

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix-Travail- Patrie

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

CENTRE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN SCIENCES
HUMAINES, SOCIALES ET EDUCATIVES

UNITÉ DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE EN SCIENCES EN SCIENCES
HUMAINES ET SOCIALES

DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace- Work-Fatherland

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

POSTGRADUATE SCHOOL FOR THE
SOCIAL AND EDUCATIONAL
SCIENCES

DOCTORAL RESEARCH UNIT
FOR SOCIAL SCIENCES

PSYCHOLOGY DEPARTMENT

LA CAPACITÉ DE MENTALISATION DU FONCTIONNAIRE DE POLICE ET COPING DES FACTEURS TRAUMATIQUES DANS SON VÉCU

Mémoire présenté et soutenu le 27 Juin 2022 en vue de l'obtention du diplôme
de Master en Psychologie

Filière : Psychopathologie et Clinique

Par :

MESSI Dominique Désiré Martial

Licencié en Psychologie

MEMBRE DU JURY

Président : **EBALE MONEZE Chandel** (Pr) Université de Yaoundé I
Membre : **NDJE NDJE Miraille** (MC) Université de Yaoundé I
Rapporteur : **Pr. MAYI Marc Bruno** (Pr) Université de Yaoundé I

Année académique 2021-2022

SOMMAIRE

SOMMAIRE	i
DÉDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS	iii
Liste des abréviations, sigles et acronymes	iv
Liste des tableaux.....	v
RESUME.....	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL	4
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE.....	5
CHAPITRE 2 : REVUE DE LITTERATURE.....	20
CHAPITRE 3 : THEORIES EXPLICATIVES	46
DEUXIÈME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE.....	71
CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE	72
CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS	107
CHAPITRE 6 : INTERPRETATION DES RESULTATS ET DISCUSSION.....	130
CONCLUSION.....	153
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	156
ANNEXES	159
TABLE DE MATIÈRES.....	174

DÉDICACE

A

Ma famille

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma reconnaissance

- Au Pr MAYI Marc Bruno pour avoir accepté de diriger ce travail. Il a mis à notre disposition son savoir, son savoir-faire et son savoir être scientifique tout au long de cette recherche ;
- Au Chef de Département de Psychologie, le Pr EBALE MONEZE Chandel, pour sa disponibilité et ses conseils avisés ;
- Au Pr Jacques-Philippe TSALA TSALA pour ses enseignements sur la recherche ;
- Au Dr NOUMBISSI pour sa disponibilité et sa rigueur scientifique lors des multiples lectures de ce mémoire ;
- A tous les enseignants du Département de Psychologie de l'Université de Yaoundé I pour les enseignements qu'ils ont toujours su mettre à notre disposition ;
- A monsieur le DGSN qui a autorisé cette recherche au sein de l'hôpital de la police
- A tout le personnel de la Délégation générale à la sûreté Nationale qui a favorisé la réalisation de cette étude ;
- A madame la Directrice de la santé le médecin chef de l'hôpital de police ;
- A tous les membres de l'équipe de l'hôpital de la police pour leur apport critique dans la réalisation de ce travail ;
- A mon épouse pour son soutien et sa patience ;
- A mes enfants pour leur affection durant toute la période de rédaction de ce mémoire ;
- A tous les membres de ma famille pour le soutien de toute nature ;
- A tous mes amis pour leur encouragement.

LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

ACTH	:	hormone adénocorticotrope
ALFEST	:	Association de Langue Française pour l'Etude du Stress et du Trauma
APA	:	American Psychiatric Association
CI	:	Centre d'Instruction
DGSN	:	Délégation Générale à la Sûreté Nationale
DS	:	Direction de la Santé
DSM-III-R	:	Manuel Diagnostic et statistique des troubles mentaux, III ^{ème} version
DSM-IV-TR	:	Manuel Diagnostic et statistique des troubles mentaux, IV ^{ème} version
ECCNA	:	Etude des Cognitions et des Comportements Normaux et Anormaux
ESPT	:	Etat de Stress post-traumatique
ÉT	:	évènement traumatique
ETD	:	Échelle de Traumatisme de Davidson
FP	:	Fonctionnaire de Police
FSN	:	Fonctionnaire de la Sûreté Nationale
HHS	:	hypothalamo-hypophysaire-surrénalien
ISTSS	:	International Society of Traumatic Stress Studies
LCR	:	liquide céphalo-rachidien
MSF	:	Médecins Sans Frontière
OTAN	:	Organisation du Traité de l'Atlantique Nord
PS	:	phobie spécifique
RI	:	réponse inconditionnée
SC	:	stimulus conditionné
SI	:	stimulus inconditionné

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Caractéristiques des participants	95
Tableau 2 : Fiche individuelle d'observation des interviewés 1	107
Tableau 3 : Fiche individuelle d'observation des interviewés 2	111
Tableau 4 : Résultats diagnostics	112

RESUME

La présente étude a pour titre « *la capacité de mentalisation du fonctionnaire de police et coping des facteurs traumatiques dans son vécu* ». Dans le contexte de la police camerounaise qui ne fait pas usage des bilans psychologiques lors des recrutements et concours, la prise en compte des facteurs psychopathologiques s'avère nécessaire. La capacité de mentalisation, apparaît comme un facteur pertinent dans la compréhension du vécu traumatique chez certains fonctionnaires de la police. Le problème qui se pose et devant être analysé tout au long de ce travail est celui de la discordance entre les capacités de mentalisation du Fonctionnaire de Police supposées acquises au cours de la formation policière et le coping des facteurs traumatiques dans son vécu. Ainsi, nous nous sommes posé la question de savoir « Quelle relation existe-t-il entre les processus de mentalisation et le coping des traumatismes psychiques chez les fonctionnaires de police (FP) ? ». En s'appuyant sur l'approche cognitive de Beck (1963), de Young (1995) et d'Ellis (1962) nous avons formulé l'hypothèse suivante « *Les processus de mentalisation ont une incidence sur le coping des psychotraumatismes* ». L'objectif visé est d'appréhender de façon étendue le processus de mentalisation et de voir comment cette activité peut servir dans l'élaboration du coping.

Pour atteindre cet objectif, nous avons utilisé la méthode clinique, notamment l'étude de cas. Les données ont été collectées à l'aide des entretiens semi-directifs auprès de deux sujets de la police camerounaise. La technique d'analyse de contenu des entretiens axée sur le repérage des thèmes significatifs a été utilisée pour l'analyse des résultats. Ces résultats interprétés principalement sous l'angle de l'approche cognitive montrent que la mentalisation joue une fonction d'amplificateur des biais cognitifs dans le vécu traumatique de nos participants. Les schémas cognitifs inadaptés, les croyances irrationnelles et les distorsions cognitives entretenues par la mentalisation sont ces biais cognitifs qui contribuent au faible coping lors du vécu traumatique des sujets de retour du front. Les résultats de cette étude accordent donc une pertinence clinique à notre hypothèse de départ.

Mots clés : *mentalisation ; vécu traumatique ; police ; étude de cas.*

ABSTRACT

The title of this study is “the police officer’s ability to mentalize and coping with inductive traumatic factors in his or her experience”. In the context of the Cameroonian police, which does not use psychological assessments during recruitment and competitive examinations, it is necessary to take psychopathological factors into account. The ability to mentalize appears to be a relevant factor in understanding the traumatic experience of some police officers. The problem that arises and must be analyzed throughout this work is that of the discrepancy between the mentalization capacities of the Police Officer supposedly acquired during police training and the coping of traumatic factors in his experience. Thus, we asked ourselves the question "What relationship is there between the processes of mentalization and the coping of psychic traumas in police officers? ". Based on the cognitive approach of Beck (1963), Young (1995) and Ellis (1962) we formulated the following hypothesis "The mentalization processes have an impact on the coping of psychotraumas". The objective is to broadly understand the process of mentalization and to see how this activity can be used in the development of coping.

To achieve this objective, we used the clinical method, in particular the case study. The data was collected using semi-structured interviews with two subjects from the Cameroonian police. The interview content analysis technique focused on identifying significant themes was used to analyze the results. These results, interpreted mainly from the angle of the cognitive approach, show that mentalization acts as an amplifier of cognitive biases in the traumatic experience of our participants. Inappropriate cognitive patterns, irrational beliefs and cognitive distortions maintained by mentalization are these cognitive biases that contribute to poor coping during the traumatic experience of subjects returning from the front. The results of this study therefore give clinical relevance to our initial hypothesis.

Keywords: mentalization; traumatic experience; police; case study.

INTRODUCTION

Dans le cadre de leur profession, les Policiers sont exposés à des contraintes se caractérisant par leur soudaineté, par leur imprévisibilité et de danger permanent quant à leur intégrité physique ou par le contact avec la mort (violences, fusillades, scènes de crimes horribles, attentat, accidents, conflits internes). Le champ des opérations militaires dans le conflit armé qui oppose les Forces de Défense et de Sécurité aux indépendantistes des Régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest se caractérise par une violence excessive, des atrocités sans précédents et des horreurs insupportables tant pour les civils que le personnel des FDS. Une analyse de la Commission de la santé et de la sécurité au travail révèle que les policiers font partie des groupes de travailleur les plus exposés à des actes de violences au travail (Herbert ; Duguay et Massicote, 2003).

L'Hôpital de la police de Yaoundé renseigne que de nombreux policiers blessés de guerre, transférés dans les formations sanitaires ont certains recouverts leur santé somatique. Mais, à l'observation, d'autres formes de symptômes ont commencé à inquiéter les médecins. Il s'agissait des montées de fièvres nocturnes, des cauchemars, des insomnies et une agitation onirique très fortes souvent ponctués de réveil en sursauts, parfois en scandant un jargon de combat et mimant des scènes de combat ; les palpitations cardiaques, l'état général de fatigue, irritabilité, les difficultés de concentration, les maux de tête, de ventre, les vertiges. Cette syndromie caractéristique des psychotraumatismes renchérit Carlier (1999) ; Loo (1986) ; Mc Sally et Solomon (1999) qui pensent que les actes de violences au travail peuvent entraîner et les événements traumatiques peuvent entraîner l'anxiété et les affections psychotraumatiques.

De même, pour Amundson et Staplet (2008), les policiers présentant un état de stress post traumatique comparativement à ceux ne présentant pas un état de stress post traumatique obtiennent des mesures très élevées sur la mesure de la dépression.

Dès lors, il va sans dire que ce corps de métier à risque se situe au cœur des métiers avec un penchant traumatogène qui questionne au regard de la dualité interactive socio professionnelle et familial la dimension psychologique du vécu de ces psychotraumatismes et des possibles conséquences d'une restructuration ou stratégies d'adaptation visant à faire face à ces effractions somatiques qui impactent le vécu psychologique.

On note déjà avec Carlier (1999) que les policiers présentent des problèmes au travail comme réagir de manière disproportionner et inapproprié, prendre trop ou souvent des risques, devenir moins productif. Il ajoute que ces difficultés sont susceptibles de mettre en difficulté la sécurité personnelle du policier, de ses confrères et les populations.

Pour Main et Al.(2007), l'état de stress se retrouve associé à un plus grand nombre de divorces, à d'avantage de consultation médicales , à une plus négative de l'état de santé physique et aux idéations suicidaires. Ainsi, le questionnement sur les facteurs qui interviennent dans le vécu traumatique des Fonctionnaires de Police (FP) engagés dans les conflits et de retour au sein de leurs unités professionnelles et le cadre familial apparaît opportun. Cependant, nous remarquons que ces travaux s'intéressent essentiellement à l'interaction entre l'évènement, l'environnement et l'individu psychologiquement "sain" avant le trauma. Ils méconnaissent le paramètre d'antécédents psychopathologiques chez le policier exposé à la situation traumatique par d'autres facteurs traumatogènes avant le conflit.

D'autre part, plusieurs travaux sur les facteurs qui interviennent dans le vécu traumatique chez les hommes en tenues (Assoun, 2005 ; Brest, 2012 ; Maxwell, 2008 ; Soler, 2009 ;) se sont ancrées sur la théorie du soutien social qui stipule que « la qualité du soutien social dont bénéficie un sujet détermine son adaptation face à une situation problématique ». Ces auteurs ont alors avancé que c'est le manque de soutien social dont sont victimes les vétérans de combat qui est le principal responsable de leur faible ajustement psychologique dans leur vécu traumatique. Mais, nous avons observé comme Alan (2009) et Edwin (2013) que malgré l'important soutien social dont bénéficient les policiers de retour de guerre, par l'esprit de solidarité et d'interdépendance qui règne entre eux, certaines FSN psychotraumatisés en guerre font preuve d'un faible ajustement psychologique. Cette observation qui contrarie la théorie du soutien social, nous a amené à nous interroger sur d'autres facteurs qui interviendraient dans cette situation. Dans le contexte de la police Camerounaise qui avant la survenance des conflits armés avec Boko Haram dans l'Extrême-Nord du Cameroun, les rebelles centrafricains à l'Est et les séparatistes dans les Régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest n'avaient pas de par son organigramme l'once d'un projet de prise en charge psychologique des traumatismes de guerre dans le sens du coping et de la résilience, alors même que contradictoirement ses éléments de certaines unités sont appelés à prendre part auprès des Forces de troisième catégorie au combat. Le coping de l'anxiété et des affections psychotraumatiques apparaît comme un facteur pertinent dans la compréhension du vécu traumatique chez les policiers traumatisés de guerre. Le problème qui se pose et devant être

analysé tout au long de ce travail est celui de la discordance entre les capacités de mentalisation du Fonctionnaire de Police supposées acquises au cours de la formation policière et le coping des facteurs traumatiques dans son vécu. La question pertinente en droit de se poser ici est de savoir « comment le coping participe t'-il à la thérapie du vécu traumatique chez le policier de retour au front ? ».

En s'appuyant sur l'approche cognitive d'Ellis (1962), de Beck (1963) et de Young (1995), nous faisons l'hypothèse que « les processus de mentalisation ont une incidence sur le coping des psychotraumatismes chez le Fonctionnaire de Police de retour du champ de bataille ». L'objectif visé est donc d'appréhender la fonction de la mentalisation dans le coping des psychotraumatismes chez un Fonctionnaire de Police. Pour l'atteindre, nous utiliserons la méthode clinique, notamment l'étude de cas. La collecte des données se fera au travers des entretiens semi-directifs auprès des Policiers de retour du NOSO, interné à l'Hôpital de la Police de Yaoundé. Nous ferons usage de l'analyse de contenu pour nos résultats. L'interprétation de ces résultats se fera sous le prisme des approches cognitive et phénoménologique.

Le présent mémoire est structuré en deux parties : une partie conceptuelle et théorique et une partie méthodologique et opératoire.

La partie conceptuelle et théorique se décline en trois chapitres respectifs dont le chapitre 1 qui présente la problématique de l'étude ; le second chapitre qui passe en revue les connaissances scientifiques sur la question du respect de l'éthique dans la gestion des deniers publics et présente les courants de pensée théoriques mobilisés pour ancrer nos réflexions ; le troisième chapitre aborde les théories explicatives du phénomène décrit.

La partie méthodologique et opératoire est également constituée de trois chapitres dont : la démarche méthodologique de l'étude au chapitre 4 ; la présentation des résultats de l'enquête de terrain et les différentes inférences en relation avec chacune des hypothèses de recherche dans le chapitre 5 ; l'interprétation et la discussion des résultats au chapitre 6.

PREMIERE PARTIE :
CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL

CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE

Pour Michel Béaud (1999) la problématique est « l'ensemble construit autour de la question principale ». Dans le même ordre d'idées, Grawitz (2004, p 326), estime que la bonne problématique se définit comme un ensemble construit autour d'une question principale, des hypothèses de recherche, des orientations des problèmes, suivie par les objectifs et l'intérêt de l'étude. La problématique est une articulation discutée de différentes propositions empiriques et théoriques qui visent à définir le problème de la recherche (Fernandez & Catteeuw, 2001). Elle passe par l'organisation, le questionnement, la dialectisation, la théorisation des éléments qui entrent en jeu dans le phénomène étudié (Eymard, Thuilier & Vial, 2004). En suivant le cheminement proposé par ces auteurs, nous présenterons dans ce chapitre : le contexte de l'étude, la position et la formulation du problème, la question de recherche, l'hypothèse de l'étude, l'objectif, le but, l'intérêt de l'étude et la clarification des concepts fondamentaux

1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE

1.1.1 Contexte de l'étude

Cette étude se déroule dans un contexte précis et particulier qui, en phase avec le Décret 2012/540 du 19 Novembre 2012 portant organisation de la Délégation Générale à la Sûreté Nationale qui stipule dans ses Titres V et VI, Articles 16 et 17 que le Commandement Central des Groupements Mobile d'Intervention (CCGMI) et le groupement Spéciales d'Opérations (GSO) participent aux actions de combat avec les unités de bataille. A ce titre, aucun amalgame ne doit être fait en comparaison avec certaines Polices du Monde dont les unités n'ont pas vocation à participer au combat avec l'Armée. C'est dans ce sens qu'au cours des opérations conjointes menées, le vocable Forces de Défense et de Sécurité (FDS) est plus adapté pour désigner l'ensemble des forces agissantes dans le cadre des opérations de rétablissement de la paix. Cette mise au point faite, le lecteur ne devra souffrir d'aucune incompréhension si le phénomène de psychotraumatismes est pris inclusivement dans son approche globale avec les FDS. Ainsi dit, plusieurs études rendent compte du phénomène de psychotraumatisme qui va de manière croissante dans nos sociétés modernes. Dans la population générale, la prévalence des psychotraumatismes est d'environ 12,8 % soit 8,5 % chez les femmes et 4,3% chez les hommes (Matthew & Al 2014). En Europe les statistiques révèlent que 15,9% de la population souffre des maladies psychotraumatiques, les pays les plus touchés en 2013 sont la France

17,1% et l'Espagne 18,9% (Campbell & al., 2013). Cette prévalence est plus élevée aux Etats-Unis avec 21,3% de personnes souffrant d'état de stress post-traumatique (Rowe & al., 2013) et au Canada où 17,1% de personnes sont victimes d'état de stress aigu (Statistique Canada, 2013). En Asie, notamment en Chine on note une prévalence de 14,4% (Guay et al., 2014) et 13,1% au Japon (CSPDS, 2013). Une étude menée par Helgeson et Al. (2013) en Russie révèle que 15,5% d'individus souffrent de pathologies psychotraumatiques. En Afrique, une méta-analyse de Matthew et Al. (2013) a révélé une prévalence du traumatisme psychique à 11,6% soit 7,4% pour l'Afrique sub-saharienne. Au Cameroun, un rapport des Médecins Sans Frontières affiche un taux de prévalence de 7,8% sur le trauma, suite à une étude menée uniquement dans les chefs-lieux des dix régions que compte le pays (MSF, 2013). Autrefois, ces statistiques sur le trauma ne retenaient que les civils, mais depuis les guerres du XX^e siècle, elles prennent également en compte les FDS.

En effet, avec la recrudescence des conflits armés dans le monde, on note un accroissement des troubles psychotraumatiques chez les soldats en proie à des contraintes psychologiques très fortes (Clervoy, 2013). Le CSPDS (2013) rapporte que 11,8% environ de militaires souffrent de traumatisme psychique dans le monde. Selon les estimations du SSA (2013), 18,5 % des soldats de l'OTAN reviennent des opérations militaires à l'étranger étiquetés traumatisés psychiques. Aux Etats-Unis, on est passé de 5,6% des militaires souffrant d'Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT) en 2002 à 8,8% en 2012. Pour les forces canadiennes régulières, le taux de suicide lié au trauma est passé à 10,2% en 2013 (FAC, 2014).

En France, Le stress vécu au quotidien par les Policiers peut entraîner des conséquences importantes sur leur santé mentale. Pour Monline et Sanséau, (2018) 36% de suicide sont enregistrés chez les Policiers en France par rapport à celui de la population. Ce pourcentage, significatif démontre la détresse psychologique qui peut être vécu par les Policiers dans le contexte européen.

En Afrique, Ozer et al. (2013) dénombrent 13,3% de militaires victimes des pathologies psychotraumatiques. Une étude de Summerfeldt et al. (2013) sur l'armée malienne et l'armée tchadienne en conflit avec les djihadistes au Nord-Mali révèle que 12,2% des militaires tchadiens et 15,9% des militaires maliens ayant participé dans ces opérations souffrent d'état de stress post-traumatique. En Centrafrique, un rapport de la MISCA du mois de Juillet 2014 révèle que 13,6% de ses combattants sont victimes d'un traumatisme psychique (MISCA, 2014). Au Cameroun, selon la Direction de la Santé Militaire, la prévalence des troubles

psychotraumatiques dans les Forces de Défense est passée de 3,6% en 2010 à 7,1% en Août 2014 (DSM, 2010 ; 2014). Si ces chiffres se concentrent sur le trauma en situation opérationnelle et post-opérationnelle. Dans des contextes d'atteintes contre la sûreté de l'Etat, les fonctionnaires de police appartenant aux unités de 3^eme catégorie participent avec les militaires dans les combats. A ce titre, ils sont victimes de psychotraumatismes.

Au Cameroun, hors mis les éléments statistiques relevés plus haut (COMECII, 2013) ajoute qu'un grand pourcentage des psychotraumatisés au parcours des obstacles a également été constaté dans le contingent 2013 par le Commandement des écoles et Centres d'Instruction Interarmées ; où sur 14 recrues souffrant de traumatisme psychique, 9 avaient été victimes au cours de cet exercice La même remarque a été faite sur le recrutement des techniciens 2014 où les $\frac{3}{4}$ des troubles psychotraumatiques ont été imputés au parcours du combattant (COMECII, 2014). Le traumatisme est ainsi une conséquence des violences liées à l'exercice difficile du métier de policier.

Au niveau de la Délégation Générale à la Sûreté Nationale, entre septembre 2011 et Avril 2012, Goufan (2013), s'intéressant aux *Facteurs favorisant la survenue des troubles psychiques chez les fonctionnaires de police* relève que 18 cas de troubles psychiques ont été diagnostiqués chez les Fonctionnaires de Police ayant consulté à l'Hôpital Jamot de Yaoundé. Parmi ces cas il a été révélé que 70% des cas diagnostiqués étaient du genre masculin et 50 % âgés de moins de 40 ans. Ainsi, identifiant les facteurs favorisant la survenance des troubles psychiques, Goufan (op-cit) évoque les conditions rudes dans lesquels les Fonctionnaires de Police exercent leur métier, ces conditions sont entre autres les bruits de moteurs de klaxons des voitures des odeurs d'échappements des gaz chimiques, des arrestations violentes, des scènes de crimes d'attentats ou d'accident de la circulation routière et parfois de premiers secours apportés aux victimes multiformes.

Monline et Sanséau (2018) affirment que le stress vécu par les Policiers en France est donné un taux significatif de 36% de suicide chez les policiers par rapport à la population. Cette tendance exprime en elle-même la détresse psychologique qui peut être vécue par les Policiers dans le contexte européen. Parmi les dossiers indemnisés par le CCST entre 2000 et 2002, « le nombre de dossiers de stress post –traumatiques indemnisés est quatre fois supérieur chez les Policiers qu'à l'ensemble des travailleurs du Québec » (Institut de Recherche Robertt-Sauvé et Santé et en Sécurité Social (2010). De même dans le même sens, une étude de Deschênes, St Hilaire, Crête, Emeriau Farges et Desjardins, 2019 indique qu'il y'a des impacts négatifs sur la

santé psychologique au travail des policiers lorsqu'ils sont exposés à un événement potentiellement traumatique. Or, Herbert, Duguay et Massicotte (2003) affirme que les policiers font partie des groupes de travailleurs les plus exposés à des actes de violences au travail. Carlier, 1999 ; Loo, 1986 ; Mc Sally et Solomon, 1998, révèlent que les actes de violences au travail et les événements traumatiques peuvent entraîner l'anxiété et les affections psychotraumatiques. En effet, ils font face au quotidien et dans le cadre des missions de rétablissement de la paix aux actes, situations et événements qui suscitent diverses émotions désagréables (colère peur, anxiété tristesse...). Ces événements et situations et violences se caractérisent aussi par leur imprévisibilité, leur soudaineté, des menaces et danger quant à leur intégrité physique ou par le contact avec la mort ; fusillades, scènes d'attentats, d'accidents, d'homicides. Lorsque ces différents événements font une infraction dans le psychisme, elles sont susceptibles d'occasionner des blessures psychiques dans le sens de « trauma ».

Selon une étude d'Admundson et Stapleton (2008), les Policiers présentant un état de stress post traumatique (ESPT) comparativement à ceux n'en présentant pas obtiennent des résultats très élevés sur la mesure de la dépression, toute chose qui démontre l'incidence des psychotraumatismes sur la dégradation de l'état de santé général. Main et Al (2007) relève en conséquence que l'ESPT chez les policiers se retrouve associé à un plus grand nombre de divorces, à d'avantages de consultations médicales, à une perception plus négative de l'état de santé physique et aux idéations suicidaires. Carlier (1999) observe une aliénation du comportement social non seulement avec la famille, la phratrie et même avec autrui non familial. Ainsi, il relève que ces Policiers Psychotraumatisés présentent des problèmes au travail comme réagir de manière disproportionnée, inappropriée, prendre des risques, devenir moins productif et s'attirent des ennuis avec des collègues. Cet état de chose suivant le même auteur aliène les rapports entre le Policier et son moi intérieure, de même que ce dernier avec ses collègues et les populations qu'il est appelé à servir.

Selon Ariel Wassermann, Déon Meiring, Jurgen Renier Becker (2018), dans un Article de recherche sur le *stress et gestion des policiers dans le service de police sud-africain*, les traumatismes consécutifs à la dimension houleuse du travail quotidien des Policiers entraînent des violences domestiques, de l'addiction aux substances psychoaddictives et aux idéations suicidaires. Toujours dans cette perspective conséquente, il faut souligner que ces altérations psychiques aux conséquences somatiques sont déjà été évoquées par Herman Oppenheim (1988) lorsque, utilisant le terme de « névrose traumatique », il prend une position organiciste en estimant que les symptômes traumatiques sont « le produit des changements

moléculaires au niveau du système nerveux central ». Il observera par la suite la fréquence des problèmes cardio-vasculaires chez les sujets traumatisés en particulier les Soldats. Kedia (2008) parlera de « cœurs irritables » ou de « cœurs de soldats ». Dans cet élan, J.M Charcot (1887) attribuera au « choc nerveux » traumatique la responsabilité de la manifestation dissociative à l'origine du traumatisme. D'une façon contradictoire, mais aussi complémentaire, des théoriciens vont s'affronter dans le champ des conséquences Goufan (2013) associe les troubles psychiques chez les fonctionnaires de police aux pressions débordant leurs ressources dans le travail. Ainsi, il affirme qu'au Cameroun, l'origine des facteurs provoquant la survenue des facteurs psychiques sont d'ordre social.

Ces différents pourcentages et proportions élevés sur les affections psychotraumatiques liés aux violences vécues pendant les conflits laissent naître moult centres d'intérêt et divers questionnements. Les centres d'intérêt peuvent être d'ordre stratégique de défense d'ordre sociologique, ou d'ordre psychologique. En s'intéressant à la sphère psychologique, nous pouvons questionner les éléments qui déterminent le coping après un traumatisme, notamment la mentalisation. Pour notre étude, l'intérêt est particulièrement porté sur les processus psychologiques qui interviennent dans le coping des affections traumatiques des policiers de retour des conflits armés.

1.1.2 Justification de l'étude

Entre les années 2016 et 2020, les Forces de Défense et de Sécurité Camerounaises (FDS) dont la Police particulièrement, se sont retrouvés en zone de conflit séparatiste dans les Régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest. Très vite la question du suivi psychothérapeutique des fonctionnaires victimes des affres de la guerre a commencé à se poser lorsque des patients victimes de traumatismes, cliniquement suivis sur le plan de la santé somatique ont commencé à développer des affections particulières par des symptômes peu communs de l'univers médical classique. La recherche que nous proposons de mener dans ce sujet s'inscrit sur l'approche psychothérapeutique d'une relation d'aide des personnels des Forces de Défenses et de Sécurité en Général et de ceux des fonctionnaires de la Sûreté Nationale en particulier, acteurs de la protection des personnes et de leurs biens, de retour des zones de conflit armé.

Le champ des opérations militaires dans le conflit armé qui oppose les Forces de Défense et de Sécurité aux indépendantistes des Régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest se

caractérise par une violence excessive, des atrocités sans précédents et des horreurs insupportables tant pour les civils que le personnel des FDS.

De nombreux policiers blessés de guerre, transférés dans les formations sanitaires ont certains recouvert leur santé somatique. Mais, présentent des difficultés de mentalisation des facteurs de traumatisme qui se traduisent par une syndromie qui inquiète les médecins. Il s'agit des montées de fièvres nocturnes, des cauchemars, des insomnies et une agitation onirique très fortes souvent ponctués de réveil en sursauts, parfois en scandant un jargon de combat et mimant des scènes de combat ; les palpitations cardiaques, l'état général de fatigue, irritabilité, les difficultés de concentration, les maux de tête, de ventre, les vertiges des réminiscences ...

Plusieurs fois, l'expertise du Psychiatre Félicien NTONE NTONE a été requise par le Médecin Chef de l'Hôpital de la Police de Yaoundé (HPY) où des cas des troubles de la santé mentale ont été déclarés et référés à l'Hôpital Jamot de Yaoundé.

Depuis la fin de l'esclavage, de la colonisation, des indépendances et la mise en place de nouvelles institutions suivant le modèle des colonisateurs en Afrique, on observe une dynamique constructive d'un plateau technique à coloration occidentale de sensibilisation, de vulgarisation et du suivi de la santé mentale. Une volonté de prise en compte de la réalité ou spécificité ethnographique y est associée pour créer un pont de convergence pluridisciplinaire entre la perception occidentale, scientifique ou conventionnelle des prises en charge psychologiques et les approches dites « traditionnelles » souvent reléguées par complexe au rang de pseudoscience. Les concepts tels que « *l'efficacité symbolique* » dans les thérapies étant souvent perçu comme de la « magie, sorcellerie ou phénomènes paranormaux ». Les conflits interculturels liés à l'impérialisme helléniste qui ont souvent tendance à légitimer une volonté latente de déconstruction culturelle pour laisser diffuser comme l'explique le Professeur MAKANG MA MBOCK « *une compléance sans pression* » nécessaire à l'acceptation des procédés thérapeutiques occidentales. Le policier Camerounais qui est avant tout une personne culturelle dont la charge ethnoculturelle s'ajoute à la formation occidentale du Policier pour constituer un type particulier du psychologique du policier camerounais mérite qu'une attention particulière soit prise en compte dans la compréhension de sa personnalité et la dimension kamyt de celle-ci.

La Police Camerounaise dans cette mouvance moderniste fait face aux nouveaux défis liés au management de ses ressources humaines et aux affections psychopathologiques, relevant spécialement du domaine de la santé mentale. La problématique posée ici questionne de ce fait,

les capacités de mentalisation des Fonctionnaires de police victimes des psychotraumatismes multiformes à l'occasion ou dans l'exercice de leurs fonctions, particulièrement, pour le cas étudié ici, le conflit sécessionniste dans les Régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest.

Déjà préoccupé depuis le rapport de stage de Master 1 sur les questions de gestion des traumatismes post opératoires, il m'a semblé opportun, après avoir sollicité et obtenu de Monsieur le Délégué Général à la Sûreté Nationale, la mise sur pied d'une cellule psychologique à la Police, actuellement en implémentation à l'Hôpital de la Police de Yaoundé, de mener une étude approfondie sur les capacités opérationnelles de la Sûreté Nationale à prendre en charge au sein de ses formations sanitaires des cas avérés de fonctionnaires souffrant des troubles de mentalisation et de coping des psychotraumatismes alors même que leur formation commune de base ne vise que l'acquisition des capacités de mentalisation d'où l'intrigue. L'appropriation générale de l'univers des maladies psychosomatiques souvent sous-estimés, rarement dépisté et diagnostiqué par les professionnels de la santé qui n'ont pas été formés pendant leurs études médicales à la psychotraumatologie s'avère nécessaire.

De manière Générale, cette étude a pour objectif de comprendre les mécanismes d'adaptations ou d'ajustements psychologiques des policiers camerounais des unités d'élites du Commandement Central des GMI et du GSO, de retour du conflit séparatiste des Régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest, victimes d'affections psychotraumatiques. Elle vise aussi à élaborer des posologies cliniques de prise en charge, d'accompagnement pour un coping pouvant assurer leur bien-être.

1.2-POSITION ET FORMULATION DU PROBLÈME

1-2-1 -Position du problème

La formation policière qui comporte deux phases : la phase de la formation commune de base (FCB) et la phase policière proprement dite prépare la jeune recrue policière aux difficultés d'exercice du métier de policier. Une étude de Herbert, Duguay et Massicotte (2003) affirme que les policiers font partie des groupes de travailleurs les plus exposés à des actes de violences au travail. Carlier, 1999 ; Loo, 1986 ; Mc Sally et Solomon, 1998, révèlent que les actes de violences au travail et les événements traumatiques peuvent entraîner l'anxiété et les affections psychotraumatiques. En effet, ils font face au quotidien et dans le cadre des missions de rétablissement de la paix aux actes, situations et événements qui suscitent diverses émotions désagréables (colère peur, anxiété tristesse...). Ces événements et situations et violences se

caractérisent aussi par leur imprévisibilité, leur soudaineté, des menaces et danger quant à leur intégrité physique ou par le contact avec la mort ; fusillades, scènes d'attentats, d'accidents, d'homicides. Lorsque ces événements font une infraction dans le psychisme elles sont susceptibles d'occasionner des blessures psychiques dans le sens de « trauma ». Le policier devant ces situations ne reste pas passif sur le plan psychique, il essaye de faire face (to cope) pour apporter des réponses, et réactions pour maîtriser, réduire ou simplement de tolérer la situation aversive. Mais Leriol (2014) observe que ce coping des policiers est plus tournés vers la coopération et la gestion en amont et entre soi, au sein de l'équipage ou de la brigade, des difficultés auxquelles ils font face. Ce qui conforte ici la position de l'étude menée par Bruchon-SWEITZER et Al., 1996; Cousson et Al.1996) qui constatent que sur 17 études La recherche du soutien social est présente dans les de ces études. Ce point de vue qui semble discutable dans la mesure où on observe avec Main et Al (2007) que hors de leur cadre professionnel, les Fonctionnaires de Police victimes de psychotraumatismes continuent de présenter des éléments probants d'affections psychotraumatiques. D'autres auteurs proposent deux fonctions principales du coping. Pour Lazaus et Folkman,1984; Lazarus et Launier, 1978 « Il peut permettre de modifier le problème qui est à l'origine du stress, il peut permettre d'améliorer les réponses émotionnelles associées à ce problème » cette approche permettra de scinder deux types de coping : « le coping centré sur le problème » ou « centrage sur le problème » et le « coping centré sur les émotions » ou centré sur les émotions » ou « centrage sur les émotions. A la genèse de cette différenciation, la volonté de comparer l'efficacité d'un type de coping par rapport à un autre.

Des études comme celles de Schimidt, 1998; Mikulincer et Solomon, 1989; cités par Paulhan, 1992. Holahan et Moos, 1986; Bomger, 1990; Felton et Revenson, 1984; cités par Bruchon-Schweitzer, 2001), montrent une prévalence du « centrage sur le problème » alors d'autres, sur des situations incontrôlables montrent le bien fondé d'un coping centré sur les émotions en montrant la pertinence des affects positifs dans l'évitement d'un épuisement émotionnel dans le cadre d'un stress sévère et prolongé. On peut citer ici Aldwin, 1991; Carvel et Al, 1989;Conway et Terry, 1992;Folman et Moscovitz (2000), cité par Lazarus (2000). En accord avec Borteyrou et Al.(2009) sur l'effet protecteur de la relativisation face au stress sur une étude sur le personnel travaillant en oncologie, on observe des approches similaires sur la relativisation policière comme stratégie de coping en accrochage à la non responsabilité individuelle sur la mission reçu.

En fait, comme tentative d'accrochage au sceau de l'état, les policiers se déresponsabilisent des effets violents qu'ils occasionnent à autrui en les attribuant à l'Etat.

1-2-2-Formulation du problème

Le problème qui se pose et devant être analysé tout au long de ce travail est celui de la discordance entre les capacités de mentalisation du Fonctionnaire de Police supposées acquises au cours de la formation policière et le coping des facteurs traumatiques dans son vécu. En effet, il y'a un écart observable entre le Fonctionnaire de Police préparé au coping des facteurs traumatiques de son métier et la difficulté de mentalisation devant des évènements traumatiques dans la réalité. Pour Main et Al (2007), l'Etat de Stress Post Traumatique (ESPT) Chez les Fonctionnaires de Police se trouve associé à un plus grand nombre de divorce, à davantage de consultations médicales, à une perception plus négative de l'état de santé physique et aux idéations suicidaires. Aussi, observe-t-on chez ces policiers des réactions disproportionnées, inappropriées, des prises de risques démesurées ou une tendance devenir improductif quand ils ne s'attirent pas simplement des ennemis parmi ses collègues. Ces difficultés mettent en danger le fonctionnaire lui-même, ses collègues et celle des populations Carlier, (1999). Dès lors la nécessité de réintégration peut être discutable dès lors que le coping sur le plan fonctionnel ne résout pas le problème.

1.3 QUESTIONS DE RECHERCHE

Elles regorgent deux types de questions dont une question principale et des questions spécifiques de recherche.

1.3.1. Question principale de recherche :

La préoccupation de notre recherche sur le coping des psychotraumatismes chez les fonctionnaires de police découle de l'interrogation sur les processus intervenant au préalable sur la prise en compte individuelle de la présence d'un trouble psychique. C'est dans ce sens que les processus de mentalisation se posent comme un préalable au coping. C'est à la suite de ce raisonnement que nous avons formulé la question de recherche suivante « Quelle relation existe-t-il entre les processus de mentalisation et le coping des traumatismes psychiques chez les fonctionnaires de police ? »

1.3.2. Questions spécifiques

Question spécifique N° 1 : Quelle relation existe-t-il entre les rapports psychisme, sentiment social et le coping des traumatismes psychiques chez les fonctionnaires de police?

Question spécifique N° 2 : Quelle relation existe-t-il entre le travail de dédramatisation de relations conflictuelles et le coping des traumatismes psychiques chez les fonctionnaires de police ?

Question spécifique N°3 : Quelle relation existe-t-il entre les processus de renforcement du Moi et le coping des traumatismes psychiques chez les fonctionnaires de police?

1.4 HYPOTHESES DE RECHERCHE

La science n'a rien à faire avec des faits sans liens, les faits quant à eux ne sont rien du point de vue scientifique sans hypothèses qui suggèrent leur relation. Selon Laramée Alain et Vallée Bernard, « l'hypothèse est une présomption, c'est la réponse présumée à la question de recherche dont on ne sait pas encore si elle est fondée ou contestable, mais au sujet de laquelle on croit que les faits pourront établir soit la vraisemblance, soit l'incertitude ». Pour Grawitz et Pinto, l'hypothèse est une réponse à la question posée. A la lumière de ce qui précède, nous formulons notre hypothèse de la manière suivante :

1.4.1 Hypothèse générale de recherche

Les processus de mentalisation ont une incidence sur le coping psychotraumatiques chez les fonctionnaires de police.

1.4.2. Hypothèse secondaire

Nous avons trois hypothèses de recherche dont :

HR1 : les rapports psychisme, sentiment social ont une incidence sur le coping des traumatismes psychiques chez les fonctionnaires de police.

HR2 : le travail de dédramatisation de relations conflictuelles à une incidence sur le coping des traumatismes psychiques chez les fonctionnaires de police.

HR3 : les processus de renforcement du Moi ont une incidence sur le coping des traumatismes psychiques chez les fonctionnaires de police.

1.5 OBJECTIF GENERAL DE RECHERCHE

Appréhender l'incidence des processus de mentalisation sur le coping psychotraumatiques chez les fonctionnaires de police.

1.5.1 Objectif spécifique N° 1 Appréhender l'incidence des rapports psychisme, sentiment social sur le coping des traumatismes psychiques chez les fonctionnaires de police

1.5.2 Objectif spécifique N°2 Appréhender l'incidence du travail de dédramatisation de relations conflictuelles sur le coping des traumatismes psychiques chez les fonctionnaires de police.

1.5.3 Objectif spécifique N° 3 Appréhender l'incidence des processus de renforcement du Moi sur le coping des traumatismes psychiques chez les fonctionnaires de police.

1.5.4 Tableau synoptique récapitulant les variables modalités, indicateurs, indices

Question de Recherche	Hypothèse Générale	Variables	Modalités	Indicateurs	Indices
Quelle relation existe-t-il entre le processus de mentalisation et le coping des psychotraumatisés chez les fonctionnaires de police	Les processus de mentalisation ont une incidence sur le coping psychotraumatisés.	Variable indépendante : Processus de mentalisation	<p>-1 Rapports entre le psychisme et le sentiment social (Perspective Aldérienne)</p> <p>2-Travail de dédramatisation de relations conflictuelles.</p> <p>3- Processus de renforcement de Moi</p>	<p>➤ Le travail psychologique fait pour établir et maintenir un sentiment social non aliéné</p> <p>Réduction des champs conflictuels possibles engageant le sujet dans ses relations aux objets.</p> <p>Réductions des champs conflictuels possibles engageant le sujet dans ses relations aux objets.</p>	<p>➤ Attitudes relatives au vécu communautaire</p> <p>➤ Sentiments d'agressivité en rapport avec le vécu communautaire</p> <p>➤ Sentiments dépressifs et polarités dépressives vis-à-vis de l'autre</p> <p>➤ Sentiments de fuite et évitement de l'autre</p> <p>➤ La gestion de la qualité et du désir à l'autre</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ polarités dépressives en rapport avec la sexualité ▪ polarités dépressives en rapport la socialité au travail ▪ polarités dépressives en rapport avec le vécu du corps propres ▪ polarités dépressives en rapport avec les liens familiaux (famille d'origine) • polarités dépressives en rapport avec les liens sociaux non familiaux (non famille d'origine) ▪ Mise à l'écart de l'angoisse ▪ Accrochage aux facteurs symboliques ▪ rejet des conduites régressives.

		Variables dépendante : Coping du Psychotraumatisme	1- ajustement comportemental vis-à-vis de soi 2-ajustement comportementaux en famille 3- ajustement comportementaux à l'autre non familial	Attitudes vis-à-vis de soi Qualité de la relation aux autres membres de la famille(relations aux parents, à la phratrie, à la famille élargie) Qualité des relations à l'autrui non familial (vécus sociaux, en situation professionnelles)	Agressivité vis-à-vis de soi -l'acceptation de soi -la restructuration de soi -Polarités agressives vis-à-vis de la famille -polarité dépressives vis-à-vis de la famille -sentiments d'acceptation/rejet de la famille -la gestion des besoins de dépendance et de soutien familial -gestion de l'égotisme en situation familiale -Polarités agressives à autrui non familial, -Polarités dépressives à ,l'autrui non familial, -sentimentalités d'acceptation/rejet de l'autrui non familial. -la gestion des besoins de dépendance et de soutien de l'autrui non familial -la gestion des besoins de dépendance et de soutien de l'autrui non familial -la gestion de l'égotisme en situation non familiale.
--	--	--	--	---	--

1.6. INTÉRÊT ET PERTINENCE DE L'ÉTUDE

1.6.1 Intérêt de l'étude

La recherche des stratégies et moyens visant la gestion du personnel de la police de retour du front

1.6.1.1 Sur le plan scientifique

Notre étude apportera une contribution significative à l'avancement des connaissances sur les mécanismes d'ajustement comportementale dans un groupe, celui du Policier camerounais des Unités d'Intervention.

Cette recherche permettra aussi à la science de bénéficier d'un sujet nouveau qui est l'apport de la police camerounaise sur le coping des psychotraumatismes en générale et des spécificités camerounaises en particulier.

1.6.1.2 Sur le plan social

Cette recherche permettra à la haute hiérarchie de la Sûreté Nationale d'intégrer dans son corpus thérapeutique, la prise en charge psychologique des Fonctionnaires de Police du retour du front et leur meilleure réinsertion sociale.

1.6.1.3 Sur le plan Psychologique

Cette recherche permettra d'inhiber les comportements violents

1.6.1.4 Sur le plan économique

Cette étude nous permettra non seulement de proposer des solutions au gouvernement en vue d'éviter des dérapages relatifs aux traumatismes des policiers, mais également d'éviter la mise en réforme ou la non mise en réforme des personnels saints sur le plan somatique ou malade sur le plan psychologique étant donné que la mise en commission de réforme n'a souvent concerné que les cas de démences en écartant des affections sévères de la santé mentale. L'incidence de la mise en réforme est la dépense qui affecte sur le plan économique le budget de la Sûreté Nationale.

1.6.2 Pertinence de l'étude

Le thème de notre mémoire intitulé « coping de l'anxiété et des affectations psychotraumatiques chez les fonctionnaires de police de retour du conflit séparatistes du Nord-Ouest et du Sud-Ouest ; étude de cas » est fort indicateur et prometteur d'un avenir plutôt serein dans le corps de la police Camerounaise.

1.7. DÉLIMITATION DE L'ÉTUDE

1.7.1 Délimitation spatial

Normalement tout travail est limité dans le temps, dans l'espace et dans le domaine. Parlant du domaine, notre sujet se limitera sur

1.7.2 Délimitation temporel

En ce qui concerne la délimitation de l'étude dans le temps, elle portera sur une période de 1 an de 2020 à 2021.

Nous avons débuté notre recherche en 2020 dans la préparation à l'obtention du diplôme de Master II en psychopathologie et clinique.

CHAPITRE 2 : REVUE DE LITTÉRATURE

La revue de la littérature plus précisément appelée revue de la documentation scientifique consiste à « consulter des livres, des revues spécialisées et des actes de colloques scientifiques traitant du thème abordé dans le projet de recherche » (Nkoum, 2015, p.46). Nous avons effectué ces différentes consultations recommandées sur le coping du vécu traumatique dans les Unités d'Intervention (Police, Sapeurs-Pompiers et Urgentistes) au parcours du combattant. Il nous revient donc dans ce chapitre de présenter de fond en comble ces différents états des lieux.

2.1. ETAT DES LIEUX DU TRAUMATISME

Avant d'aborder le thème central de cette recherche qui est le coping du psycho traumatisme, il nous revient d'abord dans cette section de parler du traumatisme dont le processus de mentalisation favoriserait le coping.

2.1.1. L'Anxiété

Le DSM-IV TR (APA, 2003) définit l'anxiété ou le Troubles anxieux L'Anxiété généralisée (Trouble) est caractérisée par une période d'au moins six mois d'anxiété et de soucis persistants et excessifs. Le Trouble anxieux dû à une affection médicale générale est caractérisé par des symptômes anxieux au premier plan qui sont considérés comme la conséquence physiologique directe (l'une affection médicale générale. Le Trouble anxieux induit par une substance est caractérisé par des symptômes anxieux au premier plan qui sont considérés comme la conséquence physiologique directe de l'exposition à une substance donnant lieu à abus, un médicament ou une substance toxique. Le Trouble anxieux non spécifié permet de coter des troubles avec anxiété ou évitement phobique prononcés qui ne remplissent les critères d'aucun des Troubles anxieux spécifiques définis dans ce chapitre (ou des symptômes anxieux vis-à-vis desquels il existe des information sin adéquates ou contradictoires). Dans la mesure où le Trouble : Anxiété (le séparation (caractérisé par une anxiété liée à la séparation des figures parentales) se développe habituellement dans l'enfance,

Il est inclus dans le chapitre des « Troubles habituellement diagnostiqués pendant l'enfance ou l'adolescence » (voir p. 141).

2.1.2. Le coping

De l'anglais *to cope* c'est-à-dire faire face, le coping est utilisé en psychologie pour décrire tous les processus qui sont mis en place par l'inconscient afin de faire face à un traumatisme et de continuer à suivre le cours de sa vie normale.

Le coping est une stratégie d'adaptation représentant l'ensemble des actions qu'un individu ou un groupe mettent en œuvre afin de résoudre les problèmes auxquels ils sont confrontés. En effet, selon Willey (2001) cité par Brennam (2001), le coping combine la théorie de l'adaptation et la théorie socio-cognitive et propose un modèle d'ajustement et de transition.

