrsom.htm).

Le Journal International De Victimologie. (2004). *Traumas psychiques chez les demandeurs d'asile en France*. [www.jidv.com/BAUBET,T-JIDV2004\\_%20\(2\).htm](http://www.jidv.com/BAUBET,T-JIDV2004_%20(2).htm).

Les missions de MSF dans le monde. (2001). *Les activités de MSF en Yougoslavie: auprès des personnes déplacées du Kosovo*. <http://www.msf.be/fr/terrain/pays/europe/yougoslavie.shtml>

Marta Lyda l'hoste. (2004). *Le terrorisme d'État: vicissitudes de la souffrance psychique et des institutions psychanalytiques. 2004. filigrane. Revu de psychanalyse*. [rsmq.cam.org/filigrane/archives/terroris.htm](http://rsmq.cam.org/filigrane/archives/terroris.htm).

Metropolitan Immigrant Settlement Association de Halifax. Document à remettre aux parents Survivre aux traumatismes. [www.attachmentcrosscultures.org/français/impact/trauma\\_f.pdf](http://www.attachmentcrosscultures.org/français/impact/trauma_f.pdf)

Ministère de la justice Canada. (28.10.2005). *Guide de traitement des victimes d'actes criminels: Application de la recherche à la pratique clinique*. [canada.justice.gc.ca/fr/ps/voc/publications/hill/p8.html](http://canada.justice.gc.ca/fr/ps/voc/publications/hill/p8.html).

Miria, S. (22.05.1999). *Les viols sont une stratégie de guerre orchestrée par le pouvoir serbe*. [www.humanite.presse.fr/journal/1999-05-22/1999-05-22-290017](http://www.humanite.presse.fr/journal/1999-05-22/1999-05-22-290017).

Piret, B. (2004). *Traumatismes et réalité*. [www.psy-desir.com/p-s-f/article.php?id-article=0037](http://www.psy-desir.com/p-s-f/article.php?id-article=0037).

PSF-rédaction. (18 avril 2004). Parole sans frontière. Introduction au volume « *Le traumatisme et l'effroi* ». <http://p-s-f.com/psf/plan.php>.

Requête, S. (2001-2002). *Interactions et dynamiques identitaires chez deux figures différenciées de l'exclu: les demandeurs d'asile et les SDF*. Université lumière Lyon 2. [www.ressources-psy.com/exclu-sdf.htm](http://www.ressources-psy.com/exclu-sdf.htm) N°9322023.

Samy, M. (2003). *Trauma et événement traumatique : les réfugiés du Kosovo et les autres de la planète*. Association canadienne pour la santé mentale-Filiale de Montréal [www.acsmmontreal.qc.ca/publications/équilibre/refugies.html](http://www.acsmmontreal.qc.ca/publications/équilibre/refugies.html).

Serniclaes, O. (Janvier 2003). *Le soutien psychologique aux intervenants*. Journal International De Victimologie. Année 1, Numéro 2, [jidv.com](http://www.jidv.com)[http://www.jidv.com/vermeiren,e%20-%20jidv%202003%201%20\(2\).htm](http://www.jidv.com/vermeiren,e%20-%20jidv%202003%201%20(2).htm).

Sironi, F. (N° 12, 1999). Attaques contre les objets culturels dans des conflits contemporains. *Les stratégies de déculturation dans les conflits contemporains*. <http://www.ethnopsychiatrie.net/actu/sudnord.htm>.

Sironi, F. (31 Janvier 2001). *Comment devient-on un bourreau ?* [www.ethnopsychiatrie.net/actu/collegedeF.htm](http://www.ethnopsychiatrie.net/actu/collegedeF.htm).

Weber, E. & Prieto, (N.119. 2003). *Approche psychothérapeutique du traumatisme psychique*. [www.iutcolmar.uha.fr/internet/recherche/](http://www.iutcolmar.uha.fr/internet/recherche/)

Sironi, F. (2002). *Les enfants victimes de torture et leurs bourreaux*. [www.ethnopsychiatrie.net/actu/Dinan.htm](http://www.ethnopsychiatrie.net/actu/Dinan.htm).

Günter Seidler. (2005). *Une thérapie fait disparaître les symptômes - les cicatrices restent...* ARTE. [www.arte-tv.com/fr/histoire-societe/935372.html](http://www.arte-tv.com/fr/histoire-societe/935372.html)

Malcolm, N. (2001). *Kosov : a short history*. London: Macmillan.

Castellan, G. (2001). *Histoire de l'Albanie et des Albanais*. Paris: Armeline. [http://www.bibliomonde.net/pages/fiche-livre.php3?id\\_ouvrage=2773](http://www.bibliomonde.net/pages/fiche-livre.php3?id_ouvrage=2773).

Giono, J. (s.d.). *Je ne peux pas oublier*. [www.chez.com/bacfrancais/oublier.htm](http://www.chez.com/bacfrancais/oublier.htm).

L. Crocq. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris : Odile Jacob. Page 214.

De Mijolla, A. (2002). *Dictionnaire international de psychanalyse*. Paris : Calman-Lévy.

Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris : Odile Jacob. Page 216.

De Clerq, M. & Lebigot, M. (2001). *Traumatismes psychiques*. Paris : MASSON.

Grand dictionnaire de la psychologie (2000). Larousse.

Freud, S. (1920). *Essai de psychanalyse : Au-delà du principe de plaisir*. Paris : Payot, 1968.

Pour Freud, cette énergie défensive dont dispose l'organisme pour expulser l'agression est la « libido », ou pulsion de vie et d'amour. Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris : Odile Jacob. Page 257.

Jolly, A. (2002). *Stress et traumatisme : Approche psychologique de l'expérience d'enseignants victimes de violence*. <http://www.anne-jolly.com/publications/these/these.htm>.

Bertrand, M. *Restaurer l'humanité dans l'humain*. [http://www.alliance21.org/2003/IMG/pdf/final\\_human\\_fr-2.pdf](http://www.alliance21.org/2003/IMG/pdf/final_human_fr-2.pdf)

Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris : Odile Jacob. Page 257.

Crocq, L. *Dépassement et assomption du trauma*. [www.enm.justice.fr/centre\\_de\\_ressources/dossiers\\_reflexions/oeuvre\\_justice2/3\\_depassement\\_trauma.htm](http://www.enm.justice.fr/centre_de_ressources/dossiers_reflexions/oeuvre_justice2/3_depassement_trauma.htm).

Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris : Odile Jacob. Page 197.

