UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI
(UAC)

DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE
(DP)

FACULTÉ DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
(FASHS)

OPTION : PSYCHOPATHOLOGIE ET PSYCHOLOGIE CLINIQUE

MÉMOIRE DE MASTER PROFESSIONNEL

SUJET DE RECHECHE

DE L'ANGOISSE AUX TRAUMATISMES PSYCHOLOGIQUES DES POPULATIONS DU NORD BENIN, CONFRONTÉES AUX ATTAOUES TERRORISTES DANS LA COMMUNE DE KEROU

Réalisé par :

Abibou SOULE

Directeur de mémoire :

Dr. Anselme DJIDONOU,
Prof Titulaire, Psychiatrie d'adultes-FM/UP

Co-Directeur de mémoire :

Dr. Michel M. MEHINTO,
Maître-Assistant des Universités (CAMES)
en Psychologie clinique et Psychopathologie

Composition du jury

Présidente	**:** Dr. Sylvie de CHACUS (Professeur Titulaire)
Examinatrice	**:** Dr. Ornhéilia ZOUNON (Maître de Conférences)
1er Rapporteur	**:** Dr. Anselme DJIDONOU (Professeur Titulaire)
2ème Rapporteur	**:** Dr. Michel M. MEHINTO (Maître-Assistant)
Mention	***: Très-Bien***
Note	***: 17/20***
Date de soutenance	***: 31/05/2024***

Année Académique : 2023-2024

SOMMAIRE

IN MEMORIAM 2
DÉDICACES 3
REMERCIEMENTS 4
LISTE DES TABLEAUX 6
LISTE DES FIGURES 6
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS 7
RÉSUMÉ 8
ABSTRACT 8
INTRODUCTION 9
PREMIÈRE PARTIE : CADRES THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE 11
CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE, CONCEPTS ET MODELES THEORIQUES DE REFERENCE 12
CHAPITRE II : CADRE DE LA RECHERCHE ET DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE 29
DEUXIÈME PARTIE: PRÉSENTATION, ANALYSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS 40
CHAPITRE III : PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE 41
CHAPITRE IV : DISCUSSION DES RÉSULTATS, VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES ET PERSPECTIVES 60
CONCLUSION 64
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET WEBLIOGRAPHIQUES 66

IN MEMORIAM

En mémoire de mon feu Père SINATASSÉGUI Souleymane qui, de son vivant n'a cessé de m'encourager par ses paroles : « … Cherche le savoir et soit sage, car ce que l'on acquiert par le savoir et agit avec sagesse a toujours une bonne destinée… ».

Père, tes conseils sont gravés en moi et resteront un héritage et une source de lumière dans mes moments difficiles.

DÉDICACES

- À ma mère YACOUBOU Lamatou, ton soutien inépuisable, tes bénédictions et encouragements m'ont été source d'espoir pour surmonter les défis de ce parcours académique. Ce travail est dédié à ta bienveillance.
- À mes chers enfants, qui sont ma joie et ma motivation à chaque moment de la vie. Vous avez été privé d'affection parentale permanente durant cette formation. Votre innocence et votre émerveillement dans la vie ont été ma source d'inspiration constante. Je vous dédie ce travail, en espérant vous transmettre un héritage de persévérance et de passion pour votre apprentissage.

REMERCIEMENTS

Je souhaite exprimer ma profonde gratitude envers toutes les personnes qui, par leur soutien indéfectible et leurs contributions inestimables, ont permis l'accomplissement de cette recherche. Puissent-elles trouver dans ces mots, l'expression authentique de ma considération. Je tiens à remercier chaleureusement :

- Mon directeur de mémoire, Docteur Anselme DJIDONOU, Prof de Psychiatrie d'adultes : pour ses conseils et orientations ;
- Mon co-directeur de mémoire, Docteur Michel MEHINTO, dont la rigueur intellectuelle m'a été précieuse tout au long de ce travail ;
- Au Président du jury, nos déférents hommages, gratitudes et remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider notre jury de soutenance de mémoire ;
- Aux honorables membres du jury, pour le temps consacré à l'examen critique de ce document ; nos remerciements pour l'honneur qu'ils nous font en acceptant d'apprécier ce travail malgré leurs agendas chargés. Nous vous assurons de la prise en compte de vos amendements et vos apports pour améliorer la qualité scientifique de ce travail ;
- A notre Chef de Département, Docteur Ornheilia ZOUNON, Maître de Conférences des Universités du CAMES, dont la lumière a guidé mes premiers pas dans la recherche ;
- A l'ensemble du corps professoral du département de psychologie, pour la qualité de leur enseignement et leur engagement pédagogique ;
- Aux responsables de l'Agence Nationale de Protection Civile, Monsieur DAGOU Aristide, Contrôleur général de Police et Directeur général de l'ANPC ; et en particulier Monsieur YAROU TAMOU Orou Boko, Commissaire de Police et Monsieur ALE Abdou Hakim, Directeurs de la Prévention, pour leur contribution dans ma recherche ;
- A mon frère SOULE Ibouraim, pour sa contribution dans ma formation ;

- A mes chers cousins MAMA Iliassou, SINA OUNEGUI Razak, OROU YASSINRE Karim, BAH KATO Y. Issiaka, spécialement vos soutiens m’ont été très précieux dans cette formation. Le mot merci manque de substance pour vous exprimer ma profonde gratitude ;
- A madame Rachidatou BIRIASSI BALOGOUN, ma femme bien-aimée, ton amour et affection inconditionnels ont été mon refuge. Tes encouragements et soutiens constants m'ont poussé à donner le meilleur de moi-même. Je t'honore en dédiant ce mémoire à notre amour et à notre famille ;
- A toute personne dont la contribution, aussi infime soit-elle, a participé à la réalisation de cette recherche. Je dis merci.

Que ma profonde gratitude leur soit éternellement exprimée.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Opérationnalisation des variables de la recherche 18
Tableau IV: Récapitulatif des manifestations de l'angoisse rapportées. 50
Tableau V: Manifestation du traumatisme 51

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Localisation et situation administrative de la Commune de Kérou 29
Figure 2: Répartition des personnes enquêtées selon le sexe 41
Figure 3: Répartition des personnes enquêtées selon l'âge 41
Figure 4: Répartition des personnes enquêtées selon la distance par rapport au lieu des attaques..... 42
Figure 5: Répartition des personnes enquêtées selon les types de participants à l'enquête 42
Figure 6: Localisation des sites et types d'attaques dans la Commune de Kérou 44
Figure 7: Agent de sécurité amputé au pied des suites des balles reçues lors des attaques..... 47
Figure 8: Bidon d'essence et bidon de bouillie livrés quotidiennement aux terroristes48
Figure 9: Répartition des types de participant aux attaques terroristes 53
Figure 10: Répartition des types de participants en fonction de la distance qui les sépare du lieu d'attaque 55

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

al : collaborateur
ANPC : Agence Nationale de Protection Civile
CAMES : Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur
CeRPA : Centre Régionale pour la Promotion Agricole
CIA : Central Intelligence Agency
DAECH : État islamique en Irak et au cham (Daoulatou islamiya en Irak et au Cham)
DP : Département de Psychologie
Dr. : Docteur
DSM-5 : Cinquième édition du Manuel Statistical Disorder
EIIL : État Islamique en Irak et au Levant
EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing
FASHS : Faculté des Sciences Humaines et Sociales
GSIM : Groupe de Soutien à l'Islam et aux Musulmans
N : Nombre
ONU : Organisation des Nations Unies
PE : Psycho-Education
SAFE : Service des Affaires Foncières et Economiques
SADE : Service des Affaires foncières, Domaniales et Environnementales
SAG : Service des Affaires Générales
SECP : Service de l'État Civil et de la Population
SDLPC : Service du Développement Local, Planification et de Coopération
SICAD : Service de l'information de la Communication, des Archives et de la Documentation
ST : Service Technique
STr : Service de Transmission
TCC : Thérapie Cognitivo Comportementale
TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif
TSPT : Trouble de Stress Post-Traumatique
UAC : Université d'Abomey-Calavi

RÉSUMÉ

Le terrorisme, phénomène relativement récurrent, continue de semer l'effroi au sein des populations du Nord Bénin. Cette recherche a été initiée afin d'explorer les retentissements psychologiques de ce fléau sur les populations et pour but d'analyser les traumatismes psychologiques des populations du nord Bénin, confrontées aux attaques terroristes dans la commune de Kérou. Pour y parvenir, une approche mixte combinant entretiens semi-directifs, observation et questionnaires a été adoptée pour la collecte des données auprès de 146 participants identifiés sur la base des techniques du choix raisonné et de la boule de neige. Au terme des analyses, il est noté que les attaques terroristes ont des effets psychotraumatiques importants sur la population de Kérou. La proximité avec le site d'impact et l'intensité de la charge émotionnelle à la suite des attaques terroristes détermine le niveau, les formes et les conséquences du traumatisme psychologique chez les populations. Il ressort également des analyses que la mise en place d'une unité d'urgence médico-psychologique permet de prévenir et de prendre en charge les conséquences du stress post-traumatique inféré aux attaques terroristes à Kérou.
Mots-clés : angoisse, psychotraumatismes, terrorisme, stress post-traumatique, Kérou

ABSTRACT

The terrorism, a fairly recurrent phenomenon, continues to strike fear into the populations of northern Benin. To shed light on the psychological repercussions of this scourge, this research was initiated with the ambition of analyzing the psychological trauma of the populations of northern Benin, confronted with terrorist attacks in the commune of Kérou. To achieve this, a mixed approach combining semi-directive interviews, observation and questionnaires was adopted to collect data from 146 participants identified on the basis of reasoned choice and snowball techniques. At the end of the analyses, it was noted that the terrorist attacks had significant psychotraumatic effects on the local population of Kérou. Clearly, proximity to the site of impact and the intensity of the emotional charge following the terrorist attacks determine the level, forms and consequences of psychological trauma in the population. Our analyses also show that the setting up of a medical-psychological emergency unit would help prevent and manage the psychopathological consequences of terrorist attacks in Kérou.

Keywords : anguish, psychotraumatisme, terrorism, post-traumatic stress disorder, Kérou

INTRODUCTION

Le phénomène du terrorisme djihadiste est l'un des fléaux les plus préoccupants de notre époque. La recherche a montré que ses manifestations les plus extrêmes, sous la forme d'attaques violentes contre des civils, sont devenues monnaie courante, semant l'effroi au sein des populations (Schmid, 2011). L'Afrique est, elle aussi, en proie à cette montée des extrémismes qui endeuillent des communautés entières. Le continent a connu ces dernières années une recrudescence alarmante des violences perpétrées par des groupes se revendiquant du djihadisme, notamment dans la région du Sahel et en Afrique de l'Ouest (Pellerin, 2022). Ces attaques terroristes, souvent d'une barbarie inouïe, laissent derrière elles des traumatismes psychiques profonds et durables tant au niveau individuel que collectif (Horgan, 2005). Comme l'explique Crocq (2015), le terrorisme vise délibérément à « infliger un traumatisme psychique à grande échelle au sein des populations visées » (p. 52) Au-delà des pertes humaines directes, les séquelles psycho traumatiques chez les survivants et les communautés sont immenses. Elles peuvent prendre la forme de troubles anxieux sévères, de stress post-traumatique, de troubles dépressifs ou de réactions psychosomatiques invalidantes (Salguero et al., 2011).

Le Bénin n'a pas été épargné par la diffusion de ce nébuleux djihadisme dans la sous-région ouest-africaine. Le nord du pays, frontalier du Burkina Faso, est le théâtre de plusieurs attaques meurtrières perpétrées par des groupes terroristes ces dernières années (Fofana, 2023). La commune de Kérou, dans le département de l'Atacora, a été particulièrement meurtrie par ce phénomène. Plusieurs localités de cette commune ont connu des attaques contre des civils désarmés, provoquant l'effroi et plongeant les survivants dans le chaos psychologique. Malgré les efforts des autorités centrales, les séquelles des affrontements continuent de se manifester dans le rang des victimes. C'est dans ce contexte délétère que s'inscrit la présente recherche dont le sujet est intitulé : « *de l'angoisse aux traumatismes psychologiques des populations du nord Benin, confrontées aux attaques terroristes dans la commune de Kerou* ».

Elle vise à analyser précisément le psychotraumatisme des habitants de Kérou suite à ces violences extrémistes. Nous y explorons les manifestations aiguës d'angoisse, les syndromes de stress post-traumatique et les stratégies d'adaptation déployées par cette

communauté chancelante. Le souci de ce travail est de donner un aperçu rigoureux et empathique des blessures psychologiques infligées par le terrorisme, en allant au plus près du vécu des victimes. Pour y arriver, le présent document est subdivisé en deux grandes parties consacrées respectivement à la partie théorique et celle pratique. Chaque partie est organisée en deux chapitres. La partie théorique fait l'état des lieux en ce qui concerne le sujet et débouche sur une approche méthodologique dans le but de l'atteinte des objectifs. La deuxième partie est consacrée à la présentation des résultats, à leur analyse suivie d'une discussion des données. Le tout étant encadré par une introduction et une conclusion.

PREMIÈRE PARTIE :
CADRES THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE

CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE, CONCEPTS ET MODELES THEORIQUES DE REFERENCE

1.1. Problématique

1.1.1. Mise en évidence du problème et questions de recherche

Il nous est souvent parvenu que le Sahel devienne de plus en plus un foyer important d'activités terroristes avec la montée en puissance de groupes armés djihadistes comme Boko Haram dans le bassin du Lac Tchad ou le Groupe de soutien à l'islam et aux musulmans (GSIM) comme le cas au Mali. Le long de cette bande sahélo-saharienne, les attaques terroristes contre des civils peuvent se multiplier, faisant ainsi des milliers de victimes. Les constats actuels dénotent de ce que, cette menace s'étend également aux pays situés au sud du Sahel, longtemps épargnés.

Le Bénin en est une illustration préoccupante. Alors que ce pays était traditionnellement un havre de paix et de stabilité en Afrique de l'Ouest, il est confronté depuis 2019 à la propagation sur son territoire de la violence terroriste. En mai 2019, l'enlèvement de deux touristes français dans le parc de la Pendjari, au nord du Bénin, a marqué le début de cette infiltration de la menace djihadiste. Depuis, le Bénin a connu plusieurs attaques meurtrières perpétrées par des groupes armés venus des pays limitrophes, notamment le Burkina Faso. Ces attaques ciblent principalement les représentants de l'État, les forces de sécurité et les civils. Elles entraînent des déplacements massifs de population fuyant l'insécurité.

Cette dégradation rapide de la situation sécuritaire dans cette commune du Bénin reflète la capacité des groupes djihadistes à étendre leur zone d'action en Afrique de l'Ouest. Désormais, aucun pays de la région ne semble être à l'abri de cette violence. Face à cette stratégie d'expansion, l'enjeu est de comprendre les motivations, les méthodes et les conséquences de cette propagation du terrorisme.

Sur le plan des motivations, aussi bien la littérature que les données empiriques mettent en évidence une combinaison de facteurs idéologiques, politiques et sociaux. Les groupes djihadistes poursuivent un projet politique de contrôle territorial et d'application stricte de la charia dans les zones fragilisées (Airault, 2020). Ils instrumentalisent la religion musulmane pour légitimer la violence et recruter parmi les populations marginalisées. Sur le plan des méthodes, ces groupes utilisent des

tactiques de guérilla et d'attaques-suicides pour semer la terreur, tout en contrôlant des trafics criminels. Les conséquences qu'elles engendrent sont nombreuses et peuvent affecter la paix et la sécurité continentale par : la transnationalisation des menaces, le déplacement en masse des populations, la montée en puissance des antagonismes religieux, le ralentissement des activités économiques, la propagation de la peur généralisée (Ntuda Ébode, 2012). Mais l'impact le plus insidieux se situe au niveau psychologique.

En effet, au-delà de leur lourd tribut humain, les attaques terroristes engendrent des répercussions psychologiques majeures au sein des populations confrontées à cette violence. De nombreux travaux en psycho traumatologie ont mis en évidence l'apparition fréquente de troubles suite à des attentats : stress post-traumatique, anxiété, dépression, etc. (Salguero et al., 2011). Or, très peu d'études se sont intéressées spécifiquement à l'Afrique subsaharienne, en dépit de la montée alarmante du terrorisme. Pourtant, le contexte socio-économique précaire dans de nombreuses régions du continent semble susceptible d'aggraver l'impact psychologique des attaques. Dès lors, il apparaît essentiel d'améliorer la compréhension des effets psychotraumatiques du terrorisme dans le contexte africain, afin de mieux prévenir et prendre en charge les souffrances des populations. Cet enjeu est particulièrement crucial face à l'extension de la menace terroriste à des pays jusqu'alors épargnés comme le Bénin. À cet effet, les questions qui guident spécifiquement notre réflexion sont les suivantes :

- Quelles sont les différentes manifestations de l'angoisse et des traumatismes psychologiques dans ce contexte spécifique de violences terroristes ?
- Quels en sont les effets sur la cohésion sociale et les solidarités communautaires?
- Quels mécanismes de coping et de résilience émergent face à ce nouveau danger?

En documentant finement les expériences et stratégies développées localement, cette recherche a apporté un éclairage inédit sur les défis psychologiques posés par l'essor du djihadisme au Sahel, ouvrant des perspectives concrètes pour une aide médico-psychologique aux populations affectées.

1.1.2. Hypothèses

1.1.2.1 Hypothèse générale

- Les attaques terroristes ont des retentissements psychotraumatiques sur les populations de la commune de Kérou.

1.1.2.2 Hypothèses spécifiques

- La fréquence, l'intensité et le type d'attaque, la proximité avec le site d'impact, le degré de parenté avec la victime suite à des attaques terroristes déterminent les niveaux d'angoisse et de traumatisme psychologique chez les populations de Kérou.
- La gestion des troubles psychotraumatiques générés par les attaques terroristes dans la commune de Kérou, passe par la mise en place d'unités d'urgence médico– psychologique.

1.1.3. Objectifs

Les objectifs de cette recherche sont subdivisés en objectif général et en objectifs spécifiques.

1.1.3.1. Objectif général

- Etudier les retentissements psychotraumatiques des attaques terroristes sur les populations de la commune de Kérou**.**

1.1.3.2. Objectifs spécifiques

- Identifier les facteurs de risque de la survenance de l'angoisse et du traumatisme psychologique chez les populations de la commune de Kérou confrontées aux attaques terroristes.
- Analyser les troubles psychopathologiques survenus chez les populations de la commune de Kérou victimes des attaques terroristes à travers la mise en place de services médico- psychologiques.

1.2. Clarification des concepts de la recherche

1.2.1. Angoisse

Le concept d'angoisse renvoie dans son sens commun à une « *grande inquiétude née du sentiment d'une menace imminente mais vague* » (Larousse 2019 p. 82). En psychanalyse, Freud (1920) définit l'angoisse comme étant une réaction face à la

confrontation avec l'inconnu, l'incertain ou des conflits internes refoulés. Pour Lacan (1962), l'angoisse traduit une "expectative inquiète" face à une menace diffuse. En psychopathologie, l'angoisse est vue comme un "signal d'alarme" primal face à un danger pour l'intégrité physique ou psychique (Barrois, 1998). Le DSM-5 (2013) insiste sur ses manifestations somatiques comme l'augmentation du rythme cardiaque, la sudation, les tremblements. L'angoisse y est décrite comme une réponse émotionnelle à la perception consciente ou inconsciente d'une menace imminente.

