

Disponible sur
JA3P

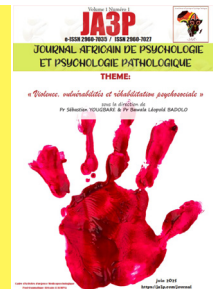
Journal Africain de Psychologie et Psychologie Pathologique

ISSN: 2960-7027 / e-ISSN: 2960-7035

site web: <https://ja3p.com/journal> / e-mail: infos@ja3p.com

BP: 01 BP 6884 CNT Ouaga 10040 Ouagadougou

Burkina Faso



Article original

Représentations d'Attachement de Soi et de l'Autre, Style d'attachement Parental et Troubles de Stress Post-traumatique chez un Jeune Enfant

Idrissa Kaboré*, Sébastien Yougbaré et Mahamady L. Sawadogo

Cercle d'Études sur les Philosophies, les Sociétés et les Savoirs (CEPHISS), Université Joseph Ki-Zerbo, Burkina Faso

Pour citer

Kaboré, I., Yougbaré, S., & Sawadogo, M. L. (2025). Représentations d'Attachement de Soi et de l'Autre, Style d'attachement Parental et Troubles de Stress Post-traumatique chez un Jeune Enfant. *Journal Africain de psychologie et Psychologie Pathologique*, 1(1), 20-36.

Résumé

Les recherches antérieures soulignent des liens entre l'attachement et le Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT). Elles montrent particulièrement qu'un style d'attachement insécure ou désorganisé est associé au développement du TSPT. Cependant, la contribution des représentations de soi et de l'autre en lien avec le style d'attachement associé au TSPT reste très peu explorée. Afin d'explorer cette contribution, une étude de cas clinique portant sur un enfant ayant une expérience d'attaques terroristes a été réalisée au moyen d'entretiens et d'observations cliniques appuyés par le dessin et le protocole des Histoires d'attachement de Bretherton et al. (1990). Les résultats montrent que des Modèles Internes Opérants (M.I.O) négatifs de soi et de l'autre sont associés à un style d'attachement anxieux-évitant chez cet enfant avec un TSPT. L'enfant étudié pense qu'il n'est pas digne d'être aimé et que l'autre aussi n'est pas digne de confiance.

Mots clés:

Représentation d'attachement, style d'attachement, troubles de stress post-traumatique, jeunes enfants, expérience d'attaques terroristes.

Réception: 14 Avril 2025

Révision: 15 Juin 2025

Acceptation: 12 Juillet 2025

Disponible en ligne: 13 août 2025

CAUMPA

* Auteur correspondant.

E-mail: idrkab@gmail.com (Kaboré Idrissa)

DOI: <https://doi.org/10.2025/ja3p.v1.s2.1>

Self- and other-attachment representations, parental attachment style, and posttraumatic stress disorder in young children

Key words:
attachment
representation,
attachment style,
post-traumatic stress
disorder, young
children, experience
of terrorist attacks.

Previous research has highlighted the links between attachment and Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). In particular, it shows that an insecure or disorganised attachment style is associated with the development of PTSD. However, the contribution of representations of the self and the other in relation to the attachment style associated with PTSD remains largely unexplored. In order to explore this contribution, a clinical case study of a child with experience of terrorist attacks was carried out using interviews and clinical observations supported by drawing and the Attachment Histories protocol of Bretherton et al (1990). The results show that negative Internal Operating Models (IOMs) of self and other are associated with an anxious-avoidant attachment style in this child with PTSD. The child studied believes that he is not worthy of being loved and that the other person is also not worthy of trust.