- C. Crocq, L. *Dépassement et assomption du trauma*.  
[www.enm.justice.fr/centre\\_de\\_ressources/dossiers\\_reflexions/oeuvre\\_justice2/3\\_depassement\\_trauma.htm](http://www.enm.justice.fr/centre_de_ressources/dossiers_reflexions/oeuvre_justice2/3_depassement_trauma.htm).
- Roisin, J. (2003). *De la survivance à la vie : clinique et théorie psychanalytique du traumatisme*. Thèse de doctorat non éditée, Université Catholique de Louvain.
- Le Journal International De Victimologie. *Traumas psychiques chez les demandeurs d'asile en France*. [www.jidv.com/baubet,t-jidv2004\\_%20\(2\).htm](http://www.jidv.com/baubet,t-jidv2004_%20(2).htm).
- De Clercq, M. & Lebigot, F. (2001). *Les traumatismes psychiques*. Paris : Masson.
- Houballah, A. (1998). *Destin du traumatisme*. Paris : Hachette Littératures. Page 75.
- De Mijolla, A. (2002). Dictionnaire international de la psychanalyse. Paris : Calmann-Lévy.
- Crocq, L. *Dépassement et assomption du trauma*.  
[www.enm.justice.fr/centre\\_de\\_ressources/dossiers\\_reflexions/oeuvre\\_justice2/3\\_depassement\\_trauma.htm](http://www.enm.justice.fr/centre_de_ressources/dossiers_reflexions/oeuvre_justice2/3_depassement_trauma.htm).
- De Clercq, M. & Lebigot, F. (2001). *Les traumatismes psychiques*. Paris : Masson. Page
- Fischer, G-N. (2003). *Les blessures psychiques*. Paris : Odile Jacob. Page 44.
- Le Journal International De Victimologie. (2004). *Traumas psychiques chez les demandeurs d'asile en France*
- Fischer, G-N. (2003). *Les blessures psychiques*. Paris : Odile Jacob. Page 33.
- Cyrułnik, B. *Le pape de la résilience*. Esprit libre.  
[www.ulb.ac.be/espritlibre/html/el062005/41.html](http://www.ulb.ac.be/espritlibre/html/el062005/41.html).
- Houballah, A. (1998). *Destin du traumatisme*. Paris : Hachette.
- Crocq, L. (1999). *Traumatismes psychiques de guerre*. Paris : Odile Jacob. Page 258.
- Houballah, A. (1998). *Destin du traumatisme*. Paris : Hachette Littérature.
- Nasio, J.- D. (1994). Cinq leçons sur la théorie de Jacques Lacan. Paris : Payot. Page 22-23.
- Houballah, A. (1998). *Destin du traumatisme*. Paris : Hachette. Littérature. Page 136.
- Freud, S. (1920). *Essais de psychanalyse : Au-delà du principe de plaisir*. Paris: Payot, 1968
- Pour plus d'explication, voir en annexe : Discussions des conceptions: «stress» et «traumatisme»...(La partie : *entre stress et traumatisme*).
- De Clercq, M. & Lebigot, F. (2001). *Les traumatismes psychiques*. Paris : Masson. Page 86
- Crocq, L. (1999). *Traumatismes psychiques de guerre*. Paris : Odile Jacob. Page 350.
- Crocq, L. (s.d.). *Dépassement et assomption du trauma*.  
[www.enm.justice.fr/centre\\_de\\_ressources/dossiers\\_reflexions/oeuvre\\_justice\\_depassement\\_trauma.htm](http://www.enm.justice.fr/centre_de_ressources/dossiers_reflexions/oeuvre_justice_depassement_trauma.htm).
- Crocq, L. (1999) *Traumatismes psychiques de guerre*. Paris: Odile Jacob.
- Crocq, L. (1999) *Traumatismes psychiques de guerre*. Paris: Odile Jacob. Page 197

- Moro, M-R. (1995). *Psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Arménie*. Paris: Puf. Page 65.
- Samy, M. (2003). *Trauma et événement traumatique : les réfugiés du Kosovo et les autres de la planète*. Association canadienne pour la santé mentale-Filiale de Montréal [www.acsmmontreal.qc.ca/publications/equilibre/refugies.html](http://www.acsmmontreal.qc.ca/publications/equilibre/refugies.html).
- Anaut, M. (2003). *La résilience : surmonter les traumatismes*. Paris : Nathan université. Page 34.
- Anaut, M. (2003). *La résilience : surmonter les traumatismes*. Paris : Nathan université. Page 13.
- Crocq, L. (1999) *Traumatismes psychiques de guerre*. Paris : Odile Jacob. Page 201.
- PSF-redaction. (18 avril 2004). Parole sans frontière. Introduction au volume « *Le traumatisme et l'effroi* ». <http://p-s-f.com/psf/plan.php>.
- Fischer, N-G. (2003). *Les blessures psychiques*. Paris : Odile Jacob. Page 40.
- Houballah, A. (1998). *Le destin du traumatisme*. Paris : Hachette Littérature Page 25.
- Sironi, F. *Les stratégies de déculturation dans les conflits contemporains*. Revue de psychiatrie sud/nord, N°12, 1999. [www.ethnopsychiatrie.net/actu/sudnord.htm](http://www.ethnopsychiatrie.net/actu/sudnord.htm).
- Sironi, F. (1999). *Bourreaux et victimes*. Paris : Odile Jacob.
- Ficher, G-N. (2003). *Les blessures psychiques*. Paris : Odile Jacob.
- Bessoles, Ph. (2003). *Le meurtre du féminin, la clinique du viol*. Paris

## ANNEXES

## **DONNÉES DE GUIDE D'ENTRETIEN**

Les données brutes des entretiens ci-dessous sont accompagnées de nos observations qui ont déterminé l'orientation de notre analyse de contenu. Ces données décrivent les échelles modifiées de mesure de l'état de stress post-traumatique (PCLS) et les entretiens décrivent dans la partie théorique de notre recherche, et suivi des annotations en bas de chaque entretien.

Guide d'entretien qui se construit autour des questions suivantes :

Avez-vous voulu entrer dans l'armée ?

Avez-vous voulu aller en mission ?

Avez-vous demandé d'aller en mission à l'extrême-nord ?

Avez-vous quelle réaction ou comportement quand vos nom figuraient parmi les opérationnels de l'extrême-nord ?

Quel comportement avez-vous pendant que vous voyagez pour aller en mission à l'extrême-nord ?

Après la fin de la mission de la lutte contre Boko-Haram, avez-vous des comportements différents qu'avant ?

Si oui que faites-vous pour vous comporter normalement comme avant ?

### **Famille**

Depuis qu'il est dans l'armée comment se comporte-t-il ?

Quels sont ses comportements saillant que vous avez remarqués depuis qu'il est dans l'arme ?

Que jugez-vous ses comportements (maladie, exprès, traumatisé..) ?

## **DONNEES DES ENTRETIENS**

Les données brutes des entretiens ci-dessous sont accompagnées de nos observations qui ont déterminé l'orientation de notre analyse de contenu. Ces données décrivent les échelles modifiées de mesure de l'état de stress post-traumatique et les entretiens décrivent dans la partie théorique de notre recherche, et suivi des annotations en bas de chaque entretien.

L'analyse du contenu de ces entretiens et de l'échelle de mesure de l'ESPT n'est pas exempt de critiques, l'analyse qualitative laisse une grande place à l'interprétation et comporte une importante marge d'erreur selon la perception de chaque analyste, mais en est ainsi pour la méthode clinique.

En outre les entretiens ne se ressemblent pas, aussi n'ont plus à une présentation standardisée. Ils sont en cheval entre la narration, le report exact des dialogues. Les abréviations EDS pour Educateur spécialisé et A1 pour le soldat ALFAT 1.