Dans le cadre de cette recherche, nous avons retenu que l'angoisse est une expérience émotionnelle pénible caractérisée par des manifestations physiques et psychiques en réaction à la perception consciente ou non d'un danger imminent pour soi ou ses proches. L'angoisse renvoie ici à un sentiment diffus de menace et de peur qui envahit les individus confrontés à la violence terroriste. Plutôt qu'une peur circonscrite à des menaces clairement identifiées, il s'agit d'une tension interne face à un péril indistinct, mais néanmoins fortement ressenti.

1.2.2. Trauma psychique

Le concept de trauma psychique renvoie en psychanalyse aux travaux initiés par Freud (1920) sur les névroses traumatiques, où il définit le trauma comme une "effraction du pare-excitation" par un afflux d'excitations externes débordant les capacités du moi. En psychotraumatologie, le trauma désigne les atteintes psychiques durables suite à l'exposition à un événement dépassant les capacités d'adaptation ou de coping de l'individu (Crocq, 1999). Le psychotrauma émerge quand les stratégies habituelles pour faire face au stress s'avèrent insuffisantes face à des événements extrêmes (Figley, 1985). Il génère des perturbations durables de la régulation émotionnelle et du fonctionnement mental (van der Kolk, 1989).

Dans notre recherche, nous retenons une définition extensive du trauma psychique incluant à la fois le trouble de stress post-traumatique (TSPT) caractérisé par ses symptômes spécifiques (reviviscences, évitement, altération cognitive, hyperactivation neurovégétative, etc.) et des réactions psychotraumatiques ne remplissant pas tous les critères diagnostiques, mais néanmoins source de souffrance et de dysfonctionnement psychosocial. L'étude de ces différentes conséquences psychotraumatiques au sein

d'une population civile permettra d'appréhender finement les dégâts psychologiques du terrorisme, au-delà des diagnostics psychiatriques reconnus.

1.2.3. Résilience

Le concept de résilience trouve son origine dans la métallurgie pour désigner la capacité de résistance aux chocs sans se briser. En psychologie, Cyrulnik (1999) a utilisé cette notion pour qualifier l'aptitude à "rebondir" après un traumatisme. La résilience désigne plus largement la capacité de récupération, d'adaptation et de poursuite du développement en dépit de l'adversité (Manciaux, 2001 ; Tisseron, 2012). Pour Anaut (2015), elle relève à la fois de mécanismes individuels permettant de se reconstruire et de processus collectifs au sein des communautés. La résilience est conçue comme un processus dynamique face à l'adversité.

Pour opérationnaliser ce terme, nous avons retenu la conception de Anaut (2015). Ainsi, nous retenons que la résilience est la capacité d'une personne ou d'un groupe à maintenir ou retrouver un état de bien-être et un fonctionnement adapté en dépit d'événements déstabilisants, grâce à des mécanismes individuels et collectifs permettant de faire face à l'adversité.

1.2.4. Terrorisme

Le terrorisme est un phénomène complexe à définir, faisant l'objet de nombreux débats. L'armée américaine (1983) met l'accent sur l'usage calculé de la violence contre des non-combattants à des fins idéologiques. Pour la CIA (993) (Central Intelligence Agency), le terrorisme insiste sur le recours à la violence pour propager un message politique. Selon Schmid (2011), la création délibérée d'un climat de peur est centrale dans le terrorisme. Le Larousse (2022) propose une définition factuelle qui englobe de nombreux aspects du phénomène. Dans cet ouvrage, il est retenu que le terrorisme est l'ensemble d’actes de violence (attentats, prises d’otages, etc.) commis par une organisation pour créer un climat d’insécurité, pour exercer un chantage sur un gouvernement, pour satisfaire une haine à l’égard d’une communauté, etc.".

Dans le cadre de notre recherche, nous cette dernière définition qui permet d'englober la diversité des actes de violence aveugle commis au Bénin par des groupes se revendiquant du djihadisme. L'accent est mis sur les actions violentes elles-mêmes

plutôt que sur les motivations idéologiques des groupes terroristes. Cette conception factuelle du terrorisme est cohérente avec notre objet d'étude centré sur l'impact psychologique des attaques sur les victimes, indépendamment des justifications invoquées par leurs auteurs.

Ainsi, à travers ces clarifications conceptuelles approfondies et illustrées par différentes définitions issues de la littérature en psychologie, psychanalyse et psychotraumatologie, nous disposons d'un cadre d'analyse solide pour appréhender les répercussions psychiques du terrorisme au sein de la population de Kérou. L'articulation entre angoisse diffuse, traumatisme psychique et résilience permettra d'éclairer finement les processus en jeu, dans une approche intégrant à la fois individu et collectif.

1.3. Opérationnalisation des variables de la recherche

L’opérationnalisation des variables de recherche consiste à définir clairement comment chaque variable sera mesurée ou évaluée dans le cadre de l’étude. Pour y parvenir, des indicateurs de mesures sont déterminées de chaque variable explicative issue des hypothèses de recherche. Ainsi le tableau suivant récapitule ses indicateurs ainsi obtenus à partir des variables explicatives de chaque hypothèse.

Tableau I: Opérationnalisation des variables de la recherche

Hypothèse générale	**Objectif général**	**Variables**		
Les attaques terroristes ont des retentissements psychotraumatiques sur les populations de la commune de Kérou.	Etudier les retentissements psychotraumatiques des attaques terroristes sur les populations de la commune de Kérou**.**	**Dépendantes**	**Indépendantes**	**Indicateurs**
Hypothèses spécifiques	**Objectifs spécifiques**			
La fréquence, l'intensité et le type d'attaque, la proximité avec le site d'impact, le degré de parenté avec la victime suite à des attaques terroristes déterminent les niveaux d'angoisse et de traumatisme psychologique chez les populations de Kérou.	Identifier les facteurs de risque de la survenance de l'angoisse et du traumatisme psychologique chez les populations de la commune de Kérou confrontées aux attaques terroristes.	Niveau du traumatisme psychologique	La fréquence, l'intensité et le type d'attaque, la proximité avec le site d'impact, le degré de parenté avec la victime	**Stress post-traumatique :** Flashbacks, Cauchemars, Hypervigilance, Évitement, agitation, Réactions physiques, Changements d'humeur, Problèmes de sommeil, Perte d'intérêt, Isolement social **Dépression :** Tristesse, la perte d'intérêt, les changements d'appétit et de sommeil, la fatigue, l'inquiétude excessive, les tensions musculaires, les palpitations, les difficultés de concentration **Facteur de risque :** nombre total des attaques, fréquence temporelle, gravité des attaques, nombre de victimes, type d'attaque, être témoin directe ou indirecte, perdre un proche
La gestion des troubles psychotraumatiques générés par les attaques terroristes dans la commune de Kérou, passe par la mise en place d'unités d'urgence médico– psychologique.	Analyser les troubles psychopathologiques survenus chez les populations de la commune de Kérou victimes des attaques terroristes à travers la mise en place de services médico- psychologiques.	Gestion des troubles psychautraumatiques	Unité d'urgence médicale et psychosociale	Service psychologique, thérapeutique, social, et médical, effets différenciés sur les enfants, les adolescents, les adultes et les personnes âgées, croyances, traits de personnalité, stratégies d'adaptation

1.4. Théories explicatives

1.4.1. Théorie psychanalytique des relations d'objet

Développée par Klein, Winnicott et Freud (1940-1950), la théorie psychanalytique des relations d'objet se préoccupe de la question du développement de la personnalité, l'anxiété et les conduites reposant sur un monde interne de représentation des relations interpersonnelles. Cette théorie postule qu'un événement traumatique génère des conflits psychiques inconscients qui se manifestent ensuite par des symptômes. En effet, Anzieu et Beck (1996) considéraient que les événements traumatiques pouvaient provoquer une effraction du pare-excitations psychique et une rupture dans le fonctionnement mental normal. Cela peut entraîner l'apparition de divers symptômes comme flashbacks, cauchemars, troubles anxieux, troubles de l'humeur et difficultés relationnelles. Freud mettait également l'accent sur les mécanismes de défense face au traumatisme, comme le refoulement des souvenirs traumatiques dans l'inconscient. Selon lui, ce refoulement vise à protéger le psychisme en repoussant hors de la conscience les contenus trop douloureux sur le plan émotionnel. Cette théorie a le mérite de mettre en lumière la relation de proximité avec les sites d'attaques terroristes et l'intensité de la charge émotionnelle à la suite des attaques terroristes avec le niveau, les formes et les conséquences du traumatisme psychologiques chez les populations de Kérou. Elle nous permet de vérifier ainsi notre première hypothèse selon laquelle la fréquence, l'intensité et le type d'attaque, la proximité avec le site d'impact, le degré de parenté avec la victime suite à des attaques terroristes déterminent les niveaux d'angoisse et de traumatisme psychologique chez les populations de Kérou.

Toutefois, cette théorie présente certaines limites comme une notion de trauma centrée sur la sexualité infantile ou des mécanismes d'élaboration du trauma peu détaillés. Pour dépasser ces limites, il faudrait élargir la notion de trauma avec la théorie de l'apprentissage social de Bandura (1960).

1.4.2. Théorie de l'apprentissage social (Bandura, 1960)

La théorie de l'apprentissage social, développée par Albert Bandura en 1960, propose que les individus apprennent par observation et imitation des comportements des autres, en particulier des modèles sociaux. Selon cette théorie, les comportements sont

acquis par le biais d'un processus d'observation, d'imitation et de renforcement. Dans le contexte des effets psychologiques des attaques terroristes, la théorie de l'apprentissage social peut être utilisée pour comprendre comment les individus peuvent être influencés par les réactions et les comportements des autres membres de leur communauté ou de leur entourage. Par exemple, si les individus observent que d'autres personnes réagissent avec peur et anxiété après une attaque terroriste, ils peuvent être plus susceptibles de développer des symptômes similaires. Cette théorie de l'apprentissage social a permis de mettre l'accent sur l'importance des renforcements sociaux au sein de la population de Kérou dans le processus du modelage et de contagion des attitudes des jeunes en quête de profit. Ainsi, si les individus reçoivent un soutien social et des encouragements positifs de la part de leur entourage après une attaque terroriste, cela peut favoriser leur résilience et leur capacité à faire face aux effets psychologiques négatifs. Cette théorie vient en appuis aux postulats de la théorie psychanalytique des relations d'objet en nous permettant de vérifier ainsi notre première hypothèse selon laquelle la fréquence, l'intensité et le type d'attaque, la proximité avec le site d'impact, le degré de parenté avec la victime suite à des attaques terroristes déterminent les niveaux d'angoisse et de traumatisme psychologique chez les populations de Kérou.

1.4.3. Théorie de l'adaptation cognitive (Taylor, 1983)

Développée dans les années 1980 par Shelley Taylor, cette théorie postule que face à un événement traumatique, les individus cherchent à retrouver un sens à leur vie, un contrôle et une estime de soi positive. Pour cela, ils développeraient des "illusions positives" en accentuant les aspects positifs. Selon Taylor, ces illusions reflètent les ressources psychologiques naturelles pour surmonter l'épreuve. Cependant, cette théorie issue de travaux sur des malades n'a pas été validée pour des traumatismes liés à des violences. L'accent sur les illusions positives néglige aussi la détresse réelle des victimes. Il faudrait donc tester cette théorie sur des populations confrontées à des violences extrêmes, en considérant à la fois les efforts d'adaptation positifs et les conséquences psychotraumatiques négatives de ces événements. Ainsi, avec cette théorie, la mise en place d'une unité d'urgence médico-psychologique permettrait de prévenir et de prendre en charge les conséquences psychopathologiques des attaques

djihadistes à Kérou. Cette théorie s'appuie sur les orientations de notre deuxième hypothèse selon laquelle la gestion des troubles psychotraumatiques générés par les attaques terroristes dans la commune de Kérou, passe par la mise en place d'unités d'urgence médico– psychologique.

1.4.4. Théorie des croyances répandues (Janoff-Bulman, 1992)

Voici une proposition pour améliorer la cohérence et la logique de ce texte sur la Théorie des croyances répandues et la Théorie de la croissance post-traumatique : Théorie des croyances répandues (Janoff-Bulman, 1992) développée par Ronnie Janoff-Bulman en 1992, cette théorie postule que les individus ont des croyances fondamentales positives sur le monde, les autres et eux-mêmes. Un événement traumatique viendrait ébranler ces croyances. Cette perspective met l'accent sur l'impact délétère du trauma, qui engendrerait une remise en question des croyances et une quête de sens au sein des populations riveraines de Kérou. Toutefois, peu d'études empiriques ont validé cette théorie dans le contexte spécifique de traumatismes issus de violences. Les mécanismes concrets de reconstruction des croyances sont également mal connus. Pour consolider cette théorie, il faudrait réaliser des recherches approfondies évaluant ses postulats dans des situations de violences extrêmes. Il serait également pertinent d'explorer plus précisément comment s'opère la restauration des croyances fondamentales après un trauma. Elle nous facilite la vérification de la première hypothèse selon laquelle la fréquence, l'intensité et le type d'attaque, la proximité avec le site d'impact, le degré de parenté avec la victime suite à des attaques terroristes déterminent les niveaux d'angoisse et de traumatisme psychologique chez les populations de Kérou.

1.4.5. Théorie de la croissance post-traumatique (Tedeschi et Calhoun, 1995)

Développée dans les années 1990 par Tedeschi et Calhoun, cette théorie stipule qu'un trauma ébranle les croyances individuelles. Un processus de rumination constructive permettrait ensuite de reconstruire ses croyances et d'identifier une croissance post-traumatique avec des changements positifs. Bien que novatrice en mettant l'accent sur la possibilité d'un dépassement du trauma initial. Pour la consolider, il apparaît donc essentiel de mener des études approfondies afin de vérifier que les mécanismes postulés mènent effectivement à une croissance post-traumatique après des

événements violents. Cette théorie permet de vérifier ainsi notre première hypothèse selon laquelle la fréquence, l'intensité et le type d'attaque, la proximité avec le site d'impact, le degré de parenté avec la victime suite à des attaques terroristes déterminent les niveaux d'angoisse et de traumatisme psychologique chez les populations.

Pour élucider cette étude et atteindre nos objectifs, cinq théories nous ont permis de mettre en évidence la question des traumatismes psychologiques des populations du nord Bénin, confrontées aux attaques terroristes dans la commune de Kerou. Il s'agit de la théorie psychanalytique des relations d'objet, de la théorie de l'apprentissage social, de la théorie de l'adaptation cognitive, de la théorie des croyances répandues et de la théorie de la croissance post-traumatique. La théorie psychanalytique des relations d'objet a permis de mettre en lumière la relation de proximité avec les sites d'attaques djihadistes et l'intensité de la charge émotionnelle à la suite des attaques terroristes avec le niveau, les formes et les conséquences du traumatisme psychologiques chez les populations de Kérou. Quant à la théorie de l'apprentissage social, elle a permis de mettre l'accent sur l'importance de relations sociales au sein de la population de Kérou dans le processus du modelage et de contagion des attitudes des jeunes en quête de profit. C'est dire que si les individus reçoivent un soutien social et des encouragements positifs de la part de leur entourage après une attaque terroriste, cela peut favoriser leur résilience et leur capacité à faire face aux effets psychologiques négatifs. Avec la théorie de l'adaptation cognitive, il faut admettre que la mise en place d'une unité d'urgence médico-psychologique permettrait de prévenir et de prendre en charge les conséquences psychopathologiques des attaques djihadistes à Kérou. Pour ce qui est de la théorie des croyances répandues, l'accent sera mis sur l'impact délétère du trauma, qui engendrerait une remise en question des croyances et une quête de sens au sein des populations riveraines de Kérou. La théorie de la croissance post-traumatique va donc élargir le débat sur le fait qu'un trauma ébranle les croyances individuelles. La profondeur de ce débat va se reposer sur le postulat selon lequel un processus de rumination constructive permettrait de reconstruire les croyances et d'identifier une croissance post-traumatique avec des changements positifs.

1.5. Revue de la littérature

Cette rubrique du travail fait le point des données de la littérature sur le sujet en étude. Cependant, la plupart des travaux sur les attaques terroristes restent souvent muets sur les conséquences psychologiques du phénomène. C'est donc cet aspect important qui part de l'angoisse aux traumatismes psychologiques des populations, confrontées aux attaques terroristes qui nous préoccupent dans le cadre de ce travail.

1.5.1. Recrudescence des attaques terroristes

Les attaques terroristes en Afrique ont connu une augmentation significative au cours des dernières années, provoquant angoisse et traumatismes chez les populations confrontées à ces violences. Selon le site Statista, le nombre d'attentats terroristes cumulés perpétrés entre 2007 et 2023 est de 11 435 en Afrique subsaharienne. Cette montée du terrorisme sur le continent africain s'explique notamment par l'émergence de groupes djihadistes comme L'EIIL (Daech) et les affiliés d'Al-Qaida dans le bassin du Lac Tchad ou Al-Shabaab en Somalie (ONU, 2020). Les populations civiles sont les principales victimes de ces attaques aveugles qui visent à semer la terreur. Outre les pertes humaines, les conséquences psychologiques sont dévastatrices avec des niveaux élevés d'angoisse, de stress post-traumatique et de troubles psychologiques au sein des communautés touchées (Vallet et Ferreri, 2007). Pour Butler et *al.* (2003), ces conséquences peuvent généralement être classées en trois catégories de gravité, qui peuvent également correspondre à des stratégies d'intervention :

- La majorité des personnes peut éprouver des réponses de détresse légères et/ou des changements comportementaux, tels que l'insomnie, se sentir bouleversée, s'inquiéter et augmenter leur consommation de tabac ou d'alcool. Ces individus se rétabliront probablement sans nécessiter de traitement, mais pourraient bénéficier d'interventions éducatives et de soutien au niveau de la communauté.
- Un groupe plus restreint peut présenter des symptômes plus modérés tels qu'une insomnie persistante et de l'anxiété, et bénéficiera probablement d'interventions psychologiques et médicales de soutien.
- Un petit sous-groupe développera des troubles psychiatriques tels que le TSPT ou la dépression majeure et nécessitera un traitement spécialisé.

D’après Henriksen et *al.* (2010), des niveaux plus élevés d'exposition à l’attaque ou à l’image de l’attaque augmentent les chances de développer un nouveau TSPT (trouble de stress post-traumatique), un trouble anxieux quelconque, et tout trouble mental. En comparaison avec les participants qui n'ont pas été exposés aux événements du 11 septembre, ceux qui ont directement vécu les événements avaient six fois plus de chances de développer un TSPT, 2,5 fois plus de chances de développer un trouble anxieux quelconque, et près de deux fois plus de chances de développer n'importe quel trouble mental. Suite aux attentats du World Trade Center en 2001 aux États-Unis, plusieurs études ont révélé des taux extrêmement élevés de TSPT, de l'ordre de 20% en moyenne, au sein des populations new-yorkaises directement exposées (Galea et al., 2002 ; Schlenger et *al.*, 2002). En 2005, les attentats dans le métro de Londres ont également engendré environ 31% de TSPT parmi les victimes (Rubin et *al.*, 2005).

1.5.2. Retombés psychologiques des attaques terroristes

Outre le TSPT, la littérature met fréquemment en évidence des taux importants de dépression, d'anxiété et de troubles paniques au sein de la population frappée par des attentats (Salguero et *al*., 2011). Carron et *al*. (2008) décrivent les différentes phases de réaction psychologique après un acte terroriste, ainsi que les facteurs de risque de développer des troubles psychiatriques, tels que le syndrome de stress post-traumatique, la dépression ou les troubles anxieux.