Un bon coping doit aussi s'intéresser à la cause profonde des affections psychotraumatiques. À certains moments, il y a des événements du passé qui conduisent à l'anxiété. La psychothérapie psychanalytique vise à identifier un seul événement traumatisant et prend des mesures pour le guérir. Toutefois, ce traitement est souvent assez long et paraît pour plusieurs peu efficace pour les phobies (Davey, 2007). Dans son approche définitionnelle la plus éloignée élaboré par Lazarus et Launier (1978), le coping désigne l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'évènement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique. Dans son approche théorique actuelle mise en évidence par Lazarus et Folkman (1984), il est défini comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu » Cette riposte, désigné sous le nom « *coping strategy* » par les Anglo-Saxons et connue dans la littérature française sous le terme « stratégies d'ajustement ». Bruchon-Schweitzer (2001) qui cite pour Lazarus et ses collègues (Lazarus et Folkman, 1984; Lazarus et Launier, 1978) rappelle que le coping, a deux fonctions principales : « il permet de modifier le problème qui est à l'origine du stress, il peut permettre de réguler les réponses émotionnelles associées à ce problème » cette suite permet d'observer deux sortes de coping : un coping centré sur le problème et un coping privilégiant la régulation de la réponse émotionnelle dit coping centré sur les émotions. Cependant Dantzer (1989), pense sur une expérience sur des rats que le critère essentiel du coping est la survie. Or vu de cette manière, une confusion sémantique peut naître entre le coping et l'adaptation. Selon Lazarus et Folkman, (1984a, pp283-284), l'adaptation est un concept plus large que le coping. En effet, il inclut tous les modes de réactions des organismes vivants interagissant avec les conditions changeantes de

l'environnement (soit chez l'homme, la perception, l'émotion, la motivation, l'apprentissage etc...). Des confusions pourraient donc dans ce sens questionner ce que sont les mécanismes de défenses ? Selon des clarifications issues de HANN, (1997), un mécanisme de défense est rigide, inconscient, indifférencié, irrésistible, lié à des conflits intrapsychiques et à des événements de vie anciens, il distord généralement la réalité. Sa fonction est de maintenir l'angoisse à un niveau tolérable. Pour Vaillant (1977), le coping s'est apparenté au modèle de la *psychologie du Moi* proche aux *défenses du Moi* constituant un ensemble d'opérations cognitives inconscientes dont la finalité est de diminuer ou supprimer tout ce qui peut susciter le développement de l'angoisse. Vaillant (op. cit) énonce divers processus cognitifs destinés à diminuer l'anxiété induite par un événement : Il s'agit : du déni, de l'isolation et de l'intellectualisation. Cependant, Revedi, 1986 pense à ce sujet que l'essentiel du coping réussi concerne la qualité du devenir psychologique. Ainsi des recherches menées en France sur des patients hospitalisés évoquaient le rôle des mécanismes de défenses dans l'adaptation à la maladie. Des attitudes comme le déni, l'isolation ou un esprit combatif protégeraient mieux le patient de l'anxiété qu'une tendance à une projection au stoïcisme- fataliste ou à l'agressivité –colère. Ces modèles bien qu'ayant contribué à la compréhension des réactions de l'individu en face d'une situation stressante ont cependant montré des limites. En effet, le coping ici est plus envisagé comme un modèle défensif centré sur l'équilibre émotionnel que d'avantage sur la réduction de la tension alors qu'il devrait intervenir sur la résolution du problème créé par l'évènement. Cette écart amène Cohen et Lazarus, 1979 ; Folkman et Lazarus , 1986 , cité par Paulhan (1992) a affirmé que « *le coping nécessite d'inclure à la fois les fonctions émotionnelles et de résolution de problème, c'est-à-dire des stratégies conscientes et inconscientes que l'individu met en place pour s'ajuster à un événement qu'il perçoit comme menaçante* ». Certaines autres considérations découlant de la théorie des défenses ont lié les mécanismes de coping à un trait de personnalité. Ainsi Byrne, 1961 cité par Paulhan pense que certaines caractéristiques de la personnalité telles que la répression- sensibilité le fatalisme (Wheaton, 1983) ou l'endurance Kobasa, Madi et Al. 1982 prédisposaient l'individu à faire face au stress d'une certaine façon. Mais cette hypothèse n'a pu être validée du fait qu'un individu n'a pas un comportement stéréotypé. Des études montrent à ce sujet que les traits de personnalité sont de faibles prédicteurs des stratégies de coping. Le patient en face d'un événement doit faire face en tout temps à plusieurs variables. Pour le cas d'une maladie physique par exemple, il doit affronter plus d'une source de stress telles : douleurs, invalidité, conditions d'hospitalisations, préserver un équilibre émotionnel et une image de soi satisfaisante, tout en veillant à ses ressources financières et à une attitude non aliénée avec sa

famille, phratrie et autrui non familial. Ces variables influent sur la qualité du coping et ne pourraient les mêmes pour un patient en situation d'ajustement psychologique. Ainsi, de manière préférentielle, un même individu peut mettre en place des stratégies cognitives de coping destinées à réduire la tension et d'autres des stratégies comportementales au cas où un effort peut amener un changement de la situation. Lazarus et Folkman (up.cit) admettent donc que les traits de personnalités à eux seuls sont insuffisants pour prédire la manière dont un individu fait face à un évènement. La pole individuelle n'est donc pas à prendre uniquement en compte mais la personne en inter action avec son environnement changeant.

Pour Lazarus et Folkman (1984) la théorie cognitive rend compte de la transaction stress et coping. En effet, dans cette approche transactionnelle, le stress est la résultante d'une inadéquation entre les exigences externes et internes d'un individu avec ses ressources de telle sorte que la supériorité des exigences face aux ressources créés une tension se traduisant par un état de stress. Ils affirment dans ce sens que le stress ne résulte ni dans l'évènement ni dans l'individu mais dans une « *transaction entre l'individu et l'environnement* ». Comprendre la logique de mise en place du coping dans le cas du stress commande au préalable de s'approprier les trois filtres principaux identifiés par lesquels passent les stressseurs :

- La perception du stressseur est influencée par des expériences similaires, le soutien et la religion.
- Les mécanismes de défense de moi (déli, répression, évitement etc.) qui agissent inconsciemment ;
- Les efforts conscients : mise en place des plans d'action, recours à diverses techniques (relaxation, exercice physique, médication etc).

Pour Paulhan (1992), les filtres agissent donc comme des « *médiateurs* » de la relation évènement stressant et situation émotionnelle. Cependant une équivoque et non des moindres est à relever autour de la médiation et de la modération. En effet, « *la modération intervient dans les facteurs antérieurs (trait de personnalité) qui interagissent avec les variables environnementales pour produire une réaction émotionnelle* » Par contre, « *le médiateur est généré par une situation qui modifie la relation initiale entre la valeur initiale et la réaction émotionnelle, celle-ci pouvant être atténuée ou amplifiée* ». Le coping procède donc avant tout de l'évaluation du potentiel stressant et les ressources mobilisables Lazarus et Folkman, (1988). Dans cet ordre d'idée, a en présence de chaque évènement. Cet amalgame sur la spécificité des réponses en réactions a amené d'autres considérations sur le coping.

2.1.3. Mentalisation

Faisant une extension sur la théorie de l'attachement de Bowlby (1978) qui postule que le « lien de l'enfant à sa mère est le produit de l'activité d'un certain nombre de systèmes comportementaux qui ont pour résultat prévisible la proximité de l'enfant à sa mère », Peter Fonagy et Antony Bateman ont inventé le terme « mentalisation » qui comme le système d'attachement aura une fonction de protecteur à l'égard des prédateurs du psychisme. Comme le but premier de l'attachement est de réguler la sécurité de la survie de l'enfant, dans une perspective évolutionniste de l'adaptation, la mentalisation pour ces chercheurs fait référence à la capacité de réfléchir et de comprendre son état d'esprit, à avoir un aperçu de ce qu'on ressent et pourquoi. Elle est donc supposée être une habilité d'adaptation importante qui est nécessaire pour la régulation émotionnelle efficace. Le défaut de cette régulation émotionnelle fait partie de l'une des caractéristiques des troubles de la personnalité. Fonagy et Bateman (2011) indique que la capacité à mentaliser est intimement lié au style d'attachement. Les commentaires des enfants sur l'expérience vécue et la compréhension de l'expérience des tuteurs fournissent un modèle utile pour les enfants. Cette modélisation conduit les enfants à prêter attention et à comprendre leurs propres états d'esprit. Bien plus, la capacité de mentalisation ne permet aux enfants de développer un sentiment d'identité ou concept de soi propre. Cet acquis améliore ainsi leur propre compréhension de leurs sentiments et motivations et ceux des autres qui se traduisent par une conscience sociale et situationnelle. Toute chose qui aide l'enfant à apprendre à s'adapter de manière flexible à différentes situations. Dans cette vision, la mentalisation est donc une condition préalable aux compétences sociales, à l'auto-apaisement à l'empathie et à d'autres facettes de l'intelligence émotionnelle et de maturité socio-émotionnelle. Antony et Bateman (op-cit) postulent donc que cette capacité à mentaliser, si elle est compromise chez certaines personnes entraînent des troubles de la personnalité.

La capacité de mentaliser est considérée comme une compétence importante et nécessaire à maîtriser pour faire face à des émotions intenses, les auteurs (op-cit) dans leurs explications de l'importance de la mentalisation ajoutent que celle-ci nous apporte la capacité à comprendre ce qu'on ressent et pourquoi on le ressent et fournit les informations nécessaires pour réguler ou simplement tolérer les sentiments intenses. En effet, si l'on a la compréhension de ce qu'on veut faire et pourquoi on veut le faire (motivation) l'on est en mesure de ralentir la progression d'une envie impulsive, de faire quelque chose qui est contraire à mon ultime objectif. L'incapacité de mentalisation expliquerait donc les difficultés rencontrées par des personnes atteintes de trouble de la personnalité limite notamment : l'impulsivité, le sentiment

d'identité fragmentée et incohérent et une mauvaise régulation des émotions intenses. La thérapie basée sur les troubles de mentalisation a à ce moment constitué un enjeu clinique important pour Fonagy et Bateman.

Dans le sens des difficultés de mentalisation en clinique, Stéphane Roy, psychothérapeute observe une symptomatologie régulière :

- Dissociation entre les polarités affective et cognitive (TP narcissique, antisocial, pervers) ;
- Inhibition et désinhibition d'un pôle (TP narcissique, TPL, Histrionique) ;
- Désactivation d'un pôle au détriment d'un autre ;
- Hypermentalisation (Cognitive –TPL, « PSY). En effet, dans sa définition de la mentalisation, Il l'entend comme la capacité de percevoir et d'interpréter un comportement comme étant lié à des états mentaux. Elle se base sur le postulat que l'état mental influence le corps humain et nécessite de ces faits une analyse
- .soigneuses des comportements passés et des expériences auxquelles l'individu s'est trouvé confronté. Pour lui la mentalisation est une activité imaginaire qui dépend des processus cognitifs complexes mais majoritairement préconsciente.

C'est dans ce sens que Aldert () précise que la mentalisation est un processus qui se construit au travers les Processus de la pensée : les représentations, les pensées, l'imaginaire et la symbolisation, les Affects dont l'anxiété et l'angoisse, le corps propre. La mentalisation doit être comprise comme un processus qui s'intéressent aux interactions complexes entre le psychisme et le somatique.

- Notre approche de la mentalisation nous rapproche d'une perspective adlérienne, celle de l'épanouissement du sujet en liaison avec le développement de son « sentiment de la communauté » aussi appelé par Alfred Adler « sentiment social ».

Dans cette approche Alder pense qu'il y'a des dimensions impliquées dans le processus de mentalisation. Ainsi, dans les processus de la pensée, il met un accent particulier sur les représentations.

Ainsi le contenu d'une pensée, ce que représente la pensée, le contenu psychique qui est à la place et qui représente le phénomène est ce qu'on qualifie de représentation. Elle va ainsi se distinguer de l'affect qui elle-même est la création et l'utilisation d'une image stable en lieu et place de la chose elle-même. En somme la représentation est donc une trace mnésique plus ou moins investie affectivement. La représentation permet une maîtrise du monde en permettant

de manipuler les objets internes toujours à la disposition ou de différer la satisfaction par l'introduction de l'attente, de la temporalisation. L'éducation va jouer de ce fait le rôle de facilitateur de cette mentalisation. Ainsi, pour accéder à la conscience, la représentation doit rappeler le signifié de l'objet vécu comme extérieur à la conscience du sujet qui peut dès lors le reconnaître une valeur manipulatoire.

- La pensée : étroitement relié à la représentation, elle est spéciale par son origine qui est l'acte dont elle constitue le substitut. Elle a un double rôle de régulation intrapsychique et de d'adaptation au réel. Freud (1905) maintient une relation de fait entre la pensée et la libido et pense que la pensée est alimentée par une libido désexualisée et sublimée. Elle s'exerce toujours avec une prime de plaisir dans ses deux dimensions fondamentales que sont la symbolisation et l'imaginaire.
- L'Imaginaire : pour Porot et Doron (1991), l'imaginaire « est le domaine de l'imagination créatrice qui compose des représentations sensibles différents des objets réels ou des situations vécues : rêves, mythes, œuvres plastiques » elle tient de l'aptitude humaine de se représenter les choses, à les imaginer soit comme elles sont, soit comme le sujet aimerait qu'elles soient. Pour Porot et Doron, l'imaginaire participe donc au vécu « normaux » et pathologiques du sujet, à son style de créativité artistique ou non, à la formulation des systèmes thérapeutiques.
- La Symbolisation. La force du symbole va avec le pouvoir d'évocation et d'invocation qui lui sont reconnus. Le symbole est donc en même temps un support d'expression qu'un moyen de manipulation de la réalité et d'autrui. L'intégration des symboles dès l'enfance permet ainsi au sujet de faire face aux difficultés que la vie lui réserve, d'en faire sens pour les intégrer.

(Théorie Cognitivo-Comportementale des troubles de la personnalité)

Cette théorie vient modifier la perception anamnétique d'un problème pour promouvoir sa prise en compte dans l'immédiateté. Les premières théories ont focalisé l'explication des organisations mentales et des représentations censées créer le comportement dysfonctionnel. Ces théories reposaient sur l'hypothèse qu'il est nécessaire de savoir pourquoi quelque chose fonctionne comme elle le fait afin de changer ou de réparer voire corriger. Les Cognitivo-Comportementalistes ont adopté une approche plus pragmatique en expliquant qu'il n'est pas toujours nécessaire de savoir pourquoi quelque chose fonctionne comme il le fait afin de le changer ou de corriger.

2.1.4. La police

D'après Yam.-Kell (1970) la police est l'ensemble d'organes et d'institutions de la force publique, chargés d'assurer le maintien de l'ordre public en empêchant que des infractions soient commises et en recherchant, constatant et permettant de réprimer les infractions commises.

Selon le petit robert, ce terme renvoi à l'ensemble d'organes et d'institutions assurant le maintien et le rétablissement de l'ordre public (*police administrative*) et permettant de réprimer les infractions (*police judiciaire*).

Dans le contexte Camerounais nous pouvons retenir ceci : Après un Arrêté du Haut-Commissaire du Cameroun, les premiers Services de Police de notre pays ont vu le jour en 1925, avec la création du Commissariat de Douala.

Par la suite, le Haut-Commissariat de la République Française a signé le 1^{er} Juin 1946, un Arrêté "***portant réorganisation de la Sûreté Nationale dans les territoires du Cameroun***". ***Le 31 Août de la même année, un autre Arrêté "portant transformation du Corps de la Police indigène..., en Corps de Gardiens de la Paix et de la Sécurité Publique" est signé.*** Ce dernier texte constitue l'acte de naissance de notre Police en uniforme.

C'est en 1947 que survient la création de la Direction de la Sûreté, couplée avec l'organisation d'un service spécialisé.

Il convient de préciser qu'avant 1959, la Police Camerounaise était divisée en deux principales entités, celle du Cameroun Occidental dénommée "***West Cameroon Police Force***", avec pour quartier général Buea et celle du Cameroun Oriental basée à Yaoundé. La "***West Cameroon Police Force***" était calquée sur le modèle Britannique.

C'est avec la nomination de **Jean Marie EVINA EDJO'O** comme Directeur de la Sécurité que les deux Polices vont fusionner, ceci bien avant le Référendum du 11 Février 1961. C'est ainsi que de 1959 à 1969, on connaîtra une période transitoire au cours de laquelle les polices des deux Etats fédérés étaient dirigées par le Premier Ministre ou le Ministre de l'Intérieur.

Le **03 Mai 1969**, un Décret Présidentiel portant création de **la Délégation Générale à la Sûreté Nationale** réorganisera les forces de Police avec comme premier Chef de Corps **Paul PONDI**. Toutefois, il faut relever qu'il existe à cette période, une Police en tenue chargée du Maintien de l'Ordre et, celle en civil œuvrant en matière de Police Judiciaire et de Renseignements. Ces deux branches vont fusionner en 1979.

De 1984 à 1989 et de 1991 à 1996, la **Délégation Générale à la Sûreté Nationale** sera transformée en **Secrétariat d'Etat à la Sécurité Intérieure** dirigé respectivement par Messieurs **Denis EKANI** et **Jean FOCHIVE**.

C'est le **Décret n°96/034 du 1^{er} Mars 1996** portant « **création de la Délégation Générale à la Sûreté Nationale** » et signé du Président de la République, **Son Excellence Paul BIYA**, qui lui confère sa dernière appellation.

Depuis le **30 août 2010**, elle a à sa tête, **Martin MBARGA NGUELE** qui, il faut le mentionner, est à son deuxième passage comme Délégué Général à la Sûreté Nationale après celui du **22 août 1983 au 04 août 1984**.

Malgré toutes ces multiples mutations dans la forme, le fond est toujours resté le même, les missions également. Notamment, la protection des institutions et la sécurisation des personnes et de leurs biens.

DELEGUES GENERAUX SUCCESSIFS

- **Paul Thomas PONDI** Commissaire Divisionnaire (1962-1972)
- **Samuel ENAM MBA'A** Administrateur Civil (1972-1976)
- **Samuel NGBWA** Administrateur Civil (1972-1983)
- **Martin MBARGA NGUELE** Commissaire Divisionnaire (1983-1984)
- **Denis EKANI** Administrateur Civil (1984-1989)
- **Gilbert ANDZE TSOUNGUI** Administrateur Civil (1989-1990)
- **Jean François N'NANG** Administrateur Civil (1990-1991)
- **Jean FOCHIVE** Commissaire Divisionnaire (1991-1996)
- **Luc LOE** Administrateur Civil (1996-1997)
- **BELL luc Réne** Administrateur Civil (1997-2000)
- **Pierre MINLO MEDZO** Commissaire Divisionnaire (2000-2004)
- **Edgar Alain MEBE NGO'O** Administrateur Civil (2004-2009)
- **Emmanuel EDOU** Administrateur Civil (2009-2010)
- **Martin MBARGA NGUELE** Commissaire Divisionnaire (2010-.....)

2.1.5. Fonctionnaire

D'après Réau-Rond (1951) le fonctionnaire est un agent de l'État ou d'une autre personne morale de droit public, nommé dans un emploi permanent et titularisé dans un grade de la hiérarchie des cadres d'une administration. En d'autre terme, un fonctionnaire est une

personne employée par un organisme public dans un emploi permanent. Il est titularisé à son poste dans un grade de la hiérarchie administrative.

2.2. ETAT DES LIEUX SUR LE TRAUMATISME PSYCHIQUE

Dans cette partie de la revue de littérature consacrée au traumatisme psychique, nous commencerons par présenter l'historique de la notion de traumatisme et son approche conceptuelle. Ensuite, nous parlerons de l'évènement traumatique, des types de psychotraumatismes, les phases du psychotraumatisme, les troubles liés au traumatisme psychique selon la classification du DSM IV et enfin les facteurs intervenant dans le vécu traumatique.

2.2.1. Approche conceptuelle du traumatisme

Étymologiquement le concept « traumatique » vient du grec tardif « traumatikos » qui veut dire « qui concerne les blessures, bon pour les blessures ». Mais « traumatikos » est aussi dérivé de «traumatos» qui signifie blessure, une affection dans l'organisme et au figuré, dommage ou désastre (Marty, 2001, p.11).

Avec les premières définitions de Freud (1920), le trauma constituait un choc violent, affectant le sujet qui ne s'y attendait pas, et s'accompagnant d'effroi. Par la suite, Laplanche et Pontalis (1978) se sont inspirés des définitions de Freud et ont considéré que le traumatisme psychique était un « événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre de manière adéquate, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique». Ils complétèrent cette définition en ajoutant que le traumatisme se caractérise « par un afflux d'excitations qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité à maintenir et à élaborer psychiquement ces excitations. » (p.874).

Quant aux psychiatres de l'école française, tels Barrois (1988), Crocq (1999) et Lebigot (2001), ils introduisirent au coeur de la définition du trauma, la question du sens d'une rencontre non manquée avec le réel de la mort, mais aussi ce qui en résulte, soit le bouleversement profond de l'être dans ses rapports au monde et avec lui-même (Crocq, 1999). Ainsi, l'expérience traumatique selon Louis Crocq (1999), constitue une pathologie de l'effroi, où le trauma n'apparaît pas juste comme une effraction psychique, mais aussi comme une négation de tout ce qui était valeurs et sens, « il est surtout aperception du néant mystérieux et redouté ». Il

définit le traumatisme psychique tel qu'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 » (Crocq, 1999, p.56). D'autre part, Lebigot (2001) le traumatisme psychique est « une souffrance venant de l'intérieur de l'appareil psychique dans lequel a pénétré et s'est incrustée une image de néantisation qui est destinée à demeurer là longtemps voire toute la vie du sujet » (p.11). Pour illustrer ses propos, Lebigot (2001) compare l'appareil psychique normal à une vésicule constituée d'une membrane protectrice qui repousse les énergies en excès venant de l'extérieur. Lorsqu'il y a traumatisme psychique, on observe un afflux d'excitations violentes qui aboutissent à une effraction de la membrane de protection puis à un envahissement de l'appareil psychique.

Pour ce qui est des psychiatres américains (Association Psychiatrique Américaine, 2000), ils mettent quant à eux l'accent sur le stress qui découle de l'événement traumatique. Ainsi, ils le caractérisent comme l'expérience d'un individu qui a « vécu ou été témoin ou été confronté à un ou des événements, durant lesquels des individus ont pu mourir ou être gravement blessés ou bien été menacés de mort ou de graves blessures ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée » (critère A1 DSM-IVTR). La réaction du sujet doit avoir été marquée par certaines caractéristiques que sont « une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur » (critère A2 DSM-IV-TR).

Il ressort de ces différentes approches qu'actuellement, il n'existe pas de compréhension consensuelle sur le traumatisme psychique. Pour certains auteurs, le trauma est lié au concept de stress, pour d'autres, il est indissociable de la psyché. Néanmoins, tous s'accordent pour souligner l'importance de l'évènement qui est à l'origine : l'évènement traumatique.

2.2.1.1. Définition de l'évènement traumatique

Selon le Dictionnaire Larousse (2010), le mot "événement" vient du latin "Evenir" qui signifie "arriver", ce qui se produit, arrive ou apparaît. Or l'évènement, selon H. Souki, peut être qualifié d'heureux, de malheureux, d'inattendu, d'exceptionnel ou de commun. (2002. p33). Donc, il ne concerne pas uniquement les situations négatives de la vie mais touche également aux événements heureux tels que les réussites, les naissances...etc.

Pour ce qui est de la définition de l'évènement traumatique, le DSM-IV-TR (2003) souligne que dans ce cas précis, « le sujet a fait l'expérience d'un événement ou d'évènements

qui ont été accompagnés de la mort, d'un danger de mort ou de blessures graves ou encore d'une menace envers l'intégrité physique, pour lui-même ou d'autres personnes où le sujet ressent une peur intense, un sentiment de détresse ou d'horreur » (Crocq, 2000, p.17). De cette donnée nous relevons que l'événement traumatique réside dans la confrontation d'un sujet avec sa propre mort ou celle d'une autre personne, ce qui engendre un fort sentiment de détresse.

Quant au Dictionnaire de la psychanalyse, il définit le traumatisme comme « un événement inassimilable pour le sujet, généralement de nature sexuelle et tel qu'il peut paraître constituer une condition déterminante de la névrose.». (Chemama & Vandermersch, 1998, p.446). Comme nous le voyons cette définition diffère de la précédente car ici, l'événement traumatique a été spécifié pour ne pas dire limité aux événements de nature sexuelle. De même qu'elle ne précise pas exactement le type de névrose que va engendrer le traumatisme. Ce qui fait dire à Crocq (2003) que l'événement traumatique « est un événement susceptible par sa soudaineté et sa violence, de donner lieu au phénomène de trauma dans le psychisme du sujet qui le subit. On admet qu'il s'agit d'un événement exceptionnel, sortant de la routine quotidienne et menace la vie du sujet ou son intégrité physique ou mentale. Il est vécu avec terreur et prend le sens d'une rencontre manquée avec la mort. » (p.22).

Cette explication de Crocq (2003) semble être la plus plausible pour décrire l'événement traumatique puisqu'elle nous permet d'identifier certaines caractéristiques de l'événement traumatique, comme sa violence par exemple. Voyons à présent quelles sont ces caractéristiques liées à l'événement traumatique.

2.2.1.2. Caractéristiques de l'événement traumatique

D'une manière générale, l'événement traumatique est décrit par la plupart des auteurs comme étant un événement soudain, violent, qui agresse ou menace l'intégrité physique et mentale de l'individu (Lebigot, 2001). Cet événement peut être vécu directement par le sujet comme dans le cas des accidents de la circulation, des catastrophes naturelles ou des agressions...etc. Ou bien indirectement lorsque la personne a été témoin d'un accident d'une guerre ou bien encore lorsqu'il s'agit de la découverte de cadavres. Sinon, il peut être un événement qui a été vécu par autrui et rapporté au sujet, comme c'est le cas des accidents ou de blessures graves vécues par un membre de la famille ou par un ami proche, ou bien encore la perte soudaine et brutale d'un être cher. (Crocq, 2000).

L'événement traumatique pour Crocq (1999) présente certaines spécificités que sont les sentiments de frayeur, d'horreur, d'impuissance. Cette expérience se caractérise par son absence de secours lors de la confrontation brutale à la réalité de la mort. Il en résulte l'effroi, comme une incapacité à attribuer un sens à celle-ci. L'événement peut être aussi un événement unique, soudain et brutal, qui menace le sujet qui ne s'y attendait pas comme dans le cas des agressions et des viols. Ou bien il peut être prolongé et répétitif tels que la torture, les guerres, les sévices...etc.

De l'avis des psychotraumatologues humanistes, le trauma est un phénomène relatif dans la mesure où il ne dépend pas uniquement de la nature ou de la brutalité de l'événement mais aussi d'autres facteurs comme la personnalité du sujet traumatisé et même du type de psychotraumatismes (Breslau & Antony, 2007).

2.2.2. Types de psychotraumatismes

Selon Solomon et Heide (1999), il existe quatre types de psychotraumatismes. Les traumatismes de type I, de type II, de type III et de type IV.

2.2.2.1. Les traumatismes de type I

C'est à Terr (1991) que l'on doit la première catégorisation des traumatismes en deux types. Elle entend par traumatisme de type I un événement traumatique unique présentant un commencement net et une fin claire. Ce type de traumatisme est induit par un agent stressant aigu, non abusif.

Ce type de traumatisme peut survenir dans le cadre de n'importe quelle crise humanitaire. Les vols, par exemple, sont fréquents dans les conflits armés et sont motivés par le manque de biens de consommation. Le banditisme et la criminalité sont monnaie courante dans la foulée d'une catastrophe naturelle et résultent du chaos. Notons qu'un traumatisme de type I peut avoir des conséquences à long terme, elles-mêmes à l'origine d'une souffrance psychique, voire traumatique. Ainsi, une personne blessée lors d'une agression peut garder un handicap physique ; une famille déplacée pour cause de destruction de son logement dans un tremblement de terre peut souffrir des conditions de vie précaires dans un camp.

2.2.2.2. Les traumatismes de type II

Terr (1991) parle de traumatisme de type II lorsque l'événement s'est répété, lorsqu'il a été présent constamment ou qu'il a menacé de se reproduire à tout instant durant une longue période de temps. Il est induit par un agent stressant chronique ou abusif.

Tout traumatisme est, pour commencer, de type I. Les réactions présentées par les victimes sont identiques à celles faisant suite à un agent stressant de type I mais lentement, avec le développement d'un type II, se manifestent des mécanismes d'adaptation de plus en plus pathologiques. Il est important de ne pas confondre une personne dont la vie est émaillée de nombreux traumatismes de type I (par exemple, perdre ses biens dans un incendie puis, quelques années plus tard, être délestée de son argent lors d'une agression ; être témoin d'un accident grave, échapper à la mort dans un tremblement de terre, etc.) avec celle qui souffre de traumatisme de type II.

2.2.2.3. Les traumatismes de type III

Solomon et Heide (1999) ont différencié une troisième catégorie de traumatisme. Ils parlent de traumatisme de type III pour désigner des événements multiples, envahissants et violents présents durant une longue période de temps. Ils sont induits par un agent stressant chronique ou abusif. Exemples : les camps de prisonniers de guerre et de concentration, la torture, l'exploitation sexuelle forcée, la violence et les abus sexuels intra-familiaux, etc.

2.2.2.4. Les traumatismes de type IV

Solomon et Heide (2003) proposent une quatrième catégorie pour désigner les traumatismes en cours. Ce qui les différencie des traumatismes de type I, II ou III, c'est qu'ils se poursuivent dans le présent. Dans le cadre des crises humanitaires, les intervenants secourent et assistent le plus souvent les bénéficiaires au cœur même de la tourmente. L'aide psychologique qu'ils apportent aux victimes en situation d'urgence comporte des spécificités et ne saurait être comparée au soutien et aux thérapies ultérieures.

2.2.3. Phases du psychotraumatisme :

Crocq (2000) parle de trois principales phases au cours desquelles on a observé des troubles psychotraumatiques. Il s'agit de la phase immédiate, la phase post-immédiate et la phase chronique.

2.2.3.1. La phase immédiate

La phase immédiate relève de la réaction de stress qui est subite et éphémère ne dure en général pas plus de quelques minutes ou d'une dizaine de minutes, à moins que la situation menaçante ne perdure ou se renouvelle. Ainsi, à chaque fois que le sujet est confronté à une situation menaçante ou dangereuse, il aura automatiquement des réactions de stress qui disparaîtront avec la disparition de l'événement déclencheur. Pour rappel, le stress est défini comme étant « une réaction biologique, physiologique et psychologique quasi réflexe, qu'a un sujet face à une situation menaçante et agressive, le mettant en état de se défendre. Elle est secondaire à une décharge d'adrénaline qui induit sur le plan physiologique à une accélération cardiaque, une tension musculaire, une fuite de la masse sanguine de la périphérie vers les organes nobles. Et sur le plan psychologique, elle engendrera une augmentation de l'attention, de la concentration et des perceptions aiguës, ...etc. » (Souki, 2002, p.35)

En résumé, la réaction de stress est un moyen biophysique inévitable de protection, qui mobilise toutes les défenses du corps humain, tous ses sens et ses capacités pour faire face à un danger. De même qu'il permet à l'individu de focaliser son attention sur la situation afin de mieux évaluer le danger et s'en défendre.

- Le stress adapté

Cette réaction normale ne concerne pas uniquement les situations agressives et menaçantes mais comme le démontre Selye, elle s'étend aux réponses de l'individu et à toute modification significative de l'environnement : il y a des « di-stress », en réponse à des agressions, des nuisances ou des altérations progressives de l'environnement, comme il existe des « eu-stress », en réponse à des nouvelles heureuses ou à des modifications bénéfiques des conditions d'existence telles que les mariages, les héritages...etc. (Crocq, 2000 : 28).

Nous voyons donc que les réactions de stress peuvent s'exprimer d'une manière différente selon les individus où les uns vont réagir de façon adaptée et où toute leur attention est focalisée sur l'événement pour tenter d'y faire face, ou bien en aidant les autres par exemple.

- Le stress dépassé

D'autres individus à contrario de ceux du stress adapté vont rester sans réactions, inertes, sidérés, ou bien au contraire, ils vont s'agiter, s'affoler...etc. C'est ce que Crocq (2000) appelle les réactions de "stress dépassé". Ce type de manifestation apparaît surtout chez les sujets

vulnérables ou lors de situations trop violentes ou prolongées et comportent quatre types de réactions :

- La réaction de sidération qui peut paraître à travers la stupéfaction intellectuelle, la stupeur affective et l'inhibition motrice qui laissent le sujet immobile devant le danger, dans un état second, incapable d'évaluer ou de raisonner.
- La réaction d'agitation qui se traduit par la gesticulation désordonnée, l'incohérence motrice et verbale, qui ne permet pas au sujet de se soustraire à la situation dangereuse.
- La fuite panique qui est une impulsive, sauvage, dans le sens où il y a une lutte implacable contre tout ce qui lui fait obstacle. De même qu'elle est inconsidérée puisqu'elle ne soustrait pas le sujet au danger mais qu'elle peut l'y précipiter.
- Enfin, la réaction d'automatisme qui est assez fréquente et fait penser à des comportements adaptatifs. Souvent ces réactions n'ont pas de buts précis mais elles ont une valeur occupationnelle dérivatrice de l'angoisse, d'après Crocq (1994).

Cependant, après quelques minutes ou quelques heures, le sujet se "réveille" en se demandant pour quelle raison il vient d'agir ainsi et comment il est arrivé dans cet endroit. Ces réactions comme nous l'avons vu, sont assez souvent inadéquates et peuvent même être dangereuses pour le sujet. Beaucoup d'auteurs les considèrent comme un mauvais pronostic, dans le sens où ils ont observé que les sujets qui ont réagi par un stress dépassé, sont plus aptes à avoir un syndrome psychotraumatique contrairement à ceux qui ont des réactions de stress adapté.

On peut observer aussi chez des sujets antérieurement pathologiques des réactions névropathiques hystériques telles qu'une fausse mutité, une fausse paralysie... ainsi que des réactions psychotiques de type confusionnel, délirant ou maniaco-dépressif. Dans tous les cas, les réactions de stress induisent des symptômes gênants que ce soit sur le plan physiologique exemple la pâleur, sueur, vertige, tachycardie, évanouissement...etc. Ou bien sur le plan moteur tels les automatismes des gestes, les tremblements, un bégaiement...etc. Ou bien enfin, nous retrouvons sur le plan psychique, de la surprise, de la peur, une impression d'irréalité...etc. Tous ces symptômes sont consécutifs à l'augmentation de la sécrétion de l'adrénaline, mais ils vont évoluer vers la résolution spontanée, laissant place à une sensation de soulagement mêlée à l'épuisement.

2.2.3.2. La phase post-immédiate

Cette phase survient quelques heures après l'événement traumatisant et peut s'étendre de quelques heures à plusieurs années. Cette phase correspond à la période de latence appelée par Charcot le temps de "médiation", de "contemplation" ou de "ruminantion". Elle peut être totalement muette, sans aucun symptôme psychique faisant penser à une bonne évolution, mais où nous pouvons observer des décharges émotives chez certains sujets qui ont eu auparavant une réaction de stress apparemment adaptative. Une fois tout danger écarté, cette décharge émotionnelle va libérer le trop plein de tension accumulée à travers une crise de larmes, une crise d'agitation motrice...etc. qui va soulager la personne sans qu'il y ait de séquelles. C'est ce que Crocq (2000) appelle la "réaction différée". Ou au contraire, elle peut être marquée par l'apparition de symptômes plus inquiétants qui augurent de l'installation d'une névrose traumatique ou d'un syndrome psycho traumatique. D'après cet auteur, cette phase de latence traduit le « délai requis par le psychisme pour mettre en place de nouvelles défenses et traduit parfois aussi un moratoire, c'est-à-dire que tant que le sujet se sent menacé ou est materné, il diffère la mise en place de ses défenses. » (Crocq, 1994, p.13)

De ce fait, cette phase correspond au temps nécessaire pour le moi pour réorganiser ses défenses et de les remettre en place afin de pouvoir, d'un point de vue économique, maîtriser le surplus d'excitations qui a envahi le psychisme.

2.2.3.3. La phase chronique

Après la résolution des réactions de stress, l'évolution du traumatisme peut prendre différents chemins : Soit la personne va reprendre le cours normal de sa vie après un temps qui variera selon les sujets et sans qu'il n'y ait aucun symptôme. Soit nous observerons l'apparition de troubles psychiques post-traumatiques quelques jours ou quelques mois après la phase post-immédiate. Sur ce point et si nous nous référons à la théorie freudienne du trauma, nous saurons que celui-ci va, soit révéler la structure antérieure de la personne et être à l'origine de l'apparition des névroses. Soit qu'il est à l'origine d'une névrose traumatique appelée aussi la "névrose de guerre" qui est déterminée par une étiologie extra psychique, venant du dehors (Mazet & Houzel, 1996).

Dans un premier temps, Freud croyait que les sujets avaient subi un traumatisme qui a été refoulé dans leur enfance et que ce n'est qu'à l'occasion d'un autre trauma, "actuel", que le premier va se réactiver et son sens va se révéler. Il souligne à ce propos que « le sujet a dû

subir un trauma dans l'enfance, une séduction sexuelle par exemple, qui a laissé sa trace dans la mémoire de l'enfant mais qu'il n'a pas pris tout de suite sa pleine signification traumatique. Ce n'est qu'après coup et en général sous l'effet de la poussée pulsionnelle de la puberté que cette valeur se révèle et que le souvenir du traumatisme devient lui-même traumatique » (Freud, 1875, p.167).

Mais Freud (1920) s'aperçoit par la suite, qu'il y a une différence entre la névrose traumatique et les autres névroses de transfert. Il écrit dans *Au-delà du principe de plaisir* que « le tableau clinique de la névrose traumatique se rapproche de celui de l'hystérie par sa richesse en symptômes moteurs similaires ; mais en règle générale, il le dépasse par ses signes très prononcés de souffrance subjective, évoquant par là, l'hypocondrie ou la mélancolie et par les marques d'un affaiblissement et d'une perturbation bien généralisés des fonctions psychiques ». Il ajoute plus loin que « ce qui semble peser lourd dans le déterminisme de la névrose traumatique c'est le facteur de surprise, l'effroi » (Freud, 1920, p.50). Ce qui revient à dire que ce qui caractérise la névrose traumatique des autres névroses selon Freud, c'est la présence de l'effroi.

2.2.4.Troubles liés au traumatisme psychique selon la classification du DSM IV

Le DSM-IV TR (2000) présente deux types de troubles liés au traumatisme psychique : l'état de stress post-traumatique et l'état de stress aigu.

2.2.4.1.Etat de stress post-traumatique

Le DSM-IV TR (2000) propose six critères qui permettent de poser le diagnostic de l'état de stress post-traumatique et qui sont les suivants :

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

A.1.Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien être menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée;

A.2.La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

B.1. Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions;

B.2. Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse;

B.3. Impressions ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication);

B.4. Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause;

B.5. Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause.

C. Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

C.1. Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associées au traumatisme;

C.2. Efforts pour éviter les activités, les endroits où les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme;

C.3. Incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme;

C.4. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités;

C.5. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres;

C.6. Restriction des affects (p.ex., incapacité à éprouver des sentiments tendres);

C.7. Sentiment d'avenir « bouché » (p. ex., pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie).

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

D.1. Difficultés à s'endormir ou sommeil interrompu;

D.2. Irritabilité ou accès de colère;

D.3. Difficultés de concentration;

D.4. Hyper vigilance;

D.5. Réaction de sursaut exagérée.

E. La perturbation dure plus d'un mois (symptômes des critères B, C et D).

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

En résumé, le premier critère (A) est relatif à l'événement traumatisant, le second (B) est relatif au syndrome de reviviscence, le troisième critère (C) concerne les modifications de la personnalité. Quant au quatrième critère (D) il concerne les symptômes neurovégétatifs qu'occasionne le trauma. Le cinquième critère (E) assigne l'exigence de la durée du syndrome. Enfin le sixième critère (F) concerne l'intensité de la souffrance liée à l'événement et sa répercussion sur la vie sociale de l'individu.

2.2.4.2. Etat de stress aigu

La caractéristique essentielle de l'Etat de stress aigu est le développement d'une anxiété typique, dissociative, et d'autres symptômes survenant dans le mois suivant l'exposition à un facteur de stress traumatique extrême (Critère A). Si les perturbations liées à l'événement traumatique durent un mois, nous pouvons établir le diagnostic de l'état de stress aigu, qui correspond à la phase immédiate proposée par Crocq (2000). L'Etat de stress aigu se distingue de l'Etat de stress post-traumatique par les symptômes qui, dans l'Etat de stress aigu, doivent survenir dans les quatre semaines après l'évènement traumatique et disparaître dans cette période de quatre semaines. Si les symptômes persistent plus d'un mois et remplissent les critères d'un Etat de stress post-traumatique, le diagnostic d'Etat de stress aigu est modifié pour celui d'Etat de stress post-traumatique.

De tout ce qui précède, nous constatons qu'il n'y pas une grande différence entre la classification donnée par l'école française et celle de l'école américaine. Cette dernière n'a fait que limiter le temps des symptômes relatifs au syndrome psychotraumatique. Mais en plus des critiques concernant l'appellation 'd'état de stress post-traumatique', une autre vient s'ajouter pour démontrer que le DSM n'a pas pris en considération le temps de latence, puisqu'il a fixé le délai d'apparition de l'état de stress post-traumatique à six mois, alors que les spécialistes contemporains affirment que l'expérience clinique a démontré que ce temps de latence varie selon les cas et les circonstances et qu'il peut se réduire à quelques jours, voir quelques heures, ou s'étendre sur des mois et des années. D'où l'erreur de limiter dans le temps l'apparition du ESPT.

2.2.5. Facteurs intervenant dans le vécu traumatique

Parmi les facteurs qui interviennent dans le vécu traumatique, la littérature recense entre autres la vulnérabilité génétique, la vulnérabilité pré-morbide, la résilience, les stratégies d'adaptation et le soutien social.

2.2.5.1. La vulnérabilité génétique

Une étude de Goenjian (2013) a eu lieu sur les prélèvements ADN de 200 adultes sur plusieurs générations de 12 familles qui ont souffert de SSPT après avoir survécu au terrible tremblement de terre de 1988 en Arménie. En étudiant les gènes des membres des familles, les chercheurs constatent que les personnes qui présentent des variantes spécifiques de 2 gènes sont plus susceptibles de développer les symptômes du SSPT. Ces 2 gènes, TPH1 et TPH2, contrôlent la production de sérotonine, une substance chimique du cerveau qui régule l'humeur, le sommeil et la vigilance, 3 états perturbés dans le SSPT. Outre ces facteurs génétiques, existent également les facteurs de vulnérabilité pré-morbides.

2.2.5.2. La vulnérabilité pré-morbide

La vulnérabilité pré-morbide comprend des antécédents personnels ou familiaux de troubles psychiatriques, des troubles de la personnalité ou bien des traits de personnalité préexistants, l'insuffisance du soutien par les pairs et du soutien social et enfin des antécédents de traumatisme. Sans oublier l'état psychique de la personne qui subit l'événement. C'est ce qui explique qu'un même événement violent peut être traumatique pour une personne et non traumatique pour une autre. Ou bien il peut être traumatique pour une personne aujourd'hui

alors qu'il ne l'a pas été hier. C'est ce que certains auteurs qualifient de phénomène de 'résilience'.

2.2.5.3. La résilience

Ce terme de résilience a été emprunté à la physique, il signifie d'après le Dictionnaire Larousse « la caractéristique mécanique définissant la résistance aux chocs d'un matériau ». (2003) En d'autres termes c'est la capacité du matériau à absorber les variations brutales du milieu sans se rompre ni être modifié radicalement. Son application en psychologie a conservé ce sens. En effet, selon les psychologues la résilience signifie, d'une manière générale 'la capacité à rebondir' et à affronter les situations difficiles de la vie. D'après Lopez (2002) « la résilience qui est le contraire de la 'vulnérabilité', est un concept qui permet d'expliquer pourquoi certains individus soumis à des difficultés existentielles ou à des événements traumatogènes, ne présentent pas de troubles psychologiques » (p.16)

Pour Vanistendael la résilience « est à la fois la résistance à la destruction et la capacité à se construire une vie riche en dépit des circonstances difficiles et d'un environnement défavorable, voir hostile. C'est la capacité d'une personne, qu'il soit un enfant, parent ou même vieillard, ou d'un système social, famille, communauté, à se développer bien, malgré des conditions difficiles » (Cité par Tomkiewicz. 2001, p.154). Ce qui revient à dire que la résilience consiste en la possibilité du sujet à surmonter les conditions difficiles, à y faire face sans que cela ne détruise ou modifie son identité ou sa personnalité.

Pour ce qui est des facteurs qui entravent ou favorisent la résilience, Tomkiewicz (2001) les divise en trois catégories :

- Les facteurs innés qui comprennent l'évolution et le vécu intra utérins ainsi que les facteurs génétiques proprement dits. Mais jusqu'à présent les chercheurs ne connaissent pas leur véritable influence sur le processus de résilience.
- Les facteurs exogènes précédant le stress, comme par exemple l'ambiance familiale, la place dans la fratrie, les relations privilégiées avec une personne adulte intra ou extra familiale.
- Les facteurs venant de l'environnement après le traumatisme, tels que le niveau de destruction ou de cohésion de la famille, l'ambiance sociale.

Pour les psychanalystes un des mécanismes psychiques qui détermine la résilience consiste en la 'mentalisation' ou comme l'appellent certains auteurs l'insight, qui veut dire la

facilité, la faculté du sujet à penser, à imaginer ou à verbaliser spontanément, ou aidé par un thérapeute, ses problèmes et ses conflits intra psychiques. (Tomkiewicz, 2001). Ce mécanisme permet la mise en langage des émotions ainsi que le dépassement des réactions somatiques et comportementales qui sont provoquées par le choc. Comme le souligne Smailovic « la mentalisation permet d'établir des liens entre les pensées et les affects, de donner un sens à ce qui se vit et de ce fait, elle favorise l'intégration de l'événement à l'histoire du sujet. ». (Crocq, 2003, p.63). C'est ce qui permet d'éviter les troubles handicapants du traumatisme.

Pour toutes ces raisons, Crocq (2003) préfère faire la distinction entre, d'une part, l'agent ou l'événement "potentiellement traumatisant " qui va faire choc sur le psychisme. Et d'autre part, le phénomène du traumatisme psychique ou trauma qui est la transmission du choc extérieur au sein du psychisme ainsi que les troubles psychiques immédiats ou différés, transitoires ou chroniques résultant de ce phénomène et constituant le tableau clinique psychotraumatique. Mais pour bien comprendre l'étiologie de l'état de stress post-traumatique, il faut à la fois prendre en considération l'importance relative de l'événement traumatique, les facteurs prédisposants et les facteurs environnementaux, peu de temps avant ou après le traumatisme. La plupart du temps, l'état de stress post-traumatique est le résultat de l'interaction entre ces trois groupes de facteurs.

2.2.5.4. Les stratégies d'adaptation

Les stratégies d'adaptation désignent « l'ensemble des effets cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu » (Jeammet, 1996, p.39). Il existe une quantité substantielle d'évidences empiriques venant appuyer l'idée selon laquelle la façon dont un individu s'adapte à la suite d'un événement traumatique exerce un impact plus important sur le développement d'un ÉSPT que le trauma lui-même (Aldwin, 1999). Les résultats d'une méta-analyse récente (Littleton, Horsley, John, & Nelson, 2007) ayant porté sur les relations entre les stratégies d'adaptation et la détresse psychologique suivant la survenue d'un événement traumatique font ressortir une association constante entre les stratégies d'évitement et la détresse psychologique (r global =,37). Par ailleurs, aucune association n'est observée entre les stratégies d'approche (ou r centrées sur la résolution de problème) et la détresse (r global =-,03). Bien que ces résultats soient intéressants, il semble difficile de les généraliser à une population de militaires actifs. À cet égard, notons qu'un examen des caractéristiques des 39 études incluses

dans cette méta-analyse nous révèle qu'aucune d'entre elles n'a été effectuée auprès d'une population victime de trauma militaire.

Dans le champ de recherche relatif au stress relié au combat, un usage élevé de stratégies centrées sur les émotions (p. ex., évitement, distanciation, recours à la pensée magique) a été positivement associé à la fréquence et à la sévérité des symptômes d'ÉSPT, puis inversement associé à la qualité de vie, telle qu'évaluée dans des études transversales (Aldwin, Levenson, & Spiro, 1994; Fairbank, Hansen, & Fitterling, 1991) et longitudinales (Dirkzwager, Bramsen, & Ploeg, 2003; Johnsen, Eid, Laberg, & Thayer; 2002; Solomon, Mikulincer & Avitzur, 1988). Par ailleurs, certains travaux suggèrent que l'utilisation de stratégies de résolution de problème et de réévaluation positive favorise un meilleur ajustement chez les victimes de traumatismes (Dirkzwager & al., 2003; Moore, Varra, Michael & Simpson, 2010; Tsay, Halstead & McCrone, 2001).

La modalité adaptative peut être jugée plus ou moins fonctionnelle mêlant :

- l'esprit combatif ou fighting spirit, qui correspond à la tendance de l'individu à se confronter activement la situation qu'il considère comme un défi, à endosser une vision optimiste du futur et à croire qu'il peut en partie contrôler la situation traumatique, mettant en place des stratégies dites actives ;
- l'impuissance-désespoir ou helplessness-hopelessness, tendance inverse de l'individu qui perçoit la situation de façon négative et adopte une attitude pessimiste à son encontre, considérant le pronostic péjoratif comme inévitable et l'absence de contrôle sur l'évolution de celle-ci. Ces sujets ne développent pas de stratégies actives ;

Ces stratégies, dites “émotionnelles” car elles sont centrées sur la régulation des émotions, s'opposent aux stratégies “centrées sur le problème” qui ciblent la réduction des exigences réelles et perçues de la situation traumatique. La littérature abonde d'études cherchant à identifier les stratégies adaptatives les plus efficaces et un certain nombre d'auteurs identifient les mécanismes d'impuissance-désespoir et de non-expression des émotions négatives comme étant des stratégies “dysfonctionnelles”, à l'origine d'une plus forte détresse et d'une moindre qualité de vie de l'individu.

Néanmoins ce débat continu à faire l'objet d'études contradictoires et la réalité de terrain nous montre que l'éventail des réactions psychologiques d'adaptation au stress est large, fluctuant d'un patient à l'autre et d'un moment à l'autre de sa vie. Ainsi, l'adaptation

psychologique face à l'évènement traumatique représente-t-elle un processus éminemment complexe au sein duquel des réactions normales sont susceptibles de se transformer en états psychopathologiques avérés ; ou à l'inverse, des réactions de forte intensité initiale peuvent se normaliser spontanément au fil des jours. Dans tous les cas, la souffrance entraînée par le trauma et le travail d'adaptation qui va permettre au patient, avec plus ou moins de succès, de rétablir un équilibre de vie, passe le plus souvent par des modifications de son fonctionnement antérieur, et l'amènent à réenvisager les points de repère qui préexistaient avant le trauma avec un nouveau regard.

2.2.5.5.Le soutien social

À la suite d'un traumatisme, l'environnement de rétablissement joue un rôle important pour les individus qui tentent de composer avec le trauma et de se remettre de ses effets. Le soutien social manifesté dans l'environnement de la victime a reçu beaucoup d'attention de la part de la communauté scientifique récemment. Dans le modèle d'Ehlers et Clark, le soutien social constitue une variable intermédiaire capable d'influencer le développement et le maintien de l'ÉSPT de différentes manières. Qu'en est-il du rôle du soutien social dans l'adaptation et le rétablissement des individus à la suite d'un ÉT Ehlers et Clark ne le mentionnent pas dans leur modèle puisque celui-ci s'attarde au développement et au maintien de l'ÉSPT et non pas à l'adaptation des individus. Cependant, leur modèle offre un cadre conceptuel permettant à l'auteure de spéculer quant à l'impact du soutien social sur l'adaptation post-traumatique. Dans la prochaine section, l'auteure examine les mécanismes d'action possibles du soutien social en reprenant les notions abordées dans le modèle d'Ehlers et Clark.