### **Patient ALFAT 1**

#### **Premier contact**

**EDS** : *Salut chef ;*

**A1** : *oui*

**EDS** : *je m'appelle Alphonse Etudiant en Education Spécialisée à l'Université de Yaoundé 1, nous menons la recherche sur le vécu de la guerre par les soldats qui étaient en opération de la lutte contre le Boko-Haram à l'extrême-nord.*

**A1** : *pour faire quoi ?*

**EDS** : *c'est pour comprendre les difficultés que vous avez vécu à l'extrême-nord au front.*

**A1** : *ce sont mes difficultés et non tes difficultés. Si tu comprends, qu'est ce qui t'aidera dans tout ça ?*

**EDS** : *cela nous aidera tous car à travers vos difficultés que vous avez rencontré durant l'opération, cela nous aidera à recommander à vos chef grâce à vos souci et votre nom ne sera*

*pas figure dans ce que nous entretenons entre nous, si vous voulez ne me donner pas votre nom juste votre unité d'origine.*

**A1** : *prends mon numéro de téléphone et appelle moi samedi à partir de 16h, je te donnerai le lieu de rendez-vous.*

**Appelle :**

**A1** : *Allo !*

**EDS** : *salut c'est l'étudiant qu'on s'est vu lundi passé à l'hop....*

**A1** : *oui, oui, oui, tu veux quoi ?*

**EDS** : *juste par rapport à notre rendez-vous de samedi que vous m'avez dit.*

**A1** : *ok, tu habites ou ?*

**EDS** : *j'habite au carrefour EMIA*

**A1** : *vient me trouver au quartier général et vite.*

**EDS** : *ok chef j'arrive.*

## **Deuxième entretien**

**A1** : *tu veux qu'on parle de quoi ?*

**EDS** ; *comme vous revenez de l'Extrême-nord, avez-vous eu des pensées ou des souvenirs pénibles récurrents ou intrusifs concernant l'événement de la lutte contre Boko-Haram?*

**A1** : *mon petit, tu dis comment tu t'appelles la ?*

**EDS** : *mon prénom c'est Alphonse*

**A1** : *[...silence...] Alphonse ! Lorsque tu es déjà dans l'armée, ce n'est pas facile pour toi de vivre comme avant, au début pour fuir le chômage, tu remues la terre et le ciel pour intégrer le corps désiré, mais parfois même par contrainte de ne pas réussir tu tentes ta chance partout où il y a les besoins comme le recrutement ou le concours d'entrer dans l'armée. Nous sommes des humains comme les autres, ne pense pas que nous sommes différents. L'envie d'entrer dans l'armée s'estompe pendant la formation, dès la fin de la formation, c'est une nouvelle phase de la vie qui commence car à la fin de la formation tu es déjà un guerrier à intervenir partout dans l'ensemble du territoire nationale et internationale, imagine ce qui peut t'attendre si on t'appelle pour une mission indéfini, parce que dans l'armée on n'explique pas une mission au départ, mais peut être au milieu du chemin de la destination ou à la destination seul le chef détient ses informations. Mais tu es formée pour cela, tu n'as pas le choix de subir ton choix, mais ce qui reconforte le plus les soldats, c'est mourir comme un héros pour défendre la patrie et le refrain problématique, vous attendez l'ordre en cas de guerre et tu dois te défendre en tuant soit tu te laisses tuer. C'est une échange de vie quand tu es au front, soit tu donnes ta vie, soit tu prends la vie. Notre monde est tellement complexe et parfois même nous mourons sans que la balle de ton ennemie nous atteigne [... silence...expiration].*

**EDS** : *j'imagine que cela vous rappelle des événements perturbants et si cela vous gêne de continuer nous s'arrêtons pour aujourd'hui.*

**A1** : *non, non, continuons, je disais que notre monde est compliqué, à l'extrême-nord ce n'est pas la guerre, c'est un phénomène comme une peste invisible et mortelle, une guerre sans adversaire si le terrorisme est à l'échelle internationale j'espère que tu suis l'actualité depuis l'attentat de 11 septembre 2001 aux Etats-Unis d'Amérique cela à créer beaucoup des problèmes au monde civile et les corps de l'armée. En 2015 quand j'étais à l'extrême-nord ou les attentats étaient intenses, nous avions vues et fait des choses horribles.*

**EDS** : *vous parlez de quoi par exemple ?*

**A1** : *[...silence...] Mais sache que tous ce que nous avons fait au front de la lutte contre Boko-Haram n'est pas une chose à expliquer, mais ces choses horribles parfois nous reviennent par esprit toujours.*

**EDS** : *quel comportement ou souvenir avez-vous eu après le retour de lutte contre la secte Boko-Haram à l'extrême-nord ?*

**A1** : ce qui reviennent à l'esprit nous perturbe dans le : sommeil, la marche, pour voir, entendre les choses, tu es toujours en alerte comme si cela pourrait se reproduire à l'instant et à tout moment tu es vigilant, avec le temps ça disparaît mais pas de façon définitive. Si je te dis qu'à mon retour, j'étais bouleversé de façon profonde au début je ne m'entendais pas à la maison avec ma famille, je ne supportais pas le bruit inutile, une claque de la porte par le vent me faisais sursauter et voir crier, je ne mangeais pas la viande au début, j'aimais trop faire le sport et le travaux physique et je passais mon temps au camp parce que là-bas les armes sont à côté qu'on se sente en sécurité, et ma prise d'alcool à augmenter, j'ai appris à fumer, mais depuis deux ans je me suis adapter peu à peu malgré les rêves qui me dérangent périodiquement qu'on me qualifie le réveil à cause de bruit que je fais dans la nuit. Si on me demande parfois je deviens incontrôlable et violent, mais je me maîtrise déjà un peu un peu.

**EDS** : comme quoi par exemple ?

**A1** : je rêve toujours que je suis à l'Extrême-nord entrain de tirer sur un B.H. kamikaze qu'on nous a alerté, mais il m'a blessé avec ses explosifs et beaucoup des choses qui me tracassent à tout moment, mais je sais que c'est notre passé inséparable, on fait avec. Nous ne pouvons pas changer ce que nous sommes maintenant. J'espère que j'étais tout dit sur ce que j'ai vécu après ma mission.

**EDS** : oui merci, j'espère que ma question ne t'a pas suscité beaucoup dérangement en vous ? Et si vous avez oublié quelque chose à me dire n'oubliez pas de me faire signe.

**A1** : non, au contraire cela m'a soulagé d'en parler sur cette situation et c'est un plaisir pour moi de partager, même cela est dérangent mieux d'échanger et je me sens bien ! **Subitement son ami nous trouve et il me le présente**, Alphonse voici mon collègue d'arme avec qui nous avons fait l'extrême-nord ensemble, **son collègue demande (A2)** il est qui, **A1** c'est un étudiant, il cherche à saisir les difficultés que nous éprouvons après notre mission à l'extrême-nord la fois dernière. C'est une causerie simple pas de plus, si tu as besoins il peut t'aider car celui qui nous aidait là-bas.

**EDS** : salut chef ravi de faire votre connaissance. **A2** me répond ok. Si vous êtes disponible au courant de la semaine prochaine dites-moi, je vous trouverai quelque part pour m'entretenir avec vous. **A2** Ok voici mon numéro et appelle moi demain dans la soirée comme c'est dimanche. Ok merci chef.

**EDS** : merci pour le partage et nous arrêtons pour aujourd'hui. Prochainement.

**Patient : ALFAT 2**

**Premier contact** (dernière paragraphe d'entretien d'A1)

**Appelle :**

**A2** : Allo !

**EDS** : salut c'est l'étudiant Alphonse qu'on s'est vu samedi passé au quartier avec A1....

**A2** : Oui, tu me trouves à la place que je t'ai trouvé avec mon collègue, je viens d'arriver.

**Premier entretien**

**EDS** : Salut chef, merci d'être là.

**A2** : ok, tu disais qu'on parle de la situation tragique que nous avons passée à l'extrême-nord de quelle façon?

**EDS** : Nous savions que raconter l'histoire sur la guerre n'est pas facile, j'aimerais que si vous pouvez m'expliquer, Après la fin de la mission de la lutte contre Boko-Haram, avez-vous eu des comportements différents qu'avant ?