L’exposition à des événements violents et imprévisibles comme les attentats terroristes engendre des réactions anxieuses intenses au sein des populations (Vallet et Ferreri, 2007). Celle-ci se manifeste par des troubles du sommeil, une irritabilité accrue et des difficultés de concentration (Cénat et Derivois, 2014). Les personnes troublées par les affrontements présentent divers troubles tels que les comportements antisociaux, les troubles de stress post-traumatique (TSPT), la dépression, les psychoses, l'abus de substances, les troubles anxieux. Il peut s’agit également des maux de tête, des douleurs non spécifiques ou un malaise dans le torse et les membres, des étourdissements, une faiblesse et une fatigue, etc. (Adesina and Kanmodi, 2019b ; Bisson et *al*., 2015 ; McDonald, 2007). Une étude a été menée dans le centre-nord du Nigeria (Jos) auprès de personnes ayant été témoins de violences ethnoreligieuses. Cette étude a montré une association significative entre la violence et le trouble de

stress post-traumatique (TSPT) (Tagurum et *al*., 2014). La majorité (68,1 %) des participants ont déclaré éprouver une vigilance constante et être facilement effrayés, 67,6 % étaient dans le déni et évitaient de penser à la crise, 52,9 % éprouvaient un engourdissement et un détachement par rapport à leur environnement et 42,2 % avaient des cauchemars récurrents (Tagurum et *al*., 2014). Dans une autre étude menée auprès de victimes de traumatismes dans le centre-nord du Nigeria (communauté de Dogonahawa, État du Plateau) auprès de 266 participants, 47 % étaient chefs de famille et 53 % étaient des personnes à charge. 45,2 % des chefs de famille et 28,6 % des personnes à charge présentaient une dépression (Taru et *al*., 2018).

Bien que l'on puisse s'attendre à des réactions de panique ou d'agressivité, il est intéressant de constater que la réaction collective face aux attentats s'exprime le plus souvent par des élans de solidarité et de soutien mutuel. Ainsi, on observe fréquemment des dons de sang, de l'entraide spontanée pour secourir les victimes ou héberger les sinistrés (Lacy & Benedek, 2003).

Ces manifestations de résilience collective visent à limiter l'impact psychologique des attaques terroristes et à contrecarrer les objectifs des terroristes. La résilience peut s'observer à différents niveaux de la société (Carron et *al*., 2008) :

- Résilience individuelle : capacité de chaque personne à surmonter le traumatisme, en aidant spontanément les autres victimes et en se réunissant en groupes de soutien.
- Résilience sociétale : capacité de la société à maintenir ses habitudes et ses droits malgré la menace (comme reprendre les transports en commun ou assister à des événements publics).
- Résilience politique : capacité des institutions à dépasser l'événement traumatique et à rassembler la population. L'absence d'unité politique peut au contraire aggraver l'impact des attentats, comme l'ont montré les attentats de Madrid en 2004.

Ainsi, par ces différentes formes de résilience, les individus et la société dans son ensemble peuvent développer une capacité de réaction aux attentats qui constitue une véritable stratégie antiterroriste.

Les intervenants d'urgence (pompier, policier, militaire sont également exposés au risque de développer ; les taux de prévalence du trouble de stress post-traumatique variaient entre 1,3 et 16,5 %, les taux de dépression majeure se situaient entre 1,3 et 25,8 %, et les taux de troubles anxieux spécifiques étaient compris entre 0,7 et 14 %. (Wesemann et *al*., 2022). Les taux de prévalence les plus élevés ont été observés après les attaques du World Trade Center. Les facteurs de risque rapportés étaient le genre, l'absence de formation aux services d'urgence, la dissociation péri-traumatique, la proximité spatiale avec l'événement et l'isolement social. L'exposition directe n'est pas nécessaire pour développer des séquelles psychotraumatiques. Les études montrent que les populations non directement exposées peuvent également présenter des taux significatifs de troubles, de l'ordre de 3 à 15% de TSPT (Blanchard et *al*., 2004 ; Miguel-Tobal et *al*., 2006). L'identification aux victimes et l'hyper-exposition médiatique semblent jouer un rôle dans ces répercussions indirectes.

Selon Rigutto et al. (2021), l'anxiété est l'une des conséquences psychologiques les plus fréquentes après un événement traumatique. En situation de menace terroriste, un sentiment diffus d'insécurité et de peur envahit la vie quotidienne. La peur constante d'une attaque potentielle peut créer un climat d'hypervigilance et maintenir des niveaux élevés d'anxiété au sein de la population. La nature imprévisible et indiscriminée des attaques terroristes renforce le sentiment d'insécurité, entraînant une augmentation de l'anxiété et du stress chronique (Gregory et *al*., 2019). Des études ont montré que les résidents des zones touchées par les menaces terroristes ressentent souvent une angoisse diffuse et souffrent de troubles anxieux graves tels que le trouble de stress post-traumatique, les phobies ou les troubles paniques. Le caractère imprévisible et aveugle des attaques terroristes renforce le sentiment d'insécurité. Ne savoir ni où ni quand la prochaine attaque surviendra, augmente l'anxiété et le stress permanent (Gregory et *al*., 2019). Cette angoisse diffuse peut également se transformer en troubles anxieux sévères, tels que l'état de stress post-traumatique, les phobies ou le trouble panique (Hansen et *al*., 2013). Une recherche menée en Ouganda indique que les survivants des attentats de Kampala en 2010 présentent des niveaux élevés de stress post-traumatique et de dépression (Ssenyonga et *al*., 2021).

Les images et sons liés à l'attaque reviennent de manière envahissante dans leur quotidien. Une autre recherche montre que la prévalence du stress post-traumatique chez les étudiants exposés à des explosions à Kampala est de 12,5% (Musisi et *al*., 2014). Enfin, la consommation abusive d'alcool ou de drogues peut être utilisée comme stratégie d'évitement mal adaptative face aux souvenirs traumatiques (Sinanian et *al*., 2014).

Selon Bisson et *al*. (2010), les interventions précoces sont capitales pour prévenir le développement de troubles mentaux sévères. Les premiers secours psychologiques apportés dans les heures et jours suivant l'événement traumatique, comme l'écoute et la réassurance, peuvent atténuer l'impact psychologique. Pour les personnes présentant des troubles psychotraumatiques constitués, des thérapies spécialisées comme les thérapies d'exposition ou l'EMDR sont recommandées (McLean et *al*., 2013). Des programmes de soutien communautaire, impliquant les leaders locaux, sont également pertinents pour reconstruire le tissu social.

1.5.3. Appui psychosocial des victimes d'attaques terroristes

Les prises en charge précoces, dans les heures et jours suivant l'attentat, sont capitales pour prévenir le développement de psychotraumatismes sévères (Everly et *al*., 2006). Les premiers secours psychologiques (premiers soins, écoute, réconfort) auprès des victimes et des secouristes doivent être déployés rapidement sur les lieux de l'attaque. Les thérapies d'exposition, notamment le prolonged exposure (PE), sont considérées comme des traitements de première intention dans le trouble de stress post-traumatique (TSPT) lié à des événements traumatiques extrêmes comme des attentats terroristes (Foa et *al*., 2007). Le principe est d'exposer de manière répétée et contrôlée le patient aux souvenirs de l'événement traumatique afin de désactiver les réactions de peur. Plusieurs études valident l'efficacité du PE pour réduire les symptômes de TSPT chez des victimes directes ou indirectes d'attentats (Difede et *al*., 2007 ; Gillespie et *al*., 2002). Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), visant à modifier les pensées et comportements dysfonctionnels liés au trauma, ont démontré leur efficacité dans la prise en charge du TSPT après un attentat terroriste. Une étude a montré que la TCC permettait de réduire significativement les symptômes de TSPT et la dépression chez des victimes des attentats (Kar, 2011). L'EMDR (eye movement desensitization and

reprocessing) est une technique qui diminue l'intensité émotionnelle des souvenirs traumatiques grâce à des stimulations bilatérales alternées. Plusieurs recherches indiquent que l'EMDR est aussi efficace que les TCC ou l'exposition prolongée pour traiter le TSPT lié à des attentats (Jarero et al., 2011 ; Kemp et al., 2010). L'EMDR serait cependant plus rapide d'action que les autres méthodes. Les thérapies de groupe, rassemblant plusieurs victimes d'un même événement traumatique, permettent de reconstruire le lien social et de partager son expérience avec des pairs. Des études ont montré l'intérêt de groupes de parole ou de thérapies cognitivo-comportementales de groupe pour des victimes du terrorisme (Pariente, 2013). Le soutien mutuel et la cohésion qui se développent au sein du groupe sont thérapeutiques. Au-delà des interventions cliniques individuelles, le soutien social et communautaire est essentiel après un traumatisme collectif comme un attentat terroriste (Hobfoll et *al*., 2007). Il peut prendre la forme de services d'assistance sociale, de groupes de parole communautaires ou de campagnes d'information. Le soutien social atténue l'impact psychologique des événements traumatiques extrêmes.

En synthèse, cette revue de littérature a le mérite d'aborder les réactions des populations suite à un évènement traumatogène. Ces réactions sont variées, mais ce qui doit alerter est : une grande détresse, ou des idées noires/suicidaires, des troubles sans aucune amélioration, une perturbation importante de la vie professionnelle et/ou personnelle. La résilience, facteur clé pour qu'une personne retrouve une vie normale après avoir été touchée par un attentat peut permettre aux populations de se sentir encouragées, soutenues et aidées à retrouver confiance dans la force mentale et émotionnelle, même si cela dépend d'une personne à l'autre. Encourager la résilience en répondant aux besoins et en aidant les personnes à surmonter leurs difficultés leur permet de regagner un certain contrôle et contribue à leur récupération.

Même si les victimes ne parviennent pas à retrouver complètement leur indépendance, il est important de les aider à reprendre le contrôle de leur vie dans la mesure du possible, ainsi que de leur fournir toute assistance nécessaire. Des victimes résilientes dans une société résiliente constituent un objectif important. Cela demande également de répondre aux besoins des personnes autres que les victimes après un attentat, même si ces besoins sont beaucoup plus limités que ceux des victimes directes.

CHAPITRE II : CADRE DE LA RECHERCHE ET DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

2.1. Présentation du cadre de la recherche

2.1.1. Position géographique de la commune de Kérou

La commune de Kérou est une ville située dans le département de l'Atacora plus précisément dans le nord-ouest du Bénin. Elle est localisée entre 1° 26’ et 2°16’ de longitude Est et entre 10° 26’ et 11° 23’ de latitude Nord comme le montre la figure 1 ci-dessous.

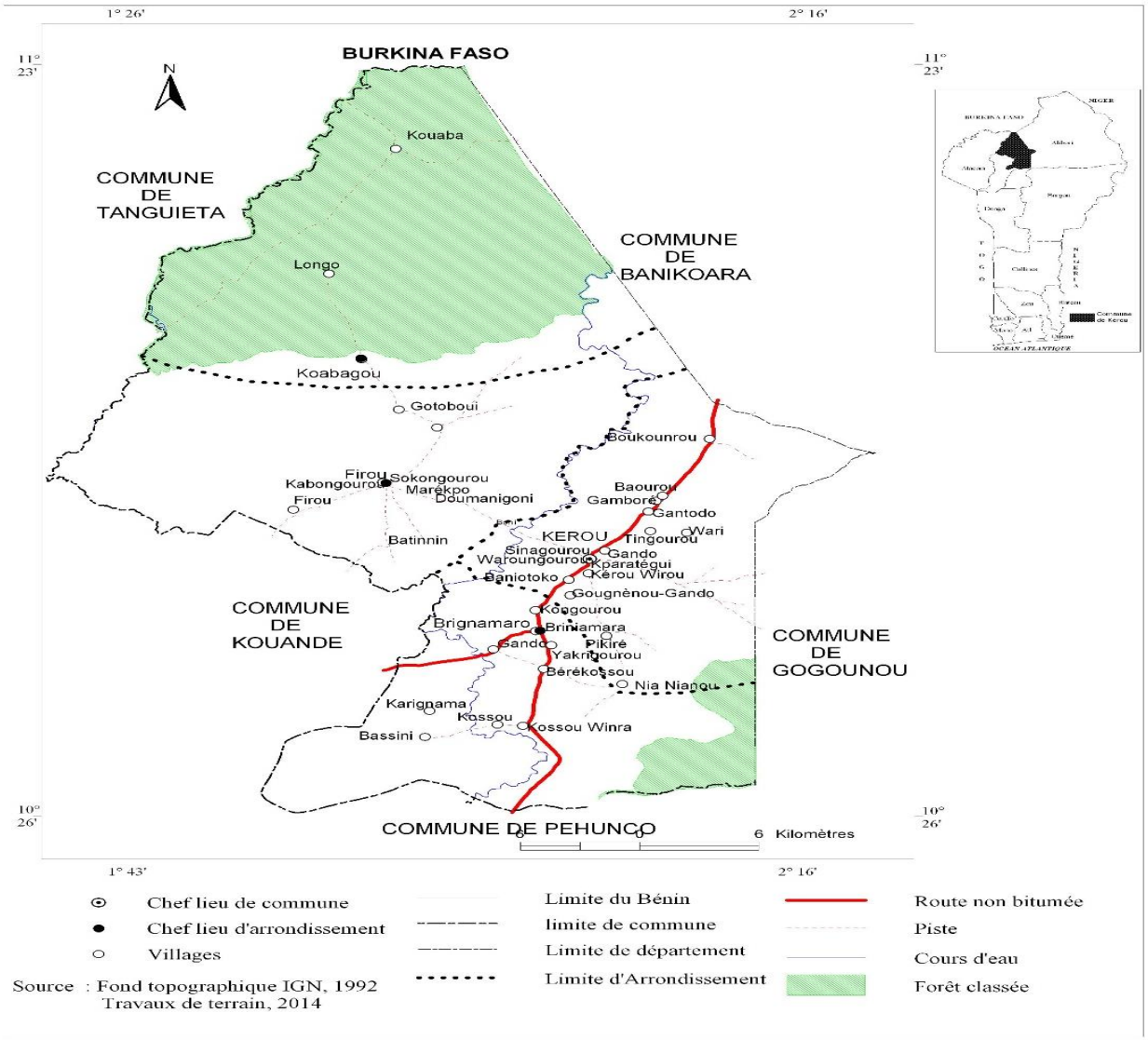


Figure 1: Localisation et situation administrative de la Commune de Kérou

Administrativement le chef-lieu de la Commune du même nom, la Commune de Kérou comprend trois autres arrondissements : Brignamaro, Kaobagou et Firou. Elle compte quarante-trois villages et quartiers de ville, avec une population de plus de 110

000 habitants (RGPH4, 2014). Les principales communautés ethniques présentes sont les Bariba, Gourmantché, Dendi et Peulh. Les langues parlées sont le français et le baatonu. Les principales cultures alimentaires sont l'igname, le mil et le sorgho. La commune s'étend sur une superficie de 3745 km2 et est bien entourée par trois autres départements du nord du Bénin. Au nord, on trouve la République du Burkina Faso, et au nord-ouest, la commune de Tanguiéta. Vers l'ouest se trouve Kérou, avec une vue sur la partie terminale de la chaîne de l'Atacora. Au sud, on trouve la commune de Péhunco, et au sud-est, les communes de Sinendé dans le département du Borgou. À l'est, on trouve les communes de Banikoara et de Gogounou du département de l'Alibori.

Le climat de Kérou est de type soudano-guinéen, avec une saison des pluies allant de mi-avril à mi-octobre et une saison sèche de mi-octobre à mi-avril (RGPH4, 2014). Le relief varie de 177 à 517 mètres d'altitude par rapport au niveau de la mer, avec des zones marécageuses, des bas-fonds et une végétation de savane arborée. Kérou possède des attraits touristiques, notamment la vue sur une partie de la chaîne de l'Atacora à l'ouest, ainsi qu'une zone cynégétique intégrée au parc national de la Pendjari, qui offre une flore riche et diversifiée (Oumorou, 2023). Un projet d'aménagement et de bitumage de la route Djougou, Pehunco, Kerou, Banikoara, d'une longueur de 212 km, est en cours de réalisation pour faciliter l'accès à la commune.
Depuis juin 2020, Kérou est administrée par le maire Herman Imali Djetta. Dans le cadre du Programme d'Actions du Gouvernement 2016-2021, plusieurs villages de la commune ont bénéficié de microcentrale photovoltaïque et de châteaux d'eau, notamment les villages de Kaobagou, Firou et Fétéko. (*Source : site officiel du gouvernement béninois*).

2.1.2. Organisation administrative

Le Conseil Communal, composé de 17 membres, est à la tête de l'administration locale et est présidé par un Maire élu. Ce Conseil joue un rôle important dans la prise de décisions concernant la gestion et le développement de la commune. L’organisation administrative de la Commune comprend des positions et des services communaux. Les principales positions sont celles du maire, le Secrétariat Exécutif. Au nombre des services, on dénombre :

- Le Service des Affaires Financières et Économiques (SAFE) ;
- Le Service du Développement Local, Planification et Coopération (SDLPC) ;
- Le Service Technique (ST) ;
- Le Service des Affaires Foncières, Domaniales et Environnementales (SADE);
- Le Service de l'Information, de la Communication, des Archives et de documentation (SICAD) ;
- Le Service de l'État Civil et de la Population (SECP) ;
- Le Service des Affaires Générales (SAG) ;
- Le Service de Transmission (STr)

La gouvernance locale est assurée par un organe communal et des organes infra-communaux élus d'une part par les organisations de la société civile et d'autre part par des structures de base. L'organe communal est dirigé par un bureau de trois membres qui sont le Maire et ses deux Adjoints qui s'adjoignent aux six Chefs d'Arrondissement pour former la municipalité. Pour faciliter la prise des décisions, tenant compte des vraies préoccupations des populations, des Conseils d'Arrondissements sont tenus conformément aux prescriptions de la loi de la décentralisation. Chaque conseil d'arrondissement est composé du Chef d'arrondissement, des chefs de village de l'arrondissement et des conseillers communaux provenant de l'arrondissement. Au sein de chaque conseil d'arrondissement existent des conseils de village ou de quartiers de ville.

2.1.3. Organisations socioéconomiques et culturelles

Malgré l'élan de mécanisation, les pratiques agricoles restent très peu modernes dans la Commune de Kérou, avec l'usage fréquent des outils rudimentaires. Les techniques culturales utilisées sont demeurées la culture itinérante sur brûlis et l'usage d'une importante quantité d'herbicides et de pesticides avec ses conséquences néfastes sur le sol. L'usage des herbicides et pesticides constitue actuellement une grave menace pour la gestion des aires protégées. La Commune de Kérou se spécialise de plus en plus dans les productions vivrières avec les céréales, les racines et tubercules et les principales cultures pratiquées sont : le coton, le maïs, le manioc, l'igname, le sorgho et l'arachide. On note également dans la Commune de Kérou le développement des cultures de rente comme le cajou et le karité. Bien qu'aucun chiffre officiel ne soit

disponible du côté du CeRPA sur ces spéculations, les informations obtenues auprès des unions de producteurs de ces cultures indiquent que Kérou dispose de noix de cajou de très bonne qualité et est l'une des premières exportatrices de noix de cajou du département avec plus de 100 000 tonnes par an. Des différentes investigations sur le terrain lors des diagnostics au niveau arrondissement, il ressort que les principaux problèmes qui minent ces secteurs sont entre autres :

- La divagation des animaux domestiques,
- Le non-respect des couloirs de transhumance,
- Les conflits agriculteurs éleveurs,
- La non-organisation des filières,
- L'insuffisance de l'encadrement et du suivi sanitaire des animaux.