Le Burkina Faso vit une crise sécuritaire ces dernières années. Débutée vers 2015, la crise perdure et comporte de nombreuses conséquences sur la plupart des secteurs d'activités. Sur le plan social, cette crise a entraîné une désorganisation des familles, cellules de base de développement du jeune enfant. À titre illustratif, la crise a engendré, à la date de mars 2023, le déplacement de plus de 2 millions de personnes parmi lesquelles on enregistre environ 50% d'enfants de 0-14 ans (Secrétariat Permanent du Conseil national de Secours d'Urgence et de Réhabilitation [SP/CONASUR], 2023). Les enfants vivent la crise sécuritaire qui comporte des effets sur leur premier milieu de vie, à savoir la famille en ce sens qu'elle engendre sa mobilité au mieux des cas et sa désorganisation au pire des cas. Dans un tel contexte, il y a un risque que les figures parentales rendues vulnérables par la crise ou ses effets puissent être des modèles de référence pour l'enfant. Les défis des interventions psychologiques dans ce contexte résident entre autres dans la connaissance des facteurs de risque et de protection associés au TSPT (types de style d'attachement, modèles internes opérants [M.I.O] ou représentations d'attachement, etc.).

Troubles de stress post-traumatique, représentations d'attachement et style d'attachement parental

TSPT : définition et ampleur en Afrique et au Burkina Faso

Plusieurs travaux de recherche ont porté sur la question du TSPT. Ces travaux montrent que le fait pour un enfant d'avoir été directement exposé à des événements traumatiques, ou témoin direct d'événements traumatiques liés, soit aux attaques terroristes, soit aux aléas du déplacement, soit aux violences communautaires, soit à la mort de leur proche, etc., lui rend susceptible de développer le TSPT (American Psychiatric Association [APA], 2013). Pour appuyer l'idée que les personnes déplacées internes (PDI) sont confrontées à de nombreux événements traumatisants, Sourabié et al. (2023) ont montré que les PDI vivent des situations à fort potentiel traumatique (fait de manquer de nourriture ou d'être témoin de la mort d'un proche) avec une prévalence de TSPT variant de 11,7 % à 74,9 %. Au Burkina Faso, Yougbaré et al. (2022) ont montré dans leurs travaux que sur 97 enfants âgés de 3 à 7 ans, 30,93 % présentaient un TSPT tandis que les travaux de Sawadogo (2023) ont mis en évidence des

conséquences psychotraumatiques du terrorisme sur le développement des enfants et des adolescents.

Outre ces travaux portant sur le TSPT, notamment ses symptômes, sa prévalence et ses conséquences, d'autres recherches ont examiné les rapports entre le TSPT et les styles d'attachement. Elles montrent dans leur ensemble qu'un style d'attachement insécure ou désorganisé constitue un facteur de risque de développement de TSPT ou de maintien de ses symptômes.

Styles d'attachement et TSPT

D'après la littérature, l'attachement peut être conceptualisé en termes de comportements et de représentations (Roskam, 2011). Le niveau comportemental renvoie aux éléments observables comme par exemple les signaux émis (pleurs, fuite, etc.) par l'enfant afin de se protéger en établissant la proximité avec sa figure d'attachement. Les travaux sur les styles d'attachement tendent à montrer que certains de ces styles, notamment les styles insécures ou désorganisés, constituent des facteurs de vulnérabilité psychopathologique. Dans cette lancée, Bruno et al. (2019) et Gore-Felton et al. (2013) ont montré l'existence de liens positifs entre l'attachement de type insécure-distant et le TSPT. Ils ont ainsi montré que l'anxiété et l'évitement qui caractérisent ce type d'attachement constituent des facteurs importants dans le développement du TSPT. D'autres études, s'appuyant sur les différences individuelles de régulation émotionnelle et de gestion de stress sont parvenues à la conclusion selon laquelle les formes de gestion émotionnelle axées sur l'évitement des émotions sont corrélées à un grand nombre de symptômes de TSPT comparativement aux stratégies de gestion émotionnelle focalisées sur l'expression des émotions et la recherche de soutien social. C'est le cas des travaux de Bryant et al. (2001) qui indiquent qu'un recours élevé à des stratégies de contrôle social et de réévaluation et un faible recours à l'inquiétude participent à l'atténuation des symptômes du TSPT. Benoit (2006) a quant à lui, démontré que lorsque le degré de sécurité de l'attachement est plus élevé, on assiste à peu de symptômes d'évitement et d'hypervigilance à un mois et trois mois après le trauma, et à peu de symptômes d'intrusion à trois mois post-trauma. En somme, il ressort que lorsque le niveau de sécurité de l'attachement est faible, les stratégies utilisées pour gérer les émotions provoquées par les intrusions sont peu efficaces, ce qui joue sur l'intégration psychique du trauma favorisant ainsi le maintien des symptômes (Benoit, 2006; Bryant et al., 2001). Des travaux plus récents tels que ceux de Smith et Guedeney (2021) soulignent des liens entre trauma des 1000 jours de vie et blessures de l'attachement. Pour ces auteurs, les 1000 premiers jours de vie (0- 2ans) jouent un rôle clé dans l'élaboration de l'attachement, la gestion des stress et des émotions. Un vécu d'adversité (traumatisme, attachement insécure ou désorganisé, etc.) au cours de cette période représente ainsi un risque de développement de troubles psychique ou somatique à l'échelle de la vie (Smith & Guedeney, 2021).