**A2** : [...Silence...] bien ! bien ! Alphonse ce que tu demandes n'est pas du tout facile et sache que nous faisons l'effort pour y vivre avec certaines choses compliquées si non c'est catastrophique pour nous qui partons en mission ou au front car en allant en mission comme celle d'aller à l'extrême-nord c'est comme on donne notre vie à Dieu, et de même, ton départ est un au revoir à la famille, ton retour peut être comme un ressuscité parmi les morts, et même

*toi-même, tu n'imagines pas que tu es revenu au camp ou à la maison en vie. Ton esprit reste toujours là où tu étais...il baisse la tête et garde 2mn de silence. Vous les civiles vous ne comprenez rien de ce que nous endurons dans notre uniforme malgré nos orgueils, nous souffrons plus que celui qui est mort, comme si nous sommes des morts vivants qui connaissent les morts et les vivants. Nous avons tout vu de ce que nous devons le voir et de ce que nous ne devons pas les voir. Mon cas par exemple, je ne préfère pas dormir à la maison sans arme à la main ou à côté pour ma sécurité, je préfère que mon chef me donne plus la garde pour prendre la faction. Notre général, nous répète souvent: «Tous les conflits commencent à terre et finissent à terre, mais les conflits finiront par se porter à la tête de chaque soldats de terrain», et c'est vrai, nous en s'y sommes comme l'avait prédit notre General. Et notre chef de troupes de mission nous dit aussi souvent que «ne dormez pas en s'appuyant sur les comités de vigilance n'est pas toujours suffisant pour survivre ici dans cette lutte». Personne ne sait de quoi seront faits les conflits que nous attendons et cherchons dans cette chaleur. «La guerre réelle n'est jamais la guerre rêvée», désir d'engagements légers et courts pour multiplier son salaire en dix pourrait bien être remis en cause par les prochaines surprises stratégiques de B.H.*

*À la fin tu te rends compte que tu n'es plus le même et revenir en arrière est impossible. Mon sourire a disparu, je ne souris plus comme avant et ma causerie n'est pas avec n'importe qui, il y a des aliments qui m'ont dégoûté depuis mon retour de l'extrême-nord, je ne dors plus comme avant, je ne supporte pas la chaleur qui me rappelle automatiquement l'extrême-nord et parfois même au quartier dès que je vois une femme avec leur truc sur la tête cela me met dans une situation terrible et j'évite par moment les femmes. Oh ! La vie...silence...*

**EDS :** si mes questions vous dérangent ou vous rappellent des souvenirs douloureux on peut arrêter l'entretien pour aujourd'hui, j'imagine comme vous vous êtes un peu gêné.

**A2 :** gêner de quoi ? Laisse-moi t'expliquer ce que je récents même si ce difficile à dire.

**EDS :** ok calmez-vous et allons doucement chef, je vous écoute.

**A2 :** *Un jour il vous arrive quelque chose de terrible, et puis voilà, plus tard, vous en êtes là sans savoir pourquoi il vous arrive dans la tête des pensées que vous ne contrôlez plus, et vous avez l'impression de devenir fou...*

*Parce que ce qui vous est arrivé, peut-être ne vous lâche pas, ça revient toujours vers vous comme un flash de photo et ça fait très mal. C'est comme un CD gratté, et « ça vous agresse ou tchik-tchik » n'importe quand: de jour quand vous êtes tranquillement occupé à quelque chose, ou la nuit avec ces cauchemars horribles et incessants où « ça » revient à chaque fois ! Et il y a des choses que vous ne pouvez plus faire, des endroits où vous ne pouvez plus aller sans être terrorisé, sans faire de crises d'angoisse, à cause d'un bruit, d'une couleur, d'un escalier, de la voiture, d'une route...Et votre famille ou les gens pensent que vous êtes nul. Et tous vos sens sont en éveil tout le temps. Vous sursautez tout le temps et pour pas grand-chose: une porte qui claque, un jouet qui tombe, quelqu'un qui est devant vous et que vous n'aviez pas vu. Tous les sons sont trop insupportables, et c'est le moindre courant d'air, ou la plus faible odeur qui semble vous agresser et tout le monde se moque de vous ...Tout le monde dit de vous que « vous n'êtes plus pareil ». Et c'est bizarre (... silence...) et vous oubliez peut-être tout, tout le temps. Ça agace tout le monde et personne ne vous reconnaît plus. Vous entendez peut-être sans arrêt : «Mais tu ne peux pas faire attention ??? » Impossible de vous concentrer, de prendre des décisions. Au travail c'est la galère et on commence à vous faire des reproches. Parce que peut-être ils ne savent pas ce qui vous est arrivé, ou parce que finalement c'est déjà oublié...*

**EDS :** vous parler des rêves de la nuit.

**A2 :** *Oui, tu me comprends. Pour passer toute, la nuit, c'est parfois pas simple de trouver le sommeil et de passer une bonne nuit sans cauchemars, ou sans rêves où vous êtes toujours en train d'échouer dans ce que vous faites. Ta femme ou tes enfants vous reproche de ne pas répondre aux questions, d'être dans la lune, d'être carrément dans votre monde à part, de*

*devenir indifférent à tout et à surtout à eux. Mais peut-être que parfois vous avez l'impression d'être sur une autre planète et de vous faire un film en étant quelqu'un d'autre.*

*Et votre silence prolongé devient inquiétant pour votre entourage. Et peut-être que vous mangez très peu et pourtant vous avez faim, mais rien à faire ça ne passe pas. En plus vous avez peut-être mal au ventre, au dos, dans la poitrine, dans tous les muscles. Et vous ne digérez pas bien, tout va de travers de ce côté-là. Et peut-être encore des migraines qui arrivent dès que « quelque chose » se passe. Vous pouvez être agressif, sans patience. Vous pleurez pour un rien, vous criez pour un rien ; « ils » font tout pour vous inquiéter, le monde entier est ligué contre vous, tout le monde vous en veut. Et peut-être que vous êtes en colère contre tout le monde, contre votre Dieu, contre vous-même aussi. Vous avez l'impression que vous allez blesser quelqu'un ou le tuer quand vous détenez un couteau ou une arme pour la faction, tu peux croire que la voiture qui vient en face ou derrière toi est suspecte sans raison précise. Mais heureusement à chaque fois vous ne le faites pas. Mais ça vous fait mal, et vous vous demandez si un jour vous n'allez peut-être pas penser à vous suicider.*

**EDS :** Non, vous suicider à cause de passé.

**A2 :** *Oui, c'est mieux par ce que tel que mes amis que nous étions ensemble sont mort suite à des blessures des balles, explosifs...et nous les avons oublié, (...silence...), mais moi je continue à revoir ça...c'est très bizarre vous avez l'impression d'avoir quitté votre corps et vous balader dans les airs, de rentrer dans des objets, devenir très grand ou minuscule.*

*Et vous en fermez, vous pleurez, vous en avez marres de tout, et vous avez en permanence une grosse boule de stress dans le ventre. Parfois aussi que l'alcool ou des médicaments ou des drogues vous aident à « faire passer tout ça »...*

*Parce que vous pensez peut-être que la Vie, c'est sans importance, et que vous êtes seul, tout seul, que personne ne peut comprendre ce qui vous est arrivé et surtout ce que vous vivez maintenant (...silence...) d'une minute.*

*Lorsqu'il vous est arrivé ce « quelque chose », ce qui s'est passé dans votre corps, physiquement, vous le savez. Mais que savez-vous de ce qui se passe dans ton cœur et dans votre cerveau, et qui est responsable de toutes vos souffrances psychiques, je ne sais pas si dans mon cœur ou dans ma tête, avec tout ça nous vivons avec par ce que c'est mon choix (...silence...), Alphonse c'est difficile, mais mieux de parler calmement comme aujourd'hui et tu es patient de m'écouter et c'est que j'ai aimé chez toi...(en me fixant un regard de soulagement... hum...), tu as une autre question ?*

**EDS :** Oui, mais j'imagine que tu as beaucoup parlé, mieux qu'on s'arrête comme ça pour aujourd'hui, il est déjà tard.