2.2. Raison du choix du cadre de la recherche

La raison du choix de la commune de Kérou comme cadre de notre recherche se justifie principalement à cause de la situation sécuritaire. Elle est une commune victime de multiple attaque djihadiste créant ainsi une instabilité et insécurité au sein de la population. Le 5 novembre 2022, à Kaobagou, l'un des arrondissements de Kérou, des individus armés ont enlevé plusieurs jeunes. Ces enlèvements ont créé une atmosphère de peur et d'insécurité dans la région, laissant la population locale vulnérable et traumatisée. Par ailleurs, le 1er mai 2023, une attaque similaire a eu lieu, menée par plusieurs groupes d'hommes à moto et bien armés. Cette attaque a entraîné la mort de sept jeunes, tous égorgés. Pour ne rien arranger, le 7 mai 2023, à Kaobagou, une bombe artisanale placée sous un cadavre a explosé. Cette explosion a causé la mort de deux personnes et a blessé plusieurs autres. Cette attaque démontre la sophistication croissante des tactiques utilisées par les groupes armés, mettant en danger la vie des habitants de Kérou. Le 10 mai 2023, à Djoléni (Firou à Kérou), vers 23h, des groupes d'hommes armés ont attaqué la région, enlevant plusieurs jeunes qui ont été ligotés. Malheureusement, l'un d'entre eux a été égorgé. Ces événements tragiques soulignent l'urgence de comprendre la situation dans la commune de Kérou. Il est essentiel d'étudier les causes profondes de cette insécurité croissante, d'identifier les acteurs impliqués et de proposer des solutions pour rétablir la paix et la stabilité

dans la région. (*Sources : habitants de la commune Kérou et communiqués officiels du gouvernement du Bénin*)

2.3. Démarche méthodologique

2.3.1. Nature de la recherche

L'étude menée sur les populations de Kérou confrontées aux attaques terroristes a adopté une approche méthodologique mixte, combinant des méthodes qualitatives et quantitatives. Cette approche a été choisie pour permettre une compréhension holistique des traumatismes psychologiques subie par ces populations. En intégrant à la fois des éléments qualitatifs et quantitatifs, nous avons pu obtenir une vue d'ensemble et explorer les aspects émotionnels, psychologiques et sociaux liés aux traumatismes psychologiques causés par les attaques terroristes. L'avantage de cette approche réside également dans la validation des résultats obtenus. En combinant les méthodes, les conclusions ont été renforcées en termes de fiabilité et de validité. Les données chiffrées et les tendances générales fournies par les méthodes quantitatives ont été complétées par des détails et des explications riches provenant des expériences personnelles des individus grâce aux méthodes qualitatives.

L'une des forces majeures de l'approche qualitative a été l'analyse approfondie des facteurs de risque associés au développement de traumatismes psychologiques chez les populations confrontées aux attaques djihadistes. En effectuant des entretiens individuels ou en groupe, les chercheurs ont pu explorer en profondeur les expériences vécues par les personnes affectées et identifier des facteurs de risque spécifiques.

La période de recherche s'est étendue de décembre 2022 à juin 2023, couvrant ainsi une durée de six mois. Cette période a été jugée suffisante pour comprendre les effets à court terme des attaques terroristes sur les populations de la commune de Kérou et pour identifier les facteurs de risque qui pourraient être associés au développement de traumatismes psychologiques.

En utilisant cette approche méthodologique mixte et en menant l'étude sur une période de six mois, nous avons pu obtenir une compréhension approfondie et globale des traumatismes psychologiques subis par les populations de Kérou suite aux attaques terroristes, mettant ainsi en lumière les effets immédiats de l'angoisse et les facteurs de risque pertinents dans ce contexte spécifique.

2.3.2. Population d'enquête

La population est le groupe que l'on étudie. Plus spécifiquement, elle est l'ensemble des unités qui définissent l'objet d'étude. Dans le cadre de notre recherche, la population cible est composée par l'ensemble des populations de Kérou ayant directement ou indirectement été affectés par des attaques djihadistes. Il s'agit également des spécialistes en santé mentale et les spécialistes des questions de sécurité.

2.3.3. Choix des personnes interviewées

Pour constituer l'échantillon de cette recherche de façon crédible, des critères sont définis pour garantir la pertinence et la validité des données recueillies.

Premièrement les critères d'inclusion nous ont permis de sélectionner des personnes ressources à savoir : les secouristes (agents des forces armées béninoise, dans le but d'obtenir à partir des échanges sur cette problématique, des informations réelles sur des attaques terroristes, et d'identifier l'une des localités ayant enregistré un nombre important de victimes. C'est ainsi que sur la base des informations reçues auprès de ces militaires, que la commune de Kérou a été ciblée) ; les victimes directes (personnes ayant été directement touchées par une attaque terroriste, qu'elles aient subi des blessures physiques ou des traumatismes psychologiques) ; les témoins oculaires (personnes qui ont été présentes sur le lieu de l'attaque et ont assisté à l'évènement) ; la famille des victimes (membres de la famille proche des victimes assassinées dans une attaque terroriste) ; les survivants (personnes ayant survécu à une attaque terroriste et disposées à partager leur expérience); les experts en sécurité, protection sociale et catastrophes (l'Agence Nationale de Protection Civile du Bénin, la croix rouge, le centre de protection sociale, les chercheurs).

Deuxièmement à travers les critères d'exclusion, l'échantillon a éliminé certaines catégories de personnes telles que : Personnes en état de choc post traumatique aigu : individu présentant un état de stress post traumatique qui pourrait être exacerbé par une interview ; les personnes n'ayant aucun lien direct ou indirect avec une attaque terroriste ; les personnes refusant de donner un consentement éclairé pour participer à l'étude. Cette sélection a permis de recenser la diversité des expériences et des

réactions traumatiques. À cet effet, la technique d'échantillonnage à choix raisonné et la boule de neige ont facilité la sélection de ces victimes recherchées. À travers l'échantillonnage à choix raisonné, nous avons rencontré et écouté non seulement les autorités locales de la commune de Kérou à savoir le Maire, les Chefs d'Arrondissement, mais aussi les structures nationales et internationales qui s'investissent dans la question de la sécurité humanitaire telles que l'ANPC ; le centre de promotion sociale ; les professionnels de la santé mentale, la croix rouge. À chaque entretien avec une autorité, nous lui demandons de nous indiquer les maisons et les personnes victimes d'attaques terroristes pouvant être retenues dans l'échantillon de cette recherche. C'est ainsi que par l'effet de « boule de neige », les personnes victimes des effets d'attaques terroristes ont été identifiées et entretenues. Ces techniques déployées nous ont permis d'atteindre une taille de 146 participants avec le seuil de saturation pour le compte de cette recherche.

2.3.4. Techniques et instruments de recueil des données

Pour atteindre les objectifs de cette étude, il a fallu d'opérer la collecte sur plusieurs phases. Dans un premier temps, nous avons mené des entretiens individuels approfondis avec les participants sélectionnés. Les entretiens ont été enregistrés avec le consentement des participants et transcrits intégralement pour faciliter l'analyse ultérieure. Nous avons posé des questions ouvertes pour permettre aux participants de partager leurs expériences, leurs émotions, leurs réactions et leurs stratégies d'adaptation face aux attaques terroristes.

Nous avons complété la collecte de données qualitatives par un questionnaire qui a permis de mesurer les niveaux d'angoisse et de traumatismes psychologiques des participants. Ces questionnaires ont été administrés individuellement et de manière confidentielle, en respectant les protocoles éthiques.

2.3.4.1. L'étude documentaire

La quête de documentation est l'un des travaux importants dans toute recherche scientifique. Elle consiste à analyser les différents documents de base traitant du psychotraumatisme afin de noter la conformité entre les données théoriques et leurs aspects observés sur le terrain. L'étude documentaire est donc le dépouillement d'archive qui, de par leur caractère confirmatif, est tout documenté et sélectionné selon

une stratégie bien précise et traitée comme une donnée de la recherche, au même titre que le discours recueilli par l'interview (Ketele et Rogers, 1991). Elle a consisté dans le cadre de ce travail à consulter certains documents relatifs à la question du psychotraumatisme et les stratégies de traitement mises en œuvre pour sa guérison et sa prévention.

Ces documents nous ont permis d'avoir une large connaissance de notre question de recherche. Ils sont entre autres des thèses, des livres, des articles scientifiques, des revues, des mémoires et rapports d'activités ayant abordé le traumatisme psychique. Toute cette documentation a été complétée par des informations recueillies sur internet. Tout ceci nous a permis de faire l'état des lieux et de mieux appréhender les psychotraumatismes et les stratégies de traitements proposées par les auteurs. Cette documentation a été réalisée grâce à une grille de lecture comme outil correspondant à cette technique.

2.3.4.2. L'entretien semi-structuré

Pour recueillir des données qualitatives approfondies sur les expériences, les émotions, les réactions et les conséquences psychologiques des participants confrontés aux attaques terroristes dans la commune de Kérou, nous avons utilisé une méthode d'entretien semi-structuré. Cette approche nous a permis d'explorer en profondeur les dimensions subjectives des traumatismes psychologiques et de recueillir des récits détaillés et nuancés.

L'entretien semi-structuré est caractérisé par un ensemble de questions ouvertes préparées à l'avance, tout en offrant la flexibilité nécessaire pour approfondir les sujets pertinents évoqués par les participants. Cela nous a permis d'adapter l'entretien en fonction des réactions et des récits spécifiques de chaque individu, favorisant ainsi une exploration riche et approfondie de leurs expériences.

Voici les principales caractéristiques de l'entretien semi-structuré :

- Guide d'entretien : Nous avons élaboré un guide d'entretien préliminaire comprenant une liste de questions ouvertes couvrant des thèmes clés tels que les attaques terroristes, l'angoisse, les symptômes traumatiques, les réactions émotionnelles, les stratégies d'adaptation et les besoins de soutien psychologique. Ce guide a servi de point de départ pour chaque entretien, mais

il a été ajusté et personnalisé en fonction des réponses et des récits des participants.

- Flexibilité : Pendant les entretiens, nous avons accordé une grande importance à l'écoute active et à la réceptivité aux expériences des participants. Cela nous a permis de poser des questions de suivi pertinentes pour approfondir certains aspects et de laisser la place à des récits spontanés qui pouvaient émerger. Nous avons également encouragé les participants à partager leurs émotions, leurs pensées et leurs réflexions, créant ainsi un espace d'expression authentique.
- Confidentialité et empathie : Nous avons établi un climat de confiance et de confidentialité avec les participants, en expliquant clairement le but de l'entretien et en assurant la confidentialité de leurs réponses. Nous avons fait preuve d'empathie et de respect tout au long de l'entretien, reconnaissant la sensibilité des sujets abordés et encourageant les participants à s'exprimer librement.
- Durée et enregistrement : Les entretiens ont eu une durée variable en fonction des besoins et de la disponibilité des participants. Ils ont été enregistrés avec leur consentement préalable afin de garantir l'exactitude des données recueillies et d'éviter toute perte d'information.

L'utilisation de l'entretien semi-structuré nous a permis d'obtenir des données qualitatives riches et contextualisées sur les expériences et les conséquences psychologiques des populations confrontées aux attaques terroristes dans la commune de Kérou. Ces données ont contribué à une compréhension approfondie des traumatismes psychologiques vécus et ont été complétées par d'autres méthodes de collecte de données, telles que les observations participantes et l'analyse documentaire.

2.3.4.3. Le questionnaire

Pour recueillir des données quantitatives sur les niveaux d'angoisse et de traumatismes psychologiques des participants, nous avons utilisé un questionnaire spécialement conçu à cet effet. Le questionnaire a été administré individuellement et de manière confidentielle, en respectant les protocoles éthiques établis.

Le questionnaire était composé de plusieurs sections, chacune visant à évaluer différents aspects des traumatismes psychologiques et de l'angoisse liés aux attaques

terroristes. Les questions ont été formulées de manière claire et concise pour faciliter la compréhension et les réponses des participants.

Voici les principales sections du questionnaire :

- Informations démographiques : Cette section comprenait des questions sur l'âge, le genre, le niveau d'éducation, la profession et d'autres variables démographiques pertinentes. Ces informations ont permis de mieux caractériser l'échantillon de participants et de repérer d'éventuelles différences dans les réponses en fonction de ces variables.
- Évaluation des symptômes d'angoisse : Les questions portaient sur les symptômes physiques, cognitifs et émotionnels associés à l'angoisse.
- Évaluation des traumatismes psychologiques : Les questions abordaient les symptômes traumatiques tels que les flashbacks, l'évitement et l'hyperactivité.
- Mécanismes d'adaptation et de soutien : Cette section explorait les mécanismes d'adaptation et de soutien utilisés par les participants pour faire face aux traumatismes psychologiques. Les questions portaient sur les stratégies d'adaptation, les ressources sociales disponibles et l'utilisation de services de soutien psychologique.

Le questionnaire a été administré en présence d'un chercheur formé, qui a expliqué les consignes et répondu aux éventuelles questions des participants. Les réponses ont été enregistrées et traitées de manière confidentielle pour garantir la protection des données.

L'utilisation de ce questionnaire nous a permis d'obtenir des mesures quantitatives des niveaux d'angoisse et de traumatismes psychologiques dans notre échantillon de participants. Ces données ont complété les informations qualitatives recueillies lors des entretiens individuels et des groupes de discussion, contribuant ainsi à une compréhension globale des conséquences psychologiques des attaques terroristes dans la commune de Kérou.

2.3.5. Instruments et méthodes d’analyse des données

Pour analyser les données qualitatives, nous avons utilisé une approche d'analyse de contenu thématique. Les transcriptions des entretiens et des groupes de discussion ont

été examinées de manière approfondie, et des codes ont été attribués aux unités de sens pertinents. Les codes ont ensuite été regroupés en catégories et en thèmes émergents, permettant ainsi d'identifier les principaux motifs et les expériences partagées par les participants.

Pour les données quantitatives, nous avons effectué des analyses statistiques des questionnaires afin de déterminer les niveaux d'angoisse et de traumatismes psychologiques moyens dans notre échantillon. Des analyses comparatives ont également été réalisées pour examiner les différences éventuelles entre les sous-groupes de participants.

2.3.6. Difficultés éprouvées et limites de la recherche

- Le traumatisme subi par certaines victimes a parfois compliqué leurs confidences ainsi que la remémoration précise des événements. Afin de créer un climat propice à leur expression, nous avons pris le temps d'instaurer une relation de confiance avant d'aborder les sujets sensibles, en adoptant une posture d'écoute empathique et bienveillante.
- Par ailleurs, la peur et la méfiance régnant au sein de la population impactée ont constitué un défi considérable. Pour surmonter les barrières culturelles et linguistiques rencontrées avec certains enquêtés, nous avons sollicité l'aide d'un interprète maîtrisant les langues locales ainsi que les codes sociaux de cette communauté.
- Les limites de la recherche :
    - ❖ Accès limité à certain lieu et certaines données sur les attaques terroristes ;
    - ❖ Informations incomplètes ou difficiles à obtenir ;
    - ❖ Les informations sensibles ne sont accessibles pour des raisons de sécurité nationale ou de protection des sources ;
    - ❖ Les médias peuvent être biaisés dans leur couverture des attaques terroristes, donnant plus d’importance à certains types d’attaques ou de groupes terroristes ;
    - ❖ La manipulation ou le filtrage des informations sur les attaques terroristes pour des raisons politiques ;

DEUXIÈME PARTIE

PRÉSENTATION, ANALYSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS

CHAPITRE III : PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE

3.1 Informations démographiques

L'étude a été menée auprès de 146 participants résidant dans la commune de Kérou. La répartition par sexe était de 105 hommes (71,90%) et 41 femmes (28,10%).

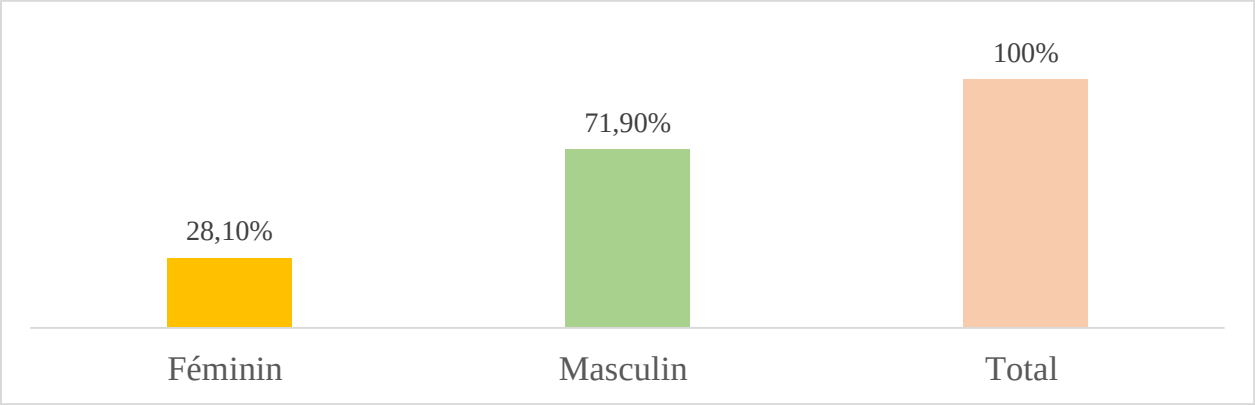


Figure 2: Répartition des personnes enquêtées selon le sexe

Source : données d'enquête de terrain de décembre 2022 à juin 2023

L'âge des participants variait entre 12 et plus de 60 ans. La tranche d'âge de 26 à 39 ans est la plus représentative avec une moyenne maximale de 26,72% de la population enquêtée. La moyenne minimale est de 7,76%. Dans cette localité, l'islam occupe une grande place (66,44%).

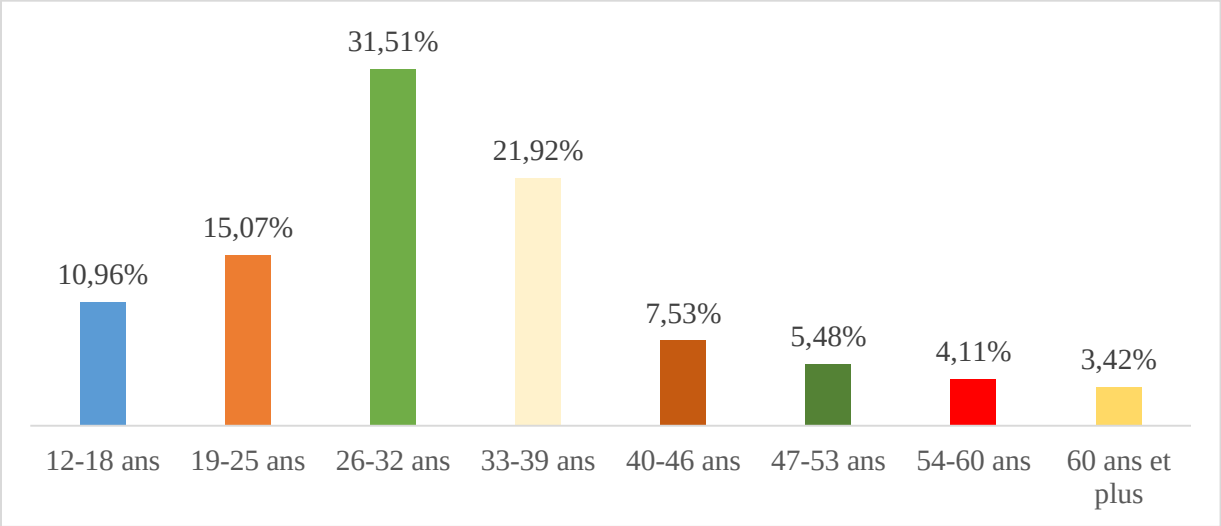


Figure 3: Répartition des personnes enquêtées selon l'âge

Source : données d'enquête de terrain de décembre 2022 à juin 2023

Concernant la proximité des attaques terroristes, 64 participants (43,8%) résidaient à moins de 1 km du lieu d'une attaque, 52 (35,60%), et 30 participants (20,60%) à plus de 3 km. Parmi les participants, 18 participants (12,33%) étaient des rescapés directs d'une attaque terroriste ou avaient été témoins oculaires d'une attaque, 37 enquêtés (25,34%) avaient observé les scènes macabres juste après une attaque, et 43 enquêtés (29,45%) n'avaient appris les attaques que de manière indirecte.