D'abord, il est envisageable de concevoir que si la victime perçoit positivement le soutien reçu et si ce dernier est offert rapidement après l'ÉT (soutien péritraumatique), il pourrait freiner ou même empêcher le développement ultérieur d'évaluations négatives chez la victime. De façon conjointe, le soutien perçu positivement par la victime et offert dans les jours suivant l'ÉT (soutien post-traumatique), pourrait modifier les évaluations négatives que la victime entretient et les transformer en des évaluations plus réalistes du trauma ou de ses conséquences. En effet, tout comme Cohen et Wills (1985) le mentionnent, se confier à un proche permet à l'individu de recevoir des rétroactions et ainsi de procéder, en quelque sorte, à une réinterprétation du trauma et à une restructuration cognitive des pensées dysfonctionnelles. Par exemple, le soutien offrirait la possibilité aux victimes de viol de corriger des croyances erronées comme « je suis responsable de ce qui m'est arrivé ».

De plus, le soutien social offert au niveau péri ou post-traumatique permettrait d'améliorer l'intégration émotionnelle et cognitive du souvenir traumatique et ainsi de le modifier. Parler à des proches de l'événement permettrait de le mettre en contexte et de l'intégrer comme un événement non plus actuel, mais appartenant au passé. Le soutien social exercerait alors une influence bidirectionnelle sur, à la fois, les évaluations négatives du trauma et l'intégration du souvenir traumatique, ce qui aiderait à contrer la perception de menace imminente. Par le biais de ces mécanismes d'action sous-jacents, le soutien social permettrait l'adaptation des survivants d'un ÉT. Ainsi, le soutien social peut faciliter le rétablissement ou au contraire entraîner le développement de l'ÉSPT comme présenté dans le modèle d'Ehlers et Clark. Par ailleurs, il semble que le soutien influence au plan cognitif l'intégration du souvenir traumatique, tout comme la dissociation.

Il a été question dans ce chapitre consacré à la revue de la littérature de parcourir la documentation scientifique sur le coping et les stratégies connexes telles que la mentalisation, la symbolisation et la résilience, le traumatisme psychique, les interrelations entre le coping et le vécu traumatique. Concernant l'état des lieux sur le coping, partant d'une approche définitionnelle, les mécanismes adaptatifs entourant ce concept nous ont intéressés. Ainsi, de la théorie sociale de soutien aux protocoles psychanalytiques en passant par la mentalisation des rapports psychisme et social ont été passés en revue. Pour ce qui est du traumatisme psychique, nous avons visité les conceptions sur l'événement traumatique, les types de psychotraumatismes, les phases du psychotraumatisme et les troubles liés au traumatisme psychique. Quant aux interrelations entre le coping et le vécu traumatique, nous nous sommes attardés sur les facteurs intervenant dans le vécu traumatique. Cette exploration des travaux antérieurs nous conduit à l'insertion théorique de notre étude. Il a été question dans ce chapitre consacré à la revue de la littérature de parcourir la documentation scientifique sur la mentalisation, le traumatisme psychique, les interrelations entre la capacité de mentalisation et le vécu traumatique. Concernant l'état des lieux sur la mentalisation, nous avons parcouru la notion de coping et ses modalités. Pour ce qui est du traumatisme psychique, nous avons visité les conceptions sur l'événement traumatique, les types de psychotraumatismes, les phases du psychotraumatisme et les troubles liés au traumatisme psychique. Quant aux interrelations entre la capacité de mentalisation et le vécu traumatique, nous nous sommes attardés sur les facteurs intervenant dans le vécu traumatique. Cette exploration des travaux antérieurs nous conduit à l'insertion théorique de notre étude.

CHAPITRE 3 : THEORIES EXPLICATIVES

Dans ce chapitre, il sera question pour nous de parcourir les différents courants théoriques qui expliquent mieux le phénomène étudié

Nous consacrons cette partie de notre travail aux théories qui développent notre objet d'étude qui est le vécu traumatique. Le phénomène principalement étudié est le traumatisme psychique. Nous avons défini le traumatisme psychique dans la section "clarification des concepts" dans le chapitre premier. Ici, nous allons l'appréhender davantage au travers d'un certain nombre d'approches théoriques. Il s'agit des approches neurobiologiques, neurocognitive, psychanalytique, phénoménologique et cognitivo-comportementale. Cependant, pour mieux comprendre la manière donc chacune des théories abordent ce phénomène, il nous paraît nécessaire de revenir sur l'historique de cette question. Nous allons nous référer principalement aux propos de Barrois (1988) et de Crocq (1999) pour retracer cet historique du trauma en vue d'une perspective théorique.

3-1-HISTORIQUE DU TRAUMA POUR UNE PERSPECTIVE THEORIQUE

On peut distinguer quatre périodes dans l'histoire de la pathologie traumatique. Il s'agit de la période des précurseurs (de l'Antiquité à 1880), la courte période des fondateurs (1880-1900), la période des continuateurs (1900-1980) et la période des novateurs (de 1980 à aujourd'hui).

3-1-1-La période des précurseurs : de l'Antiquité à 1880, récits légendaires, rêves de bataille, « vent du boulet » et « cœur du soldat ».

On trouve des expériences d'effroi face à la mort et des rêves traumatiques dans les récits légendaires de l'Antiquité, tels l'Epopée de Gilgamesh (Sumer, 2200 av JC) et l'Iliade d'Homère (900 av. JC). L'historien Hérodote (450 av JC) rapporte un cas de cécité survenue après effroi en pleine bataille de Marathon. Hippocrate (420 av JC) et Xénophon (dans l'*Anabase*, 401 av. JC) à Athènes, puis Lucrèce à Rome (*De natura rerum*, 55 av. JC), et Froissard au Moyen Age (*Chroniques*, 1388) mentionnent des rêves de bataille chez des guerriers.

En 1572, au lendemain du massacre de la Saint Barthélémy, le jeune roi Charles IX se plaint d'être harcelé par des cauchemars et la vision effrayante des cadavres sanglants, et il montre à son entourage ses cheveux hérissés sous l'effet de d'horreur. Et le poète Agrippa d'Aubigné, lui-même miraculeusement rescapé d'un combat en 1577, reprend ce thème (« mes cheveux étonnés hérissent en ma tête ») dans son poème de 9000 vers *Les tragiques* qui relate son témoignage. Quelques décennies plus tard, vers 1590, deux pièces de Shakespeare (*Roméo et Juliette*, *Henry IV*) font état de rêves de bataille. En 1654, le philosophe Pascal manque d'être précipité dans la Seine avec son carrosse par ses chevaux emballés et il présente ensuite tous les symptômes de ce qui sera décrit plus tard sous le nom de névrose traumatique (rapporté par Pinel).

Les événements de la Révolution Française et les guerres de l'Empire ont fourni à Pinel ample moisson de cas cliniques consécutifs à des frayeurs, qu'il classe (1808) selon la sémiologie dominante parmi les idiotismes, les manies et mélancolies ou les « névroses de la circulation et de la respiration », préfiguration des névroses traumatiques à sémiologie cardio-respiratoire. Mais ce sont les médecins des armées napoléoniennes Larrey, Percy, Desgenettes qui vont dénommer « syndrome du vent du boulet » les états confuso-stuporeux des combattants commotionnés par le boulet qui les a frôlés.

Dans son *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie* (1859), Briquet rapporte un cas de conversion hystérique chez un insurgé qui a failli être fusillé en juin 1848 à Paris. Enfin, pendant la guerre de Sécession Américaine (1861-65), Jacob Mendez Da Costa décrit le « cœur du soldat », sorte d'anxiété cardio-vasculaire due à l'épuisement et à la frayeur ; et Silas Weir Mitchell observe de nombreux cas d'hystérie post-émotionnelle chez les combattants.

3-1-2-La courte période des fondateurs (1880-1900) : autour des Leçons cliniques de Charcot, la découverte de l'inconscient traumatique.

L'avènement des chemins de fer apporte son cortège d'accidents spectaculaires et de frayeurs, avec leurs séquelles psychiques, que Charcot commente dans ses célèbres *Leçons cliniques* à la Salpêtrière (1884-1889). C'est alors que l'Allemand Oppenheim propose (1888) d'accorder à ces tableaux cliniques l'autonomie nosologique en créant l'entité diagnostique « névrose traumatique », caractérisée par le souvenir obsédant de l'accident, les troubles du sommeil, les cauchemars de reviviscence, les phobies électives et la labilité émotionnelle. Charcot récuse cette autonomie, arguant qu'il s'agit d'hystéro-neurasthénie ; mais, après sa mort (1893), la névrose traumatique aura droit de cité dans le monde des cliniciens, et des

auteurs comme Jean Crocq (1896) en Belgique, Kraepelin (1894) et Kraft-Eb (1898) en Allemagne la mentionneront explicitement.

En 1889, Pierre Janet, dans sa thèse de doctorat ès lettres sur *L'automatisme psychologique*, présente vingt cas d'hystérie ou de neurasthénie traumatiques et attribue leur pathogénie à la dissociation de la conscience : la souvenance traumatique brute (images, perceptions) faisant bande à part dans un recoin de la conscience et inspirant des reviviscences « automatiques », archaïques et inadaptées, tandis que le reste de la conscience continue d'inspirer des pensées et des actes circonstanciés et adaptés. Quatre années plus tard (1893), Freud, dans sa *Communication préliminaire*, nomme cette souvenance traumatique du terme judicieux de réminiscence et assigne à la thérapie la fonction de catharsis (par référence à la tragédie grecque) puisqu'il s'agit non seulement de décharger les affects restés coincés en faisant revivre l'événement sous hypnose, mais encore de faire établir des associations à son sujet, ce qui permet de transformer la réminiscence brute et incompréhensible en souvenir construit et sensé, et donc apaisant.

3-1-3-La période des continueurs (1900-1980) : du shell shock à la névrose de guerre.

Lors de la guerre des Boers (1900-1902), on signale des confusions mentales et des conversions hystériques après émotion violente éprouvée au combat. Il en est de même pour la guerre russo-japonaise (1904-1905), au sujet de laquelle l'Allemand Honigman, qui y a participé comme psychiatre volontaire de la Croix Rouge, crée (en 1908) le terme de « *névrose de guerre* », simple variété étiologique de la névrose traumatique d'Oppenheim.

Lorsque la 1^{ère} guerre mondiale éclata, les états confuso-stuporeux observés lors des durs combats du début de la guerre et dénommés hypnose des batailles (Milian, 1915), firent place alors que le front était stabilisé et que les soldats terrés dans leurs tranchées étaient soumis à des pilonnages d'artillerie abrutissants à l'obusite, à qui on attribua d'abord une pathogénie commotionnelle, avant de constater que ses tableaux cliniques étaient grevés de nombreux symptômes anxieux, neurasthéniques ou hystériques, post-émotionnels, d'où les vocables de névrose et psychonévrose de guerre.

Des psychanalystes aux armées (Ferenczi, Abraham, Simmel) insistèrent sur la signification symbolique des symptômes conversifs, l'effondrement de la libido narcissique, la régression infantile, et les perturbations de la personnalité après impact du trauma (ensevelissement de la personnalité). Méditant sur les névroses de guerre, Freud, dans son essai

Au-delà du principe de plaisir (1920), élaborera sa théorie du trauma comme effraction de la couche superficielle protectrice (pare-excitation) du psychisme et effet de corps étranger, provoquant de vains efforts d'expulsion ou d'assimilation. Sur le plan thérapeutique, après l'échec de la méthode de persuasion renforcée de conditionnement aversif par excitation faradique (les patients rechutant à peine débarrassés de leurs conversions), la psychiatrie de l'avant fut préconisée à la fin de la guerre ; et l'Américain Thomas Salmon en édictera les cinq principes : immédiateté, proximité, espérance de guérison, simplicité du traitement et centralité du système inspiré par une seule doctrine.

Une fois encore, les leçons des guerres précédentes furent oubliées lorsqu'éclata en 1939 la seconde guerre mondiale, et les blessés psychiques furent évacués et traités vers l'arrière. Ce n'est qu'à partir du 26 avril 1943 que la circulaire Bradley (pour les armées alliées) réinstaura la psychiatrie de l'avant et préconisa l'emploi du diagnostic d'exhaustion (épuisement) de préférence à celui de war neurosis. Sur le plan clinique, on observa moins de conversions hystériques et davantage de syndromes anxieux et de troubles psychosomatiques. Sur le plan pathogénique, on incrimina la violence et la durée des combats et on admit que chaque homme avait son point de rupture (break point). Le psychanalyste Kardiner (1941 et 1947) élaborera pour sa part l'hypothèse d'une perturbation traumatique du moi (l'ego) effectif (chargé de l'adaptation), typique des névroses de guerre, à la différence des perturbations de l'ego affectif qui seraient en jeu dans les névroses de transfert.

Sur le plan thérapeutique, on eut recours aux méthodes cathartiques étayées sur l'hypnose ou la narco-analyse au penthotal et, surtout, à des programmes complexes et progressifs de traitement et de réhabilitation, échelonnés de l'hôpital de campagne au centre de réentraînement. Enfin, la seconde guerre mondiale se termina par la découverte horrifiée des camps d'extermination nazis et les deux bombardements atomiques d'Hiroshima et de Nagasaki. En France, Targowla décrivit en 1954 un syndrome asthénique des déportés (équivalent de la névrose traumatique), qu'Eitinger crut redécouvrir dix ans plus tard sous le nom de KZ syndrome (konzentrationslager syndrome). Lifton, quant à lui (1960), s'attacha à faire ressortir les spécificités cliniques des rescapés de la bombe atomique : impression d'être marqués à jamais par leur expérience d'enfer et vécu d'exclusion né des risques frappant leur descendance. Les guerres de l'après guerre (guerres post-coloniales et autres conflits) n'ont pas apporté d'éléments nouveaux notables à l'histoire du trauma.

3-1-4-La période des novateurs (de 1980 à aujourd'hui) : le Post-Traumatic Stress Disorder et son dépassement.

La guerre du Viêt-Nam, menée par les Américains de 1964 à 1973, a produit à grande échelle une pathologie de faible intensité de combat, où la nostalgie interfère avec le trauma et où des conduites addictives viennent compliquer les tableaux cliniques. Le nombre élevé des post-Vietnam syndromes (Shatan, 1971) observés après le retour en métropole (700.000 cas sur les 3 millions d'hommes envoyés au Viêt-Nam), conduit les auteurs de la nouvelle nosographie psychiatrique américaine DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) à réintroduire la névrose traumatique dans un catalogue d'où elle avait disparu en 1968, mais en la dénommant Post Traumatic Stress Disorder, ou PTSD, car le DSM récuse le terme de névrose, entaché à ses yeux de résonance étiologiques.

L'hégémonisme de la langue anglaise y aidant, le vocable de Post-Traumatic Stress Disorder a connu un immense succès dans le monde des cliniciens, y compris en Europe. Deux révisions successives (DSM-III-R en 1987 et DSM-IV en 1994) ont toutefois rapproché ses critères de ceux de la névrose traumatique ; et la Classification Internationale des Troubles Mentaux, dans sa dixième révision dite CIM-10 en 1992, a avalisé le terme de PTSD, en le distinguant toutefois de la « réaction aiguë à un facteur de stress » (pour la pathologie immédiate des premières heures) et de la « modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe » (qui correspond aux névroses traumatiques véritables avec altération profonde de la personnalité).

Le diagnostic de PTSD s'est étendu aux cas déterminés par la violence quotidienne, les accidents et les catastrophes et a donné lieu à de nombreuses publications et à la constitution de sociétés scientifiques spécialisées, dont l'ISTSS (International Society of Traumatic Stress Studies, 1985) et l'ALFEST (Association de Langue Française pour l'Etude du Stress et du Trauma, 1991). Insistant sur le phénomène de trauma psychique, les cliniciens francophones (Andréoli, Crocq, Lebigot), s'accordent à proposer le vocable générique de « syndrome psycho-traumatique » (immédiat ou différé, éphémère ou durable, modéré ou sévère) pour désigner l'ensemble de ces tableaux cliniques. Sur le plan étiopathogénique, de nombreux travaux ont été effectués sur les facteurs et les mécanismes neurobiologiques du stress et, dans d'autres perspectives (psychodynamique et phénoménologique), sur les mécanismes psychopathologiques du trauma, comme confrontation inopinée avec le réel de la mort et court-circuit du système signifiant, et même renvoi culpabilisant à l'univers de l'originnaire (Lebigot).

3-2-APPROCHE NEUROBIOLOGIQUE

Actuellement, l'hypothèse neurobiologique du traumatisme psychique impliquerait principalement le fonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien (HHS) (Yehuda & al., 2000, 2006). Les anomalies présentées par ce système pourraient expliciter certains symptômes qu'expriment les sujets avec ESPT, tels que le syndrome de répétition, le syndrome d'évitement et l'hyperactivité neurovégétative.

Afin de présenter les aspects neurobiologiques du traumatisme psychique, nous nous référons à deux méta-analyses réalisées par Klaassens et al., (2012) et Meewisse et al. (2007). Nous nous appuyons également sur deux revues effectuées par Shérin et al. (2011) et Heim et al. (2009).

3-2-1-Biologie du stress en situation normale

La biologie du stress maintenant bien connue consiste de façon simplifiée, en une hyperactivité de l'axe corticotrope et des neurotransmetteurs (au niveau central et au niveau périphérique). L'exposition à une situation de stress avec une forte charge émotionnelle entraîne la libération par l'hypothalamus de la CRH (corticotropin releasing hormone). La CRH se lie à ses récepteurs au niveau hypophysaire et stimule la sécrétion d'ACTH (hormone adénocorticotrope). L'ACTH par action sur la glande surrénale active la synthèse de cortisol. Le cortisol libéré exerce un rétrocontrôle négatif (hypothalamus hypophyse) pour freiner l'axe corticotrope (il bloque ainsi les effets des neurotransmetteurs mais aussi sa propre sécrétion). La neurobiologie du traumatisme psychique présente certaines particularités que nous allons maintenant détailler.

3-2-2-Anomalies de l'axe corticotrope chez les sujets avec ESPT

Alors qu'on s'attendrait à des cortisolémies élevées, plusieurs auteurs ont mis en évidence l'existence de cortisolémies ou de cortisoluries très basses chez des sujets porteurs d'ESPT en comparaison à des sujets témoins (Yehuda & al., 2000, 2006). Les analyses chronobiologiques réalisées confirmaient chez les sujets avec ESPT une diminution de la cortisolémie au cours du rythme circadien, avec un cycle nyctéméral de sécrétion conservé voire accentué (Yehuda & al., 2005). Dans l'étude de Brunet et al., (2011), les patients avec ESPT avaient un profil de cortisol diurne, distinct des sujets témoins. De plus, les niveaux de cortisol diurne et la sévérité des symptômes étaient corrélés à un mois du trauma.

3-2-3-Augmentation de la sensibilité des récepteurs aux glucocorticoïdes

Pour Yehuda et al. (2004, 2006), la principale anomalie biologique de l'ESPT ne serait pas constituée pas les cortisolémies basses mais par une augmentation du nombre et de la sensibilité des récepteurs aux corticoïdes, notamment au niveau de l'hypophyse et de l'hippocampe.

En effet, le nombre de récepteurs aux glucocorticoïdes des lymphocytes et leur sensibilité seraient augmentés chez les sujets avec ESPT en comparaison aux sujets sans ESPT (Yehuda, 2004). L'augmentation de cette sensibilité serait essentiellement dépendante du type d'exposition traumatique (Yehuda & al., 2004, 2006). Ces anomalies seraient responsables d'une intensification du rétrocontrôle négatif au niveau de l'axe HHS (Yehuda & al., 2004, 2006) et pourraient être à l'origine des atrophies hippocampiques constatées en neuroimagerie et que nous avons décrites précédemment, chez les sujets avec ESPT. Ainsi, l'hypocortisolisme serait dû à une augmentation de la sensibilité des récepteurs aux glucocorticoïdes (Yehuda & al., 2004, 2006).

Des tests de freination par dexaméthasone ont mis en évidence une forte inhibition de l'axe corticotrope chez les sujets avec ESPT en comparaison aux sujets sans ESPT (Yehuda & al., 2006). Mais l'axe HHS serait davantage sensibilisé par l'existence d'une exposition traumatique que par l'ESPT d'après la méta-analyse de Klaasens et al. (2011)

➤ *Rôle du CRF*

Le CRF (corticotropin-releasing factor) est un peptide libéré lors de l'exposition à un stressor au niveau de l'amygdale et du locus coeruleus. Sa libération au niveau du locus coeruleus entrainerait la libération de cathécholamines (adrénaline et noradrénaline). Il est ainsi considéré comme une substance anxiogène (Birmes & al., 2002). Les taux de CRF ont été retrouvés en concentrations supérieures au niveau du LCR chez les sujets avec ESPT par comparaison aux sujets sans ESPT (Yehuda & al., 2006, Meewisse et al., 2007). Cette anomalie serait à l'origine d'une stimulation chronique de l'hypophyse (Yehuda & al., 2006).

➤ *Altération de l'axe corticotrope et différences entre traumatisme et phobie*

Des anomalies de fonctionnement de l'axe corticotrope ont également été retrouvées chez les sujets déprimés, mais elles diffèrent de celles présentes chez les sujets avec ESPT. Classiquement, les études concernant les états phobiques trouvaient une augmentation des

taux circulant de cortisol, une diminution de la concentration et de la sensibilité des récepteurs aux glucocorticoïdes, et une désensibilisation progressive de l'axe corticotrope (Birmes & al., 2000). Les altérations biologiques présentes dans l'ESPT, distinctes des autres pathologies, mais aussi spécifiques et originales, permettraient de valider cette entité clinique jusqu'alors controversée (Birmes & al., 2000).

Cependant plusieurs critiques ont été faites à ce modèle, dans la mesure où il ne s'applique qu'au phénomène neurophysiologique de stress plutôt qu'au phénomène psychologique du trauma, sachant que ces réactions vont disparaître avec l'absence du stimulus.

3-3-APPROCHE NEUROCOGNITIVE

Actuellement, les données issues des modélisations de la peur et du stress chez l'animal, de l'imagerie cérébrale et de la neuroendocrinologie, permettent de mieux appréhender la pathogénie du traumatisme psychique.

Les résultats issus de ces différentes techniques convergent progressivement vers une anatomie du trauma, rendant compte de la clinique de l'ESPT. Bremner et Elzinga (2008), mais aussi Shin et Liberzon (2010) suggèrent que des dysfonctionnements des régions limbiques et para limbiques impliquées dans la réponse à la peur, pourraient être à l'origine de ces symptômes, tels que nous allons le développer dans les parties suivantes.

3-3-1-Les circuits neuroanatomiques de la peur et du stress

Ce sont les modèles animaux traitant du circuit de la peur chez l'animal, qui ont permis de faire les premières hypothèses sur les structures cérébrales impliquées chez l'homme dans les troubles anxieux.

Les troubles anxieux, dont l'ESPT, sont caractérisés par une peur excessive réactionnelle à certains stimuli, associée à des conduites d'évitement (critères B et C DSM-IV-TR) et cela, en absence de véritable danger. Des recherches récentes en neuroimagerie ont permis de mettre en évidence les circuits neuroanatomiques possiblement impliqués dans la peur. Nous nous référons, pour traiter cette partie, à une revue réalisée par Shin et al. «*The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders*» (2010).

3-3-1-1-Structures anatomiques

Papez (1937) a démontré l'importance du système limbique dans les comportements émotionnels, les apprentissages et la mémoire. Les composantes anatomiques de la peur, dans les modélisations chez l'animal, comprendraient l'amygdale, le noyau accumbens, l'hippocampe, l'hypothalamus, le cortex insulaire et le cortex pré-frontal (Davis & al., 2006 ; Maren & al., 2008). Ces différentes régions cérébrales possèderaient chacune un rôle propre dans les mécanismes de traitement de la peur.

D'après ces modélisations, l'amygdale occuperait un rôle central dans les mécanismes de conditionnement de la peur, l'hippocampe quant à lui interviendrait dans le traitement contextuel et les régions infra limbiques seraient impliquées dans le conditionnement d'extinction (Shin & al., 2010).

3-3-1-2-Le conditionnement de la peur pavlovien

Le conditionnement de peur d'après Pavlov (1849-1936) est un apprentissage qui a recours à plusieurs stimuli, comprenant un stimulus neutre (par ex lumière rouge) et un stimulus aversif (par ex décharge électrique). Si l'on présente un flash rouge à une souris, suivi d'un choc électrique, celle-ci va apprendre à avoir peur de la lumière rouge. Si ce conditionnement initial est suffisamment fort, la réaction aversive apparaîtra lors de la présentation d'un stimulus différent, mais qui présente certaines similarités (par exemple un flash bleu).

Le conditionnement d'extinction est le processus qui permet d'apprendre à ne plus avoir peur. Si l'on présente plusieurs fois un flash rouge, non suivi de choc électrique à notre souris ; celle-ci va apprendre à ne plus avoir peur de cette lumière. Lorsque le conditionnement d'extinction est consolidé par la mémoire, la peur disparaît totalement.

3-3-1-3-Les deux routes de la peur

Ledoux (2000) a découvert les composantes de l'émotion peur en démontrant le rôle majeur joué par l'amygdale. Le cortex sensoriel possèderait des connections avec l'amygdale, qui serait interconnectée aux régions cérébrales assurant l'expression de l'émotion peur. D'après Ledoux (2000), l'arrivée des signaux à l'amygdale latérale pourrait se faire par deux circuits : un circuit court ou bas thalamus sensoriel-amygdale, et un circuit long ou haut thalamus sensoriel-cortex sensoriel-amygdale.

La voie courte permettrait de réaliser des réactions de survie, de fuite, de défense et cela dans un délai très court, et au détriment d'informations. Cette voie sous-tendrait les réponses au stress aigu et/ou aux expériences de peur acquises. Elle mettrait en jeu le noyau central de l'amygdale.

La voie longue réaliserait une perception précise du stimulus mais nécessiterait un prolongement dans le temps. Cette voie qui sous-tendrait les stress chroniques/et ou les peurs innées ferait intervenir le noyau du lit de la strie terminale.

3-3-2-Les études expérimentales chez l'animal et les études chez l'homme

Les études expérimentales sur le conditionnement de peur chez l'animal, ont retrouvé le rôle fondamental joué par l'amygdale dans l'acquisition de celui-ci (LeDoux, 2000). De même, les études en neuroimagerie chez l'homme sain (Alvarez & al., 2008, Phelps & al., 2004), et dans les expériences de conditionnement de peur, ont souligné l'augmentation de l'activité de l'amygdale, mais aussi d'autres structures telles que les cortex cingulaires antérieurs dorsal et rostral (impliqués dans les comportements émotionnels et la sélection de la réponse motrice), l'hippocampe, et le cortex insulaire (qui intervient dans les émotions, la perception, le contrôle moteur, l'homéostasie, la conscience de soi).

Dans les études chez l'animal, le conditionnement d'extinction impliquerait le cortex préfrontal médian (Quirk & al., 2006). Les études chez l'homme rapportaient également l'activation du cortex préfrontal médian (interface entre les systèmes cognitifs et émotionnels) lors d'expériences de conditionnement d'extinction (Phelps & al., 2004). Le conditionnement d'extinction pourrait être médié par la mémoire contextuelle, dépendante de l'hippocampe, tel que le montrent les études expérimentales chez l'animal (Bouton & al., 2006). Dans une étude réalisée chez des sujets sains, (Kalisch & al., 2006), l'activation hippocampique était corrélée à l'activation du cortex préfrontal médian. Cette expérience suggère qu'hippocampe et cortex préfrontal médian pourraient interagir et moduler le conditionnement d'extinction (Shin & al., 2010).

Chez l'homme, d'autres techniques ont été utilisées afin de déterminer les circuits neuroanatomiques de la peur. Ces techniques font appel à l'administration d'agents pharmacologiques chez des sujets sains, ceci étant couplé à la neuroimagerie. L'administration de cholécystokinine-4 (CCK-4) ou encore de procaïne (Servan-Schreiber & al., 1998), induisait chez l'homme un état de peur et d'anxiété. Plusieurs études (Schunck et al., 2006 Servan-

Schreiber & al., 1998) ont retrouvé que leurs administrations étaient corrélées en neuroimagerie à une augmentation de l'activité de l'amygdale, du cortex cingulaire antérieur et du cortex insulaire. Dans l'étude de Servan-Schreiber & al., 1998, l'activation de l'amygdale était corrélée au niveau subjectif d'anxiété. De plus, les sujets n'ayant pas eu d'attaque de panique dans les suites de l'administration, ont présenté une augmentation de l'activité du cortex cingulaire antérieur rostral, en comparaison aux sujets ayant eu une attaque de panique. Cette étude suggère que le cortex cingulaire antérieur pourrait jouer un rôle d'inhibition lors de la réponse à la peur (Shin & al., 2010).

Au cours des dernières années, d'autres méthodes ont utilisé comme stimuli émotionnels des photos de visages exprimant des émotions négatives. Certaines études ont observé chez des sujets sains une augmentation de l'activité de l'amygdale en présence de ces photos (Britton & al., 2006). D'autres études ont également retrouvé une activation des cortex cingulaires antérieurs rostral et dorsal et du cortex insulaire en présence de ces stimuli émotionnels (Sabatini & al., 2009). Les résultats de ces études vont dans le sens d'une modulation de la réponse à la peur, faisant intervenir l'amygdale, le cortex préfrontal médian et le cortex cingulaire antérieur, (Shin & al., 2010).

3-4-APPROCHE PSYCHANALYTIQUE

Nous allons explorer le traumatisme psychique sous l'angle psychanalytique en se basant sur les conceptions de Sigmund Freud, de Pierre Janet, de Sandor et Ferenczi Otto Fénichel.

3-4-1-Sigmund Freud (1856-1939)

Freud quant à lui, a conféré au traumatisme psychique un rôle déterminant dans l'étiologie de l'hystérie. Ainsi, il développa tout d'abord en 1892 dans les *Etudes sur L'Hystérie* (1895), une théorie dite *pan-traumatique* (cité par Barrois, 1988), où névrose hystérique et névrose traumatique étaient toutes deux déclenchées par un même mécanisme, et au point de vue de la psychopathologie se confondaient :

« Dans la névrose traumatique, la maladie n'est pas vraiment déterminée par une passagère blessure du corps, mais bien par une émotion : la frayeur, par un traumatisme psychique » (Freud, 1895, p.34). *« Il y a une analogie existant, au point de vue de la pathogénie,*

entre l'hystérie banale et la névrose traumatique et justifie une conception d'hystérie traumatique » (Freud, 1895, p.46).

A travers cette théorie, Freud mis l'accent sur la représentation de l'événement vécue comme un *corps étranger interne*. C'est l'émotion liée à cet événement qui serait responsable du traumatisme psychique. Puis Freud élaborait la *Théorie de la Séduction* (1895-1897) dans laquelle le traumatisme était à l'origine une effraction traumatique, sexuelle, passive et passée, d'un adulte sur un enfant. Il décomposa le mécanisme traumatique en deux scènes, décrites dans *l'Esquisse d'une psychologie scientifique* (1895).

La première scène, dite de séduction, serait celle durant laquelle l'enfant subirait passivement l'abus sexuel de la part de l'adulte. Elle serait à l'origine du refoulement de la sexualité. La deuxième, dans l'après coup, se situerait à la puberté et serait souvent d'apparence anodine. C'est cette dernière qui donnerait au premier événement sa valeur traumatique et engendrerait les troubles, soit la constitution de la névrose. Ainsi, dans la *Théorie de la Séduction*, Freud s'éloigna de la question des névroses traumatiques.

L'étiologie de l'hystérie se trouvait dans un événement traumatique, mais de nature sexuelle, et cela dans le cadre de l'après coup. Pour Barrois (1988), cette notion d'après coup peut être transposée dans les traumatismes non sexuels, à savoir le risque de mort. Freud en 1897 abandonna ce modèle où l'action traumatique était externe pour un modèle où l'action traumatique apparaissait interne, fantasmée. De 1905 à 1920, Freud développa dans *Les Trois Essais sur la Théorie Sexuelle*, les théories sexuelles infantiles où les traumatismes apparaissaient comme la résultante de fantasmes inconscients. Les théories de Freud concernant le traumatisme ont progressivement évolué vers une conception économique de l'appareil psychique où le traumatisme n'apparaissait plus lié à un excès de séduction interne ou externe.

C'est en 1916 lors de la 18ème Conférence d'Introduction à la Psychanalyse, intitulée *Fixations to Trauma The Unconscious* que se situa le pivot de la pensée freudienne, concernant le traumatisme psychique et les névroses traumatiques. Freud déterminait le traumatisme comme « *un événement vécu qui, en l'espace de peu de temps, apporte dans la vie psychique un tel surcroît d'excitation que sa suppression ou son assimilation par les voies normales devient une tâche impossible, ce qui a pour effet des troubles durables dans l'utilisation de l'énergie »* (Freud, 1916, p.26).

Pour Freud, les névroses hystériques ou obsessionnelles névroses spontanées présentaient le même modèle de *fixation* que pour la névrose de guerre « *l'assimilation des unes aux autres est complète sur un point : les névroses traumatiques sont, tout comme les névroses spontanées, fixées au moment de l'accident traumatique* » (Freud, 1916, p.46). Par la suite, dans son ouvrage *Au Delà du Principe de Plaisir* (1920), Freud tenta de redéfinir la névrose traumatique :

Le tableau clinique de la névrose traumatique se rapproche de celui de l'hystérie par la richesse en symptômes moteurs similaires, mais en règle générale il le dépasse par ses signes prononcés de souffrance subjective, comme dans les cas de mélancolie ou d'hypocondrie, et par un affaiblissement et une désorganisation très prononcés de presque toutes les fonctions psychiques (Freud, 1920, p.41).

Pour Freud, dans ce texte la névrose traumatique était distincte de la névrose de guerre parce qu'elle pouvait se produire en dehors de « *toute violence mécanique brutale* ». Freud, dans cet ouvrage, élaborait une conception dynamique de la névrose traumatique commune. Ainsi, il compara l'appareil psychique à une vésicule recouverte d'une membrane protectrice, le pare-excitations. L'ensemble des afflux d'excitations extérieures, susceptibles de rompre la barrière protectrice de l'appareil psychique qui représentait le pare-excitations, ont été appelés traumatiques. La névrose traumatique commune résulterait « d'une effraction étendue du pare-excitations ». Freud souligna l'importance du facteur étiologique purement psychique que serait l'effroi, par opposition à la commotion physique qui résulterait de « *l'action d'un danger auquel on n'était pas préparé par un état d'angoisse préalable* ». De même, la répétition du traumatisme à travers les rêves a conduit Freud à élaborer la notion de compulsion de répétition. Celle-ci tenterait d'évacuer les stigmates d'expériences trop excitantes en les remettants en scène. Ainsi, cette répétition serait pour l'organisme une tentative de contrôle active de ce qu'il aurait vécu passivement « *l'homme se défend contre la terreur par l'angoisse* ».

Par la suite, c'est grâce au renouvellement de la théorie de l'angoisse que la notion de traumatisme, et non plus uniquement celle de la névrose, ont pris une valeur accrue dans l'ouvrage *Inhibition, Symptômes Angoisse* (1926). « *L'angoisse, réaction originaires à la détresse dans le traumatisme, est reproduite ensuite dans la situation de danger comme un signal d'alarme. Le Moi qui a vécu passivement le traumatisme, en répète maintenant de façon active une reproduction atténuée dans l'espoir d'en diriger le cours à sa guise (...) il cherche à maîtriser psychiquement les impressions de sa vie* » (p.38).

Freud reprécisa dans cet ouvrage que les névroses traumatiques de guerres « *ont avec les névroses actuelles des caractères communs* ». En 1939, Freud dans *L'homme Moïse et la Religion Monothéiste*, est revenu sur les traumatismes infantiles et leurs rôles étiologiques dans les névroses. Il distingua alors deux types de traumatismes : les traumatismes positifs, qui permettraient par à coup, la répétition « *contrainte de répétition* » et la remémoration « *fixation au traumatisme* » ; et les traumatismes négatifs, qui ne pourraient être remémorés ou répétés, et qui seraient à l'origine « *d'inhibition* » « *d'évitement* » ou de « *phobies* ». Il compléta sa théorie de deux nouvelles notions, les blessures narcissiques et le caractère perceptif des événements traumatiques. « *Les traumatismes sont soit des expériences touchant le corps même du sujet, soit des perceptions sensorielles, affectant le plus souvent l'ouïe, il s'agit donc d'expériences ou d'impressions* ».

Enfin, Freud (1940) à la fin de sa vie, est revenu sur la question de la névrose traumatique, en laissant ouverte la question de leur spécificité.

Il semble que les névroses ne s'acquièrent qu'au cours de la prime enfance, bien que leurs symptômes puissent être bien plus tardifs... Il est possible que ce qu'on appelle névroses traumatiques déclenchées par un effroi trop intense ou des chocs somatiques graves tels que des collisions de trains, éboulement, constituent une exception : toutefois leurs relations avec le facteur infantile se sont jusqu'ici soustraites à nos investigations (p.38).

D'un point de vue psychanalytique, la conception actuelle du traumatisme psychique apparaît comme purement économique et énergétique. Cette modélisation du traumatisme psychique (vésicule recouverte d'une membrane protectrice) sera par la suite utilisée par d'autres auteurs, tels que François Lebigot (2001).

3-4-2-Pierre Janet (1859-1947)

La théorie de Pierre Janet concernant le traumatisme psychique et son origine cognitivo-émotionnelle connaît actuellement un regain d'intérêt. Dans sa thèse intitulée *L'Automatisme Psychologique* (1889), Janet défendit l'origine traumatique de certaines hystéries. Pour Janet, quelque soit l'origine du traumatisme, le rôle de l'émotion et des sentiments associés était prépondérant. Janet a distingué deux niveaux de vie psychique : un niveau supérieur, conscient, et un niveau inférieur, qui était celui de l'Automatisme Psychologique. Pour Janet, la pensée normale synthétiserait les niveaux conscient et inconscient, ce qui permettrait l'unité du Moi.

Les émotions extrêmes, l'épuisement pourraient être à l'origine d'un rétrécissement du champ de la conscience. Janet insista sur les prédispositions individuelles.

Chez certains sujets, ce rétrécissement du champ de la conscience ne favoriserait plus une synthèse correcte. Certains éléments seraient synthétisés par la conscience, tandis que les autres seraient synthétisés par l'inconscient. Il s'opèrerait alors une désagrégation psychologique ou encore dissociation qui expliquerait que certaines pensées, émotions ou comportements, pourraient alors fonctionner de façon automatique. Les pensées isolées qui échapperaient au fonctionnement global ont été appelées par Janet idées fixes. Elles se développeraient de façon autonome et en dehors de la volonté de la conscience individuelle.

« La puissance de semblables idées dépend de leur isolement, elles grandissent, s'installent dans la pensée à la façon d'un parasite et ne peuvent plus être arrêtées dans leur développement par les efforts du sujet, parce qu'elles sont ignorées, qu'elles existent à part dans une seconde pensée séparée de la première » (Janet, 1889, p.36).

Pour Janet (1889), ce seraient les traumatismes psychologiques qui seraient à l'origine de la dissociation. Ainsi, ils affaibliraient la capacité de synthèse et provoqueraient un état de faiblesse psychologique, dans lequel les éléments dissociés pourraient revenir à la conscience. L'idée fixe, inconsciente, étant une conséquence de cet affaiblissement. Pour Janet, il apparaissait important de rechercher ces idées fixes inconscientes en utilisant des voies telles que l'hypnose.

Pour illustrer sa thèse, Janet présenta le cas de Marie. Il s'agissait d'une jeune hystérique de 19 ans considérée comme folle et inguérissable. Lors de ses crises convulsives et de délire, elle présentait ce que nous appellerions aujourd'hui des symptômes de reviviscence, conséquences de traumatismes antérieurs mis à jour par Janet grâce à l'hypnose. *« Quand une personne, tourmentée par un mauvais souvenir, part en voyage pour l'oublier, le chagrin monte en croupe et galope avec lui » (Janet, 1889, p.65).* Janet a aboutit à trois résultats fondamentaux (Kédia, 2009) :

- les symptômes de certains patients pourraient être en relation avec des événements traumatiques,
- une dissociation de la conscience surviendrait chez eux à certains moments et pourrait laisser émerger une personnalité seconde, liée à une idée fixe inconsciente,

- la modification d'un souvenir traumatique sous hypnose pourrait faire disparaître les symptômes.

La conception de Janet de la dissociation psychique présente aujourd'hui une importance majeure dans le champ de la psychotraumatologie (Kedia, 2009).

3-4-3-Sandor Ferenczi (1873-1933)

La contribution de Ferenczi à la notion de trauma s'est établie par rapport à la névrose traumatique, en tant que médecin militaire pendant la guerre 14-18, et par rapport à la notion de traumatisme psychique, dans ses derniers textes. Ferenczi fut mobilisé pendant la guerre en tant que médecin chef de service de neurologie dans un hôpital militaire. Il fut amené à traiter un grand nombre de cas de soldats névrosés de guerre.

Par l'observation d'anomalies de la marche, il étudia la relation existant entre traumatisme psychique et physique. Il examina ainsi le cas d'un homme qui présentait le côté gauche atteint de façon permanente de tremblement « *soufflé par un obus sur sa gauche, si le cerveau qui fonctionne de manière asymétrique, était réellement endommagé, c'est le côté droit de son corps qui aurait dû entrer dans un dysfonctionnement total. L'homme semble donc trembler par peur rétroactive de l'explosion qui a eu lieu sur son côté gauche* » (Ferenczi, 1918, p.41).

Ferenczi étudia aussi le temps de latence des névroses dans les suites du traumatisme. Il démontra les disparités qui pouvaient exister entre l'intensité du trauma et l'importance des manifestations psychiques. Il fit valoir ainsi certaines différences de prédisposition aux névroses chez les patients.

Au cours du Vème Congrès International de Psychanalyse organisé à Budapest, Ferenczi fit une critique des théories organicistes, mais aussi des théories psychogénétiques simples qui considéraient les névroses traumatiques comme des hystéries simulatrices, à la recherche de compensations financières. Ses apports théoriques concernaient notamment l'appartenance des névroses traumatiques au groupe des psychonévroses narcissiques. Il insista sur la notion de régression au stade infantile de l'amour de soi, révélé par les changements de caractère, et les troubles du contrôle émotionnel. « *La personnalité de la plupart des traumatisés correspond donc à celle d'un enfant gâté, sans inhibitions et méchant à la suite d'une frayeur.* » (Ferenczi, 1918, p.14).

Ferenczi (1918) insista sur l'importance du facteur événementiel « *Personne n'est à l'abri d'une névrose traumatique puisque le stade narcissique est un point de fixation important du développement libidinal de tout être humain.* » (p.39). Il reprit par la suite la première théorie *pan traumatique* de Freud « *Le traumatisme sexuel comme facteur pathogène* ». Ces traumatismes surviendraient de façon précoce, souvent même avant l'acquisition du langage et seraient directement responsables des troubles, sans période de latence. Il exposa sa théorie dans son ouvrage *Confusion de Langues entre Adultes et Enfants* publié en 1932.

Un adulte et un enfant s'aiment, l'enfant a des fantasmes ludiques (...) il n'en est pas de même chez les adultes ayant des prédispositions psychopathologiques (...) ils confondent les jeux des enfants avec les désirs d'une personne ayant atteint la maturité sexuelle et se laissent entraîner à des actes sexuels sans penser aux conséquences (Ferenczi, 1932, p.28).

Cette confusion de langues serait à l'origine d'un traumatisme constitutif chez l'enfant et aurait des effets désorganisateurs sur l'enfant du fait de sa *personnalité faiblement développée*. De plus, l'enfant présenterait une identification à l'agresseur en lien avec *l'introjection* de la culpabilité de celui-ci. « *La personnalité encore faiblement développée réagit au brusque déplaisir non pas par la défense mais par l'identification anxieuse et l'introjection de celui qui la menace ou l'agresse* » (Ferenczi, 1932, p.34).

Concernant la clinique du traumatisme, Ferenczi l'exposa en deux temps. Le premier temps ou celui de la commotion ou choc initial. Il constituerait le moment de rupture de l'intégrité du Moi. Les effets seraient immédiats, profonds, destructeurs et durables. Le deuxième temps, celui de « *l'auto clivage narcissique* », ou le Moi fragmenté, en errance, abandonnerait le corps constituant une forme de défense par clivage : « *Une partie de leur personnalité, le noyau même de celle-ci est restée fixée à un certain moment* ».

Ferenczi insista, sur l'effet « *traumatolityque* » des rêves de répétition « *la tendance à la répétition dans la névrose traumatique a aussi une fonction utile, elle va conduire le traumatisme à une résolution si possible définitive, meilleure, que cela n'avait été possible au cours de l'événement originaire commotionnant* » (Ferenczi, 1932, p.45).

La théorie de Ferenczi, pour laquelle il fut en total désaccord avec Freud prôna l'importance de l'origine sexuelle du traumatisme. Le traumatisme résulterait donc, selon lui,

d'une absence de réponse de l'objet ou d'une réponse inappropriée visant à satisfaire les besoins de l'adulte, face à une situation de détresse ressentie par l'enfant.

C'est de façon posthume en 1933, qu'a été publié le texte *Réflexions sur le traumatisme (1931)* où il détailla les caractéristiques de la *commotion psychique* définie par :

- l'anéantissement du sentiment de soi,
- la perte du sentiment de son enveloppe, de sa forme,
- l'absence de préparation,
- la précession du sentiment d'être sur de soi,
- l'irreprésentabilité de l'événement,
- la survenue immédiate de l'angoisse qui se transforme en peur folie,
- l'incompréhension de l'entourage.

3-4-4-Otto Fénichel (1897-1946)

Otto Fénichel publia *The Psychoanalytic Theory of Neurosis* (1945) où il fit une place importante au trauma et à la névrose traumatique. Le modèle du trauma qu'il décrivit, essentiellement économique, est issu des conceptions freudiennes. Quant aux névroses traumatiques, elles appartiendraient selon Fénichel aux psychonévroses. Selon Fénichel, l'appareil psychique devrait être en mesure de rétablir l'équilibre psychique si celui-ci a été perturbé par un élément extérieur. S'il y'a échec ou impossibilité à rétablir l'équilibre, il y aurait alors constitution d'un état de danger déterminé par une tension trop élevée. Cela pourrait survenir notamment lorsque l'intensité de l'événement est trop importante, ou bien si l'économie psychique de l'individu est trop faible ou altérée. Fénichel (1972) décrivit ainsi les symptômes des névroses traumatiques :

- le blocage ou l'affaiblissement des diverses fonctions du Moi,
- les crises émotives incoercibles,
- les insomnies, avec des perturbations graves du sommeil et des rêves où sont revécus le traumatisme,
- la répétition mentale,
- et enfin, des complications névrotiques secondaires.

Après ces premières théories psychologiques, en particulier grâce à des médecins psychiatres militaires français qui se référaient à Freud ou à Lacan, un modèle phénoménologique du trauma s'est développé.

3-5-APPROCHE PHENOMENOLOGIQUE

La phénoménologie consiste en « *l'étude des phénomènes tels qu'ils se présentent à la conscience* » (Ionescu, 2010, p.45). D'après cette théorie, l'événement traumatique ne pourrait trouver son sens qu'en fonction d'un contexte préalable. Il serait alors à l'origine d'une reconfiguration complète de ce même contexte. Il générerait ainsi un anéantissement des assises interprétatives du sujet ou encore un effondrement du monde, comme possibilités à partir desquelles s'élabore un sens. C'est autour de la rencontre avec « le réel de la mort » et du « non sens du trauma » qu'une nouvelle élaboration de la névrose traumatique est née telle que nous allons la décrire dans les paragraphes suivants.

3-5-1-Claude Barrois

Selon Barrois (1988), les névroses traumatiques sont la résultante non pas d'un événement mais d'un « *accident vécu comme brutal et soudain* », une « *catastrophe intime, singulière* » qui conduit l'homme dans le *tragique*. Le facteur traumatisant apparaît comme un « *dévoilement, une révélation* » pour le sujet. La *scène traumatisante* contient une donnée constante, qui est la rencontre de la personne avec le *réel de la mort* mais elle présente aussi « *quelque chose de l'apparition* ». Le sujet entend alors « *l'oracle de son destin* » et connaît l'*effroi*, « *la mort de soi comme vérité ultime* ».

« *L'affect d'effroi, avec l'attaque et le dévoilement, la révélation, sont l'annonce faite au sujet qu'il n'est finalement rien* » (Barrois, 1988, p.19). L'accident, loin d'être oublié, sera à l'origine du syndrome de répétition. « *Il constitue par excellence l'éternel revenant dans le syndrome de répétition* ». Les symptômes de la névrose traumatique tenteront d'arrêter ce processus mortifère ou de graver la *scène traumatisante*.

3-5-2-Louis Crocq

Crocq (1999) dès 1965 prône une vision phénoménologique du trauma, reposant sur trois éléments : « *l'aliénation traumatique* », « *le bouleversement de la temporalité* », et « *le non sens impliqué par le trauma* ». Il envisage la névrose traumatique non pas comme la

conséquence de certains processus, mais comme « *une construction factice du monde, dans un bouleversement de la temporalité, marquée du sceau de l'omniprésence du trauma horrifiant* .» (p.32). La névrose traumatique se caractérise par *l'aliénation traumatique* ou encore le changement de personnalité « *un être nouveau est en eux, un être en qui ils ne se reconnaissent pas* ».

Elle apparaît dans ce sens, selon Crocq comme l'expression inauthentique d'une personnalité bouleversée dont la mémoire est parcellaire et mal informée. Ceci explique les vécus de dépersonnalisation que peuvent exprimer les personnes. Cette expérience « *infiltrer le présent* », « *obstrue l'avenir* », « *réorganise le passé qui s'est arrêté à l'expérience du trauma* », elle est ainsi à l'origine d'un bouleversement de la temporalité, « *chez le traumatisé, l'écoulement harmonieux du temps s'est arrêté* ». Crocq réinterroge la question du « *sens et du non sens* » du trauma. Pour lui, il s'agit d'une expérience de non sens avec un ébranlement des trois convictions narcissiques du sujet : « *invulnérabilité ; environnement protecteur ; autrui secourable* ». Cette épreuve constitue pour le sujet un « *bouleversement profond de l'être, dans ses rapports avec le monde, et avec lui-même* ».