**A2 :** *Non il ne faut pas avoir pitié de moi, je me sens beaucoup mieux qu'au début, on peut continuer s'il y en a une question je peux te répondre et j'espère que tu seras un bon ami pour bien causer par ce que tu es attentif, les autres ne font pas comme toi.*

**EDS :** par ce que je cherche comprendre aussi ce que vous avez vécu et votre histoire demande à être attentif pour vous écouter.

**A2 :** *merci pour l'écoute et tu as mon numéro et j'ai ton numéro, nous serons de bons amis. Si tu as besoins encore de ceux que nous étions ensemble, nous sommes un peu nombreux.*

**EDS :** Oui, si je peux trouver une autre personne pour causer comme nous avons causé aujourd'hui ce serait une bonne chose.

**A2 :** *Noooooon ne t'inquiète pas j'appelle mon amis tout de suite, il viendra...*

**EDS :** c'est bon pour aujourd'hui, vous aviez que j'ai passé toute la journée dehors, je suis un peu fatigué, on s'appelle demain pour prendre un autre rendez-vous.

**A2 :** *Oui c'est vrai, vous les étudiants, vous souffrez comme ça sans salaire ce n'est facile. Bon je t'appelle quand mon ami sera avec moi...*

**EDS :** ok merci encore chef.

**A2 :** *non ne m'appelle plus chef, appelle-moi...*

**EDS** : ok Mr... au téléphone.

**Patient : ALFAT 3**

**Premier contact**

**EDS** : Salut chef, merci d'être là.

**A2** : *ok, comme je t'avais dit voilà mon ami A3 et lui c'est un étudiant à Ngoa-Ekellé ici, son prénom c'est Alphonse.*

**A3** : *Mon ami me disait que tu voulais qu'on te raconte la situation que nous avons vécue à l'extrême-nord.*

**EDS** : Oui, Nous savions que raconter le vécu n'est pas facile pour vous qui faites la guerre, si vous avez un peu le temps pour qu'on puisse s'entretenir avec vous ?

**A3** : oui A2 m'en a parlé et je suis disposé pour ton entretien, j'espère qu'on ne publie pas le nom de gens dans tes histoires ?

**EDS** : Non, nous ne mentionnons pas ton nom dans ce que nous faisons ici, c'est ce que vous me direz qui sera pris en compte et non votre identité.

**Entretien**

**A3** : ok, vas-y.

**EDS** : j'aimerais savoir après la fin de la mission de la lutte contre Boko-Haram de l'Extrême-nord, avez-vous eu des difficultés comportementales, c'est-à-dire, problème relationnel, problème de manger, problème de réaction avec les autres, problème de la fatigue, problème de dormir...que vous constatez différents de votre comportement avant d'aller en mission ?

**A3** : *Oui surtout moi, j'ai eu des problèmes comme tu les cites...silence...Trois jours après mon retour à la maison, « Je prends assez de somnifères pour assommer un éléphant ! Et je me réveille au milieu de la nuit en train de rêver à... ça ! » Dans mes cauchemars, je suis «là-bas », à Amchidé et Limani, seul avec ma mitrailleuse, mon véhicule a perdu le convoi, une mine explose, me projette hors de l'habitacle, je rampe, je reviens à mon camp et ouvre le feu, le doigt crispé sur la gâchette, jusqu'à« faire fondre le canon de la mitrailleuse ». Je me revois tirer sur un groupe de civils, des enfants que je crois avoir touchés, et cette femme que j'ai tenue dans ses bras et soignée, en vain, après l'avoir coupée en deux d'une raflette...silence...hum !*

*«Un jour, je suis allé boire avec mes amis d'arme dans un Bar, histoire de me faire respirer un peu », Nous sommes assis au font face à l'entrée. Les amis guerriers boivent des bières et parlent de nos souffrances, Soudain passait un homme moustachu: « J'ai constaté mes mains s'agripper au pied de la table seulement, J'ai failli bondir en criant heureusement mon ami m'a compris vite en m'appelant et à cause des boissons qui tombaient sur la table, j'ai déboîté le pied de la table, oui et moins un je faisais quelque choses de mauvaises croyant au front, Puis il m'a arrêté, essoufflé... silence... A ce rythme, la guerre va ramener à la maison un bon demi-million des problèmes! ».*

**EDS** : pourquoi vous dites cela, «des problèmes» ?

**A3** : *Ecoute Alphonse, les gilets pare-balles sauvent des vies, mais le vent, la chaleur, la poussière tes traversent, c'est-à-dire que tous les problèmes que tu vois avec tes yeux, tu entends avec tes oreilles, tu sens les choses avec tes nez, tu peux imaginer sur quoi je parle ! Nous qui participons aux opérations, nous souffrons d'une blessure invisible grave, qui met parfois plusieurs mois, voire plusieurs années, à se révéler. Et toujours sommes-nous toujours qui souffre de tous les maux de la terre que personne ne nous comprend.*

*Au début, je sentais une odeur collante, mélange écœurant de maladie, de mort et des munitions, il suffit que la sueur coule sur toi, tu t'imagines étant déjà au front à l'extrême-nord et sale. Pour m'en débarrasser, j'ai tout essayé. J'ai pris des milliers de douches, en me savonnant, frottant, raclant, rinçant à l'eau de Javel, en vain. J'ai mis le feu à mes tenues militaires et à mon linge de corps, rien n'y a fait. « J'aurais aimé me brûler moi-même... ».*

**EDS** : Maintenant j'imagine que vous ne vous lavez pas comme avant ?

**A3** : Oui, mais, je dure trop dans la douche ce qu'on me dise.

**EDS** : lequel qui vous dise que vous durez trop dans la douche ?

**A3** : c'est ma femme qui est têtue comme une rebelle, je l'ai chassé plusieurs fois, mais, elle revient toujours, elle ne veut pas m'abandonner comme c'est elle ma mère... hum.

**EDS** : vous ne l'abordez pas comme avant peut être c'est pour cela que vous vous séparez, parce que c'est une dispute conjugale.

**A3** : Oui, il y a ça aussi...rire... tu es marié ?

**EDS** : nous sommes des Hommes, nous nous comprenons.

**A3** : ok, mais c'est la réalité, je ne sens pas l'amour trop envers ma femme depuis lors là, mais ce qui fait le problème plus c'est mes rêves de la nuit.

**EDS** : tes rêves causent quels problèmes dans ton foyer ?

**A3** : il me suffit juste de fermer mes yeux pour la respirer, collée à ma peau, ma gorge, mon cerveau. Bien entré à l'intérieur de moi, ça ne s'efface pas. Pendant des mois, dès que je m'endors, je me retrouvais aussitôt au volant d'une Toyota militaire en direction vers la frontière Nigériane pour poursuivre les Boko-Haram et les corps déchiquetés au rythme de mes coups des balles de ma mitrailleuse. Dans ces moments-là, tout me revient, la chaleur de l'extrême-nord, l'odeur infecte et la nausée qui m'e submerge. Alors, je me réveille en sueur avec la sensation d'être sale, jusqu'au plus profond de mon être. Et j'ai vomis.

J'en souffre, à chaque minute de m'a vie, jour et nuit. Surtout la nuit. « Mon cerveau est tordu comme un fil de fer serré..., dans notre équipe, quelques-uns sont blessés ou tués, la plupart reviennent sains et saufs, mais les autres souffrent d'un mal invisible. Et chacun a son histoire. La mienne à commencer quand je m'apprêtais pour prendre une permission au deuil de mon oncle au village et l'appel m'est parvenu dans la soirée pour un rassemblement d'urgence et c'était pour une mission. Vous partez pour une mission, pas pour l'enfer. Au matin de notre arrivée, un capitaine nous réunit, « il est question d'ici de vous prévenir sur l'ampleur de la situation sur le terrain et sachez que nous avons invisiblement en face d'un adversaire a des tactiques multivariées pour commettre des exactions où et n'importe quand ! Soyez vigilant sur votre arrière et à moindre détail de soupçon » A peine débarqués, on voyait arriver : un million de réfugiés, épuisés, malades, blessés, agonisants, somnambules au regard de la souffrance ça fait pitié...silence...