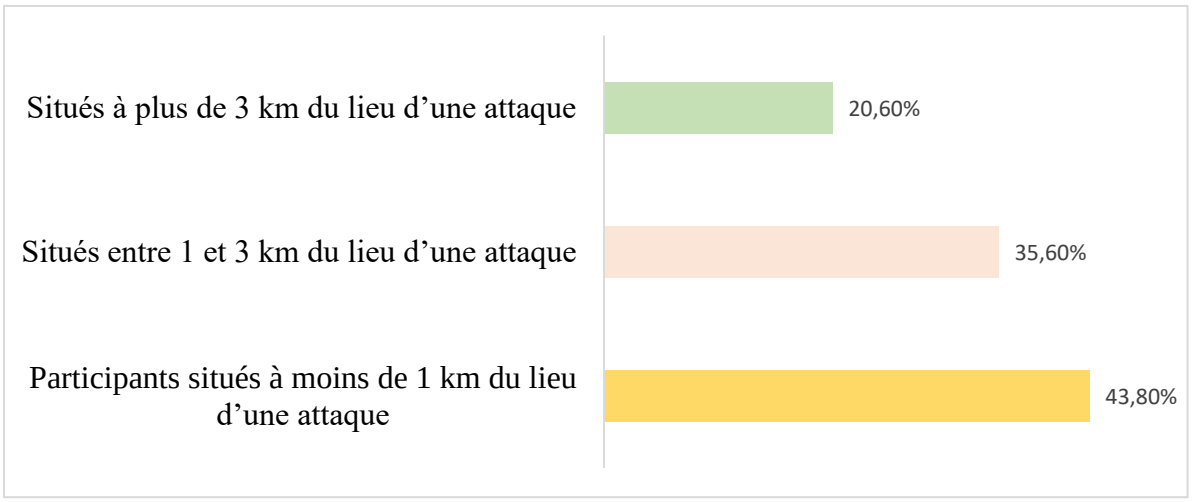


Figure 4: Répartition des personnes enquêtées selon la distance par rapport au lieu des attaques

Source : données d'enquête de terrain de décembre 2022 à juin 2023

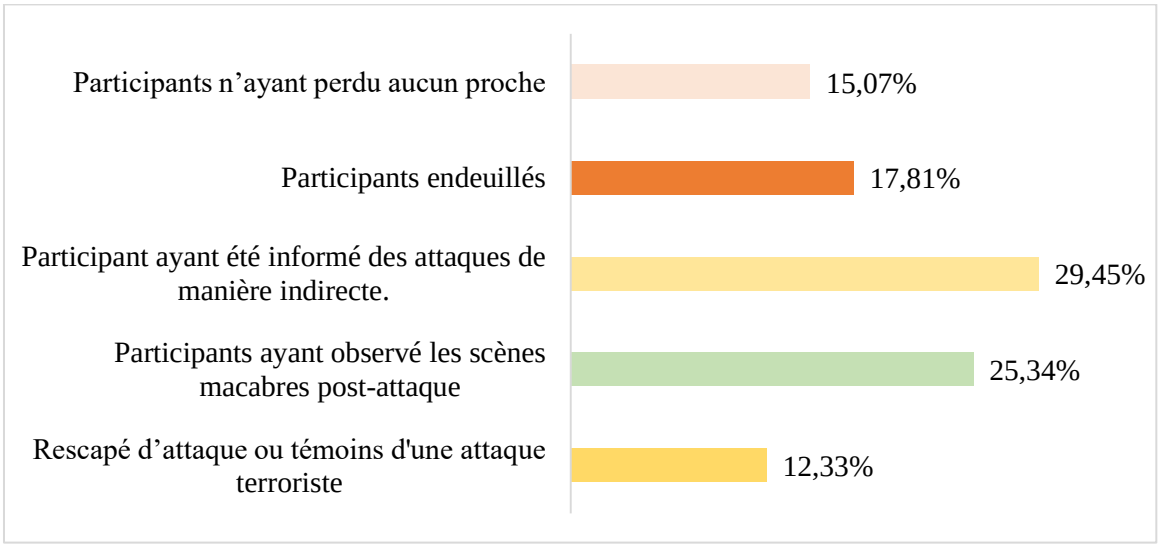


Figure 5: Répartition des personnes enquêtées selon les types de participants à l'enquête

Source : données d'enquête de terrain de décembre 2022 à juin 2023

Ces données donnent un aperçu concis des caractéristiques démographiques des participants à l'étude. Elles situent les participants par rapport à leur niveau d'exposition directe ou indirecte aux attaques terroristes. L'échantillon présente une distribution équilibrée en termes de sexe et d'âge, et inclut à la fois des personnes directement touchées par les attaques et d'autres n'ayant vécu les évènements que de manière indirecte.

3.2. Contexte actuel des attaques terroristes et vécues de quelques victimes

Cette section indique d'abord les sites et les types d'attaques dans différentes localités de la commune de Kérou. Il s'agit des arrondissements de Kaobagou et Firou, les villages de Gorobani et Gando. Comme l'indique la figure ci-dessous :

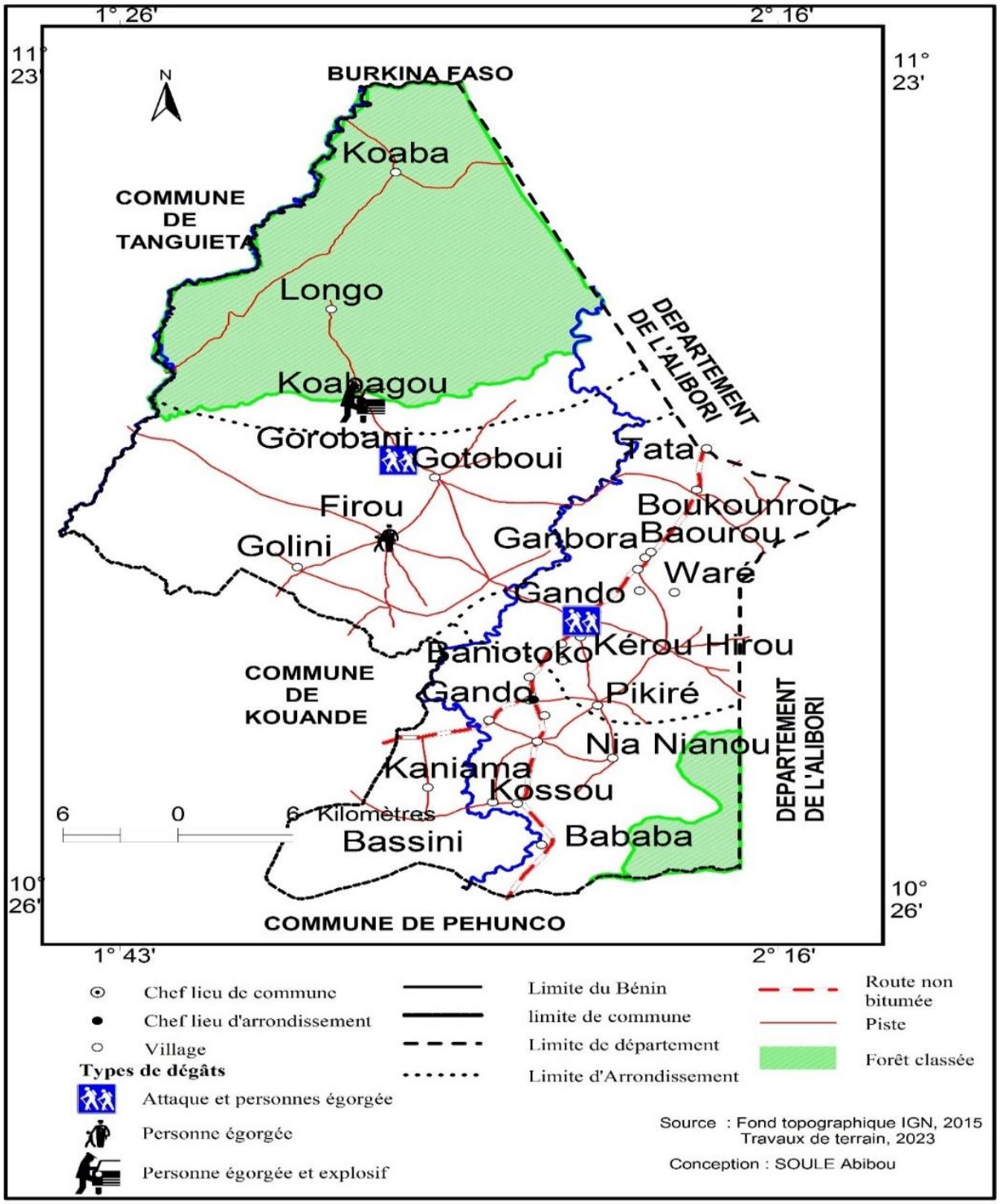


Figure 6: Localisation des sites et types d'attaques dans la Commune de Kérou

Source : données d'enquête de terrain de décembre 2022 à juin 2023

Ensuite elle présente les récits des autorités de la région (autorité de la mairie, chef d'arrondissement, chef de village, responsable de radio, Croix Rouge, le Projet ARCH, et CPS) par rapport au contexte sécuritaire à Kérou. Elle présente également les

témoignages poignants de quelques participants directement ou indirectement confrontés à la violence extrême des attaques terroristes. Leurs récits permettent de donner chair à cette horreur et d'appréhender l'ampleur des traumatismes subis**.**

Concernant le contexte, les participants enquêtés mentionnent d'entrer la quiétude et la stabilité qui a toujours caractérisé la commune de Kérou.

> *« …Ce qui s'est passé et ce que nous avons vu dans ces attaques djihadistes est très horrible, du jamais vu dans notre milieu, difficile à expliquer. L'homme était une sécurité pour son prochain, il circulait en toute quiétude à n'importe quelle heure, mais aujourd'hui l'homme est devenu un animal de brousse qu'il faut abattre à tout prix. Des hommes égorgés comme des poulets ou moutons devant leurs épouses et enfants. Ce qui est bizarre, les gorges de ces personnes égorgées sont retirées. Nous vivons dans une peur totale, puisqu'on ne sait pas le tour de qui viendra demain. Nous sommes très angoissés et vivons dans le qui-vive… »*

Propos de C. A., autorité et cultivateur à Kaobagou, 42 ans.

L'analyse de ce discours témoigne de la présence de la peur, l'angoisse voire le traumatisme que vivent la population suite aux attaques terroristes

> *« … Nous avons toujours vécu en paix ici. Nos enfants allaient et venaient comme bon leur semblait. Ici, la majorité de la population vit des travaux champêtres. Donc, un chef de famille pouvait sortir de sa maison tôt le matin pour le champ et laisser sa famille à la maison sans être angoissé pour leur sécurité. Nous voyagions dans la nuit sans inquiétude. Mais depuis 3 ans, beaucoup de choses ont changé. Nous nous sentons permanemment menacés. Et cela a commencé avec la mort d'un policier brulé vif… »*

Propos de Monsieur T.B., autorité de la commune de Kérou, 39 ans.

Cet extrait démontre à travers ces révélations, une paix qui régnait dans leur milieu, mais perturbée par un fait traumatisant.

> *« …La population ne se sent plus en sécurité malgré la présence des forces de sécurité. D'ailleurs, ces derniers aussi ne sont pas dans de bonnes conditions pour assurer notre sécurité. Leurs besoins primaires ne sont pas bien pris en charge et leurs équipements face à ceux des terroristes sont aussi limités… » Une défense qui ne rassure pas pour autant la sécurité*

Pour monsieur S.D., cultivateur de 39 ans, il a été blessé par balle lors d'une attaque à Kaobagou :

Cet extrait explique l'insécurité dans le milieu, la peur et la faiblesse du dispositif sécuritaire.

> *« …Ce jour-là, je revenais du champ plus tôt que d'habitude. Soudain, j'ai entendu des détonations et vu des gens courir dans tous les sens en hurlant. J'ai senti une violente douleur à la jambe et je me suis effondré par terre. J'ai rampé tant bien que mal jusqu'à un arbre pour me mettre à l'abri. J'entendais des cris, des tirs, c'était la panique. J'ai vu un de mes amis s'écrouler après avoir reçu une machette sur la tête, les yeux écarquillés... J'étais certain que j'allais aussi y rester. Je ne pouvais que prier Allah, en attendant que ça se termine, impuissant. Ce qui s'est passé et ce que nous vivons n'est pas la joie. Nous n'avons plus la paix du cœur. » instabilité, insécurité au sein de la population. »*

Récit de Monsieur Y. G., cultivateur âgé de 41 ans qui partage son vécu à Kaobagou.

Cet extrait explique l'insécurité, l'instabilité au sein de la population

L'un de ses proches affirme :

> *« …Cette situation nous dépasse. Nous ne savons plus quoi faire sauf nous remettre à Dieu. Nous avons une forêt sacrée où se trouvent les divinités que nos ancêtres vénéraient. Mais depuis un moment l'État nous a interdit l'accès à ce lieu. Or nous sommes convaincus que ces forces endogènes, nos fétiches guerriers peuvent nous servir dans notre lutte contre le terrorisme... »*

Cet extrait témoigne une croyance aux forces endogènes pour la contribution aux luttes contre le terrorisme.

Pour monsieur A.R., cultivateur de 41 ans, il a été grièvement blessé dans une explosion rapporte :

> *« … Ces individus n'ont plus rien d'humain. J'étais aux champs quand j'ai entendu des bruits que je ne comprenais pas. J'étais là quand un voisin est venu m'informer de ce qu'il s'était passé quelque chose de grave. À mon arrivée, c'était le bazar total. Des corps découpés et des pleurs en n'en point finir. C'était vilain et horrible. J'étais découragé. Quel nouveau et malheureux vent nous frappe ainsi ? Telle était la question que je me posais sans cesse. Des attaques sur attaques, soldées par des corps sans vie, sans savoir pourquoi ils font cela, difficile à expliquer. Ce qui s'est passé fait que nous n'avons plus le goût à la vie, puisqu'à tout moment tu peux perdre ta vie ou un proche par assassinat… »*

Ce récit montre une perte de goût à la vie.

Monsieur T. J., cultivateur ayant assisté des attaques horribles par les terroristes. Outre les civils, les agents des forces de l'ordre sont également exposés à ces attaques. Certains gardent des expériences et de profonds souvenirs douloureux en honneur de

leurs collègues militaires, policiers, dont certains tombés sont au front, assassinés, d'autres s'en sont sortis avec un des membres amputés :

> *« …Nous étions en patrouille de routine avec mes collègues. Nous avons été pris en embuscade, des explosifs et des terroristes qui se cachaient au bord de la rivière. Mes collègues qui étaient dans le premier pic up sont tous calcinés, ceux du pic up suivant tués par balle et décapités. C'était très difficile et horrible. J'avais un coéquipier qui venait d'être père. Il était censé rentrer le lendemain pour voir son fils. Il était tout joyeux et excité de rentrer et de retrouver sa famille. Malheureusement... Malgré notre formation, difficilement l'on tenait de rester après avoir vu cette attaque... difficile, mais la vie continue…c'est déplorable, quel serait l'avenir des enfants de ses soldats tombés au front ? … »*

Chef A. C., militaire ayant tombé dans une embuscade et s'en est sorti avec un pied amputé. Ces récits témoignent des faits d'insécurité, d'instabilité qui déstabilisent profondément la personnalité des participants confrontés directement à ces horribles scènes.



Figure 7: Agent de sécurité amputé au pied des suites des balles reçues lors des attaques

Source : données d'enquête de terrain de décembre 2022 à juin 2023

> *J'ai eu la visite d'un collègue d'arme vers 19h et quart, qui sentait des maux de ventre depuis environ 3 jours. Le temps qu'il entre dans ma cachette pour lui administrer des soins, il reçut une balle au pied. La peur et la grande douleur éteignent les maux de ventre… Nous sommes sauvés grâce au couvre-feu de nos collègues qui ont entendu le bruit des tirs ne sachant au juste ce qui s'est passé. Nos moyens sont limités, mais on fait avec.*

Chef B. S. B. participant militaire ayant été témoin oculaire de scène traumatisant. Son récit montre l'insécurité, la peur et les moyens limités pour la défense et la sécurité.

« Il y avait une bonne collaboration entre la population et les forces de sécurité, mais nous avons su que notre position est souvent donnée aux djihadistes par des individus au sein de la population. Ce qui créa une méfiance totale entre les forces de sécurité et la population. Il n'y a plus de couvre-feu, l'ennemi vit parmi nous… c'est déplorable.

Des individus malintentionnés s'enrichissent sur la vie de leur propre parent à travers la livraison des bidons d'essence et de bouillie aux terroristes ».



Figure 8: Bidon d'essence et bidon de bouillie livrés quotidiennement aux terroristes
Source : données d'enquête de terrain de décembre 2022 à juin 2023

Ces récits traduisent l'horreur des violences subies. Leurs mots utilisés pour décrire ces évènements laissent entrevoir les conséquences psychiques désastreuses infligées par ces violences aveugles.

3.3. Impacts psychologiques des attaques terroristes à Kérou

3.3.1. Une angoisse permanente

Dans cette section, nous nous sommes concentrés sur l'analyse approfondie des niveaux d'angoisse parmi la population touchée par les attaques terroristes à Kérou. Les données de l'échelle de Likert à 5 points montrent que l'angoisse est largement répandue parmi les victimes et témoins des attaques terroristes à Kérou.

Plus précisément, 67,81% des participants (99 personnes) ressentent fréquemment une tension ou nervosité constante. De plus, 56,85% des participants (83 personnes) ont souvent l'impression que l'attaque va se reproduire et que le danger est toujours présent. A cet effet, Monsieur M.C., Agriculteur de 34 ans témoigne en ces termes :

« …J'ai peur que cela ne s'arrête jamais et que cela ne fasse qu'empirer. Depuis l'attaque, je n'arrive plus à dormir normalement. Je suis de plus en plus méfiant surtout vis-à-vis des étrangers. Parfois, j'ai peur de

> *rester seul et d'abandonner ma famille seule à la maison. Quand la nuit tombe, la peur augmente, on ne sait pas si on va se réveiller… »*

Ce monsieur s'est réveillé un matin et a observé des corps égorgés, sans vie. Fait étrange, choquant, semant la peur, la terreur et l'insécurité au sein des citoyens de ce milieu.