3-5-3-François Lebigot

Pour Lebigot (2001), la clinique du traumatisme est une clinique d'une rencontre non manquée avec le réel de la mort. Selon lui, nous vivons comme si nous étions immortels, et lors de l'effraction traumatique, il n'y a rien pour recevoir l'image de la mort « *la mort ne figure pas dans l'inconscient, et d'ailleurs, par quoi pourrait être représenté le néant ?* » (p.36). Cette effraction traumatique génère l'expérience d'effroi qui est capitale. Lebigot (2001) décrit l'effroi comme ces soldats qui n'ont pas eu le temps d'avoir peur. L'effroi serait une expérience d'absence de mot, d'émotion et de support pour la pensée. A l'effraction traumatique peut être ajoutée une effraction de perceptions des organes des sens. L'instant traumatique est caractérisé par sa soudaineté et sa brièveté. Lebigot souligne certaines exceptions, notamment les agressions sexuelles.

L'image traumatique de mort s'inscrit dans le psychisme de l'individu et celle-ci « *réapparaîtra telle qu'elle est au temps présent* ». Cette image de mort générera angoisse et dépression. Par la suite se produit une « *transformation* » du sujet (sentiment d'abandon, troubles du caractère). Enfin, la culpabilité apparaît omniprésente, renforcée par le syndrome de répétition « *le traumatisme équivaut à une plongée dans l'originnaire, c'est-à-dire à une*

transgression ... chaque réapparition de la scène sera connotée de culpabilité » (Lebigot, 2001, p.42).

Malgré les différences existantes entre les théories phénoménologiques que nous venons d'exposer, et les théories psychologiques de Freud, Janet et Ferenczi, il nous semble qu'elles présentent certaines similarités. C'est le cas du modèle économique de l'appareil psychique décrit par Freud que nous retrouvons dans la théorie de Lebigot (2001), ou encore de l'expérience d'incompréhension des enfants, que l'on pourrait étendre en expérience de « non sens », décrite par Ferenczi. Toutefois, nous devons à l'école française de psychiatrie, issue de la psychiatrie militaire, la description d'une entité nosographique qui est venu remplacer celle de la névrose traumatique, aux contours encore flous. Cette entité repose sur une psychopathologie psychodynamique centrée sur le sujet.

Même si nous avons l'impression que les conceptions actuelles du traumatisme ne sont pas les mêmes que celles des anciens théoriciens tels Freud, Ferenczi...qui donnaient beaucoup plus d'importance à l'aspect économique du traumatisme ainsi qu'aux traumatismes d'origines sexuelles, en réalité elles ne sont pas contradictoires. Bien au contraire, elles se complètent en ajoutant des éléments qui nous paraissent assez importants comme dans le cas de la confrontation avec le réel de la mort, des perturbations hormonales, et surtout des mauvais apprentissages et des perturbations des cognitions dont s'attarde l'approche cognitivo-comportementale.

3-6-APPROCHE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE

Ce n'est que depuis sa reconnaissance dans le DSM-III sous le terme de « *Post Traumatic Stress Disorder* » qu'il est observé un intérêt grandissant et une multiplication des études épidémiologiques concernant le traumatisme psychique. Parallèlement, les chercheurs ont essayé d'élaborer des théories permettant de comprendre les différents processus à son origine. Plusieurs modèles théoriques comportementaux se sont développés, centrés sur l'impact des réactions émotionnelles, anxieuses, et dissociatives. Ils sont inspirés des théories de l'apprentissage, et du conditionnement. Leur concept principal est que le comportement, normal ou pathologique, est essentiellement appris.

Concernant les théories cognitives, elles font appel à la théorie des schémas de Beck (1967-1976). Ce terme de schémas cognitifs désigne à la fois la structure cognitive et les croyances qui composent la structure cognitive. Ces croyances, offrent au sujet un cadre de

compréhension de ce qui lui arrive, et lui permettent de rester stable devant un événement. Les événements traumatiques pourraient être responsables d'une modification des schémas de croyances que le sujet a sur lui-même, sur le monde, et sur les autres. Ceci rejoint d'ailleurs la description donnée par Crocq (2007) « *cette épreuve constitue pour le sujet un bouleversement profond de l'être, dans ses rapports avec le monde, et avec lui-même.* » (p.35). Nous allons expliciter dans les paragraphes suivants ces différents modèles, en nous référant principalement à une revue réalisée par Seguin-Sabouraud (2007).

3-6-1-Modèle de Mowrer (1960)

Ce modèle a été inspiré par le travail de Pavlov et Skinner sur les mécanismes d'apprentissage. Dans ce modèle, l'apprentissage des réponses de peur (conditionnement classique) et des comportements d'évitement (conditionnement opérant) expliqueraient l'apparition et le maintien de l'ESPT. L'exposition à un événement traumatique (stimulus inconditionnel) provoquerait des réactions fortes sur le plan moteur, physiologique, émotionnel et cognitif. Cet évitement permettrait une diminution de l'émotion peur. Lorsque la personne fuirait une situation qui a suscité de l'anxiété et le souvenir de l'événement, l'anxiété diminuerait. Cette diminution des réactions aversives renforcerait les comportements d'évitement et provoquerait leur maintien ou leur augmentation. Ce modèle permet d'expliquer les fortes réactions anxieuses retrouvées chez les personnes présentant un traumatisme psychique, lorsqu'elles sont confrontées à des stimuli neutres, mais qui sont pour elles associées au traumatisme (Seguin-Sabouraud, 2007). Néanmoins, ce modèle ne permet pas d'expliquer d'autres symptômes, tels que l'hyperactivité neurovégétative ou encore les symptômes dissociatifs qui peuvent être présents en péritraumatique. Pour Foa (1993,1998). Ce modèle n'est pas en mesure de différencier le processus intervenant dans l'ESPT de celui intervenant dans la phobie.

3-6-2-Modèle de Foa et Rhothbaum (1993, 1998)

Foa et al. (1993,1998) proposent un modèle de traitement émotionnel de l'information qui intègre les théories d'apprentissage, la théorie émotionnelle de Lang, et la théorie propositionnelle de peur. Ces auteurs insistent sur le caractère pathogène des caractéristiques perçues de l'événement traumatique (imprévisibilité et incontrôlabilité). Un événement traumatique peut être à l'origine d'une émotion violente et inattendue. Celle-ci serait à l'origine de la mise en place d'une structure peur. Cette structure peur programmée au niveau du réseau

neuronal permettrait d'échapper au danger. Pour Foa et al (1993, 1998), il existerait une structure peur pathologique, différente de la structure peur normale. Cette structure de peur pathologique serait à l'origine de la modification des croyances de l'individu et de la création de nouveaux schémas cognitifs pathologiques. Dans ce modèle, les symptômes d'hyperactivité neurovégétative ne sont pas expliqués, et les auteurs abordent très peu les symptômes de dissociation (Seguin-Sabouraud, 2007).

3-6-3-Modèle d'Horowitz (1976, 1996)

Dans ce modèle, Horowitz (1976, 1996) intègre des conceptions psychanalytiques, comportementales (gestion du stress), et cognitives (traitement de l'information Piaget). Horowitz insiste dans ce modèle sur l'importance des réactions émotionnelles et dissociatives péritraumatiques dans le développement du traumatisme psychique. Le traumatisme psychique serait dû à un excès d'informations reçues au cours de l'événement traumatique. Le maintien du trouble serait la conséquence d'une incapacité à intégrer dans des schémas cognitifs antérieurs des nouveaux schémas, conséquences de ces excès de nouvelles informations. Les symptômes d'intrusion et d'évitement constitueraient des tentatives répétées d'intégration de l'information. Tandis que des symptômes tels que l'émoussement de la réactivité, le sentiment d'étrangeté, seraient la conséquence de mécanismes de contrôle ou de défense contre cette charge affective importante. Le processus d'intégration, dans ce modèle, est associé au processus de deuil, et se déroulerait en plusieurs étapes qui peuvent se répéter. Selon Horowitz, le rétablissement nécessiterait un travail actif sur ces nouveaux schémas afin de permettre leur intégration.

3-6-4-Modèle de Jannof-Bullman (1985, 1992)

Ce modèle insiste sur l'ébranlement des conceptions fondamentales du sujet à la suite d'un événement traumatique. Le sujet n'ayant pas connu d'événement traumatique aurait une conception bienveillante du monde, de sa relation à celui-ci, et de sa perception de lui-même. L'événement traumatique confronterait et invaliderait ces trois conceptions. Le sentiment d'invulnérabilité serait ainsi remplacé par des sentiments de détresse et de vulnérabilité. L'expérience de victimisation générerait un déséquilibre cognitif et émotionnel à l'origine des symptômes du traumatisme psychique. Dans ce modèle, l'intensité des symptômes post-traumatique dépendrait de la valeur des croyances pré-traumatiques du sujet. Ce modèle permet

seulement d'expliquer certains symptômes que présentent les personnes à la suite d'un événement traumatique : vulnérabilité, détresse, culpabilité (Seguin-Sabouraud, 2007).

3-6-5-Modèle de Brewin, Dalglheish, et Joseph (1996)

Dans cette théorie intitulée « *Double représentation* », Brewin et al. (1996) font l'hypothèse que les souvenirs traumatiques sont différents des souvenirs *normaux*. Ce modèle implique deux niveaux de mémoire, dans lesquels les informations relatives à l'événement traumatique pourraient être représentées. Les souvenirs liés à l'événement traumatique seraient encodés de façon parallèle, dans ces deux niveaux de mémoire, au moment de l'événement traumatique. Les mécanismes de stockage des souvenirs traumatiques feraient appel à des circuits neuronaux différents de ceux utilisés pour les souvenirs normaux.

Le premier niveau de mémoire serait la conscience, dans laquelle les souvenirs pourraient être « accessibles verbalement ». Ces souvenirs seraient encodés par l'hippocampe et stockés dans un contexte temporo-spatial bien défini. Ils pourraient être récupérés volontairement, puis intégrés de façon progressive. Le deuxième niveau de mémoire serait constitué par les « souvenirs accessibles en situation ». Ces souvenirs ne seraient pas encodés par l'hippocampe et ne seraient donc pas stockés dans un contexte temporo-spatial défini. Ils ne seraient récupérables qu'après activation lors de la confrontation à un aspect de l'événement traumatique initial. Ainsi les symptômes dissociatifs et les *flashs back* résulteraient d'une activation de la mémoire « accessible en situation ». Le processus émotionnel permettant la résolution du trouble devrait intervenir à la fois sur les souvenirs « accessibles verbalement » et les « souvenirs accessibles en situation ». Cette théorie permet d'expliquer les symptômes de dissociation mais explique peu les symptômes d'évitement (Seguin-Sabouraud, 2007).

3-6-6-Modèle d'Ehlers et Clark (2000)

Les modèles cognitifs et comportementaux présentés précédemment ne permettent pas à eux seuls d'expliquer l'ensemble des mécanismes du traumatisme psychique. Le modèle d'Ehlers et Clark (2000) découle de ces modèles mais constitue une synthèse des différents concepts utilisés par ces derniers. Ces auteurs font l'hypothèse qu'il existerait un mauvais traitement cognitif des informations liées à l'événement traumatique et à ses conséquences. Ce mauvais traitement cognitif serait à l'origine d'un sentiment de danger permanent. Pour ces auteurs, l'ESPT se développerait uniquement si le sujet traite les informations en conservant la sensation permanente de danger imminent. Lorsque cette perception de danger serait activée de

façon permanente, elle générerait les souvenirs intrusifs, les mécanismes d'évitement et l'hyperactivité neurovégétative. La sensation de danger imminent entraînerait un ensemble de mécanismes cognitifs, qui viseraient à diminuer le sentiment de menace et l'anticipation de la détresse. L'ensemble des stratégies adoptées par le sujet empêcheraient la résolution du trouble par un changement cognitif, et tendraient à le rendre chronique.

Dans ce chapitre troisième de notre travail, nous avons retracé la perspective historique du trauma et exploré les théories qui développent le traumatisme psychique. Notre intérêt dans cette investigation était de repérer l'approche théorique qui peut mieux guider notre recherche. Il ressort que les approches neurobiologique et neurocognitive par leur explication essentiellement physiologique du trauma ne pouvaient guère nous aider dans ce travail qui s'intéresse au vécu. L'approche psychanalytique, elle, conçoit de manière basique que c'est la situation traumatisante qui a engendré la névrose phobique. Elle relie essentiellement la phobie au trauma par la notion d'angoisse. Quant à l'approche phénoménologique, elle s'attarde uniquement à étudier le phénomène traumatique tel qu'il se présente à la conscience du sujet. Il ne fait donc pas allusion aux relations qu'aurait le traumatisme psychique avec l'état phobique. L'approche cognitivo-comportementale nous a apparue plus adéquate car elle explique les mécanismes du traumatisme psychique à travers les perturbations des cognitions ou encore des biais cognitifs qu'on retrouve également dans l'état phobie. Nous prendrons donc ancrage sur cette théorie pour conduire notre recherche. Toutefois, en dehors de cet appui théorique pour la réalisation de cette étude, il nous faut également un cadre méthodologique et opératoire.

DEUXIÈME PARTIE :
CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE

CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Selon Vial (1998) la méthodologie a pour but de « *rendre communicable le “au nom de quoi” et le “vers quoi” le projet de recherche engagé demandait d'utiliser telle(s) ou telle(s) méthode(s) de recherche* ». En nous arrimant à ce but, cette partie de notre travail sera donc consacrée à la présentation et à la justification du lieu d'étude, des participants, de la méthode de recherche, de la technique de collecte de données, de l'instrument de collecte de données et de la technique d'analyse des résultats. Toutefois, avant de débiter cette présentation justificative de la démarche méthodologique, il nous revient au préalable de rappeler en quelques points la problématique de ce travail.

4-1-RAPPEL DE LA PROBLEMATIQUE

Dans cette section, nous allons juste rappeler les éléments clés de la problématique. Il s'agit du problème de l'étude, de la question de recherche, de l'hypothèse générale et de l'objectif général.

4-1-1-Rappel du problème

Le problème qui se pose et devant être analysé tout au long de ce travail est celui de la discordance entre les capacités de mentalisation du Fonctionnaire de Police supposées acquises au cours de la formation policière et le coping des facteurs traumatiques dans son vécu. En effet, il y'a un écart observable entre le Fonctionnaire de Police préparé au coping des facteurs traumatiques de son métier et la difficulté de mentalisation devant des évènements traumatiques dans la réalité. Pour Main et Al (2007), l'Etat de Stress Post Traumatique (ESPT) Chez les Fonctionnaires de Police se trouve associé à un plus grand nombre de divorce, à davantage de consultations médicales, à une perception plus négative de l'état de santé physique et aux idéations suicidaires. Aussi, observe-t-on chez ces policiers des réactions disproportionnées, inappropriées, des prises de risques démesurées ou une tendance devenir improductif quand ils ne s'attirent pas simplement des ennemis parmi ses collègues. Ces difficultés mettent en danger le fonctionnaire lui-même, ses collègues et celle des populations Carlier, (1999). Dès lors la nécessité de réintégration peut être discutable dès lors que le coping sur le plan fonctionnel ne résout pas le problème.

4-1-2-Rappel de la question principale de recherche

La préoccupation de notre recherche sur le coping des psychotraumatismes chez les fonctionnaires de police découle de l'interrogation sur les processus intervenant au préalable sur la prise en compte individuelle de la présence d'un trouble psychique. C'est dans ce sens que les processus de mentalisation se posent comme un préalable au coping. C'est à la suite de ce raisonnement que nous avons formulé la question de recherche suivante « Quelle relation existe-t-il entre les processus de mentalisation et le coping des traumatismes psychiques chez les fonctionnaires de police? »

4-1-3-Rappel de l'hypothèse générale

Selon l'approche cognitive, les biais cognitifs produisent chez les personnes psychotraumatisées une absence de contrôle sur la situation, soit un faible ajustement psychologique et les dirige principalement sur ses aspects négatifs (Starcevic, 2005). L'état phobique au travers des biais cognitifs prédispose donc non seulement au trauma face à la situation phobogène (Bar-Haim & al., 2007) mais retentirait aussi négativement sur le vécu traumatique par un faible ajustement psychologique. Voilà pourquoi dans cette recherche basée sur le coping des psychotraumatismes chez les fonctionnaires de police nous avons formulé l'hypothèse suivante « *Les processus de mentalisation ont une incidence sur le coping psychotraumatisés chez les fonctionnaires de police.* ».

4-1-4-Rappel de l'objectif général

La question de recherche et l'hypothèse générale laissent voir que l'objectif général de cette recherche est d'appréhender l'incidence des processus de mentalisation sur le coping psychotraumatisés chez les fonctionnaires de police.

4-1-5- Présentation du site et de la population de l'étude (Présentation de l'Hôpital de la Police de Yaoundé)

➤ *Organisation et structuration de la police*

Le Décret 2012/540 du 19 Novembre 2012 portant organisation de la Délégation Générale à la Sûreté Nationale est le texte de référence qui organise le fonctionnement des différents services de la Sûreté Nationale. Le Chapitre VIII du Décret susmentionné organise le

fonctionnement de la Direction de la Santé. Ainsi, placée sous l'autorité d'un Directeur éventuellement assisté d'un Adjoint, la Direction de la Santé est chargée :

- Des soins aux personnels de la Sûreté Nationale, à leurs familles et au public ;
- De la carte sanitaire et du soutien technique aux Unités de santé de la Sûreté Nationale ;
- De l'hygiène et de la prophylaxie ;
- Des études des programmes relatifs à la protection des personnels contre de la guerre chimique, conventionnelle et bactériologique ;
- Des statistiques et du fichier des malades ; de la santé opérationnelle ;
- de la formation technique du personnel sanitaire ;
- de l'étude des cas à présenter à la commission de réforme ;de la recherche médicale ;
- de la planification des besoins en personnel médical, paramédical et spécialisé ;
-

du contrôle des critères d'aptitude physique et psychotechnique à la fonction policière ; du contrôle technique et administratif Sûreté Nationale ;

- du suivi des congés de maladie ou de longue durée ;
- des expertises médico-légales.

La Direction de la Santé comprend trois Sous-Direction :

- Une Sous-Direction des Etudes et de la Planification ;
- une Sous-Direction des Formations Sanitaires ;
- une Sous-Direction de la santé communautaire.

Section I DE LA SOUS DIRECTION DES ETUDES ET DE LAPLANIFICATION

Article 127 (1) Cette Sous-Direction, placée sous l'autorité d'un Sous-Directeur, Médecin, la Sous-Direction des Etudes et de la Planification est chargée de :

- de la carte sanitaire de la Sûreté Nationale ;
- des études et programmes relatifs à la protection des personnels de la Sûreté Nationale les dangers de la guerre chimique, conventionnelle et bactériologique ;
- de la recherche médicale ;
- de la planification des besoins en personnel médical, paramédical et spécialisé ;
- de l'étude des cas à présenter devant la Commission de Réforme et des dossiers de remboursements des frais médicaux ;
- du suivi des congés de maladie ou de longue durée.

(2)La Sous-Direction des Etudes et de la planification comprend :

- Un Service des Etudes et du Fichier ;

-un Service des Statistiques et de la Planification.

Article 128- (1) placé sous l'autorité d'un Chef de Service éventuellement assisté d'un Adjoint, le Service des Etudes et du Fichier est chargé :

- des programmes relatifs à la protection des personnels de la Sûreté Nationale contre les dangers de la guerre chimique conventionnelle et bactériologique ;
- de la recherche médicale ;
- de l'étude des dossiers relatifs à l'état de santé des personnels ;
- de l'étude des dossiers de remboursements des frais médicaux,

(2) Le Service des Etudes et du Fichier Comprend trois bureaux :

-un Bureau de la Recherche Médicale ;

-un Bureau de la Réforme

-un Bureau du Remboursement des Frais Médicaux.

Article 129- (1) Placé sous l'autorité d'un Chef de Service éventuellement assisté d'un Adjoint, le Service de la Statistiques et de la Planification est chargé :

- de l'établissement des statistiques ;
- de la tenue du fichier des malades ;
- de la confection de la carte sanitaire.

(2) Le Service de la Statistiques et de la Planification comprend trois bureaux :

- un Bureau des Statistiques ;
- un Bureau de la Planification
- un Bureau de la Carte Sanitaire.

SECTION II : DE LA SOUS-DIRECTION DES FORMATIONS SANITAIRES

Article 130 (1) Placée sous l'autorité d'un Sous-Directeur, Médecin, la Sous –Direction des Formations Sanitaires est chargée de :

- des soins au personnel de la Sûreté Nationale ainsi qu'aux membres de leurs familles et au public ;
- du soutien aux unités de santé de la Sûreté Nationale ;
- du contrôle technique des formations sanitaires ;
- du contrôle des critères physique et psychotechnique à la fonction policière ;
- des évacuations sanitaires ;
- de l'approvisionnement et de la maintenance ;
- de la santé opérationnelle.

(2) La Sous-Direction des Formations Sanitaires comprend :

- un Service des Liaisons et des Visites d'Incorporation ;
- un Service de Contrôle Technique ;
- un Service des Approvisionnements et des Equipements Médico-Sanitaires ;
- un Service de la Santé Opérationnelle.

Article 131- (1) Placé sous l'autorité d'un Chef de Service éventuellement assisté d'un Adjoint, le Service des Liaisons et des Visites d'incorporation est chargé des liaisons avec des formations sanitaires et des visites d'incorporation.

(2) Le Service des Liaisons et des Visites d'Incorporation comprend deux bureaux :

- un Bureau des Liaisons ;
- un Bureau des Visites d'Incorporation.

Article 132- (1) Placé sous l'autorité d'un Chef de Service éventuellement assisté d'un Adjoint, le Service du Contrôle Technique est chargé du contrôle des formations sanitaires de la Sûreté Nationale.

(2) Le Service du Contrôle Technique comprend deux bureaux :

- un Bureau de Contrôle des Locaux et des Equipements ;
- un Bureau du Contrôle de l'Ethique Médicale.

Article 133 –(1) Placé sous l'autorité d'un Chef de Service éventuellement assisté d'un Adjoint, le Service des Approvisionnements et des Equipements médico-sanitaires est chargé de la commande des médicaments, des produits pharmaceutiques et des équipements médico-sanitaires.

(2) Le Service des Approvisionnements et des Equipements médico-sanitaires comprend trois bureaux :

- un Bureau des Approvisionnements ;
- un Bureau des Equipements ;
- un Bureau de la Maintenance.

Article 134 (1) Placé sous l'autorité d'un Chef de Service éventuellement assisté d'un Adjoint, le Service de la Santé Opérationnelle est chargé de la gestion des catastrophes et des calamités.

(2) Le Service de la Santé Opérationnelle comprend deux bureaux :

- un Bureau des Interventions ;
- un Bureau de la Réhabilitation.

Section III : DE LA SOUS-DIRECTION DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE

Placé sous l'autorité d'un Sous-Directeur, Médecin, la Sous-Direction de la Santé Communautaire est chargé de :

- de la prévention des grandes pandémies et du MST/SIDA.
- De la vaccination ;
- de la protection maternelle ;
- de la gestion des projets de la santé communautaire.

(2) La Sous-Direction de la Santé Communautaire comprend trois services :

- un Service des Grandes Endémies et des MST/SIDA ;
- un Service de la Protection Maternelle, Infantile et de la Vaccination ;
- un Service de Gestion des Projets de Santé Communautaire.
-

Art 136 (1) Placé sous l'autorité d'un Chef de Service éventuellement assisté d'un Adjoint, le Service des Grandes et des MST/SIDA est chargé de l'étude et du contrôle des grandes endémies et des MST/SIDA.

(2) Le Service des Grandes Endémies et des MST/SIDA comprend deux bureaux :

- Le Bureau des Grandes Endémies ;
- Un Bureau des MST/SIDA.

Art 137 Placé sous l'Autorité d'un Chef de Service éventuellement assisté d'un Adjoint, le Service de la Protection Maternelle et de la Santé Infantile comprend deux (02) bureaux :

- un Bureau de la Protection Maternelle et Infantile ;
- un Bureau de la Vaccination.

Art 138 – (1) Placé sous l'autorité d'un Chef de Service éventuellement assisté d'un Adjoint, le Service de Gestion des Projets de Santé Communautaires est chargé de l'élaboration des Projets de Santé communautaire, en liaison avec les autres Administrations et Organismes Internationaux.

(2) Le Service des Gestion des Projets de Santé Communautaire comprend trois (3) bureaux :

- Un Bureau des Etudes
- Un Bureau de Gestion
- Un Bureau d'Evaluation.

La nécessité de comprendre le rapport entre la tutelle qui est la Direction de la Santé et le démembrement qui est l'Hôpital de la police nous paraît nécessaire dans le sens où c'est au niveau de la tutelle que sont élaborées les politiques sectorielles d'organisation de l'Hôpital de la Police de Yaoundé et des Centres Médicaux de la Police.

Ainsi par Décret N°2012/543 du 19 Novembre 2012, le Président de la République crée, organise le fonctionnement l'Hôpital de la Police de Yaoundé, point focal de notre recherche.

Dans son Article 1^{er} alinéa 1, il est créé à Yaoundé une formation hospitalière de la Sûreté Nationale dénommé « Hôpital de la Police de Yaoundé » (HPY) qui est une formation hospitalière de référence apparentée aux hôpitaux centraux du Ministère en charge de la santé publique (Art.2). les missions de cette institution définies en l'Article 3 stipule que cet Hôpital est chargé :

- de la prise en charge adéquate des policiers accidentés ou malades, de leurs familles et du grand public ;
- de la prise en charge des policiers évacués des centres médicaux régionaux du territoire national ;
- de l'expertise médico-légale ;
- des visites médicales d'incorporation et de réforme ;
- de la prise en charge des grandes endémies, des infections sexuellement transmissibles et du VIH/SIDA, des maladies émergentes et ré-émergentes au sein de la Sûreté Nationale ;
- de la promotion de la santé maternelle et infantile ; de la recherche médicale ;
- de la formation continue du personnel médical et paramédical ;
- des statistiques sanitaires ;
- des évacuations sanitaires à l'intérieur et à l'extérieur du territoire national

Le Titre II de ce Décret portant sur l'Organisation et le Fonctionnement de l'Hôpital de la Police de Yaoundé dispose en son Article 4 que cet Hôpital comprend : la mise

- Une Administration ;
- des Unités de Soins ;
- un Personnel Médical et Paramédical.

En ce qui concerne l'Administration, au Chapitre I de ce Titre, Article 5 il est précisé que celle-ci comprend une Direction et un Conseil de Direction. La Section I s'étale sur la Direction ainsi qu'il suit :

-Article 6(1) L'Hôpital de la Police de Yaoundé est dirigé par un Directeur éventuellement assisté d'un Adjoint, tous deux Médecins de la Sûreté Nationale ayant respectivement rang de Directeur et de Directeur-Adjoint de l'Administration Centrale.

(2) La Direction de l'Hôpital Comprend :

- une Division des Affaires Administratives et Disciplinaires ;
- une Division des Affaires Financières et de la Logistique.

Article 7 (1) Sous l'autorité du Chef de Corps de la Sûreté Nationale, le Directeur de l'Hôpital est responsable de la mise en œuvre des décisions du conseil Direction de l'Hôpital.

(2) A ce titre, il :

- coordonne l'ensemble des activités de l'Hôpital ;
 - convoque et préside les réunions périodiques de coordination des responsables de l'Hôpital ;
 - organise des séminaires scientifiques et de recherche dont il adresse les procès-verbaux au Chef de corps de la Sûreté Nationale ;
 - assure la préparation et l'exécution du budget de l'Hôpital ;
- Veille à l'application du règlement intérieur de l'Hôpital.

PARAGRAPHE 1^{ER} / DE LA DIVISION DES AFFAIRES ADMINISTRATIVES ET DISCIPLINAIRES.

Article 8 (1) Placée sous l'autorité d'un Chef de Division ayant rang de Sous-Directeur de l'Administration Centrale, la Division des Affaires Administratives et Disciplinaires comprend quatre services :

- un Service de la Gestion Administrative du Personnel ;
- un Service de la Statistiques, des Archives et de la Documentation ;
- un Service d'Hygiène et d'Assainissement ;
- un Service de la Coordination des Soins.

Article 9. (1) Placé sous l'autorité d'un Chef de Service éventuellement assisté s'un Adjoint, le Service de la Gestion Administrative du Personnel est chargé de la gestion administrative du personnel médical et paramédical, administratif, d'appui et des stagiaires.

(2) Le Service de la Gestion Administre du Personnel comprend deux (02) bureaux :

- un Bureau du Personnel Médical, Paramédical et Administratif ;
- un Bureau du Personnel d'Appui et des Stagiaires.

Article 10- (1) Placé sous l'autorité d'un Chef de Service éventuellement assisté d'un Adjoint, le Service de la Statistique, de la Documentation et des Archives est chargé de :

- La collecte des données statistiques sanitaires ;
- la tenue du fichier des malades
- la tenue du fichier des stagiaires ;
- la documentation.

(2) Le Service des Statistiques, des Archives et de la Documentation comprend quatre bureaux :

- un Bureau du Fichier des Maladies et de la Collecte des Données Statistiques ;
- un Bureau du Fichier du Personnel et des Stagiaires ;
- un Bureaux des Archives ;
- une Bibliothèque.

Article 11 –(1) Placé sous l’autorité d’un Chef de Service éventuellement assisté d’un Adjoint, le Service d’Hygiène et des Assainissement est chargé de veiller sur la propreté des locaux et alentours de l’Hôpital. Il assure la gestion des déchets hospitaliers et de la buanderie.

(2) le Service d’Hygiène et d’Assainissement comprend quatre bureaux :

- un Bureau d’Entretien des Locaux et des Espaces ;
- un Bureau des Evacuation et de Traitement des Déchets Hospitaliers ;
- un Bureau de la Stérilisation ;
- un Bureau de la Buanderie.

Article 12 (1) Placé Sous l’autorité d’un Chef de Service éventuellement assisté d’un Adjoint, Le Service de la Coordination des Soins est chargé de la mise en œuvre des principaux cardinaux des soins infirmiers dans les différentes Unités, de formation continue du personnel paramédical et de l’encadrement des stagiaires.

(2) Le Service de Coordination des Soins comprend trois bureaux ;

- le Bureau du Nursing ;
- un Bureau de Plannings et de Formation continue ;

Une Surveillance Générale.

PARAGRAPHE II : DE LA DIVISION DES AFFAIRES FINANCIERES ET DE LA LOGISTIQUE.

Article 12 (1) Placée sous l’autorité d’un Chef de Division ayant rang de Sous-Directeur dans l’Administration Centrale, la Division des Affaires Financières et à la Logistique est chargée des questions relatives aux finances et à la logistique.

(2) La Division des Affaires Financières et de la Logistique comprend trois services :

- un Service Financier ;
- un Service de la Logistique et de la Maintenance ;
- une Pharmacie.

Article 14 : Placé sous l'autorité d'un Chef de Service éventuellement assisté d'un Adjoint, le Service Financier est chargé :

- de la préparation des budgets
- de la cession ;
- de la comptabilité-matières ; des quotes-parts ;
- de la caisse d'avance.

(2) Le Service Financier comprend trois (03) bureaux :

- un Bureau de Préparation du Budget et de la Cession ;
- un Bureau de la Comptabilité –Matières ;
- un Bureau de la Caisse des Quotes-parts.

Article 15- (1) Placé sous l'autorité d'un Chef de Service éventuellement assisté d'un Adjoint, le Service de la Logistique et de la Maintenance est chargé de l'approvisionnement, de la gestion et du recyclage des produits médicaux et des équipements.

(2) Le Service de la Logistique et de la Maintenance comprend trois bureaux :

- un Bureau d'Approvisionnement ;
- un Bureau de la Maintenance ;
- un Magasin

SECTION II : DU CONSEIL DE DIRECTION

L'Article 16 définit les compétences du Conseil de Direction qui délibère des questions relatives :

- au règlement intérieur ;
- au recrutement du personnel vacataire ;
- à la fixation des coûts des actes médicaux ;

Au budget de fonctionnement de l'Hôpital.

Article 17 (1) Le Conseil de Direction est présidé par le Chef de Corps ou en cas d'empêchement, le Secrétaire Général de la Sûreté Nationale.

(2) Sont membres permanents du Conseil de Direction :

- le Représentant du Secrétaire Général de la Présidence de la République ;
- Le Secrétaire Générale de la Délégation Générale à la Sûreté Nationale ;

- Les Inspecteurs Généraux de la Sûreté Nationale ;
- le Directeur de la Santé ;
- Le Directeur des Ressources Humaines ;
- Le Chef de la Division Juridique ;
- deux représentants du Corps médical ;
- deux représentants du personnel paramédical.

(3) Le Directeur de l'Hôpital de la police assure le secrétariat du Conseil de Direction.

(4) Le Président du Conseil peut faire appel à toute personne en raison de sa compétence pour l'examen des questions inscrites à l'ordre du jour.

Article 18 (1) : Le Conseil de Direction se réunit deux fois par an en session ordinaire sur convocation

de son Président. Il peut, en cas de nécessité, se réunir en session extraordinaire.

(2) Les décisions du Conseil de Direction sont prises à la majorité simple. En cas de partage de voix, celle du Président est prépondérante.

CHAPITRE / DES UNITES DE SOINS

Article 19. L'Hôpital de police de Yaoundé comprend :

- Une Unité de Médecine et Spécialités ;
- Une Unité de Chirurgie et des Spécialités ;
- Une Unité de Pédiatrie et de Gynécologie Obstétrique ;
- Une Unité d'Anesthésie et de Réanimation, du Bloc Opératoire des Urgences et des Consultations Externes ;
- Une Unité des Examens Paracliniques et de la Morgue.

SECTION I : DE L'UNITE DE MEDECINE ET DES SPECIALITES

Article 20. (1) Placée sous l'autorité d'un Chef de l'Unité ayant rang de Sous-Directeur de l'Administration Centrale, l'Unité e Médecine et des Spécialités est chargée de la médecine interne, des explorations médicales, de la cardiologie, de la gastro-entérologie, de l'endocrinologie, de la pneumologie, de l'infectiologie clinique, de la rhumatologie et de neurologie.

(2) l'Unité de Médecine et des Spécialités comprend quatre services :

- un Service de Médecine Interne et des Explorations Fonctionnelles ;
- un Service Cardiologie, de Gastro-Entérologie et d'Endocrinologie ;
- un Service de Pneumo-Phtisologie et d'Infectiologie Clinique ;

- Un Service de Rhumatologie et de Neurologie.

Article 21. –(1) Placé sous l'autorité d'un Chef de Service de Médecine éventuellement assisté d'un Adjoint, le Service de Médecine Interne et des Explorations Fonctionnelles est chargé de la médecine générale et des explorations complémentaires.

- un bureau de soins externes ;
- Un bureau des explorations fonctionnelles ;
- un bureau d'hospitalisation.

ARTICLE :22-(1) placé sous l'autorité d'un chef de service éventuellement assisté d'un adjoint , le service de cardiologie ,de gastro-entérologie et d'endocrinologie est chargé dde la prise en charge des affections cardio- vasculaires ,digestives et endocriniennes .

(2) Le service de cardiologie, de gastro-entérologie et d'endocrinologie comprend deux (02) bureaux ;

- un bureau des soins externes ;
- Un bureau d'hospitalisation.

ARTICLE23-(1) placé sous l'autorité d'un chef de service éventuellement assisté d'un adjoint, le service de pneumo- phtisiologie et d'infectiologie clinique est chargé des affections respiratoires et infectieuses.

(2) le service de pneumo-phtisiologie et d'infectiologie clinique comprend deux (02) bureau :

- un bureau de soins externes
- un bureau d'hospitalisation

SECTION II :DE L'UNITE DE CHIRUGIE ET SPECIALITES

ARTICLE 25 (1) placé sous l'autorité d'un chef d'unité ayant rang de sous-directeur de l'administration centrale, l'unité de chirurgie et spécialités est chargée de la chirurgie générale de la traumatologie, de l'orthopédie ,de la kinésithérapie ,de l'oto-rhino-laryngologie (ORL),de l'odontostomatologie et d'orthodontie ;ainsi que de l'ophtalmologie .

(2)L'unité de chirurgie et spécialités comprend six(06), services ;

- un service de chirurgie générale ;
- un service de chirurgie orthopédique et de traumatologie ;-un service de kinésithérapie et de rééducation fonctionnelle ;
- Un service d'ortho-rhino-laryngologie et de chirurgie cervicale et maxillo-faciale ;
- un service d'ophtalmologie ;
- un service d'odontostomatologie et d'orthodontie.

ARTICLE 26-(1) placé sous l'autorité d'un chef de service éventuellement assisté d'un Adjoint ,le service de chirurgie générale est chargé de de toutes les interventions de chirurgie générale.

(2) Le service de chirurgie générale comprend deux (02) bureaux :

Un bureau de soins externes

Un bureau d'hospitalisation.

ARTICLE 27-(1) placé sous l'autorité d'un chef de service éventuellement assisté d'un adjoint, le service de kinésithérapie et de rééducation fonctionnelle est chargé des pathologies et séquelles ostéo-articulaires.

(2) Il comprend deux (02) bureaux :

- un bureau de soins externes ;

- un bureau de d'hospitalisation.

ARTICLE 28-(1) Placé sous l'autorité d'un chef de service éventuellement assisté d'un adjoint, le service de kinésithérapie et de rééducation fonctionnelle est chargé des pathologie et séquelles ostéo –articulaires .

(2) Il comprend deux (02) bureaux :

- Un bureau de kinésithérapie

- un bureau de rééducation fonctionnelle.

ARTICLE 29 - (1) Placé sous l'autorité d'un chef de service éventuellement assisté d'un adjoint, le service d'oto-rhino- laryngologie (ORL), de chirurgie cervicale, otologique, rhinologique, maxillo-faciale, ainsi que des explorations fonctionnelles .

(2) Le service d'oto-rhino-laryngologie (ORL) comprend quatre (04) bureaux :

- un bureau des consultations ;

- un bureau des soins ;

- un bureau d'hospitalisation ;

- un bureau des explorations fonctionnelles.

ARTICLE 30 -(1) Placé sous l'autorité d'un chef de service éventuellement assisté d'un adjoint, le service d'ophtalmologie est chargé des consultations, du traitement et des interventions chirurgicales oculaires .

(2) Le service d'ophtalmologie comprend deux (02) bureaux :

- un bureau de consultation médicale et de chirurgie ;

- un bureau des explorations fonctionnelles.

ARTICLE 31-(1) Placé sous l'autorité d'un chef de service éventuellement assisté d'un adjoint, le service d'odontostomatologie et d'orthodontie est chargé des consultations, des soins dentaires et des prothèses .

(2) Le service d'odontostomatologie et d'orthodontie comprend deux (02) bureaux :

- Un bureau de consultation médicale et de chirurgie

- un bureau des explorations fonctionnelles

ARTICLE 31 -(1) Placé sous l'autorité d'un chef de service éventuellement assisté d'un adjoint, le service d'odontostomatologie et d'orthodontie est chargé des consultations ,des consultations, des soins dentaires et des prothèses.

(2) Le service d'odontostomatologie et d'orthodontie comprend deux (02) bureaux :

- un bureau des consultations et des soins ;

- un bureau d'orthodontie.

SECTION III :DE L'UNITE DE PEDIATRIE, DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE

ARTICLE 32 - (1) Placé sous l'autorité d'un chef d'unité ayant rang de sous-direction de l'administration centrale, l'unité de pédiatrie générale et spécialités, de la néonatalogie, de la vaccination, de la gynécologie, d'obstétrique et de l'accouchement.

(2) L'unité de pédiatrie, de gynécologie d'obstétrique comprend quatre (04) services :

- un service de pédiatrie générale

- un service de néonatalogie ;

- un service de vaccination ;

- un service de gynécologie et d'obstétrique.

ARTICLE 33- (1) Placé sous l'autorité d'un chef de service éventuellement assisté d'un adjoint , le service de pédiatrie générale est chargé de la consultation pédiatrique et de l'hospitalisation.

(2) Le service de pédiatrie générale comprend deux (02) bureaux :

- un bureau des soins externes ;

- un bureau d'hospitalisation.

ARTICLE 34 -(1) placé sous l'autorité d'un chef de service éventuellement assisté d'un adjoint, le service de néonatalogie est chargé de la consultation des nouveau-nés, de leur hospitalisation, de leur prise en charge.

- Un bureau des soins externes ;

- un bureau d'hospitalisation.

ARTICLE 35-(1) Placé sous l'autorité d'un chef de service et éventuellement d'un adjoint, le service de vaccination est chargé de la vaccination.

(2) Le service de vaccination comprend deux (02) bureaux :

- un bureau d'éducation sanitaire ;
- un bureau de vaccination.

ARTICLE 36-(1) Placé sous l'autorité d'un chef de service éventuellement assisté d'un adjoint, le service de gynécologie et d'obstétrique est chargé des consultations externes, des hospitalisations, et du bloc accouchement.

(2) le service de gynécologie et d'obstétrique comprend cinq (05) bureaux :

- un bureau des consultations externes ;
- un bureau de planning familial ;
- un bureau des urgences ;
- un bureau des hospitalisations ;
- un bloc d'accouchement.

SECTION IV

DE L'UNITE D'ANESTHESIE ET DE REANIMATION, DU BLOC OPERATOIRE, DES URGENCES ET DES CONSULTATIONS EXTERNES

ARTICLE 37 - (1) Placé sous l'autorité d'un chef d'unité ayant rang de sous- directeur de l'administration centrale, l'unité d'anesthésie et de réanimation, du bloc opératoire, des urgences et des consultations externes est chargée de l'anesthésie, de la réanimation, des consultations externes, des urgences et de la réalisations des interventions chirurgicales.

(2) L'unité d'anesthésie et de réanimation, du bloc opératoire des urgences et des consultations externes comprend cinq (05) bureaux :

- un service d'anesthésie ;
- un service de réanimation ;
- un service de stérilisation, d'instrumentation du matériel et des consommables ;
- un service des urgences ;
- un service des consultations externes.

ARTICLE 38-(1) Placé sous l'autorité d'un chef de service éventuellement assisté d'un adjoint, le service d'anesthésie est chargé de consulter les patients susceptibles d'être opérés et de les endormir au bloc opératoire.

(2) Le service d'anesthésie comprend deux (02) bureaux :

- un bureau des consultations pré-anesthésiques ;

- un bureau d'anesthésie.

ARTICLE 39 - (1) Placé sous l'autorité d'un chef de service éventuellement assisté d'un adjoint, le service de réanimation est chargé de la réanimation médicale et chirurgicale

(2) Le service de réanimation comprend deux (02) bureaux :

- un bureau des soins externes ;
- un bureau d'hospitalisation.

ARTICLE 40-(1) Placé sous l'autorité d'un chef de service éventuellement assisté d'un adjoint, le service de stérilisation, d'instrumentation du matériel et des consommables est chargé de veiller à la disponibilité et au recyclage du matériel.

(2) Il comprend trois (03) bureaux :

- un bureau de stérilisation ;
- un bureau d'instrumentation ;
- un bureau du matériel et des consommables.

ARTICLE 41 -(1) Placé sous l'autorité d'un chef de service éventuellement assisté d'un adjoint, le service des consultations externes est chargé des patients hors urgence.

(2) L'unité des examens para cliniques et de la morgue comprend trois (03) services :

- un service de biologie clinique ;
- un service d'imagerie médicale;
- un service d'expertises médico-légales, d'anatomie pathologique et de la morgue.

ARTICLE 44 -(1) Placé sous l'autorité d'un chef de service éventuellement assisté d'un adjoint, le service d'expertise médico-légale et de criminologie est chargé, en collaboration avec la police judiciaire, des activités médico-légales.

(2) Le service d'expertise médico-légale, de criminologie et de la coordination de la recherche médicale comprend trois (03) bureaux :

- un bureau des expertises médico- légales ;
- un bureau de criminologie ;
- un bureau de la coordination de la recherche médicale.

ARTICLE 45 -(1) Placé sous l'autorité d'un chef de service éventuellement assisté d'un adjoint, le service de la biologie clinique est chargé des examens de laboratoire et de la banque de sang.

(2) le service de la biologie clinique comprend trois (03) bureaux :

- un bureau d'infectiologie biologique ;
- un bureau de biochimie ;
- un bureau d'hématologie et de la banque de sang.

ARTICLE 46 -(1) Placé sous l'autorité d'un chef de service éventuellement assisté d'un adjoint, le service d'anatomie pathologie et de la morgue est chargé des analyses spécialisées des prélèvements, de l'expertise médico-légale et de la conservation des restes mortuaires.

(2) Le service d'anatomie pathologique et de la morgue comprend trois (03) bureaux :

- un bureau des expertises médico-légales ;
- un bureau d'anatomie et de la cytopathologie
- une morgue.

ARTICLE 47 -(1) Placé sous l'autorité d'un chef de service éventuellement assisté d'un adjoint, le service d'imagerie médicale est chargé de la radiologie conventionnelle et interventionnelle et des techniques d'imagerie médicale.

(2) Le service d'imagerie médicale comprend trois(03) bureaux :

- un bureau des programmes de travail et des soins ;
- un bureau des consommables et du matériel d'examens ;
- un bureau du secrétariat et des résultats.

CHAPITRE III

DU PERSONNEL

ARTICLE 48 - (1) Le personnel de l'hôpital de la police de Yaoundé est essentiellement constitué des fonctionnaires de la sûreté nationale.

Il comprend :

- un personnel médical ;
- un personnel paramédical ;
- un personnel d'appui.

(2) toutefois, en vue de l'amélioration du plateau technique et de son fonctionnement, l'hôpital de la police de Yaoundé peut faire appel à un personnel vacataire.

ARTICLE 49- Le personnel médical comprend :

- les médecins spécialistes ;
- les médecins généralistes.

ARTICLE 50 – Le personnel paramédical comprend :

- Les pharmaciens ;
- les chirurgiens-dentistes ;
- les ingénieurs biomédicaux ;
- les orthodontistes ;
- les techniciens supérieurs de la santé ;
- les infirmiers diplômés d'états spécialisés ;

- les infirmiers diplômés d'états ;
- les infirmiers brevetés spécialisés ;
- les infirmiers brevetés ;
- les techniciens de laboratoire ;
- les techniciens adjoints de laboratoire ;
- les secrétaires médicaux ;
- les aides-soignants ;

ARTICLE 51- Le personnel d'appui comprend :

- Le personnel administratif et financier ;
- les chauffeurs ;
- le personnel d'entretien.

TITRE III

DES DISPOSITIONS FINALES

ARTICLE 52 : Le Ministre en charge de la santé publique, le Ministre en charge des finances et le chef de corps de la sûreté nationale sont, chacun en ce qui le concerne, chargés de l'application du présent décret qui sera enregistré, publié puis inséré au journal officiel en français et anglais.

4-2-PROCEDURE ET CRITERES DE SELECTION DES PARTICIPANTS

Notre étude porte sur la capacité de mentalisation du fonctionnaire de police et le coping des facteurs traumatiques dans son vécu. Selon Grawitz (1990), la population est « *un ensemble dont les éléments sont choisis parce qu'ils sont de même nature.* » Ainsi, elle renvoie à l'ensemble des individus ayant les mêmes caractéristiques sur lesquels le chercheur mène ses investigations. C'est l'ensemble des individus auxquels le chercheur voudrait généraliser les résultats de sa recherche. Elle s'estime généralement au niveau national ou régional. Pour Amin (2005), la population d'une enquête en méthodologie est « *la collection complète de tous les éléments qui sont intéressés par une investigation particulière. La population est la totalité des objets ou individus ayant en commun une ou plusieurs caractéristiques qui intéressent le chercheur et où les inférences seront faites* ».

Notre population est constituée des Fonctionnaires de police du sexe masculin des unités opérationnelles du Commandement Central des GMI et du Groupement Spéciale d'Opérations qui ont participé aux opérations de Maintien de l'Ordre Renforcé dans les Régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest et qui ont été victimes directement ou indirectement des violences et

atrocités de la guerre séparatiste aux champs des opérations. Cependant nous avons défini des critères d'inclusion et d'exclusion qui sont indispensables sur le choix des participants.

4-2-1- Critères d'inclusion

Pour mener à bien cette recherche, nous avons dans les critères d'inclusion admis que les participants sont

4-2-1-1- Sont inclus dans cette étude

- Des Fonctionnaires de la Sûreté Nationale appartenant au Groupement Spéciale des Opérations et au Commandement Central des Groupements Mobiles d'Intervention ;
- Que les participants sont de sexe masculin ;
- Les participants sont du Grade de Gardien de la Paix à Officier de Police ;
- Les participants ont vécu l'évènement traumatique au combat ou à l'occasion de celui-ci ;
- Que le personnel soignant l'a référé à une prise en charge psychologique ou à une consultation du psychologue
- Obtenir un score supérieur à 61 à l'ETD

4-2-1-2- Sont exclus dans cette étude

- Les Fonctionnaires de sexe féminin, du fait de leur non-participation aux opérations de Maintien de l'Ordre renforcé ;
- Les Fonctionnaires du Cadre de Commissaires qui ne sont pas directement dans les champs d'opérations ;
- Tous les autres Fonctionnaires de Police de sexe masculin appartenant à ces unités qui ne sont pas allés dans les zones de combat.