Nous nous couchions dans l'obscurité et en brousse, pendant vingt et un jours d'affilée ! J'ai perdu presque dix kilos, je travaille comme un robot. Le soir, allongé sur mon lit de camp après la relève, les yeux rivés sur mon carré de toile, je ne parle pas, hanté par « ces êtres humains qu'on les massacrait en masse, pêle-mêle et leur enterrement sans tombeau, sans prière, comme des chiens...un sacrilège »...silence...Et puis, un jour, un ordre sec sur le terrain : « A3, au camp, fais ton sac, tu pars dans trois heures. » je me retrouve assis dans l'avion, à la fois « surpris, soulagé et sidéré ». Soudain, je ne veux pas partir, avec le sentiment étrange d'abandonner les copains, de quitter un travail inachevé.

Dès mon arrivée à Yaoundé, le ciel est bleu et la base est en vacances. Je rentre chez moi, j'embrasse ma femme et mon gosse et je m'enferme dans ma chambre, les yeux au plafond. « Parler ? Impossible ! Comment expliquer ce que j'ai vécu là-bas ? Comment voulez-vous parler de « ça » ? » J'essaie de revivre normalement, je me couche chaque soir à 20 heures pour avoir un peu le sommeil, mais l'odeur me réveille toujours, en sueur, pris de nausée. Je prends mon enfant dans mes bras et je pleure pendant des minutes : « Je n'étais plus sur la même planète. L'armée autrefois était ma vie. Toutes nos valeurs, respect, humanité, dignité... Cela n'avait plus aucun sens. Il ne restait rien. Sinon la mort, l'odeur...Le néant... » Il me fallait un an pour évoquer mes « expériences très dure », et une nouvelle maison pour montrer les photos à ma femme. « Tout ce qui ne vous tue pas vous rend plus fort », a dit quelqu'un... Quelle erreur ! On ne sort jamais indemne de ce baiser infernal. Certains se suicident ou le

*portent en eux toute leur vie. Chaque nuit, encore et encore, le même cauchemar à répétition les réveille, inondés de sueur, les yeux fous, bloqués sur la même image « là-bas ». « Le soldat a le cerveau d'un accidenté de la route comme ce qui s'est passé à Eseka, les survivants revoient les images en boucle de tonneau du train ». Cette chose qui nous liait dont on n'arrivait pas à parler, même entre frères d'armes. C'était à nous, entre nous. En parler, c'était porter atteinte à tous ces pauvres gens enterrés là-bas ». Avec le temps j'en parle déjà comme aujourd'hui, mais, il ne me reste que l'odeur du cauchemar. Une odeur dont je n'arrive pas à me débarrasser. J'ai essayé de te dire tout sur ce que j'ai vécu ou tu as autre question ?*

**EDS:** ok, vous m'avez bien raconté ce que vous avez vécu, nous nous arrêtons pour aujourd'hui si vous avez oublié quelque chose vous pouvez me le dire.

**A3 :** non comme je t'ai dit il n'y a rien de tabou à vous cacher car en parler nous fait même du bien et comme un soulagement.

**EDS :** merci pour votre courage chef !

**A3 :** non, de rien

**EDS :** à la prochaine.

**A3 :** ok

### **PCLS= POSTTRAUMATIC CHECKLIST SCALE**

#### **ECHELLE DE MESURE DE L'ESPT**

Instructions: Ce questionnaire vous interroge sur des problèmes que vous auriez pu éprouver à la suite d'une expérience très stressante. Cela pourrait être tout événement qui implique des menaces de mort, des blessures graves ou de la violence sexuelle. L'évènement pourrait être quelque chose qui vous est arrivé directement, dont vous avez été témoin ou que vous avez appris qui est arrivé à un membre de votre famille proche ou à un ami proche. À titre d'exemple, il peut s'agir d'un accident grave, d'un incendie, d'un désastre naturel (ouragan, tornade ou tremblement de terre), d'un abus ou d'une agression physique ou sexuelle, d'une guerre, d'un homicide ou d'un suicide.

Pour commencer, SVP répondez à quelques questions concernant votre pire évènement, c'est-à-dire pour ce questionnaire, l'évènement qui vous dérange le plus actuellement. Ce pire évènement pourrait être un des exemples nommés ci-haut, ou une autre expérience très stressante. De plus, il pourrait s'agir d'un seul évènement (par exemple, un accident de voiture) ou de multiples évènements semblables (par exemple, de multiples évènements stressants dans une zone de guerre, ou des agressions sexuelles répétées).

**Décrivez brièvement le pire évènement (si vous vous sentez suffisamment à l'aise pour le faire) :** \_\_\_\_\_

**Depuis combien de temps l'évènement s'est-il produit?** \_\_\_\_\_ (donnez une estimation si vous n'êtes pas certain)

**Cet évènement a-t-il entraîné la mort ou une menace de mort, une blessure grave, ou de la violence sexuelle?**

\_\_\_\_\_ Oui

\_\_\_\_\_ Non

**Comment l'avez-vous vécu?** \_\_\_\_\_ Ça m'est arrivé directement

\_\_\_\_\_ J'en ai été témoin

\_\_\_\_\_ J'ai appris qu'un membre de la famille ou un ami proche l'a vécu

\_\_\_\_\_ J'y ai été exposé à plusieurs reprises dans le cadre de mon travail (par exemple, ambulancier, police, militaire, ou autre premier répondant)

\_\_\_\_\_ Autre, précisez :

**Si l'évènement a entraîné la mort d'un membre de la famille ou d'un ami proche, était-ce dû à un type d'accident ou de violence, ou était-ce dû à des causes naturelles?**

Un accident ou de la violence  
 Causes naturelles  
 Ne s'applique pas (l'évènement n'a pas entraîné la mort d'un membre de la famille ou d'un ami proche) PCL-5 (10/3/2013) Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr -- National Center for PTSD Traduction française: Centre d'étude sur le trauma, Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Tous droits réservés 2015.

	<b>Pas du tout</b>	<b>Un peu</b>	<b>Parfois</b>	<b>Souvent</b>	<b>Très souvent</b>
1. Etre perturbé(e) par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec cet épisode stressant.	1	2	3	4	5
2. Etre perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec cet événement.	1	2	3	4	5
3. Brusquement agir ou sentir comme si l'épisode stressant se reproduisait (comme si vous étiez en train de le revivre).	1	2	3	4	5
4. Se sentir très bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle l'épisode stressant.	1	2	3	4	5
5. Avoir des réactions physiques, par exemple battement de cœur, difficultés à respirer, sueurs lorsque quelque chose vous a rappelé l'épisode stressant.	1	2	3	4	5
6. Eviter de penser ou de parler de votre épisode stressant ou éviter des sentiments qui sont en relation avec lui.	1	2	3	4	5
7. Eviter des activités ou des situations par ce qu'elles vous rappellent votre épisode stressant.	1	2	3	4	5
8. Avoir des difficultés à se souvenir de parties importantes de l'expérience stressante.	1	2	3	4	5
9. Perte d'intérêt dans des activités qui habituellement vous faisait plaisir.	1	2	3	4	5
10. Se sentir distant ou coupée des autres personnes.	1	2	3	4	5
11. Se sentir émotionnellement anesthésiée ou être incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui sont proche de vous.	1	2	3	4	5
12. Se sentir comme si votre avenir était en quelque sorte raccourci.	1	2	3	4	5
13. Avoir des difficultés pour vous endormir ou rester endormie.	1	2	3	4	5
14. Se sentir irritable ou avoir de bouffées de colère.	1	2	3	4	5
15. Avoir des difficultés à vous concentrer.	1	2	3	4	5
16. être en état de super-alarme, sur la défensive, ou sur vos gardes.	1	2	3	4	5
17. Se sentir énervée ou sursauter facilement	1	2	3	4	5

*PCL-5 (10/3/2013) Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr -- National Center for PTSD Traduction française: Centre d'étude sur le trauma, Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Tous droits réservés 2015.*

### **PCLS= POSTTRAUMATIC CHECKLIST SCALE**

#### **ECHELLE DE MESURE DE L'ESPT**

#### **Identification :**

Nom et prénom : **ALFAT1**      Age :      sexe :      Date :.../.../...