28,08% de l'échantillon (41 personnes) ont exprimé des bouffées de panique ou des peurs intenses. Ces émotions ont eu un impact significatif sur leur vie quotidienne et leurs interactions avec autrui. Ils se sentent vulnérables et en danger permanent, comme l'illustre les phrases ci-après :

> *« ...Moi qui avais l'habitude de me lever à 6h pour aller au champ, je suis désormais obligé d'attendre au moins 9h30. Des fois tu te réveilles tôt, tu perçois certains objets qui sèment la terreur chez les sujets c'est comme si tu seras tué à l'instant suivant. Depuis les attaques, je me sens en danger en sortant de chez moi, je ne sais pas si je vais être la prochaine victime d'une attaque terroriste. C'est une sensation de panique permanente qui m'envahit chaque fois que je suis seul. Parfois, je pense même à quitter ce village, mais où aller ? »* (Monsieur K.L, Agriculteur de 47 ans).

Ce récit illustre le sentiment de peur, de panique, décrit par certains habitants. Par ailleurs, 62,33% des sondés (91 personnes) décrivent un état d'alerte et d'hyper vigilance constante. Un participant explique :

> *« ...Je suis constamment tendu, le moindre bruit de moto ou de groupe de personnes qui passe me fait sursauter. J'ai l'impression de vivre dans un stress permanent. Avant je pouvais vaquer tranquillement à mes occupations, mais maintenant je suis toujours aux aguets… »* (Monsieur H.M., Maçon de 48 ans)

Ces propos reflètent la nervosité décrite par de nombreux sondés.

De même, certaines personnes ont également révélé des ruminations anxieuses et des difficultés de concentration en lien avec le risque de nouvelles attaques. Une participante rapporte :

> *« Mes pensées sont constamment hantées par les images des personnes égorgées devant moi, tuées par balle et blessées lors des attaques. Je revois ces corps ensanglantés, ces gens criant de douleur ils me restent gravé en mémoire. J'ai une peur incessante que de tels événements se reproduisent rapidement ici, ce qui me plonge dans une anxiété profonde. Je n'arrive pas à penser à autre chose, ces images des attaques me reviennent sans cesse en tête et m'empêchent de trouver la paix. »* (Madame Z.P., commerçante de 38 ans)

Ces récits montrent qu'il est vraiment plongé dans un traumatisme. Quant aux réactions physiques de stress lorsqu'un événement rappelle l'attaque, 45,20% des sondés (66 personnes) les vivent de façon régulière.

> *« Dès que j'entends le bruit d'une moto ou que je vois un attroupement d'hommes, mon cœur se met à cogner dans ma poitrine, j'ai le front et les mains moites, et je me mets à trembler de partout. On dirait que je revois toute la scène de l'attaque dans ma tête. J'ai la poitrine serrée, la gorge nouée qui m'empêche de respirer, et l'estomac au bord des lèvres. Tous ces maux qui me prennent d'un coup quand quelque chose me rappelle ce qu'on a vécu, c'est vraiment pénible à supporter au quotidien. »*

(Monsieur L.D., cultivateur de 38 ans) il décrit à travers son récit un état de stress post-traumatique.

Ces résultats soulignent l'ampleur de l'angoisse vécue par la population touchée par les attaques terroristes à Kérou. Les thèmes identifiés et les verbatims des participants fournissent des informations précieuses sur les expériences individuelles et collectives de l'angoisse. Voici le tableau récapitulatif des manifestations de cette angoisse

Tableau II: Récapitulatif des manifestations de l'angoisse rapportées.

Manifestations de l'angoisse	Effectif (N=146)	Pourcentage
Nervosité/tension permanente	99	67,81%
Bouffées de panique ou peur intense	41	28,08%
Réactions physiques de stress (palpitations, tremblements...)	66	45,20%
Impression que l'attaque va se reproduire, danger permanent	83	56,85%
Sentiment de tension et hypervigilance constant	91	62,33%

Source : données d'enquête de terrain de décembre 2022 à juin 2023

De l'analyse du tableau, il ressort que 67,81% des personnes enquêtées manifestent des émotions de nervosité permanentes contre 28,08% chez qui on note une bouffée de panique avec une peur intense. L'analyse souligne également 45,20% parmi eux ont des réactions de stress (palpitations, tremblements...) contre respectivement 56,85% et 62,33% qui donnent l'impression que l'attaque va se reproduire avec danger permanent ; ou un sentiment de tension et d'hypervigilance constante.

3.3.2. Un traumatisme psychologique

L'analyse des questionnaires auto-administrés indique que 29,45% des 146 participants (soit 43 personnes) présentent des symptômes de traumatisme psychologique suite aux

attaques terroristes. Ces indicateurs répertoriés dans le tableau III ci-dessous comprenaient : flashback, cauchemar, perte de concentration, évitement, irritabilité, sentiment de désespoir, insomnie.

Tableau III: Manifestation du traumatisme

Signes et symptômes	Effectif (N=146)	Pourcentage (N=146)
Flashbacks	34	23,29%
Cauchemars	42	28,77%
Perte de concentration	43	29,45%
Évitement	39	26,71%
Irritabilité	45	30,82%
Sentiment de désespoir	46	31,51%
Insomnie	45	30,82%

Source : données d'enquête de terrain de décembre 2022 à juin 2023

Ces chiffres mettent en évidence la fréquence élevée de divers symptômes traumatiques au sein de la population touchée. Certains témoignages viennent illustrer de façon poignante la détresse psychologique vécue. Voici un résumé des propos des enquêtés. Monsieur K.M, soudeur de 28 ans, rapporte :

> *« …J'étais avec mes amis quand nous les avions aperçus sur des motos. Chacun s'est débrouillé comme il le pouvait pour sauver sa peau. Certains de mes amis n'ont pas eu la même chance ; 07 d'entre eux étaient égorgés. Vous imaginez ? Finir comme un animal. Un homme qui égorge un homme comme un coq ou un mouton ? Du jamais vu ! on dirait la série de Badlands. J'ai constamment des images de la scène, je n'arrête pas d'y repenser encore et encore. La nuit, je fais des cauchemars où je revois la scène… » Ce récit démontre la peur que crée les attaques terroristes.*

De même, Madame G.Y., commerçante de 46 ans qui a perdu son fils lors de l'attaque, exprime en sanglotant :

> *« … ils m'ont pris mon fils ainé. Ils l'ont pris. Qu'ai-je fait à Dieu pour mériter ce sort ? Ça aurait dû être moi à la place, je suis une mauvaise mère… Parfois j'entends ses cris et je le vois au milieu de la nuit. Le pauvre n'a toujours pas trouvé la paix… »*

À travers ces récits, il ressort des symptômes de traumatisme au sein des citoyens Monsieur S. M., cultivateur de 37ans qui a été informé et vu parmi les corps ceux de son cousin et neveu.

> *« J'étais couché sous le pied d'un manguier d'arbre à palabre vers les environs de 13h. Nous y étions dans nos palabres quand un léger sommeil m'emporta. Soudain à mon réveil je me retrouvais dans les*

> *mains de mes frères, irrité, tremblant et transpirant. Je me suis rendu compte que c'était un rêve dans lequel les malfaiteurs m'ont attrapé pour m'égorger comme ils l'ont fait à mon cousin et mon neveu. Mes frères m'ont dit que j'avais donné un premier coup de poing à mon oncle et un second au pied du manguier. »*

Il témoigne également par son comportement les symptômes de traumatisme. Monsieur Q.A., cultivateur ayant été témoin oculaire de scène horrible

> *« Hum ma vie … qu'Allah punisse, maudisse, maudisse et maudisse ses malfaiteurs, que les mânes de nos ancêtres les maudissent, eux jusqu'à leur descendance. L'espoir de ma famille est éteint. J'ai passé des jours pensant aux nuits et des nuits pensant à l'obscurité totale. Le sommeil n'y était plus. L'on revoyait ses scènes macabres à chaque fermeture des yeux ou au coucher … »*

Il présente des symptômes de stress, d'angoisse et de stress post-traumatique Monsieur Y. K.M., éleveur ayant été témoin oculaire d'horrible scène

> *« Nous ne pouvons plus dormir en toute quiétude dans la nuit ni faire de sieste sous l'arbre. Nos braves jeunes hommes et femmes sont tués comme mouton de Tabaski. L'espoir de notre village est détruit. Nous vivons dans la peur, nous sommes en colère permanente. Quelle honte pour nous. Que vaut la vie si la vie humaine devient comme celle des animaux dans la jungle. Il montre des symptômes de dépression.*

Ces témoignages poignants expriment le désespoir et la détresse psychologique de la population. Mais, au-delà de révéler la détresse des participants, ces discours mettent en lumière certains facteurs ayant contribué à leur état traumatique. En effet, l'analyse statistique indique que la proximité de l'attaque terroriste, la gravité des actes perpétrés et la perte d'un proche sont significativement liées à des niveaux élevés de traumatisme post-attaque chez les participants. Ainsi, le taux de prévalence de traumatisme post-attaque est de 83,33% chez les rescapés ou témoins d'attaque. Ce taux est de 48,65% chez ceux ayant vu les scènes après-coup et de 4,78% chez les Participants ayant été informés des attaques de manière. La figure 1 ci-dessous nous offre une illustration de cette tendance.

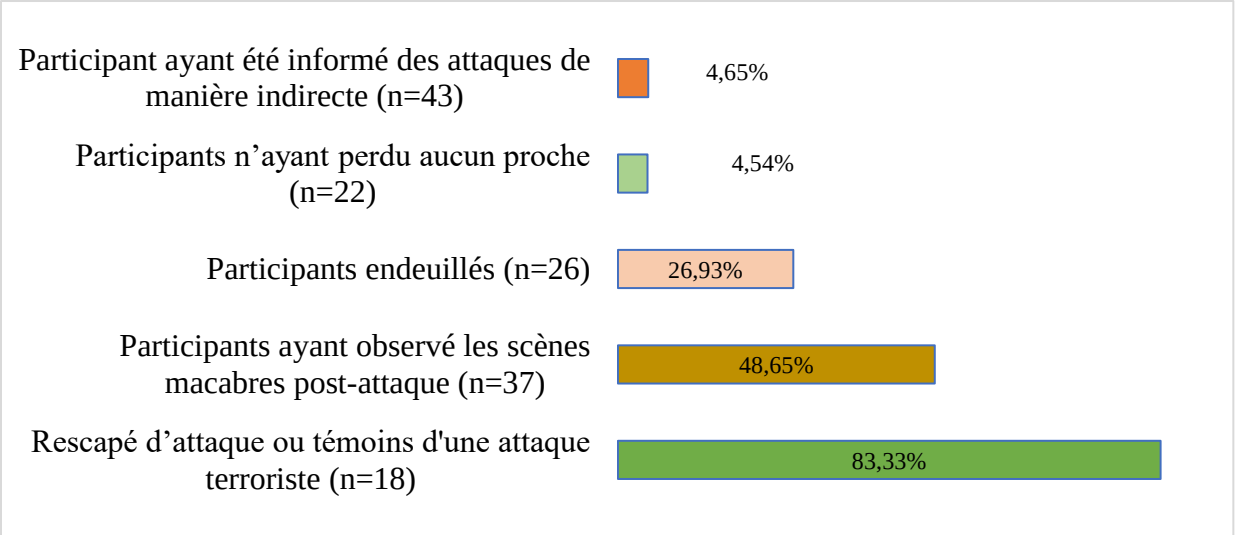


Figure 9: Répartition des types de participant aux attaques terroristes

Source : données d'enquête de terrain de décembre 2022 à juin 2023

Enfin, parmi les habitants ayant perdu un proche parent dans l'attaque, 26,93% présentaient un stress post-traumatique contre 4,54% pour les personnes non endeuillées.

Ces résultats mettent clairement en évidence l'influence de la proximité de l'attaque, de la gravité des actes et de la perte d'un proche sur la détresse psychologique post-attaque. Le récit de Monsieur O.H, soudeur de 52 ans, illustre l'impact traumatogènes de l'exposition indirecte à l'attaque :

> *« … je travaillais ici avec mes apprentis quand j'ai entendu des bruits lointains. Ne sachant pas ce dont il s'agissait j'ai poursuivi ce que je faisais. C'est une heure plus tard que j'ai compris ce qui s'était passé. Je me suis même rendu sur les lieux. Je peux vous dire que c'était insupportable, insoutenable. Ça m'a vraiment marqué. Depuis lors, tous les bruits forts me font sursauter et me mettent dans un état de stress intense, c'est inadmissible… »*

Tous les participants n'ont pas eu le courage de Monsieur O.H. En effet, certains participants ont manifesté de la réticence à aborder le sujet des attaques terroristes. Il s'agissait d'individus évitant activement les rappels ou les situations susceptibles de déclencher des souvenirs pénibles ou des émotions liées aux attaques terroristes. Monsieur M.P., Responsable Politico-administratif de 63 ans nous fournit quelques éléments sur le sujet :

> *« … parmi les personnes que vous avez abordées, il y a des parents qui sont allés constater le corps mutilé de leur enfant. Nous avons eu des victimes poignardées, d'autres décapités. Ces scènes marquent à vie. Donc, je n'ose pas imaginer l'état de ces parents. La majorité d'entre eux sont très sensibles ou réticents à en parler. Je me rappelle encore d'une mère qui a failli se donner la mort par anorexie. Elle ne mangeait plus et s'est enfermée seule dans sa chambre pendant près de 6 jours. Elle a vu le corps de son enfant de 32 ans égorgé puis d'autres corps à côté couverts de sang… »*

L'angoisse et le traumatisme ont également affecté les interactions sociales des participants. De nombreuses personnes ont signalé se retirer des activités sociales et rencontré des difficultés diverses (méfiance, peur de mourir, sentiment d'être menacé, sentiment d'insécurité, peur de bruit) pour maintenir des relations. La peur constante et la détresse émotionnelle associées aux événements traumatiques ont souvent conduit à un sentiment d'isolement et à une diminution du désir de s'engager dans des interactions sociales. Les participants ont peut-être ressenti un manque de compréhension ou de connexion avec les autres, ce qui les a rendus réticents à partager leurs expériences ou à chercher du soutien.

Par ailleurs, parmi les habitants se trouvant dans un rayon de moins de 1 km du lieu de l'attaque, 44,19% présentent des symptômes de stress post-traumatique contre 34,88% pour les habitants situés entre 1 km et 3 km du lieu de l'attaque. En revanche, pour les habitants situés à plus de 3 km, seuls 20,93% présentent un stress post-traumatique. Ce qui n'est quand même pas négligeable. La figure 2 ci-dessous nous offre une illustration de cette répartition.

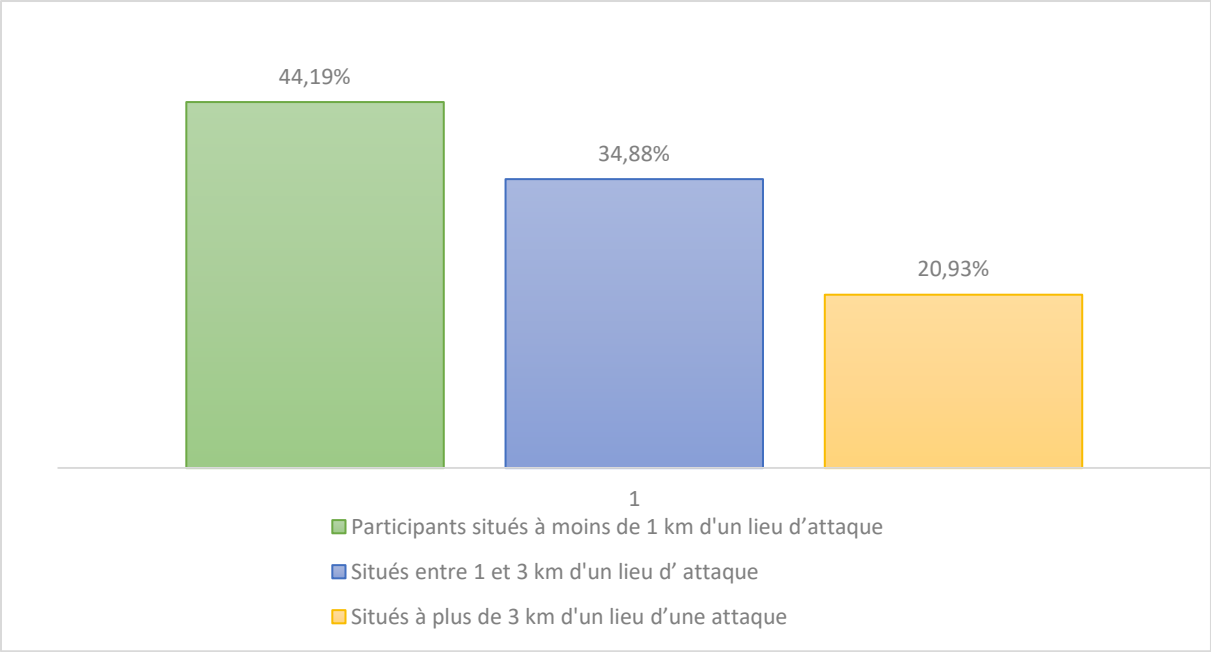


Figure 10: Répartition des types de participants en fonction de la distance qui les sépare du lieu d'attaque

Source : données d'enquête de terrain de décembre 2022 à juin 2023

3.3.3. Risques psychopathologiques

L'analyse thématique des entretiens semi-directifs menés auprès des 146 enquêtés met en évidence des risques psychopathologiques importants au sein de la population de Kérou exposée aux attaques terroristes. De nombreux participants font état de symptômes évocateurs d'un état dépressif lors des entretiens. Ils décrivent une humeur triste, une perte d'intérêt et de plaisir, un ralentissement psychomoteur, des idées noires et parfois suicidaires, un sentiment de désespoir.

3.3.3.1. Symptômes dépressifs

Concernant l'humeur, 47 personnes (32,19%) présentent des symptômes dépressifs sévères tels que la tristesse profonde, les pleurs quotidiens, les idées noires envahissantes, le ralentissement psychomoteur marqué, la négligence de soi et idéations suicidaires chroniques.

Mme D., 39 ans, dont le mari a été assassiné, explique :

> *« ...Plus rien n'a de saveur, je ne prends même plus la peine de me laver ou de m'habiller décemment. Je passe mes journées prostrées dans le noir à pleurer. J'aimerais juste m'endormir et ne plus jamais me réveiller… »*

M. S., agriculteur de 52 ans ayant perdu son fils unique, rapporte :

> *« ...Avant, le travail aux champs me procurait du plaisir et du sens. Maintenant, je n'ai plus goût à rien, je laisse tout en friche. À quoi bon continuer à vivre si c'est pour souffrir chaque instant ? »*

Pour un autre enquêté, voici ses impressions :

> *N. Y., « ...Je pleure tout le temps, je n'ai plus envie de rien faire, j'ai l'impression que ma vie est finie ... » rapporte une femme de 35 ans ayant perdu son mari dans une attaque.*

Ces témoignages traduisent la sévérité des troubles dépressifs qui se sont installés depuis les attentats au sein d'une frange importante de la population.

3.3.3.2. Troubles anxieux

Concernant l'anxiété, 39 participants (26,71%) décrivent des attaques de panique quotidiennes invalidantes, des phobies envahissantes (foules, espaces publics, bruits), des Troubles Obsessionnels Compulsifs. Mme S., institutrice de 44 ans, explique :

> *« ...J'ai des crises de panique chaque jour qui m'empêchent de respirer, je me sens suffoquer. Je n'ose même plus mettre pied dehors tellement j'ai peur de ce que les malfaiteurs djihadistes ont fait à l'école… »*

M. F., commerçant de 56 ans, rapporte :

> *« ...Depuis l'explosion d'une grenade placée sous des corps pour piéger la population et en faire plus mal, le moindre bruit fort me fait sursauter et m'oppresse… »*

Ces extraits illustrent la gravité des troubles anxieux installés depuis le trauma des attaques.