Le Coping

Dans son approche définitionnelle la plus éloignée élaborée par Lazarus et Launier (1978), le coping désigne l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'évènement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique. Dans son approche théorique actuelle mise en évidence par Lazarus et Folkman (1984), il est défini comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui

menacent ou dépassent les ressources d'un individu » Cette riposte, désigné sous le nom « *coping strategy* » par les Anglo-Saxons et connue dans la littérature française sous le terme « stratégies d'ajustement ». Bruchon-Schweitzer (2001) qui cite pour Lazarus et ses collègues (Lazarus et Folkman, 1984; Lazarus et Launier, 1978) rappelle que le coping, a deux fonctions principales : « il permet de modifier le problème qui est à l'origine du stress, il peut permettre de réguler les réponses émotionnelles associées à ce problème » cette suite permet d'observer deux sortes de coping : un coping centré sur le problème et un coping privilégiant la régulation de la réponse émotionnelle dit coping centré sur les émotions. Cependant Dantzer (1989), pense sur une expérience sur des rats que le critère essentiel du coping est la survie. Or vu de cette manière, une confusion sémantique peut naître entre le coping et l'adaptation. Selon Lazarus et Folkman, (1984a, pp283-284), l'adaptation est un concept plus large que le coping. En effet, il inclut tous les modes de réactions des organismes vivants interagissant avec les conditions changeantes de l'environnement (soit chez l'homme, la perception, l'émotion, la motivation, l'apprentissage etc...). Des confusions pourraient donc dans ce sens questionner ce que sont les mécanismes de défenses ? Selon des clarifications issues de HANN, (1997), un mécanisme de défense est rigide, inconscient, indifférencié, irrésistible, lié à des conflits intrapsychiques et à des événements de vie anciens, il distord généralement la réalité. Sa fonction est de maintenir l'angoisse à un niveau tolérable. Pour Vaillant (1977), le coping s'est apparenté au modèle de la *psychologie du Moi* proche aux *défenses du Moi* constituant un ensemble d'opérations cognitives inconscientes dont la finalité est de diminuer ou supprimer tout ce qui peut susciter le développement de l'angoisse. Vaillant (op. cit) énonce divers processus cognitifs destinés à diminuer l'anxiété induite par un événement : Il s'agit : du déni, de l'isolation et de l'intellectualisation. Cependant, Revedi, 1986 pense à ce sujet que l'essentiel du coping réussi concerne la qualité du devenir psychologique. Ainsi des recherches menées en France sur des patients hospitalisés évoquaient le rôle des mécanismes de défenses dans l'adaptation à la maladie. Des attitudes comme le déni, l'isolation ou un esprit combatif protégeraient mieux le patient de l'anxiété qu'une tendance à une projection au stoïcisme- fataliste ou à l'agressivité – colère. Ces modèles bien qu'ayant contribué à la compréhension des réactions de l'individu en face d'une situation stressante ont cependant montré des limites. En effet, le coping ici est plus envisagé comme un modèle défensif centré sur l'équilibre émotionnel que d'avantage sur la réduction de la tension alors qu'il devrait intervenir sur la résolution du problème créé par l'évènement. Cette écart amène Cohen et Lazarus, 1979 ; Folkman et Lazarus, 1986, cité par Paulhan (1992) a affirmé que « *le coping nécessite d'inclure à la fois les fonctions émotionnelles et de résolution de problème, c'est-à-dire des stratégies conscientes et*

inconscientes que l'individu met en place pour s'ajuster à un évènement qu'il perçoit comme menaçante ». Certaines autres considérations découlant de la théorie des défenses ont lié les mécanismes de coping à un trait de personnalité. Ainsi Byrne, 1961 cité par Paulhan pense que certaines caractéristiques de la personnalité telles que la répression- sensibilité le fatalisme (Wheaton, 1983) ou l'endurance Kobasa, Madi et Al. 1982 prédisposaient l'individu à faire face au stress d'une certaine façon. Mais cette hypothèse n'a pu être validée du fait qu'un individu n'a pas un comportement stéréotypé. Des études montrent à ce sujet que les traits de personnalité sont de faibles prédicteurs des stratégies de coping. Le patient en face d'un évènement doit faire face en tout temps à plusieurs variables. Pour le cas d'une maladie physique par exemple, il doit affronter plus d'une source de stress telles : douleurs, invalidité, conditions d'hospitalisations, préserver un équilibre émotionnel et une image de soi satisfaisante, tout en veillant à ses ressources financières et à une attitude non aliénée avec sa famille, phratrie et autrui non familial. Ces variables influent sur la qualité du coping et ne pourraient les mêmes pour un patient en situation d'ajustement psychologique. Ainsi, de manière préférentielle, un même individu peut mettre en place des stratégies cognitives de coping destinées à réduire la tension et d'autres des stratégies comportementales au cas où un effort peut amener un changement de la situation. Lazarus et Folkman (up.cit) admettent donc que les traits de personnalités à eux seuls sont insuffisants pour prédire la manière dont un individu fait face à un évènement. La pole individuelle n'est donc pas à prendre uniquement en compte mais la personne en inter action avec son environnement changeant.

Pour Lazarus et Folkman (1984) la théorie cognitive rend compte de la transaction stress et coping. En effet, dans cette approche transactionnelle, le stress est la résultante d'une inadéquation entre les exigences externes et internes d'un individu avec ses ressources de telle sorte que la supériorité des exigences face aux ressources créés une tension se traduisant par un état de stress. Ils affirment dans ce sens que le stress ne résulte ni dans l'évènement ni dans l'individu mais dans une « *transaction entre l'individu et l'environnement* ». Comprendre la logique de mise en place du coping dans le cas du stress commande au préalable de s'approprier les trois filtres principaux identifiés par lesquels passent les stressseurs :

- La perception du stressseur est influencée par des expériences similaires, le soutien et la religion.
- Les mécanismes de défense de moi (déli, répression, évitement etc.) qui agissent inconsciemment ;

- Les efforts conscients : mise en place des plans d'action, recours à diverses techniques (relaxation, exercice physique, médication etc).

Pour Paulhan (1992), les filtres agissent donc comme des « médiateurs » de la relation événement stressant et situation émotionnelle. Cependant une équivoque et non des moindres est à relever autour de la médiation et de la modération. En effet, « *la modération intervient dans les facteurs antérieurs (trait de personnalité) qui interagissent avec les variables environnementales pour produire une réaction émotionnelle* » Par contre, « *le médiateur est généré par une situation qui modifie la relation initiale entre la valeur initiale et la réaction émotionnelle, celle-ci pouvant être atténuée ou amplifiée* ». Le coping procède donc avant tout de l'évaluation du potentiel stressant et les ressources mobilisables Lazarus et Folkman, (1988).

4-2-1-3- Échelle de Traumatisme de Davidson (ETD)

L'Échelle de Traumatisme de Davidson est un outil d'évaluation qui a été créé par Jonathan R. T. Davidson et ses collaborateurs en 1997. Dans sa version originale anglaise, le *Davidson Trauma Scale* a été élaboré à partir d'expériences traumatiques diverses et en se basant sur les critères diagnostiques ainsi que sur la symptomatologie de l'ÉSPT du DMS-IV. L'ÉTD a été traduite en français en 1998 par le distributeur (Multi Health Systems Inc.) à partir de la version originale anglaise.

L'ÉTD est un court questionnaire qui demande à une personne de répondre à des questions relatives au traumatisme qui fut le plus bouleversant pour elle (Annexe 9). Le sujet doit répondre à 17 questions qui correspondent aux divers critères diagnostiques d'un ÉSPT, en donnant pour chaque symptôme éprouvé pendant la semaine antérieure une valeur selon une échelle de type Lykert.

Les valeurs de la fréquence des symptômes varient de : 0 = pas du tout ; 1 = 1 fois seulement ; 2 = 2 ou 3 fois ; 3 = 4 à 6 fois ; 4 = tous les jours. Les valeurs de la gravité des symptômes varient de : 0 = pas du tout pénible ; 1 = pénible de façon minimale ; 2 = modérément pénible ; 3 = pénible de façon prononcée ; 4 = extrêmement pénible. L'interprétation se fait sur la base du score globalisant la fréquence des symptômes et la gravité des symptômes obtenu sur les 17 items. Les conclusions sur le score total sont les suivantes :

- 61 ou moins : trauma léger
- 62-69 : trauma modérée ;

- 70-89 : trauma important ;
- 90 et plus : trauma sévère ;

4-2-1-4- Procédure

Pour sélectionner nos participants, nous avons respecté une certaine procédure. L'échelle d'anxiété a été passée à toutes les sujets au nombre de 250 dès leur entrée à l'hôpital de la police à l'issue duquel, nous avons identifié 29 fonctionnaires de la polices traumatisés (score ≥ 55). Par la suite, nous les avons codifiées en fonction de leur direction et de leur section d'appartenance. Cette première codification nous permet de les reconnaître lors d'une probable consultation.

L'échelle de traumatisme de Davidson a été passée dans le cadre de l'étude, aux ex fonctionnaire de la police du Cameroun consultant avec une symptomatologie du traumatisme psychique selon le DSM IV liée au front. A l'issue, les fonctionnaires psychotraumatisés (score ≥ 62) se sont révélées au nombre de 10. Le nouveau code que nous leur avons attribué à cette étape nous a permis de programmer un entretien préliminaire avec ces dernières.

L'entretien préliminaire mené avec les fonctionnaires de la police psychotraumatisées ayant consulté avait pour but de déterminer le facteur traumatique. Lorsque la hauteur des obstacles était identifiée comme facteur traumatique, alors l'individu était retenu comme participant de notre étude. Ainsi, nous lui attribuons le code final. A ce stade nous avons 06 participants.

Cependant, soumis à l'épreuve des critères d'exclusion, nous avons éliminés 03 sujets. 01 est décédé. 03 autres ont abandonné les entretiens pour des raisons d'indisponibilité. A la fin de ce processus, nous avons obtenu 02 participants dont les caractéristiques sont regroupées dans un tableau récapitulatif

❖ Caractéristiques des participants

Tableau 1: *Caractéristiques des participants*

PARTICIPANTS	TACHE NOIRE	BOUBA TOUMBA
Age	26 ans	41 ans
Genre	Masculin	Masculin
Niveau de scolarité	BAC D	
Statut matrimonial	Marié (02enfants)	Fiancée
Rang dans la fratrie	Aîné	Benjamin
Région d'origine	Sud	Extreme- nord
Ethnie	Ntoumou	Guidar
Religion	Catholique (islamisé)	Musulmane
Motif de consultation	Cauchemars nocturne répétés	Tétraplégie générale

4-3-TYPE DE RECHERCHE

Cette étude est une recherche qualitative. La recherche qualitative a pour objet d'étudier les phénomènes humains en vue de plus de compréhension et d'explication. La recherche qualitative est intensive à ce qu'elle s'intéresse surtout à des cas et à des échantillons plus restreints qui sont étudiés en profondeur. Elle permet de rechercher le sens et les finalités de l'action humaine et des phénomènes sociaux. Evidemment, nous cherchons dans cette étude à appréhender l'incidence des processus de mentalisation sur le coping psychotraumatiques chez les fonctionnaires de police.

Qui plus est, en recherche qualitative, l'accent est mis sur l'expérience de la personne, telle qu'elle l'a vécue : « *l'accent est placé sur les perceptions et les expériences des personnes, leurs croyances, leurs émotions et leurs explications des événements sont considérées comme autant de réalités significatives* » (Mayer & al., 2000, p.57). La recherche qualitative est pertinente dans le cas de notre étude, car elle accorde une place prépondérante au point de vue des acteurs. Dans cette perspective, la démarche qualitative fait une large place aux notions de quotidien et de vécu sans lesquelles plusieurs facettes de la réalité psychique peuvent échapper à la connaissance.

4-4- METHODE DE RECHERCHE : méthode clinique

Méthode vient du grec « *methodos* » qui signifie « *route, voie, direction qui mène à un but* » (Nkoum, 2015, p.59). C'est donc le chemin tracé à l'avance pour se diriger vers un but,

pour atteindre un objectif. Ainsi, pour Ardoino et Berger (2010) la méthode est « *un ensemble ordonné de manière logique, de principes, de règles, d'étapes permettant de parvenir à un résultat* ». Le chemin que nous avons choisi pour l'atteinte de l'objectif de cette étude est la méthode clinique.

La psychologie clinique place la signification, l'implication et la totalité au centre de ses préoccupations et ne souhaite pas désobjectiver la situation. La « méthode clinique » vise donc à établir une situation de faible contrainte, pour recueillir des informations de la manière la plus large et la moins artificielle en laissant à la personne des possibilités d'expression. Elle refuse d'isoler ces informations et tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle.

La méthode clinique est le recueil de faits par observation, entretien et analyse des productions du sujet et vise pour Lagache à comprendre la conduite dans sa perspective propre, à relever aussi fidèlement que possible les manières d'être et de réagir d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation (Pédinielli, 1999).

Nous avons choisi la méthode clinique dans notre étude parce qu'elle est une démarche qui se définit avant tout par une prise en compte de la singularité et de la totalité de la situation. Effectivement dans cette recherche, nous envisageons de clarifier la singularité des fonctionnaires de la police traumatisée et la particularité des policiers de retour du front. Aussi, nous voulons appréhender le vécu traumatique dans sa globalité, et cela est plus possible avec la méthode clinique qui « *insiste sur la diversité et non sur la régularité.* » (Hatchuel, 2005, p.5). La modalité fondamentale utilisée par la méthode clinique est l'étude de cas.

4-4-1-L'étude de cas

L'étude de cas comme méthode de recherche est appropriée pour la description, l'explication, la prédiction et le contrôle de processus inhérents à divers phénomènes, que ces derniers soient individuels, de groupe ou d'une organisation (Woodside & Wilson, 2003). La combinaison de ces quatre finalités est aussi possible. La description répond aux questions qui, quoi, quand et comment (Eisenhardt, 1989 ; Kidder, 1982) ; l'explication vise à éclairer le pourquoi des choses ; la prédiction cherche à établir, à court et à long terme, quels seront les états psychologiques, les comportements ou les événements ; enfin, le contrôle comprend les tentatives pour influencer les cognitions, les attitudes et les comportements qui apparaissent dans un cas individuel (Hersen & Barlow, 1976 ; Woodside & Wilson, 2003).

Ses grandes forces sont bien sûr de fournir une analyse en profondeur des phénomènes dans leur contexte, d'offrir la possibilité de développer des paramètres historiques, d'assurer une forte validité interne, c'est-à-dire que les phénomènes relevés sont des représentations authentiques de la réalité étudiée. En somme, c'est une méthode adaptable tant au contexte qu'aux caractéristiques du chercheur

L'étude de cas comme méthode de recherche comporte aussi des faiblesses dont il faut toujours être conscient quand on l'utilise. D'abord, elle est onéreuse en temps et pour le chercheur et pour les sujets. Ensuite, la validité externe de ses résultats pose problème, une étude de cas pouvant difficilement être reproduite par un autre chercheur. Finalement, elle présente des lacunes importantes quant à la généralisation des résultats qu'elle permet d'obtenir. En effet, il est peu probable que des études comparables soient menées pour généraliser la théorie qu'une étude de cas a permis d'induire ou pour rendre ses résultats applicables à toute une population (Lecompte & Goetz, 1982 ; Lucas, 1974; McMillan & Schumacher, 1984 ; Whyte, 1963 ; Worthman & Roberts, 1982).

Une autre raison d'avoir choisi l'étude de cas dans cette recherche est qu'elle nous permet de rendre compte des jeux de facteurs en présence, notamment la mentalisation du fonctionnaire de police et le coping des facteurs traumatiques dans son vécu. Aussi, elle est mieux indiquée pour appréhender la complexité d'un phénomène tel que le vécu traumatique, ainsi que sa richesse.

4-4-2- Utilisation de la méthode clinique dans le cadre de notre travail

Dans cette recherche, nous faisons usage de la méthode clinique dans ses deux niveaux complémentaires à savoir la clinique armée et la clinique à mains nues. Au premier niveau, nous faisons recours aux échelles. Il s'est agi notamment de l'échelle de traumatisme de Davidson. Ce premier niveau nous est utile dans la sélection des participants de notre étude.

Si le premier niveau consiste à nous fournir des informations relatives à la sélection, le second vise à mieux appréhender le phénomène étudié en comprenant l'individu lui-même. A ce niveau, qui se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas, nous utilisons l'entretien que nous décrirons avec plus de détails dans la section suivante.

4-5-TECHNIQUE DE COLLECTE DES DONNEES : *entretien sémi-directif*

L'entretien en tant que technique de recherche a été défini par Blanchet (1987) cité par Fernandez et Catteeuw (2001, p.74) comme

« un entretien entre deux personnes, un interviewer et un interviewé conduit et enregistré par l'interviewer ; ce dernier ayant pour objectif de favoriser la production d'un discours linéaire de l'interviewé sur un thème défini dans le cadre d'une recherche ».

Nous avons choisi cette technique parce que selon Nkoum (2015), elle fournit des données d'une grande richesse et fait surgir la complexité du phénomène étudié. Or, saisir la capacité de mentalisation ou comprendre le vécu nécessite un afflux de données. Aussi, le traumatisme psychique est un phénomène bien complexe. Il existe trois types d'entretiens. L'entretien directif, l'entretien non directif et l'entretien sémi-directif le dernier est celui que nous avons utilisé dans cette étude pour des raisons définies.

En vertu des différents éléments reconnus par notre objet d'étude, nous avons voulu avoir une attitude non directive. Ainsi, nous avons opté pour l'entretien semi-directif, étant donné qu'en « recherche qualitative, on recourt plus rarement à l'entrevue standardisée du style « question-réponse » (Deslauriers, 1991, p. 36). Egalement parce que, par l'entretien sémi-directif, « le chercheur dispose de plus de latitude, ce qui lui permet de s'adapter au contexte (environnement, personnalité du sujet, etc.) » (Lefrançois, 1991, p.108). Cette souplesse est précieuse dans la mesure où l'entrevue peut ébranler émotivement le sujet lorsqu'il élabore son récit. De plus, l'entretien sémi-directif contrairement à l'entretien non directif permet au spécialiste de centrer les propos du participant sur certains thèmes propres au sujet de recherche.

D'autre part, l'entretien sémi-directif favorise l'expression personnelle du sujet. Il est dit sémi-directif en ce sens qu'il n'est ni entièrement ouvert, ni entièrement fermé. En général, le chercheur dispose d'un certain nombre de thèmes ou de questions guides, relativement ouvertes, sur lesquels il souhaite que l'interviewé réponde. Il a pour projet d'explorer des thèmes particuliers.

Pour mettre notre dispositif d'entretien en place, nous nous sommes d'abord référés aux conditions minimales définies par Gighlione et Blanchet (1991). Pour ces auteurs, l'entretien est une situation conventionnelle de face à face entre un interviewer et un interviewé, initiée à la demande de l'intervieweur qui enregistre et conduit l'entretien. Comme l'expliquent

Blanchet et *al.* (1985), l'entretien sémi-directif cherche à résoudre un problème méthodologique fondamental : « *obtenir à la fois un matériel discursif fiable, c'est-à-dire correspondant effectivement à ce que pense la personne interviewée, et à la fois valide, c'est-à-dire conforme aux objectifs de la recherche* (p. 51).

Il existe en fait un schéma d'entretien, définissant une grille de thèmes. Cet entretien est donc « *orienté en fait, même si cela ne devrait pas se sentir, par une liste de thèmes et de sous-thèmes : le guide d'entretien* » (Delhez, 1985, p. 48).

4-6-INSTRUMENT DE COLLECTE DE DONNEES : le guide d'entretien

Le guide d'entretien est une liste récapitulative des thèmes et des sous thèmes à aborder dans le cadre d'une enquête qualitative. Il propose relativement le moment et la manière de les introduire dans la conversation. Ce guide est à la disposition de l'enquêteur pour lui permettre de suivre la méthodologie définie, tout en observant un comportement adéquat lors de l'entretien. Toutefois, il convient de noter que l'ordre d'évocation des thèmes, de même que la formulation des questions peuvent varier au cours de l'entretien.

Le guide d'entretien de cette étude est constitué ainsi qu'il suit :

- le préambule
- l'identification des participants
- le thème 1 : Rapports entre le psychisme et le sentiment social
- le thème 2 : Travail dédramatisation des relations aux objets conflictuels
- le thème 3: Processus renforcement du Moi
- le thème 4: Ajustement comportemental vis-à-vis du soi
- le thème 5: Ajustement comportementaux en famille

C'est en s'appuyant sur ce guide d'entretien que nos entretiens se sont déroulés.

4-7-DEROULEMENT DES ENTRETIENS

Les entretiens ont eu lieu avec les participants retenus après leur soumission aux critères de sélection. Ils étaient tous volontaires à participer à l'étude. Les participants ont toujours eu la possibilité de refuser un entretien et ils étaient libres d'y livrer ce qui leur était possible de dire (Giordano, 2003 ; Mayer & Ouellet, 1991). Les rencontres avec les participants se sont déroulées dans un cadre qui leur est familier (salle d'entretien de l'hôpital de police) pour qu'ils

se sentent en sécurité et en toute confiance. Mais les entretiens se sont déroulés dans une nouvelle salle d'écoute afin que les patients n'assimilent pas le chercheur au thérapeute.

Nous nous sommes basés sur les recommandations de Gighlione et Blanchet (1991) pour conduire nos entretiens. Ces auteurs posent que la conduite de l'entretien débute à l'aide de consignes qui sont des actes directeurs qui initient le discours sur un thème donné. L'entretien se poursuit avec des relances qui sont des actes subordonnés qui réfèrent à l'énoncé précédent de l'interviewé.

Les entretiens furent d'une durée moyenne de vingt minutes selon la disponibilité du participant. Il faut noter que dans cette structure sanitaire de la police, il n'y a presque pas de temps libre pour les personnels de santé.

Nous avons rencontré les sujets quatre fois, cherchant à atteindre le principe de saturation. En effet, les rencontres répondent au principe de saturation lorsque la poursuite de la collecte de données n'apprend plus rien au chercheur, n'apporte plus aucune idée nouvelle comparativement à celles qui ont déjà été trouvées, ne fournit pas une meilleure compréhension du phénomène étudié (Mayer & al., 2000).

De plus, le fait de rencontrer le sujet à plusieurs reprises permet d'approfondir la relation de confiance. De cette manière, le sujet qui se raconte a la possibilité de réfléchir et de se préparer pour le prochain entretien. Quant au chercheur, cela lui donne la possibilité de revenir sur certains points restés obscurs (Giordano, 2003).

La première rencontre fut consacrée à la passation de l'échelle de traumatisme psychique de Davidson, à l'explication du but de la recherche en cours et des objectifs qu'elle tend à atteindre. Lors de cette période, le participant a lu et signé le formulaire de consentement éclairé leur expliquant le but et les objectifs de la recherche. Lors de cette présente rencontre, il y a eu une période d'échange où nous avons répondu aux interrogations des participants permettant ainsi de clarifier l'étude, de sécuriser le participant et favoriser la création d'un climat de confiance. La confidentialité et l'anonymat leur ont été rassurés.

La deuxième rencontre a été le début véritable de nos entretiens avec les participants. Ils ont fait une présentation civile d'eux même. Il s'agissait en fait de donner les caractéristiques sociodémographiques et non l'identité du corps de métier. Aussi, ils ont parlé de leur vécu de la capacité de mentalisation dans la vie en société hors de l'institution policière. Les entrevues

furent enregistrées par le magnétophone de notre téléphone avec le consentement des participants. La retranscription s'est faite directement après l'entretien, car d'après les ordres de la hiérarchie de l'encadrement, ledit entretien devait être effacé le même jour. Et la suppression devait être vérifiée par un cadre de la police.

La troisième rencontre, c'est-à-dire le deuxième entretien a abordé le vécu du trauma et lors de la dernière rencontre, il s'est agi des perspectives qu'avait le participant, aussi s'il y'a des ajouts, des éclaircissements sur ce qu'il avait dit lors des entretiens antérieurs. Le troisième entretien, lui a essentiellement abordé les stratégies adoptées par le participant pour faire face à sa situation traumatique.

Il convient de noter qu'à la fin de chaque entretien, nous remercions toujours le participant pour sa disponibilité. Après tous ces entretiens, nous avons eu un flux de données qu'il fallait dès lors analyser. Toutefois, l'analyse de ces résultats devait se faire selon une technique bien précise.

4-8-TECHNIQUE D'ANALYSE DES RESULTATS : *l'analyse de contenu*

Ce n'est ni la représentativité, ni la généralisation mais plutôt la singularité et la fertilité des données non numériques qui intéressent dans la recherche qualitative (Paillé, 1996). Cette préoccupation rencontre le postulat de l'analyse qualitative à l'effet que « *l'essence de la signification du phénomène étudié réside dans la nature, la spécificité même des contenus du matériel étudié plutôt que dans sa seule répartition quantitative* » (L'Écuyer, 1990, p.31). Aussi, comme le font remarquer Gighlione et Blanchet (1991, p.57), « *le discours produit par un entretien de recherche est un ensemble complexe d'énoncés* ». Il peut se prêter à plusieurs types d'analyses. Nous avons choisi de procéder par l'analyse qualitative, plus précisément l'analyse de contenu.

4-8-1-L'analyse de contenu

L'analyse de contenu consiste à lire le corpus fragment par fragment pour en définir le contenu et le coder selon des catégories fixées a priori ou établies au cours de la lecture. En effet, il s'agit d'une analyse qui porte sur « *les contenus, unités de signification supposées véhiculées par un contenant (le langage), traversant donc ou ignorant sa réalité matérielle* » (Giust-Desprairies et Lévy, 2003, p.290). L'opération tient à sélectionner, condenser, catégoriser, regrouper et organiser l'information. C'est donc une mise en ordre systématique du

contenu manifeste d'un discours (Berelson cité dans Giust- Desprairies et Lévy, 2003) que nous avons mise en place.

Pour la mener à bien, nous nous sommes référés aux principes de l'analyse thématique telle que définis par Poirier et al. (1996), qui l'utilisent dans le cadre de l'analyse de contenu de récits de vie. Même si notre mode d'entretien ne relève pas à proprement parler du récit de vie, cependant, nous explorons le vécu des fonctionnaires de la police. Ainsi, les principes d'analyse utilisés dans ce cadre nous apparaissent pertinents pour notre recherche. Ceci, parce ces principes permettent d'effectuer une série d'opérations destinées à « *l'interprétation d'un corpus abondant, multiforme et foisonnant d'information* » (Poirier & al. p.150), avec l'intention d'appréhender sa multiplicité, sa complexité, sa richesse.

Afin de préciser cette notion cruciale d'interprétation, on peut se référer à Robert et Bouillaguet (1997) qui, dans leur ouvrage consacré à l'analyse de contenu, la définissent comme « *l'action d'inférer, d'accomplir une opération logique par laquelle on tire d'une ou plusieurs propositions (en l'occurrence les données établies au terme de l'application des grilles d'analyse) une ou plusieurs des conséquences qui en résultent nécessairement* » (p. 35). Il s'agit, ajoutent les auteurs, de justifier la validité de ce qu'on avance à propos de l'objet étudié en exposant les raisons de la preuve. C'est ce que nous nous sommes attelés à faire en s'appuyant plus précisément sur l'analyse thématique.

4-8-2-L'analyse thématique

Par analyse thématique, on entend « *une recherche méthodologique des unités de sens par l'intermédiaire des propos tenus par les narrateurs relativement à des thèmes* » (Poirier, Clapier-Valladon & Raybaut, 1996, p. 215). Cette analyse thématique permet l'analyse qualitative de données par « *la sélection et l'organisation rationnelles des catégories condensant le contenu essentiel d'un texte donné* (Kraukauer, 1958, cité par Poirier & al., p.243).

Pour procéder à cette analyse, nous avons construit des grilles d'analyse. Il s'agit ici de ce que les auteurs appellent un examen de type classificatoire.

Les grilles d'analyse sont élaborées en fonction de la visée théorique qui a déterminé les consignes de recueil des données. En effet, d'une part, le canevas établi pour l'enquête nous fournit à priori les thèmes principaux, d'autre part, le travail d'inventaire nous donne des

catégories à postériori. Le choix de ces catégories qui obéit à certaines règles techniques d'exclusion mutuelle, de pertinence, d'homogénéité et d'efficacité, est le fait du chercheur (...). Il faut donc établir des catégories descriptives renvoyant à des variables du texte exclusif les unes des autres, qui découpent et organisent le discours » (Poirier, Clapier-Valladon & Raybaut, 1996, p. 165).

Concrètement, ces auteurs proposent de procéder avec une colle et des ciseaux afin d'avoir toujours les fragments du texte sous les yeux et de pouvoir ainsi changer les fragments de catégories sans devoir revenir au texte d'origine. C'est donc ainsi que nous avons procédé, sauf que nos actions de couper et coller se sont faites de manière informatique avec le logiciel Word, chose peu répandue et guère possible en 1983, date de la première publication de l'ouvrage auquel nous référons.

Cette coexistence de catégories construites à priori et à postériori nous a parue intéressante pour conjuguer rigueur et créativité, vérification et exploration. En effet, sur le plan de la rigueur, les catégories à priori conduisent à un recensement systématique suivant le plan de l'entretien alors que les catégories à postériori permettent dans une perspective plus exploratoire, de découvrir d'autres significations, parfois imprévues, qui éclairent le matériel.

4-9-LIMITES DE L'ETUDE

Les limites de cette étude sont en majorité liées au type de recherche et à la méthode qu'on a utilisée. L'une des limites le plus souvent relevées en matière de recherche qualitative réside dans l'impossibilité de généraliser les résultats de l'étude effectuée. Cela pose le problème de la représentativité. Quand l'échantillon n'est pas probabiliste, il y a difficulté voire impossibilité de généraliser les résultats obtenus. La présente recherche est concernée par cette impossibilité. Mais dans un travail où on cherche à appréhender l'incidence des processus de mentalisation sur le coping psychotraumatiques chez les fonctionnaires de police ne vaut-il pas mieux chercher à gagner en profondeur ce qui est perdu en extension, pour mettre en évidence la complexité des phénomènes. De plus, il nous apparaît important de souligner que, comme notre étude ne comprend pas un grand nombre de sujets (soit deux participants), il sera difficile d'étendre les résultats à l'ensemble de la population de l'étude.

Une autre limite que l'on oppose souvent à une étude de ce genre a trait à la scientificité du discours issu de l'entretien dans la mesure où, en posant la singularité comme une donnée pertinente, il semble aller à contre-courant de l'option généralement admise qu'il n'y a de science

que du général. Cette conception est, cependant, de plus en plus remise en question. Par ailleurs, cette limite s'argumente par les travaux faits par Laperricre (1997) sur les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Cette auteure a fait ressortir les raisons pour lesquelles cette méthodologie est aussi valable que la méthode quantitative. Premièrement, l'objectivité est un critère ambigu du fait de l'importance accordée à la notion de construction de l'objet de recherche. Il est abandonné au profit de l'objectivation des phénomènes. L'entretien et plus encore l'entretien sémi-directif favorise le renoncement à l'objectivité pour faire place à l'expérience subjective des phénomènes pour une compréhension approfondie.

D'autre part, la validité externe est plutôt conçue comme « transférabilité » des données car la généralisation des résultats d'une recherche qualitative reste limitée. La description systématique du contexte, des procédures de sélection des participants permettra de renseigner les chercheurs qui souhaitent explorer des populations similaires dans des contextes proches. Aussi, la fidélité en recherche quantitative implique les notions de stabilité, de réplication des résultats, dimensions considérées comme non pertinentes par certains chercheurs qualitatifs dont Laperrière (1997). Selon Kirk et Miller (1986), c'est la fidélité synchronique (similitude des observations réalisées sur un même laps de temps) qui doit être recherchée en recherche qualitative.

Comme troisième limite, nous portons une attention particulière à deux menaces mentionnées par Gauthier (1992) soit « le désir de plaire » et le « biais de l'analyste ». En ce qui concerne la première condition, les participants nous ont livré leur expérience librement et avec émotions. Nous ne relevons aucun cas où il y a eu apparence que le sujet a répondu selon ce que l'interviewer désirait entendre. Il n'y avait pas de mauvaise réponse. En ce qui a trait à la seconde menace, Mayer et Ouellet nous rappellent que l'on « *doit compter avec les forces et les faiblesses du jugement humain ... en outre, chaque chercheur doit démontrer de la constance dans ses propres jugements* » (Mayer & Ouellet, 1991, p.494). Nous pensons que la codification n'a pas suffi pour contrer cette menace. La méthode d'analyse en double aveugle aurait certainement été plus efficace.

Une quatrième limite est liée à la nature orale de la narration (Giordano, 2003). Elle est le fait de la mémoire dont on connaît la sélectivité. On soulève l'argument parce qu'on craint une démarche réductrice de la réalité, laquelle risque de toujours déboucher sur des conclusions erronées. L'usage d'un guide d'entretien le plus exhaustif possible, est l'un des moyens prisés par le chercheur pour pallier ce risque. Mais notre guide d'entretien, lui n'a que cinq thèmes.

Il y'a, enfin, le passage de l'oral à l'écrit au moment de la transcription des récits de vie. Ce passage est une transformation (Giordano, 2003). Réécrire est nécessaire pour accomplir la fonction expressive. On ne peut y échapper. Le tout est de veiller à ne pas trahir le sens du propos du sujet et le meilleur moyen d'y parvenir est de soumettre à son appréciation. Mais à cause de la faible disponibilité de nos participants, nous n'avions pas pu les soumettre le verbatim.

4-10-CONSIDERATIONS ETHIQUES

La recherche en sciences sociales et humaines a ceci de particulier qu'elle porte sur des êtres humains vivant, avec tout ce que cela peut comporter d'incidence sur leur vie, leurs droits et leur dignité. Il est donc indispensable pour le chercheur d'encadrer ses habiletés techniques par un certain nombre de règles déontologiques.

Premièrement, les sujets ont été informés de la nature de la recherche, des buts poursuivis et de l'utilisation des résultats. Les participants étaient entièrement libres d'accepter ou de refuser de participer à la recherche et ce, sans aucune conséquence. Une formule de consentement à participer à la recherche et à l'enregistrement des entretiens fut signée par chaque sujet. De plus, le contenu des entretiens est resté anonyme et confidentiel. Les patients ont été avisés que ce qu'ils raconteraient lors des entretiens ne serait pas transmis à la hiérarchie et rien ne serait noté à leur dossier.

Nous sommes conscients qu'explorant le vécu traumatique du participant, ce dernier doit faire appel à des expériences douloureuses. C'est pour cette raison que nous nous sommes assurés, d'une part, qu'ils participent sur une base volontaire et en toute connaissance du contenu de l'étude et, d'autre part, qu'ils aient accès à des ressources pertinentes au besoin. Par ailleurs, nous nous sommes montrés sensibles aux comportements non verbaux du répondant lors des entrevues afin de déceler tout signe de détresse. Advenant qu'un participant soit devenu anxieux lors des entrevues, il a été convenu de ne pas le contraindre à témoigner d'aspects trop difficiles à aborder, lui rappelant ainsi son droit de poursuivre sa participation à la recherche et sa liberté de ne raconter que ce qu'il désire partager. Aucun participant n'aurait été laissé à lui-même en cas de crise. Une prise en charge par l'infirmier spécialisé en santé mentale était prévue. Heureusement, aucune de ces procédures n'a été mise en place, étant donné de la stabilité des participants et le soutien reçu dans leur vie personnelle.

Quant aux avantages pour les fonctionnaires policiers psychotraumatisés à participer à notre étude, dans un premier temps, nous pensons que ce fut pour eux l'occasion de parler de leur souffrance. Ce qu'ils n'arrivaient pas à faire avec d'autres personnes car se sentant incompris. Dans un deuxième temps, en raison du choix de l'utilisation de l'entretien, cette étude leur a permis de participer à une recherche qui s'intéresse à leur réalité selon leur propre perspective. De plus, la participation à l'étude contribuera probablement à l'amélioration des services de santé de la police.

Nous retenons de ce cadre méthodologique que nous avons fait usage de la méthode clinique. Nous nous sommes principalement basé sur l'étude de cas. Cette méthode a été choisie par sa capacité à fournir une analyse en profondeur des phénomènes étudiés dans leur contexte. La recherche qualitative qui a pour objet d'étudier les phénomènes humains en vue de plus de compréhension et d'explication a été notre type de recherche. Suivant nos critères d'inclusion et d'exclusion, l'échelle de sélection notamment l'échelle de traumatisme de Davidson, nous avons obtenu deux participants. Il s'est agi de deux sujets : un jeune homme de 26 ans et un homme de 41 ans. Après l'élaboration du guide d'entretien, les données ont été collectées au travers des entretiens semi-directifs. Nous avons eu trois entretiens avec chacune de ces sujets. La technique d'analyse de contenu des entretiens axée sur le repérage des thèmes significatifs a été utilisée pour l'analyse des résultats.

CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Dans cette partie, nous présentons et analysons les résultats de notre recherche. La première section a trait à la présentation des participants. La seconde traite du contexte d'émergence du trauma. La troisième présente le vécu traumatique sur les différents plans. La quatrième fait état des stratégies d'adaptation utilisées par les participants dans leur vécu traumatique. La cinquième section examine la relation entre la capacité de mentalisation et le vécu traumatique face à la situation de mentalisation. Tout au long de ce chapitre, plusieurs extraits d'entretiens viendront illustrer nos propos d'analyse afin de témoigner de la réalité du vécu du fonctionnaire de police victime du traumatisme psychique au front.

5-1-PRESENTATION DES PARTICIPANTS

Nous avons deux sujets comme participants à qui nous avons donné les noms de codes TACHE NOIRE et de BOUBA TOUMBA (BRAVO TANGO)

Tableau 2 : Fiche individuelle d'observation des interviewés 1

Items observés	*	**	***
1-Rapports entre le psychisme et le sentiment social			3
-Le travail psychologique et social fait pour établir et maintenir un sentiment social non aliéné			3
-attitudes relatives aux vécus communautaires		2	
-sentiments d'agressivité en rapport avec les vécus communautaires			3
-sentiments dépressifs et les polarités dépressives vis-à-vis de l'Autre			3
-sentiments de fuite et d'évitement de l'autre			3
-la gestion de la qualité du désir de l'Autre			3
2-Travail dédramatisation des relations aux objets conflictuels			
Réduction des champs conflictuels possibles engageant le sujet dans ses relations aux objets			
-polarités dépressives en rapport avec la sexualité			3
-polarités dépressives en rapport avec la socialité au travail			3
-polarités dépressives en rapport avec les vécus du corps propres		2	3
-polarités dépressives en rapport avec les liens familiaux (famille d'origine)	1		
-polarités dépressives en rapport avec les liens sociaux non familiaux (non famille d'origine)			3
3-Processus renforcement du Moi			
Réduction des champs conflictuels possibles engageant le sujet dans ses relations aux objets			3
-mise à l'écart de l'angoisse	1		

-accrochage à des facteurs symboliques		2	
-rejets des conduites régressives			3
Coping des psychotraumatismes			
1-Ajustement comportemental vis-à-vis du soi			
Attitudes vis-à-vis du soi (vécus de l'intimité corporelle, etc.)			3
-image de soi (perception, représentations ...)			3
-agressivité vis-à-vis de soi		2	
-l'acceptation de soi	1		
-la restructuration de soi	1		
2-Ajustement comportementaux en famille		2	
Qualité des relations aux membres de la famille (relations aux parents, à la phratrie, à la famille élargie)		2	
-polarités agressives vis-à-vis de la famille	1		
-polarités dépressives vis-à-vis de la famille		2	

Commentaire

L'observation qui se dégage des différents centres d'intérêt observés dans cette fiche individuelle en relation avec le Guide d'entretien du Patient Bravo Tango est que ce patient qui au départ de sa mission était pétri d'expérience et sûr de sa force psychique a vu cette dernière se dégrader très rapidement après avoir reçu des tirs qui l'ont rendu tétraplégique. La posture couchée qu'il occupe depuis plus de deux ans et la qualité de la prise en charge ont fortement contribué à développer des troubles de mentalisation et ainsi à aliéné son sentiment social. Ainsi, on observe :

Sur la première modalité relative au Processus de mentalisation, le travail psychique effectué par le patient pour maintenir un sentiment social non aliéné est nul, ceci se vérifie dans ses attitudes relatives aux vécus communautaires qui s'expriment ici, premièrement par une victimisation et une responsabilisation de la chaîne administrative policière dans les problèmes de prises en charge adéquates. Ceci peut se vérifier lorsqu'il dit : « avec ma famille on s'est distancé à cause des lenteurs de ma prise en charge par mon administration. Mon séjour à la Garnison Militaire de Yaoundé m'a marqué négativement à cause de la négligence (je n'étais pas nettoyé parfois pendant 48 heures et la plaie des Escarres nécessitait un personnel qualifié et l'absence de matériel pour mes soins ont conduit à ce que la plaie se gangrène.). Cette situation m'a entraîné dans un désespoir total qui m'a emmené à tenter de me suicider en ingurgitant une surdose de paracétamol (3 tablettes). ». La rupture avec le vécu communautaire est devenue donc une conséquence de la mauvaise prise en charge hospitalière, on peut observer cela dans ces déclarations « j'ai des amis qui ne m'appellent plus, mon administration et certains hommes de rangs m'ont abandonné et j'ai compris que je ne suis plus utile pour eux. Y compris

mon Commandant opérationnel, certains passent à l'Hôpital et ne cherchent pas à venir me voir. J'ai vu une attitude différente chez les Militaires à la Garnison que des Généraux d'Armées venaient rendre visite. J'ai été déçu et j'ai fini par appeler le Délégué Général à la Sûreté Nationale pour qu'on me reconduise dans mon village afin que je puisse mourir en paix ». La gestion du désir à l'autre est marqué par un intérêt supérieur de bonne assistance et de dépendance du fait de l'impossibilité à se mouvoir et se prendre en charge sur des minima quotidien (se nourrir, se vêtir, prendre soin de son corps). Ainsi, le Holding et le Handing sont déterminants ici dans son équilibre psychologique et la qualité de ces deux actions est déterminante pour les sentiments, les pensées, l'imaginaire et les symboles de ce patient, qualités qui en elle seules structure la mentalisation. On comprend dès lors pour quoi il lui faut impérativement des thérapies basées sur la mentalisation (TBM).

Sur le Travail de dédramatisation du sujet aux relations conflictuelles, on peut observer ici que la réduction des champs conflictuels possibles engageant le sujet dans ses relations aux objets n'est pas effective. Ainsi, l'absence de tout désir sexuel, ou la sublimation de ce dernier sont mal vécu. La sonde urinaire qui évacue l'urine encastré dans l'urètre vient rappeler que l'organe sexuel, dont on a même plus de sensation est inactif. Bien plus l'objet d'étayage sexuel est absent après avoir suscité un stress et angoisse. L'Image du corps est modifiée et l'incapacité à se mouvoir et à se reconnaître dans cette posture est une source objectale permanemment conflictuelle qui crée un sentiment d'inutilité Le refus de l'image du corps divise les liens familiaux. Certains rejettent le malade estimant que la Police a détruit le lien objectal avec le patient, alors qu'au niveau des liens sociaux non familiaux, l'absence de soutien socio-professionnelle est une source d'angoisse permanente et de polarités dépressives.

Comme on peut le prévoir, les items précités entraînent une difficulté dans le processus de renforcement du Moi par un déficit de réductions des champs conflictuels possibles engageant le sujet dans ses relations aux objets... Si on observe quelque part un accrochage aux facteurs symboliques ; le besoin de sanctification par le père ancêtre décédé en son absence et le non transfert symbolique de la succession sont un objet motivationnel du retour au village. La religion musulmane qu'il pratique seul dans sa famille est un outil d'accrochage significatif dans le processus d'ajustement psychologique. Le processus de mise à 'écart de l'angoisse n'est pas assez observable, le retour psychologique aux réminiscences étant favorisé par le cadre de prise en charge de dépendance aux personnels soignants, qui mettent en prééminence l'incapacité personnel face à la situation vécue.

Sur le rejet des conduites régressives, plusieurs extraits des verbatim de notre patient démontrent un déficit de mentalisation de l'évènement traumatique qui se traduit au moins par deux tentatives de suicides et de retour à la pulsion de mort.

Ainsi, dans l'observation de la seconde variable de notre étude, on peut analyser l'atteinte des centres d'intérêt sur le coping des psychotraumatismes. Dans cette lancée, il est loisible de dire qu'au niveau des attitudes vis à, vis de soi, le patient a un vécu problématique vis-à-vis de son intimité corporelle en permanence violée et souillée par l'incontinence urinaire et sphinctérienne. Le patient explique « je me sens inutile, dépendant ...Je ne suis plus moi-même »

Agressivité vis-à-vis de lui-même a franchi la limite puisqu'il a été aux frontières du suicide, le patient ne s'accepte plus et ne voyant pas une guérison de son corps a du mal à entamer une restructuration psychologique. Plusieurs fois son expression de retour au village et en famille est plus accepter dans l'espoir de mourir chez les siens avec un peu d'amour vrai loin de la pitié.

Au niveau de l'ajustement comportemental en famille, on observe ici que la relation aux parents est une source supplémentaire de stress, la distance vis-à-vis de la mère et la perte du père intervenue pendant son internement, l'absence d'accompagnement funéraire du père et du bénéfice des rites traditionnels de succession plonge le patient dans un état de mélancolie. Les appels de la maman sont réconfortants et il veut assumer et préserver l'image du bon fils en continuant malgré sa situation à faire des envois d'argent à sa mère. La qualité de la relation à la phratrie est ambivalente et varie de ce fait du ressenti que le patient éprouve dans la manière et la qualité qu'autrui l'analyse. Au niveau professionnel, la confusion de la responsabilité de l'État dans sa « maltraitance hospitalière » engage également le quota de confiance qu'il a avec ses camarades. Il estime dans ce sens que la camaraderie n'est pas sincère et ne sert à rien car « en cas de problème on se retrouve tout seul face à son sort »

Lors d'une ronde, j'ai essayé d'expliquer au chirurgien un an aujourd'hui, et la qualité de sa prise en charge ont contribué à altérer son sentiment social et à créer une aliénation de celle-ci problèmes que me causaient mon bras (crampe, sensation de courant, douleur), il ne m'a pas cru en me disant cette. Réponse à la volée m'a rendu nerveux et agressif. « Faut pas créer des maladies ça va aller » que ça cela m'a renfermé et je me suis dit que mieux je me couche et je ne parle plus de mon mal. Cette attitude me fait repenser à mon vécu en zone de guerre et je me sens de nouveau incontrôlable et plein de destructo (j'ai envie d'être violent, de faire du mal et je deviens très nerveux. Dans cette embuscade j'ai ressenti des ténèbres et un effroi de la mort, le choc que j'ai reçu m'a fait perdre du sang et les secours de mes camarades

ne sont intervenus après une sérieuse perte de sang. J'étais presque inconscient quand on m'a secouru. A chaque fois que quelque chose me met en colère, je ressens comme si on me blessait encore, je ne sais plus si je pourrais oublier cette embuscade.

Au cours de certaine ronde je préfère dormir car je n'ai pas envie de m'énerver quand la ronde passe.

Tableau 3 : Fiche individuelle d'observation des interviewés 2

Items observés	*	**	***
1-Rapports entre le psychisme et le sentiment social			
-Le travail psychologique et social fait pour établir et maintenir un sentiment social non aliéné			3
-attitudes relatives aux vécus communautaires			
-sentiments d'agressivité en rapport avec les vécus communautaires			
-sentiments dépressifs et les polarités dépressives vis-à-vis de l'Autre			
-sentiments de fuite et d'évitement de l'autre			
-la gestion de la qualité du désir de l'Autre			3
2-Travail dédramatisation des relations aux objets conflictuels			
Réduction des champs conflictuels possibles engageant le sujet dans ses relations aux objets			
-polarités dépressives en rapport avec la sexualité			3
-polarités dépressives en rapport avec la socialité au travail			
-polarités dépressives en rapport avec les vécus du corps propres			
-polarités dépressives en rapport avec les liens familiaux (famille d'origine)			
-polarités dépressives en rapport avec les liens sociaux non familiaux (non famille d'origine)			
3-Processus renforcement du Moi			
Réduction des champs conflictuels possibles engageant le sujet dans ses relations aux objets			
-mise à l'écart de l'angoisse			3
-accrochage à des facteurs symboliques		2	
-rejets des conduites régressives			3
Coping des psychotraumatismes			
1-Ajustement comportemental vis-à-vis du soi			
Attitudes vis-à-vis du soi (vécus de l'intimité corporelle, etc.)			
-image de soi (perception, représentations ...)			
-agressivité vis-à-vis de soi			
-l'acceptation de soi			3
-la restructuration de soi			3
2-Ajustement comportementaux en famille			
Qualité des relations aux membres de la famille (relations aux parents, à la phratrie, à la famille élargie)			
-polarités agressives vis-à-vis de la famille			
-polarités dépressives vis-à-vis de la famille			

Commentaire

Lors d'une ronde, j'ai essayé d'expliquer au chirurgien les problèmes que me causaient mon bras (crampe, sensation de courant, douleur), il ne m'a pas cru en me disant cette. Réponse à la volée m'a rendu nerveux et agressif. « Faut pas créer des maladies ça va aller » que ça cela m'a renfermé et je me suis dit que mieux je me couche et je ne parle plus de mon mal. Cette attitude me fait repenser à mon vécu en zone de guerre et je me sens de nouveau incontrôlable et plein de destructo (j'ai envie d'être violent, de faire du mal et je deviens très nerveux. Dans cette embuscade j'ai ressenti des ténèbres et un effroi de la mort, le choc que j'ai reçu m'a fait perdre du sang et les secours de mes camarades ne sont intervenus après une sérieuse perte de sang. J'étais presque inconscient quand on m'a secouru. A chaque fois que quelque chose me met en colère, je ressens comme si on me blessait encore, je ne sais plus si je pourrais oublier cette embuscade.

Au cours de certaine ronde je préfère dormir car je n'ai pas envie de m'énerver quand la ronde passe.

Résultats diagnostics

Tableau 4 : *Résultats diagnostics*

Participants	TACHE NOIRE	BOUBA TOUMBA
Motif de consultation	Cauchemars répétés	SPT(stress post traumatique)
Obstacle problématique	Tires en direction des foules	Tirs de bale sur le dos
Degré du trauma (ETD)	Score : 78 Trauma important	Score : 93 Trauma sévère
Diagnostic (DSM IV)	ESPT	ESPT

5-1-1-contexte d'émergence du trauma

5-1-1-1-La survenue du trauma

Nous nous intéressons ici à la manière dont le trauma est survenu chez les deux participants. Il ressort d'après leurs déclarations qu'il s'est agi d'un phénomène soudain, brutal et indescriptible.

En effet, avec les premières définitions de Freud (1920), le trauma constitue un choc violent, affectant le sujet qui ne s'y attendait pas, et s'accompagnant d'effroi. TACHE NOIRE

dit : « *Du coup, une très grande peur s'est emparée affreusement de moi. C'était horrible. Je me sentais si impuissant...* ». Laplanche et Pontalis s'inspirant de Freud voient que le traumatisme psychique est un événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre de manière adéquate, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique (Laplanche & Pontalis, 1978). S'agissant de ces effets pathogènes durables, **TACHE NOIRE** déclare : « *Des jours après cette chute, j'ai commencé à vivre continuellement ces tourments, je me voyais toujours en train de dégringoler de cette tourelle du blindé* ».

Crocq (1999) dont la définition est privilégiée dans cette étude considère le 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 d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur. Il en résulte une très grande frayeur, comme une incapacité à attribuer un sens à celle-ci. **TACHE NOIRE** s'exclame : « *c'était terrible, je ne sais comment vous le décrire. J'ai vu la mort avec mes yeux!* ».