Instructions

Veillez trouver ci-dessous une liste de problème et des symptômes à la suite d'un épisode de vie stressante. Veillez lire chaque problème avec soins puis veillez entourer un chiffre à droite pour indiquer à quel point vous avez été perturbé par ce problème dans les mois précédents.

Evénement stressant que vous avez vécu était.....

Date de l'événement...../...../.....

	<b>Pas du tout</b>	<b>Un peu</b>	<b>parfois</b>	<b>souvent</b>	<b>Très souvent</b>		
<b>1.</b> Etre perturbé(e) par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec cet épisode stressant.	1	2	3	4	5	Score d'intrusion	
<b>2.</b> Etre perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec cet événement.	1	2	3	4	5		
<b>3.</b> Brusquement agir ou sentir comme si l'épisode stressant se reproduisait (comme si vous étiez en train de le revivre).	1	2	3	4	5		
<b>4.</b> Se sentir très bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle l'épisode stressant.	1	2	3	4	5		12
<b>5.</b> Avoir des réactions physiques, par exemple battement de cœur, difficultés à respirer, sueurs lorsque quelque chose vous a rappelé l'épisode stressant.	1	2	3	4	5		
<b>6.</b> Eviter de penser ou de parler de votre épisode stressant ou éviter des sentiments qui sont en relation avec lui.	1	2	3	4	5	Score d'évitement	
<b>7.</b> Eviter des activités ou des situations par ce qu'elles vous rappellent votre épisode stressant.	1	2	3	4	5		
<b>8.</b> Avoir des difficultés à se souvenir de parties importantes de l'expérience stressante.	1	2	3	4	5		
<b>9.</b> Perte d'intérêt dans des activités qui habituellement vous faisait plaisir.	1	2	3	4	5		13
<b>10.</b> Se sentir distant ou coupée des autres personnes.	1	2	3	4	5		
<b>11.</b> Se sentir émotionnellement anesthésiée ou être incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui sont proche de vous.	1	2	3	4	5		
<b>12.</b> Se sentir comme si votre avenir était en quelque sorte raccourci.	1	2	3	4	5		

13. Avoir des difficultés pour vous endormir ou rester endormie.	1	2	3	4	5	Score d'hypervigilance  16
14. Se sentir irritable ou avoir de bouffées de colère.	1	2	3	4	5	
15. Avoir des difficultés à vous concentrer.	1	2	3	4	5	
16. être en état de super-alarme, sur la défensive, ou sur vos gardes.	1	2	3	4	5	
17. Se sentir énervée ou sursauter facilement	1	2	3	4	5	
<b>Score total</b>	<b>41</b>					

**PCLS= POSTTRAUMATIC CHECKLIST SCALE**

**ECHELLE DE MESURE DE L'ESPT**

**Identification :**

Nom et prénom : **ALFAT 2**      Age :      sexe :      Date :.../.../...

Instructions : Veuillez trouver ci-dessous une liste de problème et des symptômes à la suite d'un épisode de vie stressante. Veuillez lire chaque problème avec soins puis veuillez entourer un chiffre à droite pour indiquer à quel point vous avez été perturbé par ce problème dans les mois précédents

Événement stressant que vous avez vécu était.....

Date de l'événement...../...../.....

	<b>Pas du tout</b>	<b>Un peu</b>	<b>parfois</b>	<b>souvent</b>	<b>Très souvent</b>	
1. Être perturbé(e) par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec cet épisode stressant.	1	2	3	4	5	Score d'intrusion  22
2. Être perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec cet événement.	1	2	3	4	5	
3. Brusquement agir ou sentir comme si l'épisode stressant se reproduisait (comme si vous étiez en train de le revivre).	1	2	3	4	5	
4. Se sentir très bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle l'épisode stressant.	1	2	3	4	5	
5. Avoir des réactions physiques, par exemple battement de cœur, difficultés à respirer, sueurs lorsque quelque chose vous a rappelé l'épisode stressant.	1	2	3	4	5	
6. Éviter de penser ou de parler de votre épisode stressant ou éviter des sentiments qui sont en relation avec lui.	1	2	3	4	5	Score d'évitement
7. Éviter des activités ou des situations par ce qu'elles vous rappellent votre épisode stressant.	1	2	3	4	5	

8. Avoir des difficultés à se souvenir de parties importantes de l'expérience stressante.	1	2	3	4	5	26 Score d'hypervigilance
9. Perte d'intérêt dans des activités qui habituellement vous faisait plaisir.	1	2	3	4	5	
10. Se sentir distant ou coupée des autres personnes.	1	2	3	4	5	
11. Se sentir émotionnellement anesthésiée ou être incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui sont proche de vous.	1	2	3	4	5	
12. Se sentir comme si votre avenir était en quelque sorte raccourci.	1	2	3	4	5	
13. Avoir des difficultés pour vous endormir ou rester endormie.	1	2	3	4	5	
14. Se sentir irritable ou avoir de bouffées de colère.	1	2	3	4	5	
15. Avoir des difficultés à vous concentrer.	1	2	3	4	5	
16. être en état de super-alarme, sur la défensive, ou sur vos gardes.	1	2	3	4	5	
17. Se sentir énervée ou sursauter facilement	1	2	3	4	5	
<b>Score total</b>	<b>69</b>					25

**PCLS= POSTTRAUMATIC CHECKLIST SCALE**  
**ECHELLE DE MESURE DE L'ESPT**

**Identification :**

Nom et prénom : **ALFAT 3**      Age :      sexe :      Date :.../.../...

Instructions : Veuillez trouver ci-dessous une liste de problème et des symptômes à la suite d'un épisode de vie stressante. Veuillez lire chaque problème avec soins puis veuillez entourer un chiffre à droite pour indiquer à quel point vous avez été perturbé par ce problème dans les mois précédents

Evénement stressant que vous avez vécu était.....

Date de l'événement...../...../.....