Relations entre MIO ou représentations de soi et de l'autre et TSPT

D'après la littérature, l'attachement peut être aussi conceptualisé en termes de représentations (Roskam, 2011). Contrairement au niveau comportemental de l'attachement, celui représentationnel n'est pas directement observable. Parlant de ces représentations, Bowlby (1973) utilisait le concept de M.I.O pour décrire les processus mentaux élaborés sur la base des expériences relationnelles d'attachement. Il s'agit donc de ce que l'enfant a intériorisé des échanges avec l'adulte et qui lui servent de repères pour interpréter la réalité ainsi que ses propres comportements. Les M.I.O ou les représentations sont une construction mentale alors que la perception est sensorielle. Les M.I.O comportent un aspect environnemental (axé sur les expériences accumulées) et un aspect biologique (basé sur la connaissance de soi, de ses

potentialités et de ses compétences) (Glaser & Prior, 2022). Ces deux modèles doivent être mis à jour pour être utiles (Bowlby, 1973). On retrouve ces deux modèles dans l'affirmation suivante de Roskam (2012) :

Sur base de ses expériences relationnelles avec les différentes figures d'attachement qui l'entourent, l'enfant va peu à peu se construire des modèles internes de relations d'attachement. Ces modèles s'apparentent à une réponse automatique activée dans des situations d'attachement. Ceci lui permettra d'anticiper les réponses de sa figure d'attachement et les siennes face à une situation d'alarme ou de détresse. (pp. 193-194)

En bref, toutes les fois que nous réagissons face à des situations de stress, cela est conditionné en général, par les prévisions ou attentes que nous faisons de la disponibilité de notre figure d'attachement. Ces attentes ou prévisions proviennent des modèles opératoires que nous avons formés à partir des représentations mentales de nous, de l'autre et du monde, elles-mêmes issues de nos interactions avec notre milieu familial (Miljkovitch et al., 1997).

Une fois les M.I.O élaborés, cela va donner la capacité à l'enfant de se représenter mentalement le monde, ce qui va l'aider à mieux percevoir et interpréter les événements, à les anticiper afin qu'il puisse mieux organiser son comportement en retour (Guédeney, 2010, citée par Berdot-Talmier et al., 2016). Les manières dont les individus pensent, ressentent ou croient à propos d'eux-mêmes (Représentation de soi) et des autres (Représentation des autres) sont importantes. Elles constituent les schémas directeurs des conduites humaines. Au regard de leur importance, des chercheurs se sont intéressés aux relations entre M.I.O (ou représentations d'attachement) et TSPT. Ces travaux cherchent à comprendre dans quelles mesures les symptômes du TSPT peuvent être modulés par le mode interne de relation à soi, à autrui ou au monde. À ce titre, Miljkovitch et al. (2003) ont montré que le type de stratégies représentationnelles ou M.I.O de l'enfant donne des indications sur sa capacité ou son incapacité à faire face aux épreuves de la vie. Ils indiquent ainsi qu'il existe un lien entre M.I.O utilisés et la capacité à faire face aux événements traumatiques. Les représentations médiatisent les comportements d'attachement dans des situations stressantes. Et comme le souligne Smith (2021), les stratégies représentationnelles ségréguées favorisent la dissociation, donc le développement ou le maintien des symptômes du TSPT. En effet pour cet auteur, les enfants ayant une expérience traumatique (perte, abus, abandon, négligence, etc.) sont appelés à faire face à un traitement d'informations douloureux à propos d'eux-mêmes (par exemple, ils ne méritent pas de protection) et de leur figure d'attachement (par exemple, elle est non protectrice, hostile, indisponible, etc.). Ces différentes représentations dissociées ou clivées du soi et de l'autre rendent ces enfants vulnérables en situation de stress. En somme, ce sont les M.I.O ou modèles de représentations mentales de soi, de l'autre et du monde qui structurent les comportements d'attachement (Miljkovitch et al., 1997).