L'expérience traumatique pour Lebigot (2001) se caractérise par son absence de secours lors de la confrontation brutale à la réalité de la mort. **TACHE NOIRE** s'écrie : « *nous étions à la merci des terroristes, et aucune unité d'appui n'était proche pour voler à notre secours. Notre sort était scellé.* ». **BOUBA** le dit également : « *Surtout il n'y'avait personne pour me secourir* ». Lebigot continue en disant qu'il s'agit d'une souffrance venant de l'intérieur de l'appareil psychique dans lequel a pénétré et s'est incrustée une image de néantisation, de finitude. **BOUBA** révèle : « *Alors j'ai crié de toutes mes forces 'je suis fini et je me suis évanoui* ».

Pour ce qui est du type de traumatisme dont les deux participants sont victimes, les Policiers font face durant toute la formation. Solomon et Heide (2003) ont proposé la catégorie de traumatismes de type IV pour désigner les traumatismes en cours. Ce qui les différencie des autres types de traumatismes, c'est qu'ils se poursuivent dans le présent. Nous l'apercevons chez **BOUBA** qui déclare : « *Le grand malheur c'est qu'au moins une fois par semaine, il faut revivre cet enfer* ». Etant donné qu'au moment où nous menions l'étude, le trauma se poursuivait, nous nous accordons donc avec Solomon et Heide (2003) pour dire que ces recrues sont victimes du psychotraumatisme de type IV.

5-1-1-2-L'obstacle problématique : évènement traumatique

Le trauma est survenu chez les deux participants au front Il s'est agi notamment lors des tirs sur les foules et les attaques des séparatistes. Pour **TACHE NOIRE**, *sur le chemin de retour on a fait un accident au niveau de la falaise d'oku suite à une défaillance du système de freinage et de la crémaillère de notre Blindé. Nous avons fait plusieurs tonneaux qui m'ont occasionné une fracture de l'humerus au triceps du bras droit, j'ai subi une opération pour la correction avec des plaques métalliques.* ».

Pour **BOUBA** le trauma est lié ***Tétraplégie générale induite par des tirs de balles reçus sur la zone cervicale droite de la deuxième vertèbre le 7 Juillet 2018 dans le Département du Ngoketunjia.***

Le DSM-IV-TR (2003) parlant de l'évènement traumatique, souligne que le sujet a fait l'expérience d'un évènement ou d'évènements qui ont été accompagnés de la mort, d'un danger de mort ou de blessures graves ou encore d'une menace envers l'intégrité physique, pour lui-même ou d'autres personnes où le sujet ressent une peur intense, un sentiment de détresse ou d'horreur. De cette donnée nous relevons que l'évènement traumatique réside dans la confrontation d'un sujet avec sa propre mort ou celle d'une autre personne, ce qui engendre un fort sentiment de détresse. **TACHE NOIRE** décrit : *« En vérité, je me croyais mort, j'ai même vu la mort. Mais, j'étais surpris d'être vivant ».*

On admet qu'il s'agit d'un évènement exceptionnel, sortant de la routine quotidienne et menace la vie du sujet ou son intégrité physique ou mentale. Il est vécu avec terreur et prend le sens d'une rencontre manquée avec la mort. L'évènement peut être un évènement unique, soudain et brutal, qui menace le sujet qui ne s'y attendait pas (Crocq, 2003). **TACHE NOIRE** dit : *« Je n'ai jamais vécu une telle horreur auparavant ».*

5-1-1-3-Les sentiments ressentis

Les résultats des études portant sur le traumatisme psychique démontrent que les victimes font état de plusieurs types de sentiments négatifs. Parmi ces sentiments, l'on discerne des sentiments d'impuissance, de rejet, de trahison, de culpabilité ainsi que d'invulnérabilité (Ministère des Anciens Combattants, 2001). Dans cette étude, les sentiments ressentis par les sujets ont été le sentiment d'impuissance, le sentiment d'incompréhension, le sentiment de vulnérabilité. Nous pouvons entendre **BOUBA** dire : *« Si je m'éloigne de mes camarades, ce n'est pas parce qu'ils ne me soutiennent pas, mais c'est parce qu'ils ne me comprennent pas ».*

Les participants ont également éprouvé le sentiment de tristesse, le sentiment de culpabilité, le sentiment de désespoir et le sentiment de honte. **TACHE NOIRE** déclare :

C'est très dur pour moi. Imaginez, j'ai honte de mes autres camarades. Ils me soutiennent vraiment dans cette situation, mais je n'arrive pas à m'en sortir. Figurez-vous, je n'arrive même plus à regarder les ghos (filles dans la police)

Ces différents sentiments ressentis ont été recensés dans le vécu traumatique que l'on peut explorer sur différents plans.

5-1-2-le vécu traumatique sur différents plans

Les discours des participants présentent un vécu traumatique qu'on peut explorer sur quatre principaux plans : émotionnel, comportemental, psychosomatique et cognitif.

5-1-2-1-Vécu traumatique sur le plan émotionnel

Selon Tremblay et L'Heureux (2002), la vie des personnes victimes du traumatisme psychique se caractérise souvent par l'émoussement des émotions qui peut aller jusqu'à une insensibilité émotive. L'individu perd l'intérêt dans des activités qui autrefois le passionnaient, se replie sur lui-même et fuit ses proches. Suivons **TACHE NOIRE** :

Avant j'étais très actif et plein de vie, je suis beaucoup plus renfermé sur moi aujourd'hui et préfère suivre la musique dans un casque.

D'autre part, On entend **BOUBA** se questionner : « *Qu'est-ce qui m'intéresse ? Rien* ».

Les personnes psychotraumatisées peuvent également vivre des difficultés de communication, qui se manifestent notamment par une difficulté à s'exprimer correctement, le fait d'utiliser des mots inexacts et imprécis lorsqu'il parle, notamment lorsqu'il s'agit d'évoquer l'évènement traumatisant, et avoir de graves difficultés relationnelles et être incompris par son entourage à cause de cela (Paulhan et Bourgeois, 2005). **BOUBA** atteste :

Hormis quelques amis qui me soutiennent, je suis déçu par la grande majorité qui ont oublié que je suis toujours alité ; Je me sens si vide parce qu'ils ne me comprennent pas.

Tremblay et L'Heureux (2002) notent que souvent, on observe une économie des affects, la personne s'endurcit, crée une cuirasse autour de sa souffrance. Voilà pourquoi **BOUBA** dit : « *Il y'a même des moments où je ne veux voir personne à côté de moi, je dis bien personne. En*

ce temps, je ne veux rien sentir, ce qui m'apaise c'est de rester dans mon coin ». L'individu s'éloigne de ses proches, ressent un isolement profond et une incompréhension, il a le sentiment de devenir étranger aux autres. Le même sujet dit : *« Je commence à me sentir étrangère ici ».*

Nous notons chez elle une perte d'intérêt généralisée, une perspective d'avenir bouché, étrangeté vis-à-vis des autres, tout le reste n'importe plus, ce qui est en avant c'est son repli sur soi. Dans cette vision d'avenir bouché, **TACHE NOIRE** : *« Ma vie est actuellement comme si je suis dans une boule où il n'y'a ni entrée ni sortie. Est-ce que je vis même actuellement pour pouvoir parler de l'avenir ».*

Paulhan et Bourgeois (2005) révèlent que le vécu des soldats souffrant de l'ESPT est bondé de troubles dépressifs avec sentiment constant de vide et de désespoir, colère, tristesse, état de qui-vive, réactions de sursaut, faible estime de soi, sentiment chronique de culpabilité et de honte, auto-condamnation, sentiment d'être changé ou différent des autres qui crée un détachement avec une forme d'anesthésie émotionnelle. Les phrases de **TACHE NOIRE** révèlent la situation décrite en ces termes :

J'ai honte de moi-même...Figurez-vous, je n'arrive même plus à regarder en face, je suis convaincu que parfois mes tirs de balayage n'ont pas souvent atteint uniquement les terroristes.

BOUBA quant à lui ajoute : *« D'ailleurs, si je viens mourir ici, je n'en voudrais qu'à moi-même. Je suis parti du Ngoketundjia sans permission officielle, juste pour plaire à un Chef et lui témoigner mon dévouement. Ce chef ne m'a jamais rendu visite depuis mon problème.*

5-1-2-2-Vécu traumatique sur le plan comportemental

Selon Lalumière (2003), le comportement des personnes traumatisées se caractérise généralement par les cauchemars qui peuvent être fréquents, l'individu peut répéter le même rêve en une nuit ou plusieurs et constituant chacun une étape de la scène traumatisante. Le sommeil est agité, l'individu gesticule sans cesse, transpire fortement, émet des cris, la charge émotionnelle intense explique cet état de panique. Les cauchemars incessants sont les plaintes qui ont favorisées les consultations de **TACHE NOIRE**. Ce sujet affirme :

Et c'est comme ça presque toutes les nuits, je ne dors pas bien. Mon voisin de lit se plaint tous les matins que dans mon agitation je le botte toute la nuit. Aussi que je gronde les gens dans mon sommeil. Je suis

déjà fatigué de lui présenter mes excuses [...] Mon garde-malade a dit à la ronde que mon sommeil est constamment agité.

Souvent, on note chez des personnes d'ESPT des conduites addictives à risque, abus de tranquillisants, alcoolisme, attitude permanente d'hostilité et d'irritabilité (Aldwin, 1994).

TACHE NOIRE avoue :

Quand je suis hospitalisé ici à l'hôpital de la police, je sens une forte envie de prendre de l'herbe, nous en prenions souvent pour aller vers les zones dangereuses, au front même les interdits religieux ont du mal à être respecté. Nous prenions du Coca Alhaji pour nous sentir bien.

Ces personnes peuvent avoir notamment de l'insomnie, de la nervosité, une tendance à s'effrayer facilement, une impression constante de danger ou de désastre imminent, une grande irritabilité ou même un comportement violent. **TACHE NOIRE** déclare : « *Et quand je ne prends pas l'alcool, je deviens très nerveux. Moi-même je le sens. Je suis même agressif et violent. Pour une moindre blague, je te fais des problèmes* ».

L'individu se sent très fatigué, chaque acte de la vie quotidienne ne devient surmontable qu'au prix de grands efforts. L'individu alterne les phases d'abattement et d'irritabilité, ce qui génère un repli sur lui-même devant l'incompréhension de l'état d'être. « *accepter ma condition est difficile, le temps que les aides-soignants prennent pour s'occuper de moi en cas de besoin me paraît interminable* » (**BOUBA**).

Marchard et Brillon (1999) décrivent que dans le vécu de certains psychotraumatisés, il n'est pas rare de voir subvenir une symptomatologie paranoïaque, une perte de la réalité. On voit émerger un délire structuré autour du trauma, l'individu développe une méfiance, voir une hostilité. Il interprète les scènes du quotidien à partir de sa conviction de persécution. Ce tableau est celui que présente **BOUBA** :

Certains personnels soignants m'irritent, car ils ne sont là que parce que ils peuvent voler un peu le matériel qui est mis à ma disposition. La façon que certains s'occupent de moi me replonge certaines nuits dans la situation de l'attaque, je cris et j'ai envie qu'on vienne me sauver.

Nous voyons ici que **BOUBA** construit un discours organisé sur une base délirante qu'il vit avec une forte adhésion. Il a donc poussé à l'extrême sa méfiance, il est devenu agressif, jusqu'à vouloir porter atteinte à ses accompagnateurs. **TACHE NOIRE** quant à lui vit la situation dans l'auto-agressivité avec des tentatives de suicide :

Souvent les personnes qui sont mortes sous mes balles me hantent dans mon sommeil et me mettent dans un cercueil, j'ai souvent envie de croire qu'ils m'appellent et que je dois avoir le courage de les rejoindre pour aller au jugement.

5-1-2-3-Vécu traumatique sur le plan psychosomatique

Les individus victimes du trauma relatent souvent souffrir des céphalées. La plupart du temps ces céphalées sont sans cause organique décelable (Lalumière, 2003). La douleur céphalique possède des intensités variables issues de la tension psychologique forte, liée au trauma et à sa reviviscence. **BOUBA** le signale : « *Quand je voulais chercher à me souvenir de ce qui s'était passé, la tête me faisait très mal...Je ne vis désormais qu'avec des maux de tête, c'est comme si on resserrait ma tête avec je ne sais quoi* ».

BOUBA a donc une sensation de resserrement de tête dans un étau, qui peut être accompagné de fortes raideurs à la nuque et parfois une tension musculaire généralisée qui indique une très forte tension psychique, comme c'est le cas chez **TACHE NOIRE**: « *Je me sens bizarre, mon corps est cassé, cassé. Je ressens constamment une forte tension à la nuque qui devient souvent raide. Dans ma colonne vertébrale, c'est comme s'il y'a un fer dedans. Et des matins, je me réveille avec des crampes sur tout le corps* ».

Ces troubles psychosomatiques en particulier les maux de tête, les problèmes de nuque et de dos, l'asthme, les problèmes digestifs, le syndrome de colonne irritable sont observés chez Le sujet. **BOUBA** manifeste et indique la pression et le bouleversement psychique dont est victime la personne traumatisée (Ladouceur, 2009).

5-1-2-4-Vécu traumatique sur le plan cognitif

Kotler et al. (2001) disent que les sujets atteints d'un ESPT rapportent de fréquents souvenirs intrusifs très détaillés, visuels, et chargés d'émotions, comme si l'évènement se reproduisait au moment même, plus avec des impressions sensorielles qu'avec des pensées. Nous le voyons avec **TACHE NOIRE** qui déclare :

Dans la nuit, je revis exactement les mêmes choses de la journée, les mêmes évènements. Je vous assure, pas en pensées, mais je ressens ça dans mon corps. Et même au réveil, je me sens essoufflé, mon cœur bat très fort, la sueur coule sur moi.

Il semble percevoir de manière erronée et amplifiée certaines réactions physiologiques ou psychologiques de son organisme et les interprète en fonction de l'intensité de son angoisse. **TACHE NOIRE** dans ses dires évoquent pareillement l'incrustation de l'évènement traumatique :

Est-ce vous savez que même lors des repas en journée, dès que j'ai les yeux fermés, je revois notre blindé tomber et faire des tonneaux, je ne sais par quel miracle j'ai pu échapper étant dans la tourelle. Et je me rappelle de cela à chaque instant sans même le vouloir.

Ces participants formulent également des difficultés de concentration, confusion, capacités de jugement diminuées, dissociation, de sentiments de danger imminent. **BOUBA** raconte :

Lors des entretiens avec l'infirmier en santé mentale, mon ressenti est tel que mes sentiments sont ambivalents, j'éprouve de manière antagoniste le désir de plus déranger personne et de me laisser mourir, tantôt je me dis que je ne me suis pas réconcilier avec mon père et je dois aller sur son tombeau. Je me demande si je ne suis pas en train de devenir fou. Et la vérité c'est que parfois moi-même j'ai peur de devenir fou, ou peur de mourir.

Ces difficultés de concentration sont aussi vécues par **TACHE NOIRE**:

Souvent, je peux être comme ça avec vous, mais mon esprit n'est pas là. Mon esprit pense seulement à ces gens que je voyais tomber du haut de ma tourelle, ils sont tous le temps présent dès que je suis seule.

On peut dire que **TACHE NOIRE** se perd dans la reviviscence du trauma et a par conséquent de la difficulté à se concentrer.

L'intrusion, la répétition et l'envahissement dans la pensée de l'évènement traumatique fait en sorte que la victime revit de façon obsédante le traumatisme par des pensées, des images, des flash-back, des sensations physiques, cauchemars, état de qui-vive au moindre stimulus. **BOUBA** révèle :

à demi inconscient, je me rappelle des palles de l'hélicoptère venu me transporter, battant comme mon rythme cardiaque.

Parlant de l'état d'hypervigilance, **TACHE NOIRE** le vit : « Parfois dès qu'on prononce retour au front moi, je sursaute et mon cœur commence à battre très fort. Ça devient

déjà comme une habitude, je sursaute à tout moment, et ça me dérange vraiment ». On remarque donc ici que **TACHE NOIRE** souffre de plusieurs symptômes d'hypervigilance, se qui se traduit par le sursaut.

Pendant le sommeil, le syndrome de répétition se manifeste par la récurrence de la scène d'où émane le traumatisme sous forme de cauchemars très intenses. L'individu revit avec brutalité des parties ou la scène entière du traumatisme, les souvenirs oniriques peuvent apparaître d'une grande fidélité avec la scène réelle, tant celle-ci s'imprima dans la psyché. **TACHE NOIRE** s'exprime en ces termes : « *Même dans les rêves, je me trouve en train de tomber de au front), sans jamais mourir. Dernièrement, j'ai refait ce rêve et je me suis mis à crier jusqu'à réveiller tout le dortoir. A ce réveil, je tremblais avec la sueur partout* ».

La mémoire de ces participants semble donc tellement imprégnée d'images, de sons et d'hallucinations liés au trauma, l'obsession est telle que parfois ils perdent le contact avec le réel tel que nous l'avons remarqué dans leurs discours.

5-1-3-strategies de coping adoptées dans le vécu traumatique :

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. Nous analysons ici les stratégies qu'ont adopté nos participants dans leur vécu traumatique. Deux conceptualisations principales des diverses stratégies d'adaptation observées ont émergé de la littérature. Il s'agit des stratégies centrées sur les émotions et des stratégies centrées sur le problème. A ces deux stratégies s'est ajoutée la recherche du soutien social.

5-1-3-1-Stratégies centrées sur les émotions

Les stratégies centrées sur les émotions parfois présentées sous le terme de stratégies passives, visent 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 et le déni en sont quelques exemples. Dans cette étude, les stratégies centrées sur les émotions utilisées ont été essentiellement l'évitement et le déni. L'évitement a été adopté par **TACHE NOIRE** et le déni par **BOUBA** .

➤ *L'évitement*

L'évitement peut prendre la forme de comportements particuliers, comme l'isolement. Les personnes victimes du trauma utilisent l'évitement pour « panser leurs plaies » et de reprendre des forces afin de réorganiser sa vie et d'affronter d'autres difficultés (Hagemann, 1992). TACHE NOIRE nous informe :

Je n'ai pas besoin de ma famille ici, je ne veux pas qu'ils me voient dans cet état, je les verrais quand je jugerais que je vais mieux

Les souvenirs en rapport avec l'événement et ainsi diminuer sa détresse émotionnelle. Ainsi, on entend BOUBA dire : « *ce qui me fait mal n'est pas l'attaque que j'ai subi, je savais en devenant policier et travaillant au GSO que cela pouvait m'arriver.* ».

Confronté à une situation ou à des pensées qui suscitent de l'anxiété, TACHE NOIRE utilise un mode de réponse évitant dans le but de réduire le malaise généré par le stimulus anxiogène. Or, bien que cette réaction amène un soulagement temporaire de l'anxiété, elle conduit à moyen terme à une résurgence des pensées liées à l'événement traumatique, voire à une augmentation de leur occurrence (Everly & al., 2000 ; Hagemann, 1992). « *Parfois dans nos causeries, je me déplace mentalement et je me retrouve devant ces ombres qui m'appellent et porte un cercueil.*

BOUBA utilise les deux types d'évitement. L'évitement affectif et l'évitement comportemental. Concernant l'évitement affectif, notons qu'à la suite d'un traumatisme psychique, habituellement, le sujet présente une indifférence émotionnelle qui se manifeste sous la forme d'un détachement vis-à-vis d'autrui et de tentatives d'évacuer les émotions et sentiments. Un sujet peut éviter une situation où peuvent se présenter de fortes émotions, comme les disputes, les films d'horreur. L'évitement affectif peut prendre la forme d'isolement des affects et d'isolement social (Biro & al., 1997). TACHE NOIRE le souligne ici avec regret : « *Et depuis un temps, je m'éloigne même de tous ces milieux où il y'a beaucoup de bruit, depuis que je peux sortir, je préfère mettre de la musique et de suivre avec le volume à fond.* ». L'évitement des émotions fortes protège le sujet d'une poussée émotive qui peut s'associer à un drame qui lui rappellerait l'évènement traumatique.

En ce qui concerne l'évitement comportemental, il consiste pour l'individu à s'éloigner de tout ce qui peut rappeler le drame, comme les conduites, les personnes, les endroits et les situations associées au drame. Cet évitement comportemental peut être intentionnel, mais le

plus souvent il est involontaire (Everly & al., 2000). TACHE NOIRE le révèle en ces termes : *« parfois les bruits des moteurs lourds suffisent pour me rappeler la situation de notre accident et l'effroi de la mort ».*

Un autre moyen d'éviter de voir et de faire face au problème est l'utilisation de drogues, d'alcool ou de médicaments. L'alcool constitue le problème le plus commun, mais beaucoup de gens font aussi une consommation abusive d'autres drogues illicites, comme la marijuana ou les médicaments sous prescription (Everly & al., 2000 ; Hagemann, 1992). TACHE NOIRE, lui, utilise LE Coca Alhaji : *« nous les musulmans, nous ne pouvons pas afficher ouvertement notre consommations d'alcool, je suis obligé d'en prendre pour oublier le temps d'un moment ces images et trouver le sommeil.».* L'utilisation de drogue et d'alcool peut aider à enlever des souvenirs négatifs, accroître la confiance sociale de l'individu ou favoriser le sommeil tel que nous venons de le voir chez TACHE NOIRE».

➤ **Le déni**

Un second choix d'action axée sur l'émotion ici consiste à altérer la signification subjective de l'événement en ayant recours à des activités cognitives apparentées au déni. Le déni est la perception de la réalité qui est niée ; il engendre des conduites soit de défi soit de jeu. BOUBA, on note les conduites de défi : *« ce qui m'est arrivé ne me dérange pas, je suis plutôt mal à l'aise avec la qualité de notre prise en charge (), on ne peut pas traiter les enfants d'autrui de la sorte ».* La patient ici, tout en niant la situation problématique, cherche à la défier sous une autre forme.

Les activités liées au déni peuvent être très variées. Elles comprennent la prise de distance par la distraction, l'exagération des aspects positifs d'une situation (Hagemann, 1992). TACHE NOIRE dans l'exagération des aspects positifs déclare : *« Vous, vous appelez cela la souffrance, mais moi je ne considère pas que je souffre. Pour moi c'est une épreuve et c'est une grande joie pour moi de la vivre. La vie ne tient désormais qu'à un fil et je veux pas vivre ainsi le reste de ma vie ».* Nous voyons comment l'humour et la sous-estimation des aspects négatifs de la situation arpentent sa réaction.

Ces stratégies, souvent génératrices d'émotions positives, se sont révélées être efficaces pour abaisser la tension émotionnelle dans les cas d'expériences stressantes de courte durée (Paulhan & Bourgeois, 1995). Par contre, le déni à long terme peut créer des problèmes

additionnels tels qu'une dépression subite (Carver, Scheier & Weintraub, 1989). On voit cela avec BOUBA :

Je commence déjà à me fatiguer de tout ça. Je suis même déjà fatigué de prendre des médicaments. J'aimerais que le Délégué Général me ramène avec mes effets chez moi.

5-1-3-2-Stratégies centrées sur le problème

Les stratégies centrées sur le problème se réfèrent à l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux visant à résoudre ou à diminuer le problème. 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 (Folkman & al., 2002). Nous n'avons pas vu dans les discours de nos participants des éléments qui évoquent ce type de stratégies. En effet, parmi les stratégies axées sur le problème, on y retrouve différents moyens, tel que la recherche d'information et les stratégies de résolution de problème (Hagmann, 1992).

Pour la recherche d'information, les écrits sur les troubles anxieux dénotent qu'il est utile que les personnes atteintes d'un état de stress post-traumatique en apprennent plus au sujet de la problématique et sur la façon dont ce syndrome les affecte (Greenberg & Ruback, 1992). Pourtant, BOUBA campe sur son raisonnement de persécution : « *les conflits avec mon père ? Mon départ de la maison et ma conversion à l'islam sont responsables de ce mauvais Karma, je dois absolument retourner sur la tombe de mon père et faire des rites* ». BOUBA veut se convaincre d'une cause externalisée ayant joué un déterminisme dans la survenue de son attaque, il ne veut en aucun moment s'arrêter de façon nette sur l'attaque.

Les stratégies de résolution de problème quant à elles, englobent les efforts centrés sur la modification de la situation problématique (Folkman et al., 2002). L'attitude BOUBA ne laisse entrevoir aucune volonté de modifier la situation traumatique. Il affirme : « *ma hiérarchie ne veut pas faire venir à moi une expertise médicale pour entrevoir mon évacuation, si c'était un Divisionnaire ce serait déjà fait, nous nous sommes les enfants de mama Bertha (enfant de pauvres)* ». BOUBA fait tout pour ne pas se poser sur le problème ni l'aborder directement le problème. La somme de ses plaintes sont externalistes

Ces moyens sont également parfois désignés dans la littérature sous le vocable de stratégies actives, puisqu'elles abordent directement le problème (Montgomery, 2000).

5-1-3-3-Recherche du soutien social

En troisième lieu, la recherche du soutien social comprend plusieurs stratégies adaptatives comme : parler à quelqu'un pour faire quelque chose de concret à propos de la situation, recevoir de l'aide professionnelle, accepter la sympathie et la compréhension d'une personne que l'on respecte ou lui demander de l'aide au besoin et discuter de ses sentiments (Crumlish, 1994). Malheureusement, TACHE NOIRE dit ne pas pouvoir demander cette aide : *« je ne veux pas que ma famille arrive à l'Hôpital et me trouve dans cet état, je veux les voir quand je me sentirais mieux, j'ai honte s'ils découvrent que je ne suis pas aussi fort que je laissais croire »*. La recrue n'utilise donc pas la recherche du soutien social au sein sa famille on perçoit ici une polarité dépressive vis-à-vis de la famille.

De fait, lorsque les soldats atteints de stress post-traumatique peuvent parler de leurs problèmes avec d'autres, cela leur est souvent bénéfique. Norris et al. (1997) font observer qu'il est bon pour la victime de raconter son expérience à d'autres personnes et d'exprimer ses sentiments. Mais, TACHE NOIRE pense que cela ne sure que le temps d'une causerie et par la suite chacun revient à ses démons cette stratégie semble donc inopérante chez TACHE NOIRE

Je me sens bien avec mes camarades qui sont hospitalisé, nous causons bien, mais parfois mon esprit s'évade en leur présence et je revis des choses terrifiantes.

Pourtant Norris et al. (1997) révèlent que le fait de partager ce qu'elle a vécu semble aider la victime à donner un sens à l'événement et à ses émotions. Cela peut aussi l'aider à se débarrasser des sentiments qui le troublent et à « comparer avec la réalité » ses pensées, ses actes et ses sentiments.

5-1-4-Capacité de mentalisation et vécu traumatique

Nous analysons dans cette dernière partie la relation entre la capacité de mentalisation et le vécu traumatique de nos participants. Il s'agit notamment de voir en quoi les processus psychiques liés à la capacité de mentalisation interfèrent dans le vécu traumatique de ces sujets. Au travers des discours de nos enquêtés, nous avons relevés trois facteurs d'interférences : l'impuissance acquise, l'orientation vers des stratégies d'adaptation centrées sur les émotions et le renforcement du système de croyances inadaptées.

5-1-4-1-L'impuissance acquise

L'impuissance acquise est un état psychologique, résultat d'un apprentissage où le sujet fait l'expérience de son absence de contrôle sur les événements survenant dans son environnement. **TACHE NOIRE** déclare : « ...j'ai tout fait pour vaincre cette frayeur, mais grand je vous assure ça m'a dépassé, ça me dépasse. Peut-être que voilà même le genre de choses pour lesquelles je devais consulter un psychologue ». Cet état de **TACHE NOIRE** est la conséquence négative d'insuccès répétés qui l'entraîne à l'abandon des efforts. Cette manière d'agir se poursuit dans sa situation traumatique : *Vous savez mon problème n'a pas commencé ici. Quoi qu'on fasse, je sais que la situation présente, je ne peux pas la braver.*

Cette perception de l'impuissance par la recrue est apprise car elle tend à se généraliser à toutes les situations problématiques comme c'est le cas ici dans la situation traumatique.

Les individus ayant fait l'expérience d'échecs dans leur antécédent se disent à tort qu'ils ne peuvent pas s'en sortir dans les situations difficiles ultérieures (stipek, 1998). L'impact de cette impuissance apprise se fait retentir chez **BOUBA** :

Au GSO, nous étions habitués à pénétrer les milieux du crime et à sentir notre cœur battre fort, mais cela n'est rien comparé à la guerre ; moi j'appelle guerre, car ce que j'ai vu là-bas est sans pareil, la méchanceté est gratuite et le cynisme côtoie le diable

A cause de la capacité de mentalisation, plus **BOUBA** perçoit les événements incontrôlables, plus le stress est intense et moins l'espérance de changer quelque chose à la situation actuelle est perçue.

ces expériences d'impuissance peuvent s'associer à une cognition faible, passive ou incontrôlable chez les individus, menaçant ainsi leur santé mentale (samuel-lajeunesse et al., 1998). **TACHE NOIRE** sur cette posture relate :

je ne pourrais plus me sentir bien dans une situation où je suis seule, ou il y'a le vide. en vérité, la tourelle fait que je ne supporterais plus les hauteurs. Je crains toutes les situations et événements qui ont une relation avec les hauteurs ou le vide.

TACHE NOIRE démontre ici l'expérience d'un comportement rapproché du désespoir, du renoncement.

L'impuissance acquise engendrée par l'état capacité de mentalisation peut contribuer à la faible estime de soi, disons à une sous-estimation à gérer des situations problématiques, suite à l'image que se donne les individus sur eux-mêmes (Bennett et Eliot, 2005). C'est ce que vit BOUBA:

Vous savez chez moi, disons dans mon entourage les gens me traitaient de vaillant comme j'étais GSO, découvrir aujourd'hui un légume , couché sur place incapable de se mouvoir est l'image même que je ne souhaite pas répandre ; je ne suis plus un homme

Cette situation d'impuissance acquise interagirait donc avec la sous-estimation des capacités du sujet généralement rencontrée dans l'état traumatique (Seligman & al., 1967). Par ailleurs, l'estime que le sujet a de lui-même le conduirait à adopter un certain type de stratégies d'adaptation.

5-1-4-2-L'orientation vers des stratégies d'adaptation centrées sur les émotions : l'évitement

Selon Seligman (1975), les expériences traumatiques interdisent l'apprentissage de nouvelles réponses. Le sujet réagit donc tel qu'il avait déjà appris à répondre auparavant. Dans le cas de la mentalisation, l'évitement est la stratégie essentiellement adoptée. Ceci expliquerait pourquoi nos participants ont essentiellement adopté l'évitement et le déni comme moyen d'adaptation. Toutefois, il faut noter que le déni lui-même n'est qu'une forme d'évitement psychologique qui aide les victimes à effacer temporairement les souvenirs de leur mémoire (Byrne, 1964).

En effet, l'état phobique et dans notre cadre l'état capacité de mentalisation est caractérisé par la sous-estimation du sujet à faire face à une situation problématique (exposition au vide). Cet état est aussi caractérisé par la surestimation de la situation problématique et ses conséquences. D'autre part, l'estime de soi représente une dimension importante de l'identité personnelle et se définit comme l'ensemble des attitudes et des sentiments que le sujet éprouve à l'égard de soi et qui l'oriente dans ses réactions et dans ses conduites organisées.

Ces attitudes et sentiments s'énoncent en jugements positifs ou négatifs, qui amèneront confiance ou défiance à l'égard de soi, actions volontaires ou abouliques, dépréciation et dépression, ou survalorisation et conduites narcissiques. Les recherches montrent que l'estime de soi influence les stratégies d'adaptation centrées sur le problème et les émotions (oubayrie,

safont & tap, 1991). **TACHE NOIRE** avoue : « *voilà pourquoi je n'en parlais même pas aux gens de peur d'être ridiculisé, car je me trouvais nul. Je préférais éviter tout ça en solo* ».

Une sous-estimation diminue la confiance dans les habiletés personnelles pour triompher de l'adversité (rosenberg, 1979). Elle est corrélée positivement aux stratégies centrées sur les émotions (piquemal-vieu, 1999). Dans l'évitement comportemental, parlant de sa consommation d'alcool **TACHE NOIRE** déclare : « *... grand, si je ne fais pas ça ce que je vais mourir ici ou marcher nu avant le temps. Tu sais l'alcool là m'aidait aussi souvent pour surmonter oublier ces ombres qui me cotoient! Tu vois que c'est mon petit remontant* ». La recrue continue donc à faire usage de l'alcool pour faire face à la situation traumatique tel qu'il le faisait pour s'adapter dans son capacité de mentalisation.

Les individus souffrant d'une attitude de sous-estimation, peinent à affronter leurs problèmes, souffrent d'une faible restructuration cognitive et démontrent une faible satisfaction dans leurs activités (Welbourne & al. 2007). **TACHE NOIRE** nous révèle : « *a partir de ce jour, avec cette expérience à l'immeuble, voyant que je suis incapable, j'ai décidé de ne plus forcer les choses, de ne plus affronter ces affaires-là. Pour être sage, j'ai commencé à éviter toutes les situations semblables* ».

D'autre part, l'autre type d'évitement, le déni utilisé par **BOUBA** dans son expérience de mentalisation, se trouve également adopté dans sa situation traumatique. Il déclare dans l'expérience capacité de mentalisation :

En vérité je ne peux pas dire que j'ai peur du combat, je suis un grand guerrier guidar de sang, ma grande peur maintenant c'est l'image que mon corps renvoi aux autres et à moi même

Dans son vécu traumatique elle continue dans la même perspective lorsqu'elle déclare :

C'est l'esprit de peur qui a commencé à chercher à empêcher mon bonheur dans la vie civile qui continu ces actions ici. C'est contre l'esprit de peur que je combats. Le même esprit avec lequel je lutte depuis des années aujourd'hui. C'est la même chose, vous ne voyez pas ? La situation s'est juste compliquée.

L'état capacité de mentalisation au travers de la sous-estimation dirige donc le sujet vers l'évitement. Cette stratégie d'adaptation essentiellement utilisée dans l'état capacité de mentalisation se trouve aussi préférentiellement adopté ici dans la situation traumatique.

5-1-4-3-Le renforcement du système de croyances inadaptées

Rappelons d'abord quelques biais cognitifs généralement relevés chez le sujet phobique afin de mieux apprécier la fonction de renforcement du système de croyances inadaptées par la capacité de mentalisation. Il est noté que le sujet phobique prête plus d'attention à sa propre perception de lui-même qu'à la situation elle-même. Il se focalise fortement et de façon négative sur son apparence extérieure. Il projette à tort sa perception de son état mental sur son apparence. Il se focalise sur les réactions négatives de son entourage et en ignore les réactions positives. Il perçoit les réactions de son entourage de façon plus négative qu'elles ne le sont (Rosenberg, 1979)

Dans le but de réduire le risque d'évaluation négative qu'engendrent tous ces biais cognitifs, le sujet s'engage dans une série de comportements sécurisants inadaptés (Henry, 2005). Nous entendons **BOUBA** dire ici :

Pour atténuer ces choses que je ressens, je fais tous mes prières, vous pouvez voir que ma chambre est décorée de sourates, Allah est mon refuge et me guide

Ces distorsions cognitives amènent également les personnes, lorsqu'elles sont confrontées à des obstacles, à surévaluer la difficulté. Elles se sentent rapidement envahies par les pensées négatives et prévoient facilement le pire. **BOUBA** s'exprime : « *C'était comme si ces esprits ténébreux fêtaient mon arrivée, comme s'ils disaient enfin on t'a eu ... Vous savez cette situation que je traverse m'aide à comprendre une fois de plus que les ennemis de ma destinée ne se découragent pas. Ils amplifient plutôt leurs actions* ».

D'autre part, le problème de l'évitement qui caractérise l'état phobique est qu'au final, il ne fait que renforcer le caractère redoutable de la situation redoutée qu'a installé la mémoire traumatique. Ces réassurances renforcent le système de croyance inadapté et laisse s'installer une imagerie anxigène d'anticipation ((Kleftaras, 2004). **TACHE NOIRE** dit :

Parfois dès qu'on prononce retour au front, à côté de moi je sursaute et mon cœur commence à battre très fort. Je me demande si la Police va me renvoyer au front dès que je vais guérir ; je n'ai plus envie de tuer, tout ce qui m'arrive est lié au sang que j'ai versé.

TACHE NOIRE comme dans son vécu capacité de mentalisation semble embarqué dans des monologues intérieurs, des jugements, des anticipations qui l'entraîne dans un cercle vicieux dont il faut sortir en optant pour de nouvelles pensées et des croyances mieux adaptées.

Nous notons également chez ce Fonctionnaire de Police des pensées automatiques qui sont des monologues que le sujet se dit en lui-même. Ce ne sont pas des pensées absurdes, elles traduisent une vision négative du monde, elles sont disproportionnées et mal adaptées (Rosenberg, 1979). Il avance : « *Constamment j'ai des pensées qui m'avertissent que je vais bientôt mourir, que les ancêtres vont me châtier, que ce sera sur ce lit de misère. Elles défilent comme ça dans ma tête, défilent et redéfilent* ».

Ces schémas de croyances inadaptées seraient entreposés dans la mémoire à long terme et ils feraient en sorte que l'individu ne sélectionne désormais dans le monde extérieur que l'information qui à trait à l'absence de contrôle de la situation problématique (Curtis et al., 1998). Le participant **TACHE NOIRE** dit : « *je n'ai pas d'avenir ici, je n'ai même pas d'avenir nulle part. Cette accident m'a permis de comprendre qu'il ne faut pas violer le commandement de Dieu qui dit de ne pas tuer, vous savez j'ai d'abord été chrétien ; chez BOUBA par une construction paranoïaque qui trouve son origine dans sa capacité de mentalisation.*

L'assimilation permanente que font les participants entre les événements liés à l'état capacité de mentalisation et la situation traumatique présente dévoile bien qu'il existerait un renforcement du système des croyances inadaptées. **TACHE NOIRE** relève que :

Dans cette forêt, c'était comme si des voix me disaient vous allez faire un accident, tu vas mourir, j'entends souvent ces voix avec ces mêmes phrases. Je me dis que c'est le destin que les ancêtres m'ont réservé. Mais je ne sais pas qu'elle est l'interdit que j'ai violé.

Quant à **BOUBA**, il déclare : « *Parce que pour moi ce n'est qu'une suite, la suite de mon combat avec l'esprit de peur. Même comme personne ne veut m'écouter dans ce raisonnement-là* ».

Cette partie de notre travail vient de présenter les résultats que nous avons obtenus lors de la collecte des données. Ces données ont été acquises essentiellement à travers les discours des participants. Selon la technique d'analyse de contenu des entretiens axée sur le repérage des thèmes significatifs, nous avons cinq principaux thèmes. Dans le but de mieux appréhender le phénomène que nous étudions, selon l'approche théorique sur laquelle on s'appuie nous allons interpréter et discuter ces résultats dans le chapitre suivant.

CHAPITRE 6 : INTERPRETATION DES RESULTATS ET DISCUSSION

Ce chapitre est principalement consacré à l'interprétation des résultats obtenus et à leur discussion. Dans cette optique, nous allons dans un premier temps faire la synthèse desdits résultats. Puis nous les interpréterons à la lumière des théories sur lesquelles s'étaient notre étude. Par la suite nous ferons une discussion au regard des recherches antérieures. Enfin nous présenterons les implications et les perspectives de cette étude.

6-1-SYNTHESE DES RESULTATS

Les résultats de notre étude proviennent des données collectées auprès de deux fonctionnaires de la police. Il s'agit d'un Jeune homme de 26 ans et d'un homme de 41 ans. Ces fonctionnaires de la police ont été victimes de traumatismes psychiques au front. Notre analyse thématique a fait ressortir cinq principaux thèmes. Il s'agit du contexte d'émergence du trauma, le vécu traumatique sur ses différents plans, les stratégies d'adaptation adoptées, enfin la relation entre l'état capacité de mentalisation et le vécu traumatique.

Le traumatisme psychique dans cette étude est survenu chez les deux sujets au front lors de l'exercice de leur fonction. Il a émergé durant le franchissement des obstacles. L'obstacle problématique a été les tirs de balle reçus sur la zone cervicale droite de la deuxième vertèbre pour **BOUBA** et plusieurs tonneaux qui ont occasionné une fracture de l'humérus au triceps du bras droit, il a subi une opération pour la correction avec des plaques métalliques. Pour **TACHE NOIRE**, le trauma, qui ici est de type IV, est survenu chez ces participants soudainement, de façon intense, imprévisible, indescriptible et incontrôlable. Les sentiments ressentis par ces sujets traumatisés sont le sentiment d'impuissance, le sentiment d'incompréhension, le sentiment de vulnérabilité, l'effroi de la mort. Les participants ont également éprouvé le sentiment de tristesse, le sentiment de culpabilité, le sentiment de désespoir et le sentiment de honte.

Les discours de ces participants ont révélé un vécu traumatique sur quatre principaux plans. Il s'est agi du plan émotionnel, du plan comportemental, du plan psychosomatique et du plan cognitif. Sur le plan émotionnel, il a été noté la perte de l'intérêt des activités des Forces de Maintien de l'Ordre autrefois passionnantes, le repli sur soi, la colère, le détachement avec une forme d'asthénie émotionnelle, les difficultés de communication, les difficultés

relationnelles, un isolement profond, une incompréhension et le sentiment de devenir étranger aux autres. Sur le plan comportemental, on a relevé l'agitation dans le sommeil, l'émission des cris, les cauchemars incessants, la prise d'alcool, l'hétéro-agressivité des tentatives de suicide. On a aussi fréquemment noté une attitude permanente d'hostilité, d'éveil, d'alerte et d'irritabilité. Sur le plan psychosomatique, il ressort des tensions musculaires généralisées, des problèmes digestifs, une hyper sudation et des palpitations cardiaques céphalées sans cause organique décelable. Sur le plan cognitif, il s'est agi de l'intrusion, la répétition et l'envahissement dans la pensée de l'évènement traumatique. Les problèmes liés à la mémoire, des difficultés de concentration, des difficultés de mémorisation, les problèmes de confusion, de capacités de jugement diminuées et de dissociation ont été également relevés.

Pour ce qui est des stratégies de coping adoptées par les participants lors de leur vécu traumatique, il s'est agi essentiellement des stratégies d'adaptation centrées sur les émotions. Nous avons noté l'évitement et le déni, la modification de la situation, et le lâcher prise. La stratégie d'évitement s'est distinguée en évitement affectif et en évitement comportemental. L'évitement affectif s'est essentiellement révélé par des tentatives de suppression active des souvenirs en rapport avec l'évènement traumatique. Dans l'évitement comportemental, on souligne l'isolement, mais aussi la fuite des endroits rappelant la scène traumatique. La stratégie de déni quant à elle s'est caractérisée par l'exagération des aspects positifs de la situation traumatique. Ici les Fonctionnaires de Police en niant la situation problématique, ont cherché à la défier. Par ailleurs, nous avons souligné dans ces résultats l'absence des stratégies d'adaptation centrées sur le problème. La recherche du soutien social a été mitigée. Parfois souhaité chez l'un (Bouba) et rejeté chez l'autre (Tâche noire) et inversement.

L'étude a également fait saillir des relations entre la capacité de mentalisation et le vécu traumatique de nos participants. Elle a illustré certains processus psychiques liés à l'état capacité de mentalisation qui ont interféré dans le vécu traumatique de ces Fonctionnaires. Trois facteurs d'interférences ont été relevés. Il s'est agi de l'impuissance acquise, de l'orientation vers des stratégies d'adaptation centrées sur les émotions et du renforcement des croyances inadaptées. L'impuissance acquise s'est révélée comme la conséquence négative d'insuccès répétés dans l'état capacité de mentalisation et qui s'est poursuivi par l'abandon des efforts dans le vécu traumatique. L'état capacité de mentalisation a orienté les Fonctionnaires vers les stratégies d'adaptation centrées sur les émotions. Ceci parce que les expériences traumatiques interdisent l'apprentissage de nouvelles réponses. Les Policiers ont ainsi réagi par l'évitement tel qu'ils avaient déjà appris à répondre auparavant. Les schémas de croyances inadaptées

entreposés dans la mémoire à long terme des fonctionnaires de police victimes de traumatisme au front ont fait en sorte qu'elles ne sélectionnent lors du vécu traumatique que l'information qui avait trait à l'absence de contrôle de la situation.

6-2-INTERPRETATION DES RÉSULTATS

Dans cette section, nous interprétons les résultats de l'étude au regard de la théorie phénoménologique et de la théorie cognitive. La théorie phénoménologique est convoquée pour l'exploration du vécu traumatique. Et la théorie cognitive pour appréhender l'incidence des processus de mentalisation sur le coping psychotraumatiques chez les fonctionnaires de police, ce qui est l'objectif de l'étude.

6-2-1-Application de la théorie phénoménologique à l'exploration du vécu traumatique

Commençons par rappeler que la phénoménologie est « *l'étude des phénomènes en tant qu'ils apparaissent à la conscience* » (Ionescu, 2006, p.63). Ici, il est question de se pencher sur le phénomène traumatique en tant qu'il apparaît à la conscience du sujet. Deux démarches sont connues de la psychopathologie phénoménologique. Il s'agit de la démarche philosophique (Binswanger, 1957) et de la démarche descriptive (Beauchesne, 1986 ; Jaspers, 1913). Nous invoquons ici la démarche descriptive. Celle-ci s'occupe de ce que les malades vivent, étudient leurs états d'âme et visent à dévoiler des significations (Ionescu, 2006). A la lumière de cette démarche phénoménologique, nous tentons donc de mettre en surface « l'expérience du trauma dans une situation d'attaque soudaine ou d'un événement traumatogène » à partir de ceux qui l'ont vécu, c'est-à-dire les deux Fonctionnaires de Polices ayant participé à l'étude. De manière concrète, nous faisons notre interprétation sous le prisme du non-sens du traumatisme, de la temporalité de l'instant traumatique et la singularité de l'expérience traumatique.

6-2-1-1- Le non-sens du traumatisme avec Louis Crocq

Dans une perspective phénoménologique, Crocq (2001) introduit la question du sens et du non-sens du traumatisme. Il écrit :

Le trauma n'est pas seulement effraction, invasion et dissociation de la conscience, il est aussi déni de tout ce qui était valeur et sens et il est surtout perception du néant, mystérieux et redouté, ce néant dont nous avons tous l'entière certitude qu'il existe, inéluctablement, mais dont nous ne savons rien et que nous avons toute notre vie nié passionnément.

La situation traumatique est donc caractérisée par une incapacité à attribuer un sens à celle-ci. Nos résultats font apparaître ce non-sens. C'est le cas d'une exclamation de **TACHE NOIRE** qui dénote l'indescriptible : « *c'était terrible, je ne sais comment vous le décrire. Si et seulement on pouvait décrire la mort !* ». Cette Fonctionnaire n'arrive pas à décrire dans un schéma psychique cohérent une signification à ce qu'il a vécu.

Toujours dans cette perspective du non-sens, Barrois (1998) procède à une élaboration des aspects liés aux différentes formes de ruptures communautaires déliant les sujets avec le monde. Il évoque « *la confrontation avec l'impensable de la mort ; l'invasion par l'angoisse de néantisation ; les ruptures de la continuité ; les ruptures de la fonction du cadre et des relations contenant-contenu ; ruptures de l'unité de l'individu, bref la cessation du sens* » (Barrois, 1998, p.36). Ainsi, avons-nous relevés dans nos résultats que le trauma est survenu chez nos participants tel qu'un évènement imprévisible, indescriptible et incontrôlable.

Selon ces résultats, le trauma est la confrontation inopinée avec le réel de la mort et du néant, court-circuit du signifiant et irruption du non-sens. Il réalise un état de dissociation per-traumatique. Dans le vécu traumatique, la dissociation persiste, imposant l'absurde des réviviscences, le mystère des symptômes et l'altération de la personnalité, enfermée dans une membrane invisible qui empêche de communiquer avec autrui. Dans cette étude, l'un des participants (**BOUBA**) reste perplexe « *Je ne sais comment expliquer ce que je vis, et lorsque j'essaie de le faire, personne ne me comprend* ». Le sujet devient alors seul dépositaire, à son insu, du sens secret de son trauma. C'est dans ce cadre que Barrois (1998) dit que l'évènement traumatique instaure "un trou dans le signifiant". Crocq explique cela en posant que la seule chose dépourvue de signifiant est notre mort, sans "représentation", faute d'avoir bénéficié d'une "présentation" préalable. « *Bien que je dispose de mots pour désigner la mort, le cadavre, les obsèques, j'ignore ce que peut être ma mort. Or le trauma me confronte directement à ce réel* ». (Crocq, 2013, p.41). BOUBA peut l'affirmer : « *En vérité, je me croyais mort, j'ai même vu la mort...* ».

Crocq (2013) qualifie cette expérience de **BOUBA** d' « une expérience de non-sens ». Le sujet voit l'existence comme "un non-sens" et parfois cette perspective se dispute à celle de

L'existence comme énigme, l'énigme qui est comme un trou noir autour duquel on brode, on tourne jusqu'à en perdre le nord ; on fait la toupille comme une jeune fille que son cavalier de tango a envoyée valser, et il

lui échappe, il est l'étranger, il est l'Autre séducteur qu'on ne pénètre jamais.

Cette expérience de non-sens se caractérise pour Crocq (2013) avec l'effondrement de trois convictions narcissiques : invulnérabilité, protection de l'environnement, autrui secourable. Nous le voyons dans notre étude avec les sentiments d'impuissance, de vulnérabilité, de désespoir et de honte ressentis par les participants.

L'évènement traumatique, doté de non-sens reste donc absurde et figé. Il ne peut être réaligné entre un avant et un après dans la continuité de l'existence. Cette situation questionne la temporalité de l'instant traumatique.

6-2-1-2- La temporalité figée sur l'instant traumatique avec Merleau-Ponty

La phénoménologie intègre la notion du temps. Elle interroge comment figure le temps vécu ? Comment la conscience du traumatisé découpe-t-elle ou, au contraire, unifie-t-elle le temps autour du traumatisme ponctuel ? Dans le vécu traumatique, le présent n'est plus fugace, ne débouche plus sur un autre présent lui aussi fugace. Il ne dessine aucun avenir. Il ne remet pas à chaque instant les passés possibles en perspective (Crocq, 2013). Dans l'étude, les résultats révèlent chez les participants, une perspective d'avenir bouché. On peut illustrer cela avec l'exemple de **BOUBA** « *Ma vie est actuellement comme si je suis dans une boule où il n'y'a ni entrée ni sortie. Est-ce que je vis même actuellement pour pouvoir parler de l'avenir ?* ».