	Pas du tout	Un peu	parfois	souvent	Très souvent	
1. Etre perturbé(e) par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec cet épisode stressant.	1	2	3	4	5	Score d'intrusion
2. Etre perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec cet événement.	1	2	3	4	5	
3. Brusquement agir ou sentir comme si l'épisode stressant se reproduisait (comme si vous étiez en train de le revivre).	1	2	3	4	5	
4. Se sentir très bouleversé(e) lorsque quelque	1	2	3	4	5	

chose vous rappelle l'épisode stressant.						
5. Avoir des réactions physiques, par exemple battement de cœur, difficultés à respirer, sueurs lorsque quelque chose vous a rappelé l'épisode stressant.	1	2	3	4	5	16
6. Eviter de penser ou de parler de votre épisode stressant ou éviter des sentiments qui sont en relation avec lui.	1	2	3	4	5	Score d'évitement
7. Eviter des activités ou des situations par ce qu'elles vous rappellent votre épisode stressant.	1	2	3	4	5	
8. Avoir des difficultés à se souvenir de parties importantes de l'expérience stressante.	1	2	3	4	5	
9. Perte d'intérêt dans des activités qui habituellement vous faisait plaisir.	1	2	3	4	5	
10. Se sentir distant ou coupée des autres personnes.	1	2	3	4	5	
11. Se sentir émotionnellement anesthésiée ou être incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui sont proche de vous.	1	2	3	4	5	26
12. Se sentir comme si votre avenir était en quelque sorte raccourci.	1	2	3	4	5	Score d'hypervigilance
13. Avoir des difficultés pour vous endormir ou rester endormie.	1	2	3	4	5	
14. Se sentir irritable ou avoir de bouffées de colère.	1	2	3	4	5	
15. Avoir des difficultés à vous concentrer.	1	2	3	4	5	
16. être en état de super-alarme, sur la défensive, ou sur vos gardes.	1	2	3	4	5	
17. Se sentir énervée ou sursauter facilement	1	2	3	4	5	21
<b>Score total</b>	<b>63</b>					

## TABLE DE MATIÈRES

<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>i</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>iii</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	<b>iv</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	<b>v</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES</b> .....	<b>vi</b>
<b>RÉSUMÉ</b> .....	<b>vii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>viii</b>
<b>INTRODUCTION GÉNÉRALE</b> .....	<b>1</b>
<b>PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE DE L'ÉTUDE</b> .....	<b>5</b>
<b>CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE</b> .....	<b>6</b>
1.1. CONTEXTE DE L'ÉTUDE.....	6
1.2. PROBLÈME.....	8
1.3. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE .....	12
1.3.1-Objectif général .....	12
1.3.2-Objectifs spécifiques.....	12
1.4. QUESTION GÉNÉRALE DE LA RECHERCHE.....	11
1.4.1- Question générale .....	11
1.4.2- Questions spécifiques .....	11
1.5- FORMULATION DES HYPOTHÈSES.....	11
1.5.1. Hypothèse générale.....	11
1.5.2. Hypothèse opérationnelle.....	12
1.6. INTÉRÊTS DE LA RECHERCHE.....	13
1.6.1-Intérêt disciplinaire .....	13
1.5.2- Intérêt familial et social .....	14
1.6- DÉLIMITATION DE LA RECHERCHE.....	14
1.6.1. Délimitation théorique .....	14
1.6.2. Délimitation chronologique ou temporelle .....	14
1.6.3. Délimitation spatiale ou géographique .....	15
1.7. DÉFINITIONS DES CONCEPTS CLÉS DE LA RECHERCHE .....	15
1.7.1. Le stress .....	15
1.7.2. Origine de la notion de stress.....	16

1.7.3. La psychologie de stress .....	23
1.7.4. Traumatisme .....	25
1.7.5. Le traumatisme psychique ou trauma .....	26
<b>CHAPITRE 2 : L'ÉTAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE ET LES TROUBLE DU COMPORTEMENT CHEZ LES SOLDATS ET SES THÉORIES EXPLICATIVES DU SUJET .....</b>	<b>35</b>
2.1. ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET LES THÉORIES EXPLICATIVES .....	35
2.1.1. Théories générales sur l'ESPT .....	36
2.1.2. Comorbidité .....	40
2.1.3. Facteurs de risque .....	40
2.1.4. Neurobiologie de l'ESPT .....	41
2.1.5. Stratégies d'adaptation des soldats à l'ESPT .....	42
2.1.6. Modifications cérébrales .....	43
2.1.7. Les neurotransmetteurs de l'ESPT .....	44
2.1.8. La noradrénaline .....	44
2.1.9. La sérotonine.....	45
2.1.10. La dopamine.....	46
2.1.11. Implication des neurotransmetteurs dans les reviviscences.....	47
2.1.12. L'axe corticotrope.....	48
2.1.13. Théories étiologiques d'ESPT .....	52
2.1.14. Le modèle de l'A.P.A et de l'OMS.....	52
2.1.15. Facteurs de risque et modèle étiologique.....	54
2.1.16. Les théories cognitives.....	54
2.1.17. Le Modèle cognitifs modifiés de J. HOROWITZ .....	54
2.1.18. Premières théories psychologiques du trauma.....	55
2.1.19. Théorie freudienne (psychanalytique) du trauma .....	56
2.1.20. Théorie Lacanienne du trauma.....	58
2.1.21. Théorie phénoménologique du trauma .....	59
2.1.22. Théorie de la mémoire traumatique .....	60
2.1.23-Réactivité émotionnelle .....	71
2.1.23.1. Fondements théoriques de la réactivité émotionnelle .....	71
2.2. LES TROUBLE DU COMPORTEMENT ET SES THÉORIES EXPLICATIVES .....	85
2.2.1. Les théories behavioristes .....	85

2.2.2. La théorie de la dissonance cognitive .....	85
2.2.3. Considérations diagnostiques de la psychopathologie.....	86
2.2.4. Le trouble oppositionnel avec provocation.....	86
2.2.5. Le trouble des conduites .....	87
2.2.5. Neurophysiologie et la Neuropsychologie des troubles du comportement .....	88
<b>DEUXIÈME PARTIE : CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET OPÉRATOIRE.....</b>	<b>90</b>
<b>CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE .....</b>	<b>91</b>
3.1. TYPE DE RECHERCHE .....	91
3.2. SITE DE LA RECHERCHE .....	91
3.2.1. Description du site de l'étude .....	92
3.3. POPULATION DE L'ÉTUDE.....	92
3.3.1-Critères de sélection du sujet .....	92
3.3.2. Technique d'échantillonnage .....	92
3.3.3. Portrait des cas .....	93
3.4. INSTRUMENTS DE COLLECTE DES DONNÉES ET JUSTIFICATION .....	93
3.4.1. Justification du choix de l'observation .....	94
3.4.2. Justification du choix d'entretien.....	95
3.4.3. Guide d'entretien .....	97
3.4.4. Critères diagnostiques d'ESPT du DSM V.....	97
3.4.5. Justification du choix d'EMM (PCLS).....	99
3.4.6. PCLS= Posttraumatic checklist scale (échelle de mesure de l'ESPT).....	101
3.5. MÉTHODES D'ANALYSE DES DONNÉES .....	104
3.5.1. Analyse de contenu .....	104
3.5.2. Dépouillement de la grille d'analyse .....	104
<b>CHAPITRE 4 : PRÉSENTATION DES CAS, SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DE .....</b>	<b>106</b>
<b>L'ENTRETIEN ET DU TEST, INTERPRÉTATION DES RESULTATS, DISCUSSION</b>	
<b>ET RECOMMANDATION.....</b>	<b>106</b>
4.1. SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DES ENTRETIENS .....	107
4.1.1-La synthèse d'analyse issue de l'échelle de mesure de l'ESPT .....	109
4.2.2. La synthèse d'entretien .....	111
4.1.2. La synthèse d'analyse issue de l'échelle de mesure de l'ESPT.....	114
4.1.3. La synthèse d'entretien .....	116
4.1.4. La synthèse d'analyse issue de l'échelle de mesure de l'ESPT.....	119

4.2. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS ISSUS DE L'ENTRETIEN ET DE L'ÉCHELLE DE MESURE DE L'ESPT.....	120
4.3. DISCUSSION DES RÉSULTATS .....	126
RECOMMANDATIONS .....	131
<b>CONCLUSION GÉNÉRALE .....</b>	<b>133</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>137</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>143</b>
<b>TABLE DE MATIÈRES .....</b>	<b>157</b>