Relations entre représentations de soi et de l'autre, style d'attachement et TSPT

Les représentations de soi et de l'autre, style d'attachement et TSPT sont interconnectés. Beaucoup de travaux ont rapporté des liens entre style d'attachement insécure et vulnérabilité psychopathologique. Par exemple, Bruno et al. (2019) et Gore-Felton et al. (2013) ont souligné l'existence de liens positifs entre l'attachement de type insécure-distant et le TSPT. Cependant, ces styles insécures ne conduisent pas directement au TSPT, mais opèrent à travers les représentations mentales qu'ils génèrent. L'action de ces styles est donc médiatisée par les représentations mentales et/ou la régulation émotionnelle. À ce titre, Miljkovitch et al. (1997) nous enseignent que ce sont les représentations mentales de soi, de l'autre et du monde qui médiatisent les comportements d'attachement dans des situations stressantes. D'autres travaux

tels que ceux de Mikulincer et Shaver (2007) montrent que les représentations de soi et de l'autre expliquent significativement la relation entre l'attachement et la psychopathologie. On peut ainsi résumer la relation entre ces trois variables en disant que le style d'attachement de type insécure favorise des représentations négatives de soi et/ou de l'autre, ce qui peut aggraver les symptômes de TSPT.

De ce qui précède, la littérature nous conforte dans la dynamique que l'attachement peut apporter un éclairage sur l'émergence et le maintien des TSPT. Lorsque le style d'attachement est sécure ou organisé, cela constitue un facteur de protection contre le TSPT ou un facteur pouvant faciliter la résilience. Par contre un style insécure ou désorganisé contribue au développement du TSPT. Malgré l'intérêt des études sur l'attachement chez les personnes présentant un TSPT, nous constatons que très peu d'entre elles s'intéressent aux représentations d'attachement associées au style d'attachement en contexte traumatique. Les travaux existants mettent l'accent sur les styles d'attachement associés au TSPT. L'aspect représentationnel est moins abordé dans les études et les travaux en rapport avec les jeunes enfants sont encore rares. Au Burkina Faso, nous n'avons pas trouvé d'études traitant particulièrement de la problématique des représentations d'attachement de soi et de l'autre associées au style d'attachement avec TSPT chez les jeunes enfants malgré la proportion importante des enfants en situation de PDI. Aucune étude n'ayant investigué sur ce terrain au Burkina Faso, cette étude vient alors combler cette lacune en apportant à la fois des connaissances théoriques, mais aussi des propositions d'amélioration de la pratique clinique. Tirant enseignement de ces données littéraires, nous nous posons la question de recherche suivante : quelles sont les représentations d'attachement de soi et de l'autre, associées au style d'attachement avec TSPT chez un jeune enfant au Burkina Faso ayant une expérience d'attaques terroristes ?

Approche théorique

La théorie de l'attachement sert de référence à l'explication des résultats obtenus. Elle a été proposée par Bowlby (1969). Au sens littéral, l'attachement renvoie à la notion d'attache, de lien, d'affection, de dévotion ou même d'amour (Glaser & Prior, 2022). Dans le sens de la théorie de l'attachement, il se définit comme un lien particulier unissant l'enfant à sa figure parentale (Bowlby, 1969). C'est un lien particulier et spécifique établi dès la naissance entre une figure parentale et