3.3.3.3. Troubles psychotiques

Par ailleurs, 18 personnes (12,33%) présentent des symptômes évocateurs de troubles psychotiques émergents : hallucinations auditoires ou visuelles de proches disparus, discours paranoïaque désorganisé, comportements inquiétants. Mme K., mère de 38 ans ayant perdu sa fille unique dans l'attaque d'une école, rapporte :

> *« ...J'entends la voix de ma fille qui m'appelle sans cesse, elle me supplie de venir la sauver. Je la vois partout dans la maison, je sens sa présence, elle est toujours avec moi… »*

M. T., cultivateur de 47 ans, explique :

> *« "Depuis que ces démons ont envahi notre village, je sais que tout le monde autour de moi complote pour m'éliminer. Ils veulent ma perte, je le sens, ils me l'ont murmuré..." »*

Ces extraits suggèrent l'émergence de troubles psychotiques sévères nécessitant un suivi psychiatrique rapproché.

3.3.3.4. Risque suicidaire

Enfin, le risque suicidaire est également très préoccupant. Ainsi, 5 participants ont déjà fait une tentative de suicide depuis les attentats, et 22 personnes (15,07%) présentent des idées suicidaires sérieuses et planifiées lors des entretiens.

> *« …Chaque jour qui passe est une souffrance depuis que mon mari a été tué, je ne supporte plus de vivre ainsi. J'ai eu une envie à plusieurs moments de me suicider, mais je n'y arrive pas... Quand est-ce que cette douleur va enfin s'arrêter ? »* Rapporte M. L., commerçante de 41 ans.

Ces observations cliniques tirées des entretiens mettent en évidence un risque psychiatrique global très élevé au sein de cette population traumatisée, qui nécessite une vigilance accrue et des dispositifs de soins spécialisés pour éviter l'aggravation et le passage à la chronicité. Certains participants présentent également des signes d'anxiété généralisée, avec des inquiétudes excessives, des tensions musculaires, une nervosité permanente.

> *« …Je m'imagine sans cesse le pire, que ça puisse arriver de nouveau. J'ai des bouffées d'anxiété et des palpitations… »* Témoigne un homme de 44 ans.

Quelques endeuillés évoquent aussi des consommations abusives d'alcool ou de substances psychoactives pour "atténuer leur souffrance". Cinq participants font mention de tentatives de suicide réalisées depuis les attentats.

Ces observations cliniques tirées des entretiens révèlent une détresse psychique qui, sans prise en charge, risque d'engendrer des pathologies psychiatriques chroniques au sein de cette population exposée au trauma des attaques terroristes.

3.4. Mécanismes d'adaptation et mesures d'accompagnements

Les mécanismes d'adaptation et les mesures d'accompagnement au profit de la population de Kérou, victime des attaques terroristes incluent des stratégies d'interventions locales, communautaires, départementales, institutionnelles, nationale et internationale. L'analyse des entretiens avec des victimes et leurs proches met en évidence au premier plan un soutien familial témoigné par 67,81% des participants.

> *« Comme de coutume ma famille et les proches et les alfas m'ont assisté et m'ont soutenu par la prière, la nourriture, les conseils. Mais après leur départ je me sens seul, certes ils m'ont parlé, mais c'est fini pour mon mari, il ne reviendra plus, ma vie est foutue ».*

> *« …J'ai rejoint ma famille à Goro-Baani depuis que l'attaque a eu lieu. Mes parents, mes frères et sœurs sont très présents pour moi, ils me réconfortent quand ça ne va pas. C'est grâce à eux que je relève la tête peu à peu depuis la mort de mon mari et mon beau-frère. C'est vraiment difficile. Comment subvenir aux besoins de mes 4 enfants ? Quel serait leur avenir ? … »* (Femme, 29 ans)

Par ailleurs, la religion est également une stratégie locale d'adaptation répandue. 52,74% des participants déclarent que la prière et la foi les aident à surmonter leur angoisse et leur désespoir depuis les attaques. Les pratiques religieuses leur apportent un sentiment de réconfort et d'espoir.

> *"L'imam et sa suite organisent des prières à notre endroit (des personnes victimes et leurs proches). Ils nous prodiguent des conseils à travers des prêches, et passent de temps à autre dans nos domiciles divers. Ce fait nous réconforte et nous apporte joie et de sens de vivre et de garder espoir. La récitation du Coran nous apaise le cœur et l'esprit avant de dormir."* (Homme, 53 ans)

> *« Tout comme l'imam et sa suite, le pasteur organise aussi des séances de prière et de conseil pour nous remonter le moral. Nul rejet de religion ne prête, ma sœur, pasteur et alfas nous accompagnent religieusement et moralement afin de supporter et traverser les psychotraumatismes engendrés par les attaques terroristes ».*

Les personnes enquêtées évoquent le réconfort apporté par le partage avec les proches. Cependant, certains décrivent un repli social par peur ou méfiance.

> *« …Depuis l'attaque, je me méfie des autres surtout les étrangers, je les évite. J'ai en partie arrêté toutes les activités sociales auxquelles je participais avant. Je n'ai plus confiance en personne et je ne sors plus souvent. J'ai peur que mes proches eux-mêmes soient menacés… »* (Homme, 51 ans)

Les réponses de certains participants signalent qu'il y a eu assez de soutien matériel, financier et social, mais malheureusement il n'y a même pas eu un soutien psychologique spécialisé sur le terrain. Ce qui a fait que certaines victimes directes atteintes d'une affection psychotraumatique grave sont évacuées à Tanguiéta.

> *C'est le cas de K. M., une femme dont son mari est égorgé devant elle qui a perdu tout contact à la réalité de la vie, perte de goût de manger, mutacisme, insomnie… » « de même que certains jeunes traumatisés »*

Outre le premier soutien familial et religieux, la population de Kérou victime des attaques terroristes a bénéficié des secours, aides et soutiens de diverses sources telles que :

- L'État (chaque orphelin a reçu 100.000 et chaque veuve 200.000),
- Le Président BONI YAYI a envoyé de vivre et une enveloppe financière,
- Les partis politiques,
- L'Unicef à travers PAM et EDUCO, a donné des tanks, nattes, savon, pâte dentifrice, brosse, peigne, seau, pot), mais le but d'utilisation est réorienté par le Préfet en sensibilisant,
- La croix rouge,
- Le Projet ARCH,
- Le HIR,
- Le Centre Protection Sociale,
- Le Plan Bénin envoie de kits d'hygiène.

Malgré cette assistance de taille, l'étude révèle qu'aucun dispositif institutionnel formel d'assistance psychologique n'a été déployé suite aux attaques terroristes dans cette zone rurale de Kérou. La prise en charge psychologique des personnes victimes et leurs proches, civiles comme militaires a manqué, de même que le programme de réhabilitation proprement dit. Les responsables religieux ont aussi renforcé leurs prêches et les cérémonies collectives pour insuffler espoir et résilience spirituelle au sein de la communauté éprouvée. L'analyse des données a révélé une réponse communautaire mitigée aux attaques terroristes et aux problèmes de santé mentale subséquents auxquels la population de la commune de Kérou était confrontée. Bien qu'il y ait eu un fort sentiment de solidarité et de soutien mutuel, il y avait également une présence de stigmatisation associée aux problèmes de santé mentale, ce qui empêchait les individus de rechercher de l'aide.

CHAPITRE IV : DISCUSSION DES RÉSULTATS, VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES ET PERSPECTIVES

4.1. Discussion des résultats

4.1.1. Conséquences psychotraumatiques des attaques terroristes au sein de la population

Les résultats de cette recherche apportent un éclairage sur les retentissements psycho traumatiques des attaques terroristes au sein de la population de la commune de Kérou. L'analyse met en évidence des niveaux très élevés d'angoisse et de détresse psychologique au sein de cette communauté confrontée à la violence extrême du terrorisme. Plus de la moitié des participants présentent des symptômes anxieux majeurs tels qu'une nervosité et une tension interne permanentes, des ruminations envahissantes ou encore un sentiment d'insécurité et de danger omniprésent. Ces résultats rejoignent ceux de Rigutto et *al*. (2021) ; Gregory et *al*. (2019) pour qui l'exposition au terrorisme génère une angoisse diffuse et tenace qui imprègne le quotidien, comme l'ont démontré les études antérieures. Par ailleurs, près d'un tiers de la population enquêtée de Kérou présente des signes de traumatisme psychologique suite aux attaques, tels que les reviviscences, les troubles du sommeil, l'évitement ou détachement émotionnel. Ces symptômes traduisent l'atteinte psychique profonde infligée par l'horreur de ces violences extrêmes au sein de la population (Briere & Scott, 2015). Les récits poignants de victimes directes viennent donner corps à l'indicible de cet extrémisme violent et de ses conséquences psychiques délétères.

4.1.2. Facteurs d'émergence des traumatismes psychiques

L'étude fait ressortir l'influence déterminante de trois facteurs dans l'émergence de ces traumatismes : la proximité des attaques, leur gravité et la perte d'un proche. Ainsi, les habitants situés à moins de 1 km des lieux d'attentat et les victimes directes présentent des taux de prévalence du trouble de stress post-traumatique nettement plus élevés. De même, le fait d'avoir été témoin de la mort violente ou de la mutilation d'un proche potentialise le risque de développer un traumatisme psychique. Ces résultats concordent avec ceux de Henriksen et *al*. (2010) et Hansen et *al*. (2013) pour qui les travaux antérieurs quant à l'impact traumatogène majeur de la proximité et de l'exposition directe aux violences extrêmes. Ils mettent également en exergue le rôle de

la mémoire traumatique dans la genèse des blessures psychiques, ainsi que l'a montré l'étude de McLean et *al*. (2011).

4.1.3. Risques psychiatriques des victimes d'attaques terroristes

Par ailleurs, au-delà du trouble de stress post-traumatique, l'étude clinique approfondie révèle des risques psychiatriques globaux élevés au sein de cette population meurtrie. Ainsi, plus de la moitié des participants présentent des symptômes dépressifs sévères tels que tristesse profonde, idées noires ou ralentissement psychomoteur. Un quart des habitants interrogés rapportent des troubles anxieux majeurs à titre de crises de panique ou phobies. En outre, 12,33% des personnes évaluées montrent des signes de décompensation psychotique émergente, et 15,07% des idéations suicidaires sérieuses. 5 participants ont même déjà fait une tentative de suicide depuis les attaques terroristes. Ces observations cliniques alarmantes réaffirment les données de la littérature, qui mettent fréquemment en évidence des taux élevés de dépression, de troubles anxieux et risque suicidaire au sein des populations frappées par des attentats (Salguero et *al*., 2011). Elles révèlent la nécessité d'une vigilance accrue et de dispositifs de soins spécialisés pour prendre en charge ces souffrances et éviter leur aggravation.

Sur le plan des stratégies d'adaptation, l'étude fait ressortir le rôle crucial du soutien social et communautaire. Ainsi, deux tiers des habitants de Kérou se tournent avant tout vers leurs proches pour surmonter leur détresse après les attaques. La solidarité familiale et le partage avec les pairs apparaissent comme des ressources centrales pour initier un processus de résilience individuelle et collective, conformément aux constats d'autres travaux sur le trauma (Hobfoll et *al*., 2007).

Par ailleurs, plus de la moitié des habitants interrogés puisent un réconfort dans les pratiques religieuses et la spiritualité pour apaiser leur angoisse et retrouver espoir. Ce rôle positif de la religion comme mécanisme de coping face à l'adversité rejoint les observations de nombreuses études, notamment dans le contexte africain (Famutimi et al., 2014 ; Zouhri et al., 2020). Enfin, la population de Kérou victime des attaques terroristes a bénéficié des secours, aides et soutiens tant national, qu'international, départemental, communautaire ainsi que venant des structures et des autorités politico administratives : l'étude met en lumière l'émergence d'initiatives communautaires

informelles de soutien mutuel et de célébrations collectives pour panser les plaies psychiques et insuffler de la résilience. Cependant, elle révèle aussi la quasi-absence de programmes institutionnels d'assistance psychosociale, témoignant d'un besoin criard dans ce domaine.

4.2. Vérification des hypothèses et des modèles théoriques explicatifs

Cette recherche visait à vérifier l'hypothèse générale selon laquelle les attaques terroristes ont des retentissements psychotraumatiques significatifs au sein de la population locale de Kérou. Les résultats obtenus permettent de valider cette hypothèse centrale. En effet, ils mettent clairement en évidence des niveaux élevés d'angoisse diffuse et de symptômes traumatiques parmi les habitants de Kérou affectés par ces violences. Près de la moitié des participants présentent des signes de trouble de stress post-traumatique. Ces données attestent sans ambiguïté de l'impact psychotraumatique majeur des attaques terroristes au sein de cette communauté rurale. Par ailleurs, la première hypothèse spécifique postulait que la gravité du traumapsychologique dépend de facteurs comme la proximité et la sévérité de l'exposition aux attaques. Cette hypothèse se trouve validée par les résultats. En effet, l'étude démontre que les habitants les plus proches géographiquement des attentats et les victimes directes ou les personnes ayant assisté à des scènes macabres présentent des taux nettement plus élevés de symptômes traumatiques. La seconde hypothèse spécifique avançait que les traumatismes subis exposent à des troubles psychiatriques associés. Les observations cliniques réalisées confirment pleinement cette hypothèse. Elles mettent au jour des risques psychiatriques globaux élevés parmi les personnes traumatisées, à titre de dépression sévère, troubles anxieux majeurs ou émergence de troubles psychotiques. Ainsi, cette recherche valide empiriquement l'ensemble des hypothèses émises, apportant des preuves solides des effets délétères des attaques terroristes sur la santé mentale des populations civiles.

Sur le plan théorique, les résultats renforcent plusieurs modèles explicatifs du psychotrauma. Ils concordent avec les théories psychanalytiques quant à l'effraction psychique provoquée par des événements traumatiques extrêmes (Freud, 1920). Ils valident également les approches en psychotraumatologie contemporaines, en confirmant les mécanismes d'émergence du trouble de stress post-traumatique suite au

dépassement des capacités d'adaptation de l'individu (Figley, 1985). Par ailleurs, la théorie de l'apprentissage social (Bandura, 1960) permet d'éclairer comment les réactions traumatiques peuvent se propager au sein d'une communauté par imitation et renforcement social. Enfin, les résultats illustrent le concept de résilience et les processus associés, tels que décrits par Anaut (2015). Ils mettent en lumière l'importance des ressources sociales et communautaires pour surmonter le trauma. Ainsi, cette recherche ancre solidement les effets psychotraumatiques des attaques terroristes à Kérou dans des cadres théoriques établis en psychologie et psychotraumatologie. Ses résultats enrichissent ces modèles explicatifs en les confrontant à une problématique encore peu investiguée dans le contexte ouest-africain.

4.3. Perspectives

Cette étude ouvre des perspectives de recherche prometteuses pour approfondir la compréhension de l'impact psychologique du terrorisme en Afrique subsaharienne. Tout d'abord, il apparaît essentiel de reproduire ce type d'étude qualitative et clinique dans d'autres régions d'Afrique de l'Ouest également confrontées à la montée de la menace terroriste. Des recherches comparatives permettraient d'identifier d'éventuelles spécificités culturelles dans les réactions psychotraumatiques des populations.

Par ailleurs, il serait pertinent d'élargir les investigations à d'autres catégories de personnes touchées par les attaques terroristes, comme les forces de l'ordre ou le personnel soignant. Leur expérience du psychotrauma dans ce contexte mérite également d'être documentée. Sur le plan longitudinal, il apparaît crucial de mener des études visant à évaluer l'évolution sur plusieurs années de l'état de santé mentale des victimes d'attaques terroristes et leurs trajectoires de rémission ou de chronicisation des troubles. De tels travaux permettraient d'apprécier plus finement l'impact psycho traumatique à long terme de ces événements extrêmes. Enfin, des recherches visant à concevoir, mettre en œuvre et évaluer des programmes d'intervention psychosociale adaptés au contexte ouest-africain présenteraient un intérêt majeur. Elles ouvriraient la voie au développement de réponses psychotraumatologiques efficaces et culturellement appropriées face à l'expansion du terrorisme dans la région.

CONCLUSION

Cette recherche apporte un éclairage sur les blessures psychologiques infligées par les attaques terroristes au sein de la population de la commune rurale de Kérou, dans le nord du Bénin. Ses résultats révèlent des niveaux préoccupants de détresse parmi les populations exposées. Près d'un tiers des habitants interrogés présentent une détresse traumatique sévère marquée par angoisse, reviviscences et pertes de repères. Ces troubles sont particulièrement aigus chez les victimes directes et leurs proches, comme en attestent leurs témoignages poignants recueillis ici pour la première fois. Beaucoup décrivent des ruptures profondes dans leur existence. L'analyse clinique fait ressortir des symptômes majeurs, trouble du sommeil, crises d'angoisse, ruminations, repli sur soi. Ces observations soulignent l'urgence absolue de renforcer l'accès aux soins psychiques dans cette région démunie. Le risque suicidaire apparaît élevé sans prise en charge spécialisée.

Il est impératif de former des intervenants psychosociaux locaux et de créer des centres d'écoute et de soins décentralisés au plus près des populations. Les autorités doivent considérer cette question comme une priorité de santé publique et débloquer des financements d'urgence. Au-delà des soins, les solidarités communautaires jouent un rôle crucial qui a été mise en évidence dans le cadre de la présente recherche. Les victimes soutenues par leur entourage montrent une meilleure résilience. Cela souligne l'importance d'initiatives pour restaurer le lien social et soutenir les endeuillés via des espaces d'expression collective sécurisants.

Sur le plan scientifique, cette étude ouvre des perspectives de recherche majeures. Ses résultats doivent être consolidés par des enquêtes quantitatives à plus grande échelle dans la région. Le dispositif pourrait être étendu à d'autres communes rurales du Nord Bénin également frappé. Des études longitudinales apporteraient un éclairage inédit sur l'évolution des traumas dans le temps. Des comparaisons avec d'autres pays touchés en Afrique de l'Ouest permettraient d'approfondir les spécificités culturelles et contextuelles. Une approche interdisciplinaire associant psychologues, anthropologues et sociologues enrichirait l'analyse. Le rôle des croyances et pratiques traditionnelles dans le processus de guérison mérite d'être exploré.

Plus largement, cette recherche ouvre un champ nouveau sur l'impact psychosocial méconnu du terrorisme en Afrique subsaharienne. Ses implications sont multiples pour les acteurs régionaux et internationaux. Elle plaide pour une prise de conscience des détresses intérieures engendrées par ces violences, au-delà des bilans mortels. Donner une voix aux victimes rappelle que derrière chaque drame se cache un individu blessé. Ainsi, comprendre et soigner les traumatismes doit être la priorité, car c'est le premier pas vers une reconstruction humaine et sociale.

Cette étude constitue aussi un plaidoyer pour replacer l'humain au cœur des politiques antiterroristes. Seule une approche holistique et empathique permettra de panser durablement les plaies infligées. Au-delà des urgences techniques, ce travail porte un message humaniste profond. En éclairant l'indicible, il rappelle que chaque être à sa dignité et ses souffrances uniques. Cette recherche incite ainsi à cultiver compassion et fraternité face aux effrois du terrorisme. Elle invite à semer des solidarités concrètes pour tisser une humanité commune plus forte que la barbarie.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET WEBLIOGRAPHIQUES

1- Schmid, A. P. (2011). The Definition of Terrorism. In The Routledge Handbook of Terrorism Research (p. 39-157). Routledge.

2- Pellerin, M. (2022). Les pays côtiers d'Afrique de l'Ouest. Nouvelle terre d'expansion des groupes djihadistes sahéliens ?