Pour développer ce bouleversement de la temporalité dans le vécu traumatique, (Merleau-Ponty, 1960), déclare :

Derrière la mort, il y'a le néant, d'où je viens et où je dois immanquablement retourner. Je ne sais que c'est, mais il me fait peur. A chaque instant de ma vie, à chaque acte et chaque parole, quand je disais "j'existe", je sous-entendais " je suis quelqu'un et non pas rien". Or voici qu'à l'instant du trauma, ce rien que j'ai toujours repoussé à l'horizon de mon regard et de ma pensée vient m'imposer son inquiétante présence et son évidence.

Le trauma est vécu comme une nouveauté radicale qui relègue l'ancien dans l'ombre et ramène la biographie du sujet à l'évènement vu comme une révélation. Les participants dans l'étude se voient soit comme « *Je suis étranger à moi-même* » (**BOUBA**) soit disent « *...tout me semble étrange* » (**TACHE NOIRE**). Il s'agit pour Côté (2000) d'un écart entre le monde

tel qu'il devient pour le traumatisé du monde tel qu'il lui apparaissait avant le trauma. Dans cet écart figure par ailleurs la mise-à-distance de la réaction dissociative. Dans cette perspective, peut s'instaurer la tendance obsessionnelle caractérisée par une volonté de tout contrôler pour que rien n'échappe. L'obsession et la rétention sont liées dans le lit de ce souci.

Que ce soit le bouleversement de la temporalité ou le temps suspendu, les participants dans cette étude ne savent plus combien de jours s'écoulent, ne cherchent pas toujours à le savoir. Ils vivent dans le présent, un présent figé. Mais un présent que chaque traumatisé vit à sa manière. C'est ce que Bernet (2000) appelle la singularité de l'expérience traumatique.

6-2-1-3- La singularité de l'expérience traumatique avec Bernet

Bernet (2000) explique le trauma comme un « *phénomène absolument singulier qui met le sujet hors-jeu et le concerne jusque dans son identité la plus intime, un phénomène qui de par son étrangeté obsédante fait violence au sujet* » (p.141). Reprenons l'exemple suscité de l'étude, pour parler de la singularité de l'étrangeté. Nous voyons que pendant que l'une des recrues se trouve étrange, l'autre par contre trouve que c'est le milieu qui est devenu étrange. En fait, le trauma est ici l'abolition de l'identité subjective par un événement non appropriable ou encore un « *quelque chose dont je ne puis me former la moindre représentation qui peut néanmoins me concerner au point que ma survie psychique dépend de ma capacité d'y répondre ou de m'y soustraire* » (Bernet, 1994, p.142).

D'autre part, une meilleure connaissance des facteurs de vulnérabilité de même que la compréhension des processus intrapsychiques sous-jacents nous est d'un grand secours non seulement pour faire sens de la phénoménologie du traumatisme mais également pour comprendre la détresse des victimes et le chemin par lequel passe leur rétablissement spontané ou thérapeutique. Dans ce sens, l'expérience de chaque être qui vit un traumatisme est une expérience singulière (Côté, 1996). Nous voyons comment dans l'étude, s'agissant des résolutions à prendre pour faire face au trauma, BOUBA s'accroche aux facteurs symboliques en souhaitant un retour au village et un rituel sur le tombeau de son père décédé en son absence. Pour TACHE Noire, on a le rejet de l'angoisse que peut provoquer le soutien de sa famille et l'image du corps qu'il se représente et le rejets des conduites régressives, tel l'évitement et la relativisme du manque de visites de ses camarades.

Le monde tel qu'il apparaît à la conscience du traumatisé, est un monde singulier. C'est-à-dire " *quand je suis traumatisé, comment est-ce que je catégorise, classifie, qualifie, découpe*

ma perspective du monde pour l'intégrer, l'assimiler, le digérer, le supporter, qu'il n'écrase pas ma conscience. Le monde est-il sensé, accessible, à portée ? » (Bernet, 2000, p.141). En revanche, chez le traumatisé, le langage structuré mis à distance, est écarté du sujet. Il s'agit d'une conscience qui vise l'autre, mais le vise peu, toute cyclique qu'elle est à tourner en rond dans le souvenir de l'événement traumatique. Les résultats de l'étude montrent des discours remplis de souvenirs traumatiques. Chaque participant vit et revit des souvenirs qui lui sont bien propres.

Pour Bernet (2000) ce langage particulier de chacun des participants révèle des rapports de la conscience sur lesquelles elle fonde sa structure. Visant le souvenir singulier de l'événement traumatique plutôt que le monde extérieur, la conscience figure comme un circuit fermé, un cercle. Par-là, il faut saisir la toute-puissance du trauma avec lequel compose le sujet et autour duquel il cherche à se structurer.

L'application de la théorie phénoménologique aux résultats de cette étude permet essentiellement d'appréhender l'incidence des processus de mentalisation sur le coping psychotraumatiques chez les fonctionnaires de police. Ce vécu traumatique s'est illustré au travers de trois principales facettes. Il s'agit du non-sens du traumatisme, de la temporalité figée sur l'instant traumatique et de la singularité de l'expérience traumatique. Ces différentes facettes révèlent un point commun qui caractérise le vécu traumatique de ces Fonctionnaires psychotraumatisés de retour du front. Cette caractéristique est l'absence quasi-totale du contrôle de la situation que vivent ces participants. La théorie phénoménologique se limite donc ici à montrer que le coping psychotraumatique chez les fonctionnaires de police est caractérisé par l'absence de contrôle de la situation traumatique. Cette approche ne fait aucun lien entre l'état capacité de mentalisation et le vécu traumatique. C'est dans cette perspective que nous faisons appel à la théorie cognitive pour appréhender la fonction de l'état capacité de mentalisation dans ce vécu traumatique chez les fonctionnaires de police exposé par la phénoménologie.

6-2-2-Application de la théorie cognitive à l'appréhension de la fonction de l'état capacité de mentalisation dans le vécu traumatique au front

L'approche cognitiviste en psychopathologie a conduit à l'élaboration de plusieurs théories. Les unes s'intéressent à l'entrée informationnelle (input). Les autres ont pour intérêt la sortie comportementale (output). Actuellement, la démarche conceptuelle dominante en psychopathologie cognitiviste est le paradigme du traitement de l'information. Il s'agit

notamment d'étudier « *comment l'information provenant de l'environnement et l'information interne sont traitées et utilisée* » (Ingam & Kendal, 1986 cités par Ionescu, 2006, p.54). La survenue des troubles de l'humeur et des troubles anxieux telles que les trauma, ainsi que le vécu de ces troubles sont souvent corrélés à ces biais cognitifs. Chez les victimes de traumatisme, ces biais cognitifs jouent un rôle crucial dans le vécu traumatique (Ehlers & Clark 2000; Janoff-Bulman 1992). C'est conformément à ce paradigme que nous interprétons nos résultats en prenant comme ancrage les schémas précoces d'inadaptation, les croyances irrationnelles et les distorsions cognitives

6-2-2-1-Les schémas précoces d'inadaptation avec Jeffrey Young (1995)

Les schémas cognitifs correspondent « *à des structures abstraites et relativement stables, stockés dans la mémoire à long terme, qui sélectionnent et traitent l'information. Ils sont comme un modèle de pensées mis en place par l'expérience* » (Beck & Clark, 1997, p.64). Les schémas cognitifs régissent la façon dont nous sélectionnons certains aspects de l'information en fonction de nos expériences vécues. Il en résulte tout un réseau de croyances, de règles de vie qui façonnent profondément l'esprit de l'individu et lui font moduler à la fois comportements, émotions et modes de pensée. Beck et Clark (1997) soulignent qu'il existe des schémas spécifiques : schémas d'interprétation négative des événements (troubles de l'humeur), schémas de sur-responsabilité (trouble obsessionnel compulsif), schémas de dangers (troubles anxieux). Ce sont les schémas de danger à l'origine des troubles anxieux où l'on retrouve la mentalisation et le trauma qui nous intéressent le plus ici.

Ces schémas se construisent à partir des expériences vécues au cours de la vie, celles de l'enfance étant particulièrement marquantes. De ce fait, rappelons-nous que le trauma se fonde très souvent dans l'enfance. À un moment particulier, généralement l'adolescence pour la capacité de mentalisation (Allford, 2005), selon le contexte et les événements, le schéma de danger "dormant" peut être activé. Une fois activé, il constitue la base à partir de laquelle le sujet interprète et réagit à la réalité.

Dans l'étude, ces schémas de danger auraient été activés pour les deux participants à l'adolescence. Il s'est agi au village chez BOUBA qui né d'une famille chrétienne, a bravé la rigueur d'un père autoritaire et châtieur pour devenir musulman hors de la famille primaire. Pour TACHE NOIRE, une disparition en forêt au cours d'une partie de chasse de sangliers a activé sa phobie des espaces sombres. Après l'activation de tels schémas de danger et de

menace, l'individu réagit spontanément, lorsqu'il se trouve face à une situation moins dangereuse mais qui lui rappelle une situation dangereuse antérieure (Allford, 2005). Nous voyons comment cela a commencé à influencer l'interprétation des situations ultérieures chez **TACHE NOIRE** : « ...après cet autre évènement, j'avais compris que je devais désormais m'éloigné de tout ce qui avait trait au vide, noire et calme ... Et si j'avais su qu'il y'a des vastes espaces vides dans certains villages des Régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest, je n'allais pas me retrouver ici. Regardez dans quel cauchemar je me retrouve. ». C'est cette interprétation de dangerosité liée à la phobie du vide et du noir déjà présente dans l'état < capacité de mentalisation qui amplifierait ici ses réactions anxieuses et ses comportements d'évitement dans le vécu traumatique au front.

En effet, les symptômes anxieux liés à capacité de mentalisation deviennent eux-mêmes des signes de danger et viennent nourrir l'anxiété lié au trauma. Par exemple les comportements d'évitement, de fuite préalablement observés dans l'état capacité de mentalisation amplifient les symptômes d'évitement et d'hypervigilance rencontrés dans le vécu traumatique en renforçant de nouveau les schémas inadaptés.

Les schémas de danger intégrés dans l'état capacité de mentalisation donnent à ces participants une conscience déformée d'eux-mêmes : image négative et sous-évaluation. La faible estime de soi installée chez les sujets (fonctionnaires de police) se manifeste ici dans le vécu traumatique par absence de contrôle quasi totale de la situation. Ces schémas inadaptés qui engendrent une vision négative du monde, Young (1995) les appelle : schémas précoces d'inadaptation.

Young (1995) identifie 18 schémas précoces d'inadaptation. Ces schémas se développent tôt dans l'enfance, selon l'expérience vécue, et continuent à s'élaborer tout au long de la vie en servant de base pour l'interprétation de la réalité. Ils sont pris pour acquis et considérés comme irréfutables par la personne, de telle sorte que certaines problématiques qui ont leur origine dans l'enfance peuvent se maintenir longtemps dans la vie adulte.

Parmi ces schémas, nous nous sommes intéressés dans cette étude essentiellement à ceux qui dévoileraient un apport de l'état capacité de mentalisation sur le vécu traumatique au combat. Il s'agit notamment des schémas précoces de manque d'autonomie et performance. A travers eux, les exigences vis-à-vis de soi-même et du monde externe ne correspondent pas à la

capacité perçue de survivre, d'agir indépendamment et d'arriver à une réussite suffisante (Young & Klosko, 1995)

Dans ce groupe, on a la peur des événements incontrôlables qui se caractérise par une peur exagérée d'un danger que l'on ne pourra pas éviter ou surmonter. Et c'est ici que se structurent les phobies à l'instar de capacité de mentalisation. D'autre part, Mineka et Kihlstrom (1978) considèrent qu'une victime développera davantage de symptômes de traumatisme si l'événement traumatique est perçu comme une expérience incontrôlable. En effet, cette perception ébranle fortement la croyance de la victime qu'elle est capable de discriminer entre un élément sécuritaire et un élément dangereux. Conséquemment, plusieurs liens stimuli-réponses auparavant neutres acquièrent une signification de danger. Dans ce cadre nous entendons **BOUBA** dire « *l'évènement traumatique est un petit problème pour moi, ce qui me dérange c'est la façon dont je suis traité par certains responsables de la Sûreté Nationale et de certains personnels soignants. Ce sont ces choses-là qui m'empêchent de refaire surface* ». Ceci fait en sorte que de nouveaux liens ayant maintenant une attribution de danger sont incorporés à la structure de peur. Cette transformation de la structure de peur a pour conséquence de provoquer un plus grand nombre de réactions anxieuses et de comportements d'évitement chez les participants psychotraumatisés de cette étude.

On a également dans ce groupe des schémas précoces de manque d'autonomie et performance, le schéma d'échec. Il se caractérise par la croyance que si les différents traitements reçus ont échoué, les prochains échoueront encore, que l'on est incapable de faire face à une situation problématique. Cette situation recommanderais selon la Psychologue Lucy COTTE une attitude de « lacher prise ». Ce schéma d'échec a tendance à se maintenir. La personne pense, ressent et réagit dans le sens de l'échec. Elle juge incorrectement les circonstances de façon qui renforce les croyances reliées à ses déboires. On voit cela avec **BOUBA** :

J'ai décidé de balayer de ma tête tout ce qui me hante. Le temps que je passe à l'Hôpital me stresse et m'angoisse. Je pense qu'en me retirant de mon administration, j'aurais une paix intérieure et pourrais reconstruire l'amour familial.

Il ressort que dans son vécu traumatique, ce sujet a choisi de faire des relations qui entretiennent son schéma d'échec relevé dans sa capacité de mentalisation. Par ce schéma, elle

agit comme un filtre ne sélectionnant que les informations, les événements, les situations qui soutiennent sa vision négative de la situation.

D'autre part, les schémas inadaptés représentent des interprétations personnelles erronées de la réalité. Ils influent sur les stratégies individuelles d'adaptation (Beck & al., 1979 ; Cottraux, 2001). Dans cette étude, il s'est agi essentiellement des stratégies d'adaptation centrées sur les émotions (stratégies passives). Plus précisément c'est l'évitement et le déni que nos participants ont adoptés. Ceci traduit une vulnérabilité cognitive individuelle observée dans l'état capacité de mentalisation et qui retentit aujourd'hui dans leur vécu traumatique. Cette vulnérabilité est maintenue par des schémas inadaptés, qui eux-mêmes restent des jugements erronés entretenues par un certain type de croyances appelées croyances irrationnelles.

6-2-2-2-Les croyances irrationnelles avec Albert Ellis (1962)

Les croyances irrationnelles consistent en des énoncés d'idées absolues, non réalistes, excessives, rigides et erronées. Ces pensées sont désignées par les termes «croyances irrationnelles» puisqu'elles ne représentent pas toute la réalité (Dryden & Ellis, 1988). Ellis (1962) a désigné les croyances irrationnelles comme des objectifs irréalistes et il a précisé que celui qui entretient de telles croyances est susceptible de vivre de l'insécurité. Il a inventorié 12 croyances irrationnelles. En ce qui concerne ladite étude, nous avons recensé 3 croyances irrationnelles actives, qui élucideraient la contribution de l'état capacité de mentalisation dans le vécu traumatique au front. Il s'agit de 3 idées non réalistes.

L'idée que *« si quelque chose est ou peut être dangereuse ou effrayante, nous devrions être bouleversés et sans cesse obsédés par elle »*. La personne n'envisage pas que l'on pourrait mieux affronter ce qui paraît dangereux et le rendre sans danger et, lorsque ce n'est pas possible, accepter l'inévitable. On relève cela dans l'étude avec **BOUBA**: *« je dois faire des rites traditionnelles sur le tombeau de mon père car je n'étais pas là à son enterrement, c'est à cause de cela que cette malchance me poursuit »*. Il se dévoile là, une obsession de l'incapacité du sujet à faire face à l'attaque atroce qu'il a subi qui continue d'hanter ce Fonctionnaire de Police dans son vécu traumatique.

L'autre idée est que *« parce que quelque chose a fortement affecté notre vie une fois, elle devrait l'affecter indéfiniment »*. L'individu ne pense pas que nous pouvons apprendre de nos expériences passées, et ne pas en être trop affectés ou lésés. Nous notons dans l'étude ce témoignage fataliste **TACHE NOIRE** : *« Docta, dès que j'entends un grand bruit, ou lorsque*

tout devient calme, mes sens s'éveillent et machinalement l'évènement depuis ma tourelle de tir dans le Blindé et l'accident me persécutent ». On n'aperçoit aucune lueur d'espoir sur une possible amélioration de son rapport avec l'évènement traumatique. Cette posture d'abattement relevé dans l'état capacité de mentalisation se perpétue ici dans le vécu traumatique.

Il y'a également l'idée que *« nous n'avons pratiquement aucun contrôle sur nos émotions et que nous ne pouvons pas nous empêcher de nous sentir troublés par les choses »*. La personne ne conçoit pas que nous avons un réel contrôle sur nos émotions destructrices si nous choisissons de transformer les fantasmes que nous avons souvent employés pour les créer. En continuant avec le témoignage de **TACHE NOIRE**, nous relevons cette idée irrationnelle : *« devant ces évènements, j'ai parfois le sentiment que dois rentrer au village chez les Ntoumou pour qu'on me fasse des rites de lavement et de purification, car je pense que j'ai versé du sang (qu'il soit celui des irrédentistes où des innocents).»*. Il existe chez cette recrue une absence de contrôle quasi-totale sur la situation qu'elle vit. Une absence de contrôle soulignée dans l'état capacité de mentalisation et qui se répercuterait dans le vécu traumatique.

Après avoir vécu une expérience traumatique, il arrive que la personne se retrouve avec une série d'interprétations ou de croyances erronées au sujet de l'évènement, d'elle-même et du monde. Elle peut se sentir responsable de ce qui s'est passé, elle peut se percevoir comme un être faible ou sans envergure; et peut aussi penser que le monde est devenu un lieu dangereux et que les autres personnes sont méchantes, cruelles et égoïstes. Très souvent, ces idées sont donc totalement fausses. Ellis (1999) .

Quand un évènement survient, nous l'évaluons et le confrontons à notre pattern personnel de croyances. Lorsque ces croyances sont irrationnelles nous vivons inadéquatement la situation. Généralement, nous vivons la situation de manière très négative. Ceci parce que les schémas de base de prévisibilité et de contrôlabilité sont défaillants et deviennent dysfonctionnels. Ces croyances irrationnelles interagissent avec les processus cognitifs qui donnent naissance à leur tour à des pensées automatiques inadaptées (Crawford et Ellis, 1989).

Ces pensées automatiques manquent souvent d'objectivité et présentent des biais cognitifs. Elles sont logiques par rapport aux croyances sous-jacentes mais elles sont souvent inexactes dans la situation vécue. Elles présentent, ce qui a été appelé par Beck (1963) des distorsions cognitives.

6-2-2-3-Les distorsions cognitives avec Aaron Beck (1963)

Le terme de distorsion cognitive a été introduit par Beck (1963) dans son travail sur la dépression. Aujourd'hui cette notion est employée aussi bien dans les troubles de l'humeur que dans les troubles anxieux pour décrire « *un contenu de pensée idiosyncrasique reflétant des conceptualisations irréalistes ou déformées* » (Beck, 1963, p.324). Cette définition fait référence à une transformation mentale incorrecte de la réalité. Ces transformations sont énoncées comme distorsions cognitives, car elles ne sont pas congruentes avec ce qui est considéré comme réalité objective par des personnes extérieures (Vanhouche & Vertommen, 1999). Il s'agit d'un traitement incorrect de l'information qui nous amène à une vision approximative, déformée, voire totalement inexacte du monde. Ce sont ces traitements dysfonctionnels souvent stéréotypés qui maintiennent la vision négative du sujet. Dans cette étude nous avons relevé un certain nombre de distorsions cognitives mettant en interaction l'état capacité de mentalisation et le vécu traumatique chez nos participants. Il s'agit de : la surgénéralisation, l'abstraction sélective, les conclusions hâtives, l'exagération et la minimisation.

- **La surgénéralisation** : C'est une extrapolation outrancière, notamment lorsqu'un ou quelques événements négatifs suffisent à résumer l'ensemble des expériences et/ou des performances d'un individu. Cette surgénéralisation qui concerne habituellement le passé peut s'étendre à d'autres domaines plus ou moins en rapport avec l'événement.

Dans l'étude, on a relevé un exemple palpant de cette distorsion cognitive chez BOUBA : « *C'est ce mauvais esprit, "esprit de peur" qui a commencé à me persécuter depuis mon enfance, il me mettait en difficulté avec mon père et aujourd'hui je paye pour n'avoir pas été en harmonie avec mon père* ». Révélé dans sa capacité de mentalisation, on peut dire qu'elle voit désormais ce qu'elle qualifie de "mauvais esprit de peur" partout, et qui infeste ici son vécu traumatique. En généralisant ainsi à outrance, elle conclue arbitrairement que ce qui lui est arrivé lui arrivera toute sa vie. Par ricochet elle ne peut rien contrôler.

- **L'abstraction sélective** : C'est lorsque d'un événement ou d'une expérience ne sont retenus que les détails les plus déplaisants. Ceux-ci viennent souvent confirmer une croyance négative préalable. Cette opération conduit la plupart du temps à une fixation et à des ruminations anxieuses en rapport avec ces fameux détails. On choisit un aspect négatif et on s'attarde à tel point à ses détails que toute notre vision de la réalité en est faussée, tout comme « *une goutte d'encre qui vient teinter tout un récipient d'eau* ».

Nous rencontrons ce filtre mental ici avec TACHE NOIRE : « ...*la vie ne tient qu'à un fil il suffit qu'il se coupe et on est parti, donc je vis au jour le jour*». Il recueille quelques détails négatifs dans cet accident et s'y attarde, percevant donc l'ensemble de la situation comme négatif.

- **Les conclusions hâtives** : C'est lorsque ce qui devrait rester une intuition devient une conviction, la conclusion se tire souvent trop hâtivement et sans preuve. Lire dans la pensée d'autrui ou prédire l'avenir restent deux pratiques divinatoires fréquemment associées à la souffrance émotionnelle et à la renonciation anxieuse ou dépressive.

Concernant la lecture des pensées d'autrui, voyons comment TACHE NOIRE déclare avec conviction que : « *depuis que je suis rentré du front et après mon opération, certains posent sur moi un regard de pitié. Je préfère ne pas avoir de visites* ». Il décide donc arbitrairement que quelqu'un a une attitude négative à son égard, sans prendre la peine de vérifier.

Pour ce qui est de l'erreur de voyance, **BOUBA** dit pressentir que : « l'Administration ne m'a pas accordé son soutien en période cruciale, je suis devenu tétraplégique. Même si je me relevais, je ne pourrais plus faire confiance à l'Administration et à nos Supérieurs. Ils vous mes enfants ne feront jamais ce travail ». il prévoit le pire, et il est convaincu que sa prédiction est déjà confirmée par les faits. Très rapidement, il tire une conclusion négative que ces faits ne justifient pas.

On arrive chez ces deux participants à une conclusion négative, même si aucun fait précis ne peut confirmer leur interprétation.

- **La maximalisation et la minimisation** : il s'agit d'amplifier l'importance de certaines choses généralement ses faiblesses et de minimiser l'importance d'autres choses c'est-à-dire ses qualités. Cette distorsion s'appelle aussi le phénomène de la lorgnette.

Ce phénomène s'aperçoit bien chez TACHE NOIRE : « *je ne pourrais plus jamais être moi-même. Ce corps n'est plus le mien pouvez-vous croire que j'ai fait* ». Des conclusions malheureuses se construisent chez cette recrue sur la base d'un seul point faible, et l'amène à se considérer comme nullard. Ainsi, assimiler ce qui devrait rester des pensées à des faits, favorise l'escalade d'émotions négatives associées à ces prédictions funestes. Le sentiment d'incapacité qui résulte du phénomène de la lorgnette fait de notre participant un "infirmes".

Ici l'application de la théorie cognitive aux résultats de cette étude révèle que les émotions et les comportements de nos participants sont en grande partie déterminés non pas par l'exposition contraignante au front, mais par la signification et le retentissement qu'il lui donnent. L'anxiété survient en raison du traitement sélectif de l'information issue de la situation des tirs de balles au front, perçu comme un signal de menace ou de danger pour ces recrues. D'après les cognitivistes, ce sont les biais cognitifs qui sont à l'origine de tout cela. Au travers de ces résultats, nous avons vu en œuvre trois principaux biais cognitifs qui mettaient en lien l'état capacité de mentalisation et le vécu traumatique au front. Il s'agit des schémas cognitifs inadaptés, des croyances irrationnelles et des distorsions cognitives. Parmi les schémas inadaptés, nous avons identifié le schéma de danger, le schéma de peur des événements incontrôlables et le schéma d'échec. Pour ce qui est des croyances irrationnelles, nous avons identifiés les idées que "si quelque chose est ou peut être dangereuse ou effrayante, nous devrions être bouleversés et sans cesse obsédés par elle"; "parce que quelque chose a fortement affecté notre vie une fois, elle devrait l'affecter indéfiniment" et "nous n'avons pratiquement aucun contrôle sur nos émotions et que nous ne pouvons pas nous empêcher de nous sentir troublés par les choses". En ce qui concerne les distorsions cognitives, nous avons identifié la sur généralisation, l'abstraction sélective, les conclusions hâtives, la maximalisation et la minimisation. Ce sont ces différents biais cognitifs qui feraient retentir l'état capacité de mentalisation sur le vécu traumatique.

Au demeurant, nous retenons qu'avec la théorie phénoménologique, nous avons pu explorer le vécu traumatique des recrues psychotraumatisées au front. Au travers du non-sens du traumatisme, de la temporalité figée sur l'instant traumatique et de la singularité de l'expérience traumatique il a été révélé que le vécu traumatique de ces recrues est caractérisé par l'absence de contrôle quasi-totale sur la situation traumatique. La théorie cognitive quant à elle, a illustré que c'est par des biais cognitifs notamment les schémas cognitifs inadaptés, les croyances irrationnelles et les distorsions cognitives que l'état capacité de mentalisation intervient sur le vécu traumatique. Ce sont donc ces biais cognitifs qui seraient à l'origine de l'absence de contrôle observé dans le vécu traumatique. L'état capacité de mentalisation jouerait ici la fonction d'amplificateur des biais cognitifs dans le vécu traumatique des fonctionnaires de police. Les présents résultats seront discutés dans la section suivante.

6-3-DISCUSSION DES RESULTATS

Dans la présente section, nous confrontons les résultats acquis dans cette étude avec ceux obtenus dans les recherches précédentes. Nous ferons cette discussion sur trois principaux axes. Le premier axe est celui du vécu traumatique et des stratégies de coping adoptées. Il s'agit ici d'interroger les autres études sur le faible ajustement psychologique des fonctionnaires de police psychotraumatisés. Le deuxième axe apprécie le rôle de la mentalisation sur le vécu traumatique. Il met l'emphase sur l'apport de la capacité de mentalisation. Quant au troisième axe, il convoque les résultats antérieurs sur l'interrelation phobie-trauma. La comparaison se fait ici au travers des divergences entre l'approche psychanalytique et l'approche cognitive qui sous-tend notre étude.

6-3-1-Vécu traumatique et stratégies de coping : faible ajustement psychologique

Il existe une quantité substantielle d'évidences empiriques qui soutiennent l'idée selon laquelle la façon dont un individu s'adapte à la suite d'un événement traumatique exerce un impact très important sur son vécu traumatique (Aldwin, 1999). Dans cette étude, ce sont les stratégies d'adaptation centrées sur les émotions qui ont été essentiellement adoptées par les fonctionnaires de polices psychotraumatisés. Il s'est agi particulièrement de l'évitement et du déni. Ces données s'inscrivent dans le même sens que celles obtenues dans des études antérieures effectuées auprès d'anciens combattants. Celles-ci indiquent que les modes d'adaptation au trauma chez les militaires sont couramment ceux dits passifs ou centrés sur la gestion des émotions (Dirkzwager & al., 2003; Fairbank & al., 1991; Solomon & al., 1988). Par contre, Marchand et al. (2012) montrent que les recrues comparativement aux militaires actifs et aux anciens combattants développent beaucoup plus les stratégies centrées sur le problème et la recherche du soutien social. Pour ces chercheurs, cela s'explique par le fait que les recrues partagent souvent ensemble les événements nouveaux qu'ils sont en train de vivre.

Biro, Novovic & Gavrilov (1997) ont tenté d'analyser le choix d'utilisation des types de stratégies d'adaptation chez les militaires psychotraumatisés. Les résultats de l'étude ont montré que les soldats atteints du syndrome de stress post-traumatique avaient plus souvent recours à des stratégies d'évitement du problème et de la réalité. Cependant une étude de Vermeiren (2005) révèle que la plupart des militaires inactifs aux stratégies d'adaptation centrées sur le problème étaient ceux reversés après les combats, radiés de leurs unités ou abandonnés par leurs familles. Ce sont donc les militaires n'ayant pas un bon soutien social qui adoptent le plus les stratégies centrées sur les émotions (Assoun, 2005 ; Maxwell, 2008). Mais dans notre étude, les

participants, bien que bénéficiant d'un bon soutien social aussi bien de leurs camarades, de leurs instructeurs que de leurs membres de familles ont eu à user essentiellement des stratégies centrées sur les émotions. Nous avons imputé cette situation à l'intervention de la capacité de mentalisation. Cette explication rejoint celles de Dennis et al. (2006) et de Richardson et al. (2008) qui affectent l'utilisation exclusive des stratégies centrées sur les émotions aux antécédents psychiatriques.

À l'égard de ces stratégies centrées sur les émotions telles que l'évitement, notons que le fait d'éviter les pensées et les situations reliées à l'événement traumatique vécu permettrait d'atténuer l'anxiété à court terme. Cependant, cela contribuerait au maintien de l'anxiété à long terme (Luong, 2005). Ainsi, plus les psychotraumatisés ont recours à ce type de stratégies d'adaptation, plus le contrôle de la situation semble les échapper (Foa, Steketee & Rothbaum, 1989). Et c'est ce que révèle la présente recherche. En effet, les participants de notre étude ont non seulement usé des stratégies centrées sur les émotions, mais ils se caractérisent surtout par une attitude pessimiste, voire défaitiste de la situation qu'ils vivent. Ce constat corrobore également avec celui de plusieurs études qui montrent que l'usage élevé de stratégies centrées sur les émotions est positivement associé à la fréquence et à la sévérité des symptômes d'ÉSPT, puis inversement associé à la qualité de vie, telle qu'évaluée dans des études transversales (Aldwin, Levenson & Spiro, 1994; Fairbank, Hansen & Fitterling, 1991) et longitudinales (Dirkzwager, Bramsen & Ploeg, 2003; Johnsen, Eid, Laberg & Thayer, 2002; Solomon, Mikulincer & Avitzur, 1988).

D'autre part, certains travaux suggèrent que l'utilisation de stratégies de résolution de problème et de réévaluation positive favorise un meilleur ajustement chez les victimes de trauma (Dirkzwager & al. 2003; Moore, Varra, Michael & Simpson, 2010; Tsay, Halstead, & McCrone, 2001). Dans cette étude, les participants n'ont aucunement adopté les stratégies centrées sur le problème. Voilà donc ce qui justifierait leur faible ajustement psychologique caractérisé ici par le pronostic péjoratif qu'ils font de leur situation. En effet, le fait de se confier aux autres constitue un aspect important de la santé psychologique chez les victimes du trauma (Dirkzwager & al., 2003; Lee, Vaillant, Torrey, & Elder, 1995; Smyth, 1998). Les expériences traumatiques créent souvent un inconfort cognitif, puisqu'elles ébranlent les croyances fondamentales que la personne entretenait par rapport à elle-même et au monde qui l'entoure. Le fait de mettre des mots sur l'événement bouleversant et de parler aux proches des difficultés vécues aiderait à mieux comprendre ce qui s'est passé, réduirait l'inconfort cognitif en rétablissant l'ordre (Rimé, 2009), puis encouragerait l'intégration émotionnelle des victimes

(Foa & Kozac, 1986), ce qui favoriserait un meilleur ajustement psychologique. Mais dans cette étude, les participants en parlant de leurs expériences douloureuses aux autres se sont plutôt sentis incompris et ont abandonné ce partage.

Attardons-nous maintenant sur l'état capacité de mentalisation en relation avec les stratégies d'adaptation et le faible ajustement psychologique. Notre étude s'est basée sur la théorie cognitive qui stipule que les processus de mentalisation ont une incidence sur le coping des psychotraumatismes. Les recherches montrent que les troubles de mentalisation ont une incidence sur les stratégies d'adaptation (Piquemal-Vieu, 1999). La sous-estimation diminue la confiance dans les habiletés personnelles et empêche de triompher contre l'adversité (Rosenberg, 1979). Elle est corrélée positivement au coping passif centré sur les émotions, à l'absence de contrôle des situations (Byrne, 1964). Ces études sont donc en accord avec la nôtre où les sujets caractérisés par leur sous-estimation à faire face aux auteurs ont fait usage de l'évitement et du déni dans leur vécu traumatique. Nos résultats corroborent également avec ceux de Rosenberg (1979) qui montrent que la sous-estimation diminue la confiance dans les habiletés personnelles pour triompher de l'adversité. Aussi, les individus souffrant d'une attitude de sous-estimation, peinent à affronter leurs problèmes, souffrent d'une faible restructuration cognitive et démontrent une faible satisfaction dans leurs activités (Welbourne et al. 2007). Ces aspects liés au faible ajustement psychologique ont été révélés chez les fonctionnaires de la police psychotraumatisés de notre étude.

6-3-2-Vécu traumatique et apport de la mentalisation

Le passé ou plus précisément les antécédents ont souvent un rôle déterminant sur la situation pathologique présente du patient. Pour ce qui est du trauma, certaines situations du passé peuvent refaire surface dans le vécu traumatique et faire ressurgir des souvenirs difficiles et désagréables. Maalouf (2007) dit dans ce sens que « *le passé est une poussière d'événements que nous interprétons* » (p.16). Et ce passé influence largement aussi bien le présent que le futur.

Dans notre étude, il ressort que la capacité de mentalisation qu'ont nos participants a intervenu dans leur vécu traumatique. L'état capacité de mentalisation a participé comme un amplificateur des biais cognitifs dans le vécu traumatique des fonctionnaires de la police au front. Ces résultats sont en accord avec celle de Breslau et Davis (1991,1992) qui montrent que, bien que les réactions post-traumatiques puissent se développer chez des sujets sans

prédisposition quelconque, elles seront d'autant plus sévères qu'il y aura présence de facteurs de vulnérabilité préalable. Ces dernières années, la littérature spécialisée a fait de plus en plus de place aux études de vulnérabilité qui portent sur ces facteurs pré-traumatiques. Parmi ces facteurs Green (1994) cite les antécédents psychiatriques personnels où l'on retrouve les troubles anxieux tels que les phobies. D'ailleurs, Werner et Smith (2001) postulent que la structure de la personnalité, même en l'absence d'antécédent psychiatrique, influence tant le risque de réaction post-traumatique que le vécu traumatique lui-même. Ainsi, l'état phobique que ce soit sous la facette de profil phobique ou de pathologie phobique intervient dans le vécu traumatique (Marra, 1997). Et c'est ce qui a été le cas dans la présente étude avec la capacité de mentalisation.

Cependant, selon Foa et al. (1992), la structure cognitive des individus présentant un trouble de stress post-traumatique (TSPT) diffère de celle des individus souffrant de phobie selon trois aspects : les réponses sont plus intenses, la structure est plus complexe, étendue et organisée et elle est plus facilement accessible. Ces caractéristiques font en sorte que la structure de peur est rapidement et facilement réactivée puisque l'exposition à des stimuli (internes ou externes) similaires à ceux enregistrés dans la structure, active tout le réseau d'interconnexions d'informations. Cette activation déclenche des symptômes intrusifs (reviviscences, cauchemars...) et les réactions affectives, physiologiques et comportementales associées. Ce qui nous a intéressés ici c'est le retentissement des processus cognitifs relatifs à capacité de mentalisation sur le vécu traumatique.

D'autre part, à contrario de nous qui imputons le faible ajustement psychologique observé dans le vécu traumatique de nos participants à la capacité de mentalisation, Terr (1981) lui, évoque les facteurs trans-traumatiques. Par le qualificatif trans-traumatique, il entend toutes les caractéristiques qui sont présentes pendant l'événement traumatique ; notamment la nature même du traumatisme, sa durée ainsi que les diverses circonstances significatives qui l'entourent. Meichenbaum (1994) quant à lui convoque les facteurs post-traumatiques. Il relève le rôle de la cohésion et du soutien offert par les proches de la victime, la revictimisation, des situations de vie particulièrement stressantes survenant après le traumatisme et enfin la présence de séquelles de blessures physiques.

Par ailleurs, si pour nous l'état capacité de mentalisation participe dans le vécu traumatique au travers des biais cognitifs, notons qu'un certain nombre d'études révèlent d'une autre manière le rôle des antécédents phobiques dans le vécu traumatique. Les unes montrent

l'intervention de la phobie par l'impuissance acquise. En fait, les individus ayant fait l'expérience d'échecs dans leur antécédent comme les phobiques se disent à tort qu'ils ne peuvent pas s'en sortir dans les situations difficiles ultérieures (Stipek, 1998). L'impuissance acquise affecte les processus psychologiques parmi lesquels la cognition. D'autres études montrent la participation de l'état phobique par l'orientation vers des stratégies d'adaptation. Selon Seligman (1975), les expériences traumatiques interdisent l'apprentissage de nouvelles réponses. Le sujet réagit donc tel qu'il avait déjà appris à répondre auparavant.

6-3-3- divergences entre les approches cognitive et psychanalytique

La notion de phobie et de trauma est premièrement abordée par la psychanalyse, dans le cadre des névroses (Freud, 1909). Dans cette perspective, on parle de névrose phobique et de névrose traumatique. Plus tard, le trauma sera étudié de manière plus spécifique (Freud, 1920). Toutefois, que ce soit avant ou maintenant, l'interrelation entre la phobie et le trauma dans l'approche psychanalytique s'élucide essentiellement sous l'angle de l'angoisse. Par contre, dans l'approche cognitive où nous nous sommes inscrits dans cette étude, l'interrelation phobie-trauma s'explique au travers des biais cognitifs (Beck, 1963).

Sous l'ancrage de l'approche cognitive, les résultats de notre étude révèlent l'action des biais cognitifs aussi bien dans l'état capacité de mentalisation que dans le vécu traumatique. L'étude montre que les schémas cognitifs inadaptés, les croyances irrationnelles, les distorsions cognitives repérées dans l'état capacité de mentalisation se sont vus amplifiées dans le vécu traumatique. L'œuvre de ces biais cognitifs ici est le faible ajustement psychologique des recrues psychotraumatisées au PC. Ces résultats épousent l'idée de Janoff-Bulman (1992) et d'Ehlers et Clark (2000) qui montrent que selon l'approche cognitive, chez les victimes de traumatisme, la vision mésadaptée de la situation et de ses conséquences joue un rôle crucial dans le vécu traumatique.

Cependant certains chercheurs réfutent le fait que les croyances irrationnelles soient le facteur principal du faible ajustement psychologique chez les psychotraumatisés. Oei, Hansen et Miller (1993) soutiennent par exemple que la définition d'Ellis de l'irrationalité n'est pas logique mais pragmatique, en ce sens que les croyances irrationnelles proviennent de fausses suppositions, entraînant des émotions dysfonctionnelles. Ces auteurs mentionnent également que, malgré une corrélation élevée entre les croyances irrationnelles et la présence d'émotions concomitantes, il n'y a cependant rien qui démontre que les croyances sont les variables

médiatrices ou que leur présence soit nécessaire afin de modifier les émotions. Notamment, ils avancent la possibilité que, lorsque les individus rapportent leurs croyances, ils se basent sur leurs expériences affectives pour rapporter ces réponses cognitives; en fait, l'émotion serait en quelque sorte traduite en un énoncé concernant une croyance. Néanmoins, un nombre important d'études montrent l'absence de contrôle induite par des cognitions dans les troubles anxieux, notamment la phobie et le trauma (Bower, 1981 ; Rachman, 1981 ; Arntz & al., 1995). Ce rôle des cognitions n'est cependant pas approuvé par l'approche psychanalytique qui préfère s'étaler sur les mécanismes de l'angoisse.

La psychanalyse relie la phobie et le trauma en expliquant que : « *Dès que le Moi a reconnu le danger, il donne le signal d'angoisse et inhibe au moyen de l'instance plaisir-déplaisir le processus menaçant dans le Ça et simultanément la formation de la phobie s'effectue* » (Freud, 1926, p.24). La phobie serait ici secondaire à une situation traumatisante. En effet, Freud (1926) maintient que l'angoisse de mort doit être conçue comme analogue à l'angoisse de castration un analogon. D'autre part, il rappelle que l'angoisse de castration est caractéristique de la phobie. Le débat posé est celui de l'origine de l'angoisse retrouvée dans la phobie et dans le trauma.

L'état d'angoisse est la reproduction d'une expérience vécue : la première, la naissance comme prototype. Elle fit son apparition comme réaction à un danger ; elle est reproduite quand le danger s'installe à nouveau ou quand il est annoncé, visant à signaler et prévenir. Toutefois, Freud (1926) critique le livre de Rank *Le trauma de la naissance* qui rapproche la phobie précoce de l'enfant avec la naissance. Pour lui, il n'est pas croyable que l'enfant ait pu garder d'autres sensations que tactiles et cénesthésiques. D'autre part, peut-on supposer que la naissance soit l'abandon de l'heureuse existence intra-utérine ?

L'approche psychanalytique nuance le rôle de l'état phobique sur le vécu traumatique. Certains psychanalystes (Reid et al., 2008) trouvent qu'on ne peut pas affirmer qu'une personnalité névrotique soit d'une manière générale un facteur prédisposant au traumatisme. En revanche, elle intervient nécessairement dans la pérennisation des troubles. D'autre part, Laplanche et Pontalis (1975) reviennent sur la différence que Freud (1923) fait entre l'effroi caractéristique du trauma et l'angoisse expliquée dans la phobie. Ils montrent que l'effroi inhibe toute possibilité d'élaboration psychique, l'effroi est déstructuration. Pourtant, l'angoisse, elle contient un aspect plus structuré et plus structurant. L'angoisse est un signal permettant de se défendre contre quelque chose, un danger qui le plus généralement est d'origine pulsionnelle,

et face auquel le Moi, dont la fonction est d'assurer le lien entre le dehors et le dedans, se sent à la fois menacé et débordé.

L'interrelation phobie-trauma met en surface une vision controversée de l'angoisse chez les psychanalystes. Selon un premier schéma, l'angoisse surgit lorsque, de par un processus de refoulement qui a détaché la libido de ses " objets d'investissement ", une quantité d'énergie libidinale, désormais libre, et non plus fixée, ne trouve pas à se réinvestir. C'est en s'appuyant sur une telle hypothèse que Freud (1909), dans son étude sur le petit Hans, explique l'organisation des phobies. Ultérieurement, Freud (1926) pose que l'angoisse n'est plus le fait du refoulement de la libido ; elle précède celui-ci ; elle est en fait un signal d'alarme du moi en danger. Il convoque alors la notion de trauma. C'est la concurrence entre ces deux types d'explication qu'on retrouve dans les études des disciples de Freud. Les uns optent pour le point de vue économique (Laplanche & Pontalis, 1975). Les autres prennent l'option de la structure signifiante, la texture inconsciente des situations phobogènes et traumatogènes (Klein, 1948).

Nous pouvons retenir dans le cadre de cette étude qu'avec l'approche cognitive, l'état capacité de mentalisation intervient dans le vécu traumatique en amplifiant les biais cognitifs. Mais pour l'approche psychanalytique, les fonctionnaires de police psychotraumatisés seraient juste en train de vivre le caractère itératif de l'angoisse, où l'angoisse entre en résonance avec elle-même dans le vécu traumatique.

6-4-IMPLICATIONS ET PERSPECTIVES

Les implications et les perspectives liées à la présente étude sont multiples. Elles peuvent se situer tant sur le plan th--*ique que pratique.

6-4-1-Implications

Depuis quelques temps, l'Etat camerounais s'est engagé dans le professionnalisme de ses Forces de Défense en générale et en particulier le corps de la police. Cette étude révèle la nécessité d'une prise en compte des facteurs psychologiques dans ce professionnalisme. Plus concrètement, elle propose les bilans psychologiques lors des recrutements et des concours dans les Armées. Elle dévoile l'importance d'avoir des psychologues cliniciens dans des centres d'instructions et des écoles militaires. Elle montre également que le choix des policiers pour certaines missions ne doit plus seulement tenir compte de leur état de santé physique, mais aussi

leur profil psychologique. Cette étude met également en exergue l'utilité d'un suivi psychologique des policiers au cours de leur carrière jusqu'à leur retraite.

Pour le personnel de santé, notamment ceux qui font la prise en charge du trauma, l'étude réitère l'importance de la prise en compte des antécédents psychopathologiques. Elle révèle que l'ajustement psychologique des policiers psychotraumatisés n'est pas essentiellement tributaire du soutien social comme plusieurs études l'ont montré. Au-delà de ces implications, cette étude ouvre d'autres pistes de réflexions ; des perspectives.

6-4-2-Suggestions et Perspectives

Nous avons étudié l'incidence des processus de mentalisation sur le coping psychotraumatiques chez les fonctionnaires de police. L'étude a révélé que les capacités de mentalisation du Fonctionnaire de Police contribuent au coping des psycho traumatismes au travers des biais cognitifs. Pour continuer à questionner l'impact de l'état capacité de mentalisation sur le trauma des policiers au front, une étude clinique objectivant est envisageable. Il s'agira d'évaluer l'influence des scores de la capacité de mentalisation sur le coping psychologique des fonctionnaires de police psycho traumatisés au front.

D'autre part, il a été révélé dans l'étude que les fonctionnaires de la police psychotraumatisés au front avaient essentiellement adoptés des stratégies coping centrées sur les émotions. Une étude longitudinale pourrait être envisagée en y intégrant des variables spécifiques pour investiguer davantage sur le coping des fonctionnaires de police.

CONCLUSION

Cette étude avait pour titre de recherche « *La capacité de mentalisation du fonctionnaire de police et coping des facteurs traumatiques dans son vécu* ». Nous l'avons abordée sous le prisme de la psychopathologie et clinique. Le problème qui se pose et devant être analysé tout au long de ce travail est celui de la discordance entre les capacités de mentalisation du Fonctionnaire de Police supposées acquises au cours de la formation policière et le coping des facteurs traumatiques dans son vécu. C'est dans cette perspective que nous nous sommes posé la question de savoir « *Quelle relation existe-t-il entre les processus de mentalisation et le coping des traumatismes psychiques chez les fonctionnaires de police ?* ». En s'appuyant sur l'approche cognitive de Beck (1963) , Young (1995) et d'Ellis (1962) nous avons formulé l'hypothèse suivante « *Les processus de mentalisation ont une incidence sur le coping des psychotraumatismes* ». L'objectif visé était d'appréhender de façon étendue le processus de mentalisation et de voir comment cette activité peut servir dans l'élaboration du coping. N'étant pas les premiers à aborder cette thématique, il nous est revenu d'explorer la documentation scientifique y afférent.

Nous avons fait une revue de la littérature sur le coping, la mentalisation et le traumatisme psychique, nous nous sommes attardés sur les facteurs intervenant dans le vécu traumatique. Cette investigation nous a conduits à la recherche des théories qui pouvaient mieux guider notre étude.

Dans l'insertion théorique de notre étude, il a été retenu que les approches neurobiologiques et neurocognitive par leur explication essentiellement physiologique du traumatisme ne pouvaient guère nous aider. L'approche psychanalytique, de par sa conception selon laquelle c'est la situation traumatisante qui engendre la névrose phobique, relie essentiellement la phobie au trauma via l'angoisse. Quant à l'approche phénoménologique, elle s'attarde uniquement à étudier le phénomène traumatique tel qu'il se présente à la conscience du sujet. L'approche cognitivo-comportementale nous a apparue plus adéquate car elle, explique les mécanismes du traumatisme psychique à travers des biais cognitifs qu'on retrouve également dans l'état phobique. Nous nous sommes donc appuyés sur cette théorie pour conduire notre recherche. Mais au-delà de cet appui théorique pour la réalisation de l'étude, il nous a fallu une base méthodologique bien définie.

En guise de rappel, Nous avons fait usage de la méthode clinique. Nous nous sommes principalement basé sur l'étude de cas. Cette méthode a été choisie par sa capacité à fournir une analyse en profondeur des phénomènes dans leur contexte. La recherche qualitative qui a pour objet d'étudier les phénomènes humains en vue de plus de compréhension et d'explication a été notre type de recherche. Suivant nos critères d'inclusion et d'exclusion, des échelles de sélection notamment l'échelle de traumatisme de Davidson, nous avons obtenu deux participants. Il s'est agi d'un Jeune homme de 26 ans et d'un homme de 41 ans. Après l'élaboration du guide d'entretien, les données ont été collectées au travers des entretiens semi-directifs. Nous avons eu trois entretiens avec chacune de ces sujets. La technique d'analyse de contenu des entretiens axée sur le repérage des thèmes significatifs a été utilisée pour l'analyse des résultats.

Il ressort des résultats que le traumatisme psychique dans cette étude est survenu chez les participants de façon soudaine, intense, imprévisible, indescriptible et incontrôlable. Leur vécu traumatique s'est étalé sur les plans émotionnel, comportemental, psychosomatique et cognitif. Elles ont essentiellement adopté les stratégies de coping centrées sur les émotions, notamment l'évitement et le déni. Les facteurs d'interrelations entre l'état capacité de mentalisation et le vécu traumatique ont été l'impuissance acquise, l'orientation vers des stratégies de coping centrées sur les émotions et le renforcement des croyances inadaptées. Ces résultats ont été interprétés à travers l'approche phénoménologique et l'approche cognitive.