3- Horgan, J. (2005). The psychology of terrorism. Routledge.

4- Crocq, L. (2015). Les paniques collectives. Odile Jacob.

5- Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., Iruarrizaga, I., Cano-Vindel, A., & Galea, S. (2011). Major depressive disorder following terrorist attacks: A systematic review of prevalence, course and correlates. BMC psychiatry, 11(1), 1-12.

6- Fofana, I. K. (2023). L'Afrique de l'Ouest face à la menace djihadiste : Edition 2022. *L'Afrique de l'Ouest face à la menace djihadiste*, 1-182.

7- Briere, J., & Scott, C. (2015). Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment (DSM-5 update). Sage Publications.

8- Zenn, J., & Pearson, E. (2014). Women, gender and the evolving tactics of Boko Haram. Journal of terrorism research, 5(1).

9- Annan, J. (2014). Violent conflicts and civil strife in West Africa: Causes, challenges and prospects. Stability : International Journal of Security and Development, 3(1), 3.

10- Bisson, J. I., Tavakoly, B., Witteveen, A. B., Ajdukovic, D., Jehel, L., Johansen, V. J., ... & Olff, M. (2010). TENTS guidelines: development of post-disaster psychosocial care guidelines through a Delphi process. The British Journal of Psychiatry, 196(1), 69-74.

11- Botha, A., & Abdile, M. (2019). Radicalisation and al-Shabaab recruitment in Somalia. Institute for Security Studies Papers, 2019(5), 1-20.

12- Cénat, J. M., & Derivois, D. (2014). Assessment of prevalence and determinants of posttraumatic stress disorder and depression symptoms in adults survivors of earthquake in Haiti after 30months. Journal of affective disorders, 159, 111-117.

13- Ejike-King, L. N., Doron, I. I., & Granot, M. (2020). Anxiety, distress and health related quality of life reactions associated with Boko Haram terrorism in Nigeria. Journal of Psychiatric Research, 122, 1-7.

14- Famutimi, O. I., Akinnawo, E. O., & Abiona, T. C. (2014). Psychological distress and alcohol abuse among victims of Boko Haram insurgency in Nigeria. International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience, 16(1), 13-18.

15- Gadeberg, A. K., Norredam, M., Pars, T., & Væver, M. S. (2017). Post-traumatic stress disorder among survivors two years after the attack on the Westgate shopping mall in Nairobi, Kenya. Danish medical journal, 64(7).

16- Hansen, M., Andersen, T. E., Armour, C., Elklit, A., Palic, S., & Mackrill, T. (2013). PTSD-8: A short PTSD inventory. Clinical practice and epidemiology in mental health, 6, 101.

17- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. Journal of psychiatric research, 45(8), 1027-1035.

18- Musisi, S., Kinyanda, E., Liebling, H., Kizito, S., Biryabarema, C., & Sengendo, J. (2014). Posttraumatic torture disorders in Uganda: A three-year retrospective study of patient records at a specialized torture treatment center in Kampala, Uganda. Torture Journal, 24(1), 81-97.

19- Ndetei, D. M., Khasakhala, L. I., Mutiso, V., & Mbwayo, A. W. (2014). Knowledge, attitude and practice (KAP) of mental illness among staff in general medical facilities in Kenya: practice and policy implications. African journal of psychiatry, 11(3).

20- Odenat, L., & Alex-Hart, B. A. (2019). Terrorism and its socio-economic effects in Maiduguri, Borno state. Journal of Educational and Social Research, 9(2), 11-11.

21- Okello, J., Onen, T., & Musisi, S. (2007). Psychiatric disorders among war-abducted and non-abducted adolescents in Gulu district, Uganda: a comparative study. African journal of psychiatry, 10(4).

22- Ssenyonga, J., Owens, V., & Olema, D. K. (2021). Posttraumatic stress disorder among civilian survivors of war and terrorism in Northern Uganda. International journal of social psychiatry, 67(1), 3-13.

23- Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, J., & Vlahov, D. (2002). Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City. New England Journal of Medicine, 346(13), 982-987.

24- Schlenger, W. E., Caddell, J. M., Ebert, L., Jordan, B. K., Rourke, K. M., Wilson, D., ... & Kulka, R. A. (2002). Psychological reactions to terrorist attacks: findings from the National Study of Americans' Reactions to September 11. Jama, 288(5), 581-588.

25- Rubin, G. J., Brewin, C. R., Greenberg, N., Simpson, J., & Wessely, S. (2005). Psychological and behavioural reactions to the bombings in London on 7 July 2005: cross sectional survey of a representative sample of Londoners. Bmj, s331(7517), 606.

26- Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., Iruarrizaga, I., Cano-Vindel, A., & Galea, S. (2011). Major depressive disorder following terrorist attacks: A systematic review of prevalence, course and correlates. BMC psychiatry, 11(1), 1-12.

27- Santiago, P. N., Ursano, R. J., Gray, C. L., Pynoos, R. S., Spiegel, D., Lewis-Fernandez, R., & Fullerton, C. S. (2013). A systematic review of PTSD prevalence and trajectories in DSM-5 defined trauma exposed populations: intentional and non-intentional traumatic events. PloS one, 8(4), e59236.

28- Blanchard, E. B., Rowell, D., Kuhn, E., Rogers, R., & Wittrock, D. (2005). Posttraumatic stress and depressive symptoms in a college population one year after the September 11 attacks: the effect of proximity. Behaviour research and therapy, 43(1), 143-150.

29- Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., Gonzalez-Ordi, H., Iruarrizaga, I., Rudenstine, S., Vlahov, D., & Galea, S. (2006). PTSD and depression after the Madrid March 11 train bombings. *Journal of traumatic stress*, *19*(1), 69-80.

30- Henriksen, C. A., Bolton, J. M., & Sareen, J. (2010). The psychological impact of terrorist attacks: examining a dose-response relationship between exposure to 9/11 and Axis I mental disorders. *Depression and anxiety*, *27*(11), 993–1000. https://doi.org/10.1002/da.20742. Consulté le 12/11/2023 à 23h

31- Berninger, A., Webber, M. P., Cohen, H. W., Gustave, J., Lee, R., Niles, J. K., ... & Prezant, D. J. (2010). Trends of elevated PTSD risk in firefighters exposed to

the World Trade Center disaster: 2001–2005. Public health reports, 125(4), 556-566.

32- Carron, P. N., Vetter, S., Reigner, P., & Yersin, B. (2008). Conséquences psychologiques individuelles et communautaires du terrorisme. *Revue médicale suisse*, *4*(173), 2115-2119.

33- Vallet, D., & Ferreri, M. (2007). Impacts psychologiques du terrorisme sur les victimes et la population générale. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, *191*(6), 1019-1032.

34- Adesina, M. A. et Kanmodi, K. K. (2019a). Boko Haram terrorism in Nigeria. In Adesina MA, Kanmodi KK, J Merrick (Eds). The Boko Haram terror: Adversary to the wellbeing of Nigerian kids (pp. 47-70). New York, NY : Nova Science.

35- Bisson, J. I., Cosgrove, S., Lewis, C. and Roberts, N. P. (2015). Post-traumatic stress disorder. BMJ. https://doi.org/10.1136/bmj.h6161

36- McDonald, G. (2007). Mental health consequences of long term conflict. BMJ, 334(7604), 1121-1122. https://doi.org/10.1136/bmj.39225.539803.80

37- Tagurum, Y. O., Chirdan, O. O., Obindo, T., Bello, D. A., Afolaranmi, T. O., Hassan, Z. I., & Yilgwan, C. (2014). Prevalence of violence and symptoms of post-traumatic stress disorder among victims of ethno-religious conflict in Jos, Nigeria.

38- Taru, M. Y., Audu, M. D., Philip, T. F., John, D. F., Yushau, A. A. U., Nnaemeka, C. N., & Bamidele, L. I. (2018). Armed conflict and depression among heads of households in Dogonahawa, north-central Nigeria: Prevalence and correlates. *Open Journal of Depression*, *7*(2), 17-30.

39- Wesemann, U., Applewhite, B., & Himmerich, H. (2022). Investigating the impact of terrorist attacks on the mental health of emergency responders: Systematic review. *BJPsych Open*, *8*(4), E107. doi:10.1192/bjo.2022.69 Galea, S., Vlahov, D., Resnick, H., *et al* (2003) Trends of probable post-traumatic stress disorder in New York City after the September 11 terrorist attacks. American Journal of Epidemiology, 158, 514–524.

40- Rigutto, C., Sapara, A. O., & Agyapong, V. I. O. (2021). Anxiety, Depression and Posttraumatic Stress Disorder after Terrorist Attacks: A General Review of

the Literature. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, *11*(10), 140. https://doi.org/10.3390/bs11100140

41- Gregory, J., de Lepinau, J., de Buyer, A., Delanoy, N., Mir, O., & Gaillard, R. (2019). The impact of the Paris terrorist attacks on the mental health of resident physicians. *BMC psychiatry*, *19*(1), 1-8.

42- Butler, A. S., Panzer, A. M., & Goldfrank, L. R. (2003). Preparing for the psychological consequences of terrorism: A public health strategy.

43- Kar, N. (2011). Cognitive behavioral therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder: a review. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 167-181.

44- Sinanian, A., Pommier, F., Pirlot, G. & Roques, M. (2014). Addictions, évitement et répétition du traumatisme. *Psychothérapies*, 34, 173-184. https://doi.org/10.3917/psys.143.0173

45- Pariente, K. (2013). 47. Groupes de parole et thérapies de groupe. Dans : Marianne Kédia éd., *L'Aide-mémoire de psychotraumatologie: En 49 notions* (pp. 342-348). Paris : Dunod. https://doi.org/10.3917/dunod.segui.2013.01.0342

46- Foa, E., Hembree, E. A., Rothbaum, B. O., & Rauch, S. (2007). Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences: Therapist guide: Oxford University Press. *New York, NY*.

47- Carron, P. N., Vetter, S., Reigner, P., & Yersin, B. (2008). Conséquences psychologiques individuelles et communautaires du terrorisme. *Revue médicale suisse*, *4*(173), 2115-2119.

48- Lacy, T. J., & Benedek, D. M. (2003). Terrorism and weapons of mass destruction: managing the behavioral reaction in primary care. *Southern medical journal*, *96*(4), 394-400.

49- Everly Jr, G. S., & Flynn, B. W. (2006). Principles and practical procedures for acute psychological first aid training for personnel without mental health experience. *International Journal of Emergency Mental Health*, *8*(2), 93-100.

50- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., ... & Ursano, R. J. (2007). Five essential elements of immediate and mid–term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, *70*(4), 283-315.

51-Kiessling, R. (2010). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols: Special Populations. *Journal of EMDR Practice and Research*, *4*(2), 95.

52-Fleming, J. (2012). The effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of traumatized children and youth. *Journal of EMDR Practice and Research*, *6*(1), 16-26.

53-Ntuda Ébode J.V, (2012) «L'Afrique face aux nouvelles menaces: concepts, doctrines et moyens de lutte au niveau continental», in les Actes du colloque international, Yaoundé, CSID.

ANNEXES

QUESTIONNAIRE

« De l'angoisse au traumatisme psychologique des populations du nord Bénin confrontées aux attaques terroristes : Cas de la commune de Kérou»

(À l'endroit de la population)

Introduction

Dans le cadre de notre formation en Master psychopathologie et psychologie clinique, nous étudions les vécus de la population civile, paramilitaire et militaire, confrontée aux attaques terroristes. Votre réponse sera confidentielle et sera regroupée à plus de 146 participants à cette enquête. Il serait donc impossible de vous distinguer à partir de votre témoignage. Votre réponse nous aidera en santé mentale à mieux comprendre les conséquences psychologiques de ses événements et à élaborer des stratégies d'intervention appropriées. Veuillez répondre honnêtement en fonction de vos expériences personnelles en 15 minutes.

Section 1: Informations démographiques

1. Quel est votre sexe ? Masculin □ Féminin □
2. Quel âge avez-vous ?.....
3. Quelle religion pratiquez-vous ?.....

   Primaire □ Secondaire □ Supérieur □ Aucun □

Section 2 : **Informations sur le vécu de la situation**

4. Avez-vous été victime ou témoin d'une attaque terroriste ?
   Oui □ Non □
5. Si Oui, de combien de distance étiez-vous du lieu d'attaque ?
   Moins de 1 km □ 1 à 3 km □ Plus de 3 km □
6. Estimez-vous que cette attaque a eu d'impact sur vous et votre entourage ?

   Oui □ Non □
7. Si Oui, pouvez-vous nous dire ce que vous avez ressenti de façon immédiate sur le champ ?

   Peur □ tristesse □ colère□ inquiétude □
8. Combien de temps ont durées ces émotions ?

   Heures □ jours □ semaines □ mois □ jusqu'à nos jours □
9. Quel type de soutien avez-vous reçu ?

   Médical □ Psychologique □ Familial □ Religieux □

Section 3 : Évaluation des symptômes d'angoisse.

10. Veuillez indiquer votre niveau d'accord avec les énoncés suivants en utilisant l'échelle de Likert de 1 à 5, où 1 représente "Jamais" et 5 représente "Très souvent".

Symptômes	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
1. Je ressens une tension ou une nervosité constante.	1	2	3	4	5
2. J'ai des bouffées de panique ou de peur intense	1	2	3	4	5
3. J'ai des réactions physiques (palpitations, tremblements, sueurs, etc.) quand un événement me rappelle l'attaque.	1	2	3	4	5
4. J'ai l'impression que l'attaque va se reproduire ou que le danger est toujours présent.	1	2	3	4	5
5. Je me sens tendu ou sur le qui-vive en permanence.	1	2	3	4	5

Section 4 : Évaluation des traumatismes psychologiques.

11. Veuillez indiquer la fréquence à laquelle vous avez ressenti les symptômes suivants au cours des derniers mois, en utilisant l'échelle de Likert de 1 à 5, où 1 représente "Jamais" et 5 représente "Très souvent".

Symptômes	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
1. J'ai des flashbacks ou des souvenirs récurrents des attaques terroristes.	1	2	3	4	5
2. J'évite les situations ou les lieux associés aux attaques terroristes.	1	2	3	4	5
3. Je ressens un engourdissement émotionnel ou un détachement.	1	2	3	4	5
4. Je suis hypervigilant (e) ou j'ai une sensibilité accrue aux signaux de danger	1	2	3	4	5
5. J'ai des difficultés à dormir ou je fais des cauchemars liés aux attaques terroristes.	1	2	3	4	5

Merci d'avoir pris le temps de remplir ce questionnaire. Vos réponses seront traitées de manière confidentielle et anonyme. Veuillez le remettre à l'enquêteur ou le déposer dans la boîte prévue à cet effet.

GUIDE D'ENTRETIEN

« De l'angoisse au traumatisme psychologique des populations du nord Bénin, confrontées aux attaques terroristes : Cas de la commune de Kérou »

(À l'endroit des autorités locales)

Introduction

Dans le cadre de notre formation en Master psychopathologie et psychologie clinique, nous étudions les vécus des autorités locales, de la population civile, paramilitaire et militaire, confrontée aux attaques terroristes. Votre réponse nous aidera en santé mentale à mieux comprendre les conséquences psychologiques de ses événements et à élaborer des stratégies d'intervention appropriées.

Items

1- Contexte actuel des attaques terroristes dans la région

2- Existence ou non des services de sécurité efficace face à ces attaques

3- Mécanisme de collecte et d'analyse des renseignements sur les menaces terroristes

4- Mécanisme de partage et de divulgation des renseignements sur les menaces terroristes

5- Types d'obstacles à la communication efficace de l'information

6- Disponibilité des services ou centres de soutien psychologique pour la prise en charge des victimes et de leurs familles

7- Existence des programmes pour la réhabilitation des personnes affectées par les attaques

8- Stratégies à long terme pour le renforcement de la sécurité et la réduction des risques terroristes

9- Perspectives pour un environnement plus sûr et résilient

Merci de votre disponibilité et esprit d'ouverture et de partage.

TABLE DES MATIÈRES

IN MEMORIAM 2
DÉDICACES 3
REMERCIEMENTS 4
LISTE DES TABLEAUX 6
LISTE DES FIGURES 6
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS 7
RÉSUMÉ 8
ABSTRACT 8
INTRODUCTION 9
PREMIÈRE PARTIE : CADRES THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE 11
CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE, CONCEPTS ET MODELES THEORIQUES DE REFERENCE 12
1.1. Problématique 12
1.1.1. Mise en évidence du problème et questions de recherche 12
1.1.2. Hypothèses 14
1.1.2.1 Hypothèse générale 14
1.1.2.2 Hypothèses spécifiques 14
1.1.3. Objectifs 14
1.1.3.1. Objectif général 14
1.1.3.2. Objectifs spécifiques 14
1.2. Clarification des concepts de la recherche 14
1.2.1. Angoisse 14
1.2.2. Trauma psychique 15
1.2.3. Résilience 16
1.2.4. Terrorisme 16
1.3. Opérationnalisation des variables de la recherche 17
1.4.1. Théorie psychanalytique des relations d'objet 19
1.4.2. Théorie de l'apprentissage social (Bandura, 1960) 19
1.4.3. Théorie de l'adaptation cognitive (Taylor, 1983) 20
1.4.4. Théorie des croyances répandues (Janoff-Bulman, 1992) 21
1.4.5. Théorie de la croissance post-traumatique (Tedeschi et Calhoun, 1995) 21
1.5. Revue de la littérature 23

1.5.1. Recrudescence des attaques terroristes 23
1.5.2. Retombés psychologiques des attaques terroristes 24
1.5.3. Appui psychosocial des victimes d'attaques terroristes 27
CHAPITRE II : CADRE DE LA RECHERCHE ET DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE 29
2.1. Présentation du cadre de la recherche 29
2.1.1. Position géographique de la commune de Kérou 29
2.1.2. Organisation administrative 30
2.1.3. Organisations socioéconomiques et culturelles 31
2.2. Raison du choix du cadre de la recherche 32
2.3. Démarche méthodologique 33
2.3.1. Nature de la recherche 33
2.3.2. Population d'enquête 34
2.3.3. Choix des personnes interviewées 34
2.3.4. Techniques et instruments de recueil des données 35
2.3.4.1. L'étude documentaire 35
2.3.4.2. L'entretien semi-structuré 36
2.3.4.3. Le questionnaire 37
2.3.5. Instruments et méthodes d'analyse des données 38
2.3.6. Difficultés surmontées 39
DEUXIÈME PARTIE: PRÉSENTATION, ANALYSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS 40
CHAPITRE III : PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE 41
3.1 Informations démographiques 41
3.2. Contexte actuel des attaques terroristes et vécues de quelques victimes 43
3.3. Impacts psychologiques des attaques terroristes à Kérou 48
3.3.1. Une angoisse permanente 48
3.3.2. Un traumatisme psychologique 50
3.3.3. Risques psychopathologiques 55
3.3.3.1. Symptômes dépressifs 55
3.3.3.2. Troubles anxieux 56
3.3.3.3. Troubles psychotiques 56
3.3.3.4. Risque suicidaire 57
3.4. Mécanismes d'adaptation et mesures d'accompagnements 57

CHAPITRE IV : DISCUSSION DES RÉSULTATS, VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES ET PERSPECTIVES 60
4.1. Discussion des résultats 60
4.1.1. Conséquences psychotraumatiques des attaques terroristes au sein de la population 60
4.2. Vérification des hypothèses et des modèles théoriques explicatifs 62
4.3. Perspectives 63
CONCLUSION 64
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET WEBLIOGRAPHIQUES 66