La théorie phénoménologique nous a permis d'explorer le vécu traumatique des fonctionnaires policiers psychotraumatisés au front. Au travers du non-sens du traumatisme, de la temporalité figée sur l'instant traumatique et de la singularité de l'expérience traumatique, il a été révélé que le vécu traumatique de ces sujets est caractérisé par un faible ajustement de coping. Quant à la théorie cognitive, on s'est appuyé sur trois modèles interprétatifs. Il s'est agi de relever des biais cognitifs qui élucidaient la contribution de l'état capacité de mentalisation dans le vécu traumatique du fonctionnaire de police au front. Avec Beck (1963), nous avons repéré quatre distorsions cognitives : la surgénéralisation, l'abstraction sélective, les conclusions hâtives, la maximalisation. Avec Young (1995), nous avons localisé les schémas précoces de manque d'autonomie et performance, notamment la peur des événements incontrôlables et le schéma d'échec, Avec Ellis (1962), nous avons relevé trois croyances irrationnelles : la permanence du danger, la négativité du passé, la prééminence des émotions.

Les résultats de cette étude accordent donc une pertinence clinique à notre hypothèse de départ. En perspective, pour continuer à questionner l'impact de l'état capacité de mentalisation sur le trauma au front, une étude clinique objectivante est envisageable. Il s'agira d'évaluer l'influence des scores de la capacité de mentalisation sur le coping des fonctionnaires de police psychotraumatisés au front. Comme implication, l'étude a réitéré la nécessité d'une prise en compte des facteurs de coping dans la formation et l'exercice du métier de la police dont s'est engagé l'Etat camerounais depuis des décennies.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Alan, C. M. (2009). *Stress, coping, and development: An integrative perspective*. New York: Guilford.
- American Psychiatric Association (2003). *Manuel diagnostique et statistique des maladies mentales IV-TR (Textes Révisés)*. Paris : Masson.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333.
- Brest, T. (2010). Assaultive violence and the risk of posttraumatic stress disorder following a subsequent trauma. *Behav Res Ther*, 48 (10), 63-96.
- Benitez, C.I., Zlotnick, C., Stout, R.I., & Lou, F. (2012). Longitudinal study of post traumatic stress disorder. *Primary Care Patient. Psychopathology*, 22(5), 25-36.
- Brest, T. (2010). Assaultive violence and the risk of posttraumatic stress disorder following a subsequent trauma. *Behav Res Ther*, 48 (10), 63-96.
- Catteew, M., & Fernandez, L. (2001). *La recherche en psychologie clinique*. Paris : Nathan
- COMECII. (2014). *Rapport Centres d'Instruction N°012*. Yaoundé Cameroun.
- Côté, L. (1996). Les facteurs de vulnérabilité et les enjeux psychodynamiques dans les réactions posttraumatiques. *Santé mentale au Québec*, 21 (1), 209-227.
- Crocq, L. (1974). Stress et névrose de guerre. *Psychologie Médicale*, 6 (8), 1493-1531
- Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris : Odile Jacob.
- Crocq, L. (2001). Perspectives historiques sur le trauma. In De Clercq, M., Lebigot, F. (Eds.), *Les traumatismes psychiques* (pp. 23-64). Paris : Masson.
- Crocq, L. (2014). *Traumatismes psychiques: Prise en charge psychologique des victimes*. Paris : Elsevier Masson.
- Davey, G.C.L. (2007). *Phobias : A handbook of theory, research and treatment*. New York : Willey.
- DSM. (2014). *Statistiques du 01 Janvier au 31 Décembre 2014*. Yaoundé Cameroun.

- Edwin, F. (2013). *Le trauma au parcours des obstacles*. Thèse, Université de Genève, Département de Psychologie.
- Ellis, A. (1999). *Dominez votre anxiété avant qu'elle ne vous domine*. Montréal : Les Éditions de l'Homme.
- Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. Paris : Payot.
- Laplanche, J., & Pontalis, J-B. (1978). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF.
- Lassagne, M., & Clervoy P. (1992). Le costume du père: La question de la culpabilité dans la névrose traumatique. *Synapse*, 87, 47-51.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). « Stress, appraisal, and coping ». New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Lebigot, F. (2001). *Traiter les psychotraumatismes*. Paris : Dunod.
- Marchand, A., Boyer. R., Martin, M., & Nadeau, C. (2012). *Facteurs prévisionnels du développement de l'état de stress post-traumatique à la suite d'un événement traumatique chez les policiers*. Rapport R-633, 109 pages.
- Marchard, A., & Brillon, P. (1999). *Le trouble de stress post-traumatique*. Paris : Masson.
- Marlois, N. (2011). *L'état phobique et la maladie phobique : modélisation psychiatrique vétérinaire*. Marseille : Solal. doi:10.1007/b139008.
- Marra, P. (1997). Phobie scolaire et trouble de l'anxiété en milieu scolaire. *Prisme*, 7, 570-580.
- Maxwell, J. (2008). *Handbook of PTSD*. New York : Guilford Press.
- Mayi et Song.(2004).*La Psychologie Pathologie Africaine* : Nul part-INS, Yaoundé.
- Ozer, J. (2013). Estimations nationales de l'exposition à des événements traumatiques et SSPT Prévalence Utilisation DSM-IV et DSM-5 Critères. *Stress J Trauma*, 26 (5), 537-547. Doi: 10.1002 / jts.21848.
- Rowe, J., Kaakinen, Padgett, D., Coehlo, Steele, R., Tabacco, A., May, S., & Hanson, H. (2015). *Family Health Care Nursing: Theory, Practice, and Research*. Philadelphia: Davis Company.
- Soler, E. (2009). Toward a More Effective Conceptualization of Psychological Trauma. *Int J Offender Ther Comp Criminol*, 1 (43), 202-210.

- Statistique Canada (2013). *Trouble de stress posttraumatique et santé mentale du personnel militaire et des vétérans*. Québec : Bibliothèque du Parlement.
- Terr , L.C. (1991). Childhood traumas . *Am. J. Psychiatry*, 148, 10-20.
- Vermeiren, E. (2005). Importance du soutien social. *Psychotraumatismes : prise en charge et traitements*, 1, 65-69.
- Verquerre, R. (1995). Stress, qualité de vie et organisation du travail. *Pratiques Psychologiques*, 2, 25-33.
- Vezina, M., & Saint Arnaud, L. (1996). Du stress à la santé mentale au travail. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 2 (1), 125-136.
- Werner, E., & Smith, R.S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery*. New York: Cornell University Press.
- Yankelevitch, H. (2004). D'un autre trauma. *Figures de la psychanalyse*, 2(1), 93-104.
- Young, J., & Klosko, J. (1993). *Je réinvente ma vie*. Bruxelles: De Boeck Université.
- Young, J., Weishaar, M., & Klosko, J. (2005). *La thérapie des schémas*. Bruxelles: De Boeck.
- Zamorski, M.A., & Rusu, B.G. (2014). Prevalence and correlates of mental health problems in Canadian Forces personnel who deployed in support of the mission in Afghanistan:

ANNEXES

ANNEXE 1

RELEVÉ DES INTERVIEW

Identification.

Identifiant TACHE NOIRE

Fratrie :

Age 26

Niveau d'études : Bacc D

Sexe : M

Religion, Catholique

puis Islamisé (infiltration à la Brique, j'ai aimé la manière de faire)

Situation matrimoniale : Fiancé, 02 enfants.

Ethnie Ntoumou

Région d'origine. Sud

le 24 Décembre 2020, partis pour la relève de nos Camarades de OKU, sur le chemin de retour on a fait un accident au niveau de la falaise d'oku suite à une défaillance du système de freinage et de la crémaillère de notre Blindé. Nous avons fait plusieurs tonneaux qui m'ont occasionné une fracture de l'humerus au triceps du bras droit, j'ai subi une opération pour la correction avec des plaques métalliques.

CORPUS ENTRETIEN DÉTAILLÉ.

CADRE RÉSERVE AU PERSONNEL SOIGNANT

Cet entretien a lieu en deux phases ; une première phase, de la question une à la question cinq concerne une enquête sur le personnel d'accueil des victimes du NOSO et la qualité des soins qui leur sont fournies.

La deuxième partie de l'entretien qui va de la question six à la fin se déroule dans la salle d'écoute de l'Unité de Prise en charge Psychosociale et Psychanalytique de l'Hôpital de la Police de Yaoundé, sur les questions posées. Le patient psychotraumatisés est ici appelé à renseigner l'enquêteur. L'indicatif du patient sera ici **TACHE NOIRE**. Son entretien a lieu le 30 Décembre 2020 et a duré 16 min 30 s.

Phase 1.

Enquêteur : Merci pour l'honneur que vous nous faites de nous renseigner sur la prise en charge des Fonctionnaires de Police traumatisés de la crise sociopolitique des Régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest.

Enquêteur : pouvez-vous nous parlez des cas que vous recevez en provenance des zones d'opérations ?

Nous accueillons les Fonctionnaires de Police blessés gravement lors des opérations de Maintien de l'Ordre renforcé et rapatrions également les corps des décédés. De même des cas nous sont référés des Centres Médicaux de la Police des 10 Régions.

Personnel Soignant du HCY

Enquêteur : Pouvez-vous nous décrire le circuit thérapeutique que suivent ces patients ?

Les blessés sont accueillis et la plupart de temps envoyés au Service de Chirurgie pour des soins, leur hospitalisation pour meilleure prise en charge est la plus part de temps recommandé. Si nous remarquons des plaintes de troubles de sommeil ou de symptômes d'apparence psychologiques, nous les orientons Chez l'infirmier spécialisé en Santé Mentale GOUFAN qui se charge de poser des diagnostics psychologiques ou bien de les référer vers la psychiatrie à l'Hôpital Jamot

Personnel HPY

Enquêteur : vous arrive-t-il de vous rendre compte des difficultés que ces patients continuent de manifester malgré vos efforts thérapeutiques sur le plan somatique.

Personnel HPY. . Oui effectivement et nous comprenons que la zone de Maintien de l'ordre dans laquelle ils exercent est un facteur potentiel de leur non adhérence thérapeutique totale mais sur un plan purement psychologique nos personnels et nous -même n'avons pas les bases nécessaires quant à leur prise en charge.

CADRE RESERVE AU PATIENT

Enquêteur : Merci pour votre accord de participation à cette étude dont vous nous faites l'insigne honneur de signer votre consentement volontaire éclairé. Ayant pris connaissance de l'objectif de cette recherche, pour commencer nous aimerions que vous nous fassiez une présentation civile détaillée de vous.

TACHE NOIRE: jeune Camerounais de 26 ans originaire de la Région du Sud, Département du Vallée du Ntem, Arrondissement de Ambam. Je suis d'une famille chrétienne à l'origine mais au cours d'une mission d'infiltration à la Briqueterie, j'ai été séduit par la qualité et le mode de vie des musulmans et cela m'a convaincu de m'islamiser. J'apprécie notamment leur sincérité et leur foi qui manque d'hypocrisie. et le seul à s'être islamisé.

Enquêteur : Après les événements que vous venez de vivre dans le cadre de votre participation aux Opérations de Maintien de l'Ordre Renforcé dans les Régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest (NOSO), pouvez-vous nous dire comment vous vous sentez sur le plan psychologique en relation avec votre sentiment social ?

TACHE NOIRE : je me sens en permanence mal et stressé, d'abord parce que j'assurais la fonction de tireur lors des escortes, et parfois je devais balayer par des tirs des zones dangereuses. Il m'est arrivé de voir des personnes tombés sous ma balle sans que je puisse véritablement établir leur niveau d'implication dans la crise. Mle souvenir et les images qui défilent dans ma tête me causent une souffrance et parfois je me retrouve en train de pleurer. Certaines de ces personnes me viennent en rêves, certaines en pleurant , d'autres me pourchassant. D'autres fois je me vois dans le cercueil.

Enquêteur: pouvez-vous nous parler de vos attitudes envers votre vécu en communauté depuis votre retour ?

TACHE NOIRE: JE ME SENS BERAUCOUP PLUS OUVERT car avant j'étais fermé méticuleux et renfermé, je m'exprime plus et je suis plus ouvert aux autres

Enquêteur: avez-vous le sentiment d'être agressif, impulsif ou avoir des réactions tendues vis-à-vis de votre vécu en communauté ?

TACHE NOIRE :, avant je gardais tout en moi-même les maladies mais aujourd'hui je communique beaucoup sur moi-même

Etudiant chercheur : pouvez-vous nous dire si vous vous sentez dépressif vis-à-vis de l'autre ?

TACHE NOIRE : non pas du tout mes relations avec les autres sont bonnes et sans état de tension quelconque, j'ai appris à relativiser.

Enquêteur : vous sentez-vous proches des autres ou ressentez-vous le besoin de vous retrouver avec les autres depuis ces événements ?

TACHE NOIRE : oui je me sens proche des autres et je retrouve un peu plus aujourd'hui l'envie d'être avec les autres que par le passé? cette expérience me marque de façon positive et elle a en fait apporter un mieux-être à ma vie.

Enquêteur : pensez-vous dire que vous ressentez la volonté de vivre avec les autres et que vous désirez être avec eux depuis votre retour

TACHE NOIRE: oui j'ai de la volonté plus que par le passé

Enquêteur : pouvez-vous parler de votre sexualité depuis votre retour après les événements que vous avez vécus ?

TACHE NOIRE. Sur ce plan, je n'ai pas de problème c'est même mon hospitalisation qui me retient

Enquêteur : quels sont vos rapports avec vos collègues depuis votre retour ?

TACHE NOIRE : nos rapports sont harmonieux, mais au niveau de l'Administration on peut reprocher la qualité de la prise en charge. Nos primes sont suspendus et ça donne l'impression qu'on nous punit pour cet accident.

Etudiant chercheur : trouvez-vous que vous avez changé depuis ces événements ?

TACHE NOIRE : oui, beaucoup, j'appréhende certaines situations sportivement et je relativise

Enquêteur : comment jugez-vous vos rapports avec les membres de votre famille ?

TACHE NOIRE : mes rapports sont bons, je sens leur préoccupation pour la guérison de mon bras.

Enquêteur : comment jugez-vous de manière générale vos liens sociaux non familiaux (non famille d'origine) ?

TACHE NOIRE : J'observe, mais je remarque de la distance, seules quelques personnes me rendent visitent.

Enquêteur : quels sont les astuces que vous utilisez pour reprendre le moral devant ces événements qui vous hantent ?

TACHE NOIRE : devant les évènements qui me traumatisent , j'ai parfois envie de rentrer au village pour qu'on me fasse des rites de lavement et de purification, car je pense que j'ai versé du sang. J'évite de penser à ça je fais la prière

Enquêteur : comment vous comportez-vous quand le souvenir de ces évènements vous angoisse ?

TACHE NOIRE: j'utilise les mêmes astuces que précédemment , lecture Coran, écoute

Enquêteur : quels sont les éléments sur lesquels vous vous appuyez pour gérer ces différentes traumatismes vécus ?

TACHE NOIRE : Le coran, la prière et l'évitement

Enquêteur : depuis les évènements de votre participation à ces opérations avez-vous encore la même considération pour la vie ou pour les valeurs ?

TACHE NOIRE : la vie ne tient qu'à un bout de fil, il suffit qu'il se coupe et on est parti, donc je vis au jour le jour , mais la vie a une valeur et tant qu'on vit on ne peut pas se mettre en marge. Je me bats pour rester dans les normes de la vie, pour cela je maintiens un contact téléphonique avec ma famille qui est mon support .

Enquêteur : êtes-vous désormais prêt à vivre votre vie en faisant tout ce que vous voulez ? oui ce que je veux c'est faire une petite activité personnelle et avoir du temps pour ma prière

TACHE NOIRE : je voudrais rester un homme debout dans sa tête et ne pas laisser les évènements de la guerre me traumatiser.

Enquêteur : après les évènements vécus, dans le cadre de vos opérations de Maintien de l'Ordre, êtes-vous prêt à vous enivrez, vous droguez et vous amusez sans retenue pour mieux vivre vos mauvaises expériences ?

TACHE NOIRE : non, moi je pense me reconverter dans la prière et l'amour de mes enfants.

Enquêteur : pouvez-vous nous dire comment vous vous percevez depuis la survenue de ces évènements ?

TACHE NOIRE : je pense que je ne suis plus moi-même dans ma condition physique, j'ai fait Judo et je pratiquais encore, mon immobilisation à l'Hôpital mes problèmes au niveau de hanche me donne l'impression que je ne pourrais plus pratiquer comme avant. Donc pour moi ce corps dans lequel je suis a changé. je pense que je ne pourrais plus si je me remettais contrôler mes émotions en face d'un adversaire que je pourrais percevoir comme un ennemie

Enquêteur : avez-vous des comportements agressifs envers vous-même ?

TACHE NOIRE : parfois je me retrouve en train de pleurer et à me demander pourquoi c'est à moi que cela est arrivé et cela me mets en colère contre moi-même..

ENQUETEUR : depuis ces évènements difficiles avez-vous le sentiment de vous remettre des chocs que vous avez subi. Expliquez-nous d'avantage?

TACHE NOIRE : je suis encore affecté par ces évènements , car je continue d'être en colère et faire des rêves qui me dérangent et des visions qui me troublent.

Enquêteur : comment jugez-vous vos relations avec les autres depuis votre retour ?

TACHE NOIRE : mes relations avec beaucoup de personnes sont bonnes, je cite ici, mes camarades d'hospitalisation, le personnel soignant. Pour nos camarades qui ne passent pas nous voir , je pense que c'est le service qui les empêche et je ne leur en veux pas

Enquêteur : vous sentez-vous en sécurité en famille ?

TACHE NOIRE : En famille pour le moment, je pense que j'aurais quelques problèmes du fait qu'ils ne comprennent pas totalement ce qui m'arrive. Mes attitudes peuvent les déranger, je me sens mieux actuellement à l'Hôpital

Enquêteur: que vous suscite la présence de votre famille ?

TACHE NOIRE: la présence de ma famille me suscite le bien-être et je me sens aimé

Enquêteur : comment vous sentez-vous auprès de votre famille, avez-vous l'impression de les accepter ? de les rejeter ?

TACHE NOIRE : je les accepte mais je refuse qu'on me voit dans la souffrance car je ne veux pas que eux-mêmes souffrent de me voir ainsi.

Enquêteur : sur un plan plus large, vous sentez-vous dépendant de votre famille, pensez-vous avoir besoin d'eux ?

TACHE NOIRE : Je veux être avec eux quand j'irais bien, je n'ai pas trop besoin d'eux actuellement

Enquêteur : avez-vous le sentiment d'être devenu individualiste en famille, de ne vous préoccupez que de vous-même ?

TACHE NOIRE: oui je le suis un peu car pour le moment n'y'a que ma santé qui me préoccupe dont moi-même

Enquêteur: pouvez-vous décrire vos relations avec les personnes non familiales ?

TACHE NOIRE : ces relations sont un peu ambiguë , le personnel soignant en chirurgie est tres aimable et cela me fait du bien. Par contre les amis hors de ma famille ne viennent pas trop du coup nos relations sont ternes

Enquêteur : pensez-vous ces rapports agressifs, ou bien vous vous sentez lasse ?

Les rapports avec ceux qui sont ici avec moi à l'Hôpital sont conviviales, on forme une petite famille, mais sur le plan individuelle, il m'arrive dans mes états d'âmes d'être agressifs envers certains.

TACHE NOIRE :

Enquêteur : avez –vous le sentiment d'accepter ou de rejeter les autres ?

TACHE NOIRE :

Pour le moment je rejette la présence des membres de ma famille car je veux les éloigner de la vue de mes souffrances, mais je suis proche de ceux qui sont ici à l'Hôpital avec moi.

Enquêteur : pensez-vous avoir besoin des autres ou pas à l'extérieur de votre famille pour faire face à ces événements ?

TACHE NOIRE : non je n'ai pas besoin d'eux , car on ne sait pas comment sont leurs cœurs

Enquêteur avez-vous le sentiment d'être retroverti et de ne pensez qu'à vous-même depuis que vous avez vécu ces évènements ?

BRAVO TANGO je me suis refermée sur moi-même, car j'ai peur de l'inconnu et je me méfie.

ANNEXE 2

Les items les plus fréquents *, **, ***

Les items les moins fréquents *, **, ***

GUIDE D'ENTRETIEN

Identification. BOUBA TOUMBA

Identifiant BRAVO TANGO

Fratrie

Age 41

Niveau d'études :

Sexe : M

Religion Mulsuman

Ethnie Guidar
d'origine.

Région Extrême-Nord

Motifs de consultation Tétraplégie générale induite par des tirs de balle reçus sur la zone cervicale droite du deuxième vertèbre le 7 Juillet 2018 dans le Département du Ngoketunjia

CORPUS ENTRETIEN DETAILLE.

Cet entretien a lieu en deux phases ; une première phase, de la question une à la question cinq concerne une enquête sur le personnel d'accueil des victimes du NOSO et la qualité des soins qui leur sont fournies.

La deuxième partie de l'entretien qui va de la question six à la fin se déroule dans la salle d'écoute de l'Unité de Prise en charge Psychosociale et Psychanalytique de l'Hôpital de la Police de Yaoundé, sur les questions posées. Le patient psychotraumatisés est ici appelé à renseigner l'enquêteur. L'indicatif du patient sera ici **BRAVO TANGO**. Son entretien a lieu le 30 Décembre 2020 et a duré 16 min 30 s.

Phase 1.

Enquêteur : Merci pour l'honneur que vous nous faites de nous renseigner sur la prise en charge des Fonctionnaires de Police traumatisés de la crise sociopolitique des Régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest.

Enquêteur : pouvez-vous nous parlez des cas que vous recevez en provenance des zones d'opérations ?

Personnel Soignant du HCY

Enquêteur : Pouvez-vous nous décrire le circuit thérapeutique que suivent ces patients ?

Personnel HPY

Enquêteur : vous arrive-t-il de vous rendre compte des difficultés que ces patients continuent de manifester malgré vos efforts thérapeutiques sur le plan somatique.

Personnel HPY.

Enqueteur.

Enquêteur : Merci pour votre accord de participation à cette étude dont vous nous faites l'insigne honneur de signer votre consentement volontaire éclairé.. Ayant pris connaissance de l'objectif de cette recherche, pour commencer nous aimerions que vous nous fassiez une présentation civile détaillée de vous.

BRAVO TANGO: jeune Camerounais de 41 ans originaire de la Région du Nord, Département du Mayo-Louti Arrondissement de Guider, canton des Bolombé, village Bao Timorti. Je suis d'une famille chrétienne et le seul à s'être islamisé. A une certaine époque au Grand Nord, les mieux loti étaient des musulmans, ayant été adopté par une famille musulmane j'ai été islamisé pour bénéficier des faveurs de cette religion.

Enquêteur : Après les événements que vous venez de vivre dans le cadre de votre participation aux Opérations de Maintien de l'Ordre Renforcé dans les Régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest (NOSO), pouvez-vous nous dire comment vous vous sentez sur le plan psychologique en relation avec votre sentiment social ?

BRAVO TANGO : sur le plan général, mon moral avec mes amis est au beau fixe car ils me soutiennent. Avec ma famille et moi on s'est distancé à cause des lenteurs de ma prise en charge par mon administration. Mon séjour à la Garnison Militaire de Yaoundé m'a marqué négativement à cause de la négligence (je n'étais pas nettoyé parfois pendant 48 heures et la plaie des Espars nécessitait un personnel qualifié et l'absence de matériel pour mes soins ont conduit à ce que la plaie se gangrène.) que j'ai subie. Cette situation m'a entraîné à un désespoir total qui m'a emmené à tenter de me suicider en ingurgitant une surdose de paracétamol (3 tablettes). Heureusement l'on m'a fait des lavages d'estomac aux salées. Une deuxième fois j'ai essayé avec des Effergalgan associé à des somnifères pris chez un autre patient évadé de prison.

Enquêteur: pouvez-vous nous parler de vos attitudes envers votre vécu en communauté depuis votre retour ?

BRAVO TANGO : depuis mon retour je suis déçu ; j'ai des amis qui ne m'appellent plus, mon administration et certains hommes de rangs m'ont abandonnés et j'ai compris que je ne suis plus utile pour eux. Y compris mon Commandant opérationnel, certains passent à l'Hôpital et ne cherchent pas à venir me voir. J'ai vu une attitude différente chez les Militaires à la Garnison que des Généraux d'Armées venaient rendre visite. J'ai été déçu et j'ai fini par appeler le Délégué Général à la Sûreté Nationale pour qu'on me reconduise dans mon village afin que je puisse mourir en paix.

Enquêteur: avez-vous le sentiment d'être agressif, impulsif ou avoir des réactions tendues vis-à-vis de votre vécu en communauté ?

BRAVO TANGO : je suis très tendu et agressif vis-à-vis de mon Administration et certains membres de ma famille y compris de la Direction de la Santé de la Sûreté Nationale. Je me sens solidaire du personnel soignant qui parfois est en difficulté pour apporter de meilleurs soins Je me sens stigmatisé et cela me rend tendu, je mets ma main dans ma poche parfois pour avoir des produits qu'on ne me fournit pas..

Etudiant chercheur : pouvez-vous nous dire si vous vous sentez dépressif vis-à-vis de l'autre ?

BRAVO TANGO : oui, parfois je déverse ma colère sur le personnel soignant qui ne m'a rien fait, je stresse et je sombre dans une dépression

Enquêteur : vous sentez-vous proches des autres ou ressentez-vous le besoin de vous retrouver avec les autres depuis ces événements ?

BRAVO TANGO : je me sens plus proche du personnel soignants, particulièrement certains infirmiers qui veillent sur moi, me lave me nettoie et font tout, ils sont comme une famille de substitution. Sur le plan familial j'ai eu des problèmes et des incompréhensions car l'Administration m'avait abandonné et ils n'ont pas supporté cela. Et depuis un an et demi ils n'ont pas mis leurs pieds ou je suis. Certains amis m'assistent et ça se passe bien avec eux

Enquêteur : pensez-vous dire que vous ressentez la volonté de vivre avec les autres et que vous désirez être avec eux depuis votre retour

BRAVO TANGO : ? oui j'ai de la volonté, mais la cohabitation et l'harmonie avec mes collègues n'est plus possible. Je n'ai plus trop confiance à ceux qui m'entourent sur le plan professionnel. Je n'aimerais plus travailler dans cette ambiance ou du jour au lendemain tu peux te retrouver abandonné.

Enquêteur : pouvez-vous parler de votre sexualité depuis votre retour après les événements que vous avez vécus ?

BRAVO TANGO : sortie du Bloc Opératoire avec une sonde urinaire depuis trois ans, souffrant d'une tétraplégie générale je ne peux même pas ressentir une érection. L'état de stress dans lequel je vis m'empêche de penser au côté sexuel, les gentillesses de certaines infirmières me touchent et parfois je peux être gentil dans mes expressions en les appréciant et ça se limite là. Depuis l'assassinat de ma femme en 2014, je ne me suis véritablement pas reconstitué une vie sexuelle jusqu'à mon accident. La copine que j'ai eu, est partie après m'avoir vu dans cet état à la garnison et elle n'a plus jamais réagi à mes appels et cela a aussi suscité l'indignation au sein de ma famille.

Enquêteur : quels sont vos rapports avec vos collègues depuis votre retour ?

BRAVO TANGO : hormis quelques amis qui me soutiennent, je suis déçu par la grande majorité qui n'a pas marqué un temps d'arrêt pour me visiter. Seuls deux Gradés de mon service m'ont rendu visite

Etudiant chercheur : trouvez-vous que vous avez changé depuis ces événements ?

BRAVO TANGO : oui, beaucoup, je suis méfiant vis à vis de mon entourage, des policiers et de mon Administration

Enquêteur : comment jugez-vous vos rapports avec les membres de votre famille ?

BRAVO TANGO : Ma mère et certains de mes frères me soutiennent seuls, mon Petit frère et d'autres qui se sont indignés de mon service continuent de ne pas être au beau fixe avec moi.

Enquêteur : comment jugez-vous de manière générale vos liens sociaux non familiaux (non famille d'origine) ?

BRAVO TANGO : sur le plan général tous ceux qui me côtoient depuis mon accident attirent ma sympathie

Enquêteur : quels sont les astuces que vous utilisez pour reprendre le moral devant ces événements qui vous hantent ?

BRAVO TANGO : il y a peu j'ai décidé de balayer de ma tête tout ce qui me hantent (indignation, stigmatisation stress, angoisse). Le temps que je passe à l'hôpital me stresse et m'angoisse. Je ne veux pas en vouloir aux gens et je pense qu'en me retirant de mon administration (mauvaise expertise et rapports conduisant à l'absence d'une évacuation médicale, aucune enquête aucune audition) je pourrais avoir une paix intérieure et reconstruire l'amour familial.

Enquêteur : comment vous comportez-vous quand le souvenir de ces événements vous angoisse ?

BRAVO TANGO : mon accident ne me suscite pas un comportement négatif car je me suis engagé pour défendre le drapeau national et en connaissance des risques, par contre c'est la façon que ma prise en charge se passe qui me traumatise le plus.

Enquêteur : quels sont les éléments sur lesquels vous vous appuyez pour gérer ces différents traumatismes vécus ?

BRAVO TANGO : j'essaye de ne pas garder la haine et d'enlever de ma tête les pensées négatives. Je cause avec les gens, sur le point de vue des croyances, je pense que je dois aller donner à manger aux gens des villages, mon père est décédé je n'ai pas vu son corps alors que je suis son premier garçon, les rites qu'on aurait dû me faire et les objets qu'on devait me transmettre empêchent que lui-même repose en paix en tradition Guidar. Je n'ai pas assisté aux mariages de mes sœurs, des deuils au village. Ma maman manque d'assistance, tout cela ne me fait pas sentir cette paix intérieure qui peut m'aider à dépasser mes propres problèmes.

Enquêteur : depuis les événements de votre participation à ces opérations avez-vous encore la même considération pour la vie ou pour les valeurs ?

BRAVO TANGO : l'affaire du NOSO ne me tient pas beaucoup à cœur car je suis un soldat et je suis prêt dans le cadre de mon métier à subir certaines choses. Mon impréparation et m'ont choc viennent de ce que ceux qui m'ont envoyé la bas n'ont pas un grand sens des valeurs d'un soldat blessés et c'est ça qui fait mal. Mon évacuation médicale est un leurre alors que je suis couché depuis 2 ans sur place sans amélioration véritable.

Enquêteur : êtes-vous désormais prêt à vivre votre vie en faisant tout ce que vous voulez ? oui ce que je veux c'est faire une petite activité personnelle et avoir du temps pour ma prière

BRAVO TANGO :

Enquêteur : après les événements vécus, dans le cadre de vos opérations de Maintien de l'Ordre, êtes-vous prêt à vous enivrez, vous droguez et vous amusez sans retenue pour mieux vivre vos mauvaises expériences ?

BRAVO TANGO : non, moi je pense me reconvertir vers d'autres activités, à la prière hors de l'Administration. Retrouver une vie de famille car la vie m'a dépassé dans l'Administration.

Enquêteur : pouvez-vous nous dire comment vous vous percevez depuis la survenue de ces événements ?

BRAVO TANGO : je me sens inutile, impuissant, vide, dépendant au point où mes larmes coulent seules, je manque d'appétit, et je n'arrive pas à dormir, bref je ne suis plus moi-même

Enquêteur : avez-vous des comportements agressifs envers vous-même ?

BRAVO TANGO : le désespoir m'amène à l'agressivité vis-à-vis de moi-même voilà pourquoi j'en suis arrivé aux tentatives de suicides. Mes cris de désespoir ne sont pas entendus.

Etudiant chercheur : depuis ces événements difficiles avez-vous le sentiment de vous remettre des chocs que vous avez subi. Expliquez-nous d'avantage?

BRAVO TANGO : au départ j'avais tout espoir, mais aujourd'hui je suis désespéré par la qualité de ma prise en charge. Certains spécialistes m'ont confié en off que le retard d'intervention dans ma prise en charge a compliqué ma guérison.

Enquêteur : comment jugez-vous vos relations avec les autres depuis votre retour ?

BRAVO TANGO:

Enquêteur : vous sentez-vous en sécurité en famille ?

Je me sentirais mieux en famille car je ne suis suivi par aucun véritable spécialiste. Les soins élémentaires que l'HPY me fournit peuvent être fait par ma famille.

BRAVO TANGO :

Enquêteur: que vous suscite la présence de votre famille ?

BRAVO TANGO :

Enquêteur : comment vous sentez-vous auprès de votre famille, avez-vous l'impression de les accepter ? de les rejeter ?

BRAVO TANGO :

Enquêteur : sur un plan plus large, vous sentez-vous dépendant de votre famille, pensez-vous avoir besoin d'eux ?

BRAVO TANGO: Ma mère me manque énormément ça fait 5 ans que je ne l'a pas vu, j'ai des êtres familiales que j'ai perdu sas assister aux obsèques, toutes ces choses nuisent à ma tranquillité. Donc oui j'ai besoin de cette chaleur familiale.

Enquêteur : avez-vous le sentiment d'être devenu individualiste en famille, de ne vous préoccupez que de vous-même ?

BRAVO TANGO : de manière générale je suis devenu individualiste et soucieux de moi-même, la déception relationnel m'a emmener a me recentrer sur moi-même. J'ai été source de moquerie auprès de mon famille du fait de l'abandon par mon administration. Le fait pour ma famille de rester un ana à dormir sous un matelas pour m'encadre les a aussi éloigner de moi.

Enquêteur: pouvez-vous décrire vos relations avec les personnes non familiales ?

BRAVO TANGO : concernant le personnel soignant, je suis reconnaissants des sacrifices que certains consentent pour ma prise en charge, c'est vrai que parfois je ressens chez d'autres une certaine désinvolture et un manque d'engouement à bien s'occuper de moi. Mes relations avec mon service sont marquées par la déception.

Enquêteur : pensez-vous ces rapports agressifs, ou bien vous vous sentez lasse ?

Parfois je pleure, quand je pense à tous ces gens qui devraient s'occuper de moi, un adage de chez moi dis que « quand quelque chose te dépasse il faut laisser » Tous les jours je me sens lasse et j'ai envie de tout lâcher, seule ma paralysie m'en empêche.

BRAVO TANGO :

Enquêteur : avez-vous le sentiment d'accepter ou de rejeter les autres ?

Je suis désormais méfiant vis-à-vis des gens parce qu'ils vous présentent une facette qu'ils ne sont pas. Cependant je reste admiratif vis-à-vis de ceux qui m'ont soutenu dans cette dure épreuve.

BRAVO TANGO :

Enquêteur : pensez-vous avoir besoin des autres ou pas à l'extérieur de votre famille pour faire face à ces événements ?

BRAVO TANGO : j'ai une mauvaise expérience avec les membres extérieurs de ma famille, le manque de compassion et d'assistance que j'ai eu à l'HPY et la GM m'ont rendu prudent à m'attacher à ceux que je ne connais pas.

BRAVO TANGO :

Enquêteur : avez-vous le sentiment d'être retroverti et de ne penser qu'à vous-même depuis que vous avez vécu ces événements ?

BRAVO TANGO je me suis refermée sur moi-même, j'avais cru qu'après mon cri de détresse la qualité de la prise en charge allait changer à mon égard mais je me suis rendu compte que il n'y a pas une véritable politique de prise en charge des cas comme le mien.

Des que tu rentres du NOSO on a l'impression que tout s'arrête, on ne bénéficie plus de rien, on fête sans attention spéciale, on n'a plus de primes, on ne sait même pas si nos bulletins de notes sont remplis, c'est comme si l'accident de travail était une punition. Les jeunes fonctionnaires peuvent ne pas comprendre beaucoup de chose par peu d'expériences mais moi en 22 ans de service j'ai une meilleure compréhension de la vie.

ANNEXE 3 : Demande d'autorisation de recherche

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix-Travail-Patrie

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

DELEGATION GENERALE A LA SURETE NATIONALE

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION DE LA FORMATION



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace-Work-Fatherland

PRESIDENCY OF THE REPUBLIC

GENERAL DELEGATION FOR NATIONAL SECURITY

GENERAL SECRETARIAT

DEPARTMENT OF TRAINING

N° 2266 /DGSN/SG/DE/SDFCS/SSFS.

Yaoundé, le 21 OCT 2020

LE DELEGUE GENERAL A LA SURETE NATIONALE

**A L'OFFICIER DE POLICE DE PREMIER GRADE
MESSI DOMINIQUE DESIRE MARTIAL EN
SERVICE AU SECRETARIAT DU DRG
S/C
MONSIEUR LE DIRECTEUR DES
RENSEIGNEMENTS GENERAUX
- YAOUNDE -**

Objet : Demande d'autorisation de recherches.

Réf : Correspondance n°00004058 du 28 juillet 2020.

Monsieur,

Faisant suite à votre correspondance de référence par laquelle, vous avez sollicité l'autorisation d'accéder aux données de la Sûreté Nationale, relatives aux fonctionnaires de Police psychotraumatisés de guerre dans le cadre de vos recherches dont le thème porte sur : «coping des affections psychotraumatisées chez les fonctionnaires de Police camerounais engagés dans le conflit sécessionniste des Régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest : étude de cas»,

J'ai l'honneur de vous faire connaitre que je marque mon accord sur les échanges que vous souhaitez effectuer avec les victimes ainsi que les responsables de la Direction de la Santé.

A cet effet, vous voudrez bien prendre attache avec le service sollicité.

Toutefois, vous êtes invité à faire preuve de responsabilité et de discrétion dans l'exploitation des informations dont vous aurez eu connaissance lors de vos investigations. Une copie de votre travail devra également être mise à la disposition de la Délégation Générale à la Sûreté Nationale (Direction de la Formation) dès la fin de vos travaux.

Veillez agréer Monsieur, l'assurance de ma parfaite considération. /-

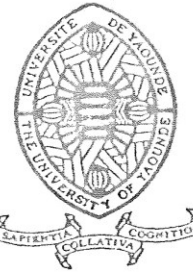
Martin MBARGA NGUELE-

ANNEXE 4 : Correspondance du Chef de département

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I
Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE
B.P 7011 Yaoundé (Cameroun)



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

UNIVERSITY OF YAOUNDE I
Faculty of Arts, Letters and Social Sciences

DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY
P.O Box 7011 Yaoundé (Cameroon)

Yaoundé, le 03/06/2020

LE CHEF DE DEPARTEMENT
DE PSYCHOLOGIE

A

Madame la Directrice de l'hôpital
de la Police de Yaoundé

OBJET : Facilitation d'un travail de recherche académique.

Madame la Directrice,

Dans le cadre de leur formation, les étudiants en master II effectuent un travail de recherche, sous la direction d'un enseignant. Dans cette optique, l'étudiant MESSI Dominique Désiré Martial de matricule 05H386 a choisi de travailler sur le Coping de l'anxiété lié aux affections psychotraumatiques chez les fonctionnaires de police engagés dans le conflit sécessionniste des régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest. Étude de cas.

À cette issue, nous vous serons gré des mesures que vous voudriez bien prendre, pour faciliter le travail de recherche de cet étudiant, en lui autorisant l'accès aux patients fonctionnaires de police victimes de traumatismes liés à la guerre de sécession des régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest.

Veuillez agréer, Madame la Directrice l'expression de mes sentiments distingués.

Le Chef de Département



ANNEXE 6 : Message radio porté

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix-Travail-Patrie

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

DELEGATION GENERALE A LA
SURETE NATIONALE

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION DE LA FORMATION



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace-Work-Fatherland

PRESIDENCY OF THE REPUBLIC

GENERAL DELEGATION FOR
NATIONAL SECURITY

GENERAL SECRETARIAT

DEPARTMENT OF TRAINING

N° 1663 /DGSN/SG/DF/SDFCS/SSFS.

Yaoundé, le 21 OCT 2020

MESSAGE - RADIO - PORTE

EXPEDITEUR: DELEGUE GENERAL SÛRETE NATIONALE
-YAOUNDE-

DESTINATAIRE: DIRECTEUR DE LA SANTE
-YAOUNDE-

TEXTE: DANS CADRE TRAVAUX RECHERCHES **XX** HONNEUR VOUS DEMANDER **XX** BIEN VOULOIR **XX** PERMETTRE NOMME **XX MESSI DOMINIQUE DESIRE MARTIAL XX** ETUDIANT EN MASTER PSYCHOLOGIE (PSYCHOPATHOLOGIE CLINIQUE) **XX** UNIVERSITE YAOUNDE I **XX** EFFECTUER COLLECTE DONNEES VOS SERVICES ET ECHANGES AVEC VICTIMES GUERRE **XX** SUR THEME **XX** « COPING DES AFFECTIONS PSYCHOTRAUMATIQUES CHEZ LES FONCTIONNAIRES DE POLICE CAMEROUNAIS ENGAGES DANS LE CONFLIT SECESSIONNISTE DES REGIONS DU NORD-OUEST ET DU SUD-OUEST : ETUDE DE CAS» **XX** UIHS **XX** ET FIN./-

-Martin MBARGA NGUELE-

TABLE DE MATIÈRES

SOMMAIRE	i
DÉDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	v
RESUME.....	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL.....	4
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE	5
1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE.....	5
1.1.1 Contexte de l'étude.....	5
1.1.2 Justification de l'étude.....	9
1.2-POSITION ET FORMULATION DU PROBLÈME	11
1-2-1 -Position du problème	11
1-2-2-Formulation du problème	13
1.3 QUESTIONS DE RECHERCHE.....	13
1.3.1. Question principale de recherche :	13
1.3.2. Questions spécifiques	14
1.4 HYPOTHESES DE RECHERCHE	14
1.4.1 Hypothèse générale de recherche	14
1.4.2. Hypothèse secondaire	14
1.5 OBJECTIF GENERAL DE RECHERCHE.....	15
1.6. INTÉRÊT ET PERTINENCE DE L'ÉTUDE.....	18
1.6.1 Intérêt de l'étude.....	18
1.6.1.1 Sur le plan scientifique.....	18
1.6.1.2 Sur le plan social.....	18
1.6.1.3 Sur le plan Psychologique.....	18
1.6.1.4 Sur le plan économique.....	18
1.6.2 Pertinence de l'étude	19

1.7. DÉLIMITATION DE L'ÉTUDE.....	19
1.7.1 Délimitation spatial.....	19
1.7.2 Délimitation temporel.....	19
CHAPITRE 2 : REVUE DE LITTERATURE.....	20
2.1. ETAT DES LIEUX DU TRAUMATISME.....	20
2.1.1. L'Anxiété.....	20
2.1.2. Le coping.....	21
2.1.3. Mentalisation.....	24
2.1.4. La police.....	27
2.1.5. Fonctionnaire.....	28
2.2. ETAT DES LIEUX SUR LE TRAUMATISME PSYCHIQUE.....	29
2.2.1. Approche conceptuelle du traumatisme.....	29
2.2.1.1. Définition de l'évènement traumatique.....	30
2.2.1.2. Caractéristiques de l'évènement traumatique.....	31
2.2.2. Types de psychotraumatismes.....	32
2.2.2.1. Les traumatismes de type I.....	32
2.2.2.2. Les traumatismes de type II.....	33
2.2.2.3. Les traumatismes de type III.....	33
2.2.2.4. Les traumatismes de type IV.....	33
2.2.3. Phases du psychotraumatisme :.....	33
2.2.3.1. La phase immédiate.....	34
2.2.3.2. La phase post-immédiate.....	36
2.2.3.3. La phase chronique.....	36
2.2.4. Troubles liés au traumatisme psychique selon la classification du DSM IV.....	37
2.2.4.1. Etat de stress post-traumatique.....	37
2.2.4.2. Etat de stress aigu.....	39
2.2.5. Facteurs intervenant dans le vécu traumatique.....	40
2.2.5.1. La vulnérabilité génétique.....	40
2.2.5.2. La vulnérabilité pré-morbide.....	40
2.2.5.3. La résilience.....	41
2.2.5.4. Les stratégies d'adaptation.....	42
2.2.5.5. Le soutien social.....	44

CHAPITRE 3 : THEORIES EXPLICATIVES.....	46
3-1-HISTORIQUE DU TRAUMA POUR UNE PERSPECTIVE THEORIQUE	46
3-1-1-La période des précurseurs : de l'Antiquité à 1880, récits légendaires, rêves de bataille, « vent du boulet » et « cœur du soldat »	46
3-1-2-La courte période des fondateurs (1880-1900) : autour des Leçons cliniques de Charcot, la découverte de l'inconscient traumatique.....	47
3-1-3-La période des continuateurs (1900-1980) : du shell shock à la névrose de guerre. ...	48
3-1-4-La période des novateurs (de 1980 à aujourd'hui) : le Post-Traumatic Stress Disorder et son dépassement.	50
3-2-APPROCHE NEUROBIOLOGIQUE	51
3-2-1-Biologie du stress en situation normale	51
3-2-2-Anomalies de l'axe corticotrope chez les sujets avec ESPT	51
3-2-3-Augmentation de la sensibilité des récepteurs aux glucocorticoïdes	52
3-3-APPROCHE NEUROCOGNITIVE.....	53
3-3-1-Les circuits neuroanatomiques de la peur et du stress.....	53
3-3-1-1-Structures anatomiques.....	54
3-3-1-2-Le conditionnement de la peur pavlovien.....	54
3-3-1-3-Les deux routes de la peur	54
3-3-2-Les études expérimentales chez l'animal et les études chez l'homme	55
3-4-APPROCHE PSYCHANALYTIQUE	56
3-4-1-Sigmund Freud (1856-1939)	56
3-4-2-Pierre Janet (1859-1947)	59
3-4-3-Sandor Ferenczi (1873-1933)	61
3-4-4-Otto Fénichel (1897-1946)	63
3-5-APPROCHE PHENOMENOLOGIQUE	64
3-5-1-Claude Barrois	64
3-5-2-Louis Crocq	64
3-5-3-François Lebigot	65
3-6-APPROCHE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE	66
3-6-1-Modèle de Mowrer (1960).....	67
3-6-2-Modèle de Foa et Rhothbaum (1993, 1998).....	67
3-6-3-Modèle d'Horowitz (1976, 1996).....	68
3-6-4-Modèle de Jannof-Bullman (1985, 1992).....	68

3-6-5-Modèle de Brewin, Dalgheish, et Joseph (1996).....	69
3-6-6-Modèle d'Ehlers et Clark (2000)	69
DEUXIÈME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE.....	71
CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	72
4-1-RAPPEL DE LA PROBLEMATIQUE	72
4-1-1-Rappel du problème.....	72
4-1-2-Rappel de la question principale de recherche	73
4-1-3-Rappel de l'hypothèse générale	73
4-1-4-Rappel de l'objectif général.....	73
4-1-5- Présentation du site et de la population de l'étude (Présentation de l'Hôpital de la Police de Yaoundé).....	73
4-2-PROCEDURE ET CRITERES DE SELECTION DES PARTICIPANTS.....	89
4-2-1- Critères d'inclusion.....	90
4-2-1-1- Sont inclus dans cette étude.....	90
4-2-1-2- Sont exclus dans cette étude	90
4-2-1-3- Échelle de Traumatisme de Davidson (ETD).....	93
4-2-1-4- Procédure	94
4-3-TYPE DE RECHERCHE	95
4-4- METHODE DE RECHERCHE : MÉTHODE CLINIQUE	95
4-4-1-L'étude de cas.....	96
4-4-2- Utilisation de la méthode clinique dans le cadre de notre travail.....	97
4-5-TECHNIQUE DE COLLECTE DES DONNEES : <i>entretien sémi-directif</i>	98
4-6-INSTRUMENT DE COLLECTE DE DONNEES : <i>le guide d'entretien</i>	99
4-7-DEROULEMENT DES ENTRETIENS	99
4-8-TECHNIQUE D'ANALYSE DES RESULTATS : <i>l'analyse de contenu</i>	101
4-8-1-L'analyse de contenu	101
4-8-2-L'analyse thématique.....	102
4-9-LIMITES DE L'ETUDE.....	103
4-10-CONSIDERATIONS ETHIQUES	105
CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	107
5-1-PRESENTATION DES PARTICIPANTS.....	107
5-1-1-contexte d'émergence du trauma	112

5-1-1-1-La survenue du trauma	112
5-1-1-2-L'obstacle problématique : évènement traumatique.....	114
5-1-1-3-Les sentiments ressentis.....	114
5-1-2-le vécu traumatique sur différents plans	115
5-1-2-1-Vécu traumatique sur le plan émotionnel	115
5-1-2-2-Vécu traumatique sur le plan comportemental	116
5-1-2-3-Vécu traumatique sur le plan psychosomatique	118
5-1-2-4-Vécu traumatique sur le plan cognitif.....	118
5-1-3-strategies de coping adoptées dans le vécu traumatique :	120
5-1-3-1-Stratégies centrées sur les émotions	120
5-1-3-2-Stratégies centrées sur le problème	123
5-1-3-3-Recherche du soutien social	124
5-1-4-Capacité de mentalisation et vécu traumatique	124
5-1-4-1-L'impuissance acquise.....	125
5-1-4-2-L'orientation vers des stratégies d'adaptation centrées sur les émotions : l'évitement	126
5-1-4-3-Le renforcement du système de croyances inadaptées	128
CHAPITRE 6 : INTERPRETATION DES RESULTATS ET DISCUSSION.....	130
6-1-SYNTHESE DES RESULTATS.....	130
6-2-INTERPRETATION DES RÉSULTATS	132
6-2-1-Application de la théorie phénoménologique à l'exploration du vécu traumatique. 132	
6-2-1-1- Le non-sens du traumatisme avec Louis Crocq.....	132
6-2-1-2- La temporalité figée sur l'instant traumatique avec Merleau-Ponty	134
6-2-1-3- La singularité de l'expérience traumatique avec Bernet	135
6-2-2-Application de la théorie cognitive à l'appréhension de la fonction de l'état capacité de mentalisation dans le vécu traumatique au front	136
6-2-2-1-Les schémas précoces d'inadaptation avec Jeffrey Young (1995).....	137
6-2-2-2-Les croyances irrationnelles avec Albert Ellis (1962).....	140
6-2-2-3-Les distorsions cognitives avec Aaron Beck (1963)	142
6-3-DISCUSSION DES RESULTATS	145
6-3-1-Vécu traumatique et stratégies de coping : faible ajustement psychologique	145
6-3-2-Vécu traumatique et apport de la mentalisation	147
6-3-3- divergences entre les approches cognitive et psychanalytique.....	149

6-4-IMPLICATIONS ET PERSPECTIVES	151
6-4-1-Implications	151
6-4-2-Suggestions et Perspectives	152
CONCLUSION	153
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	156
ANNEXES	159
TABLE DE MATIÈRES.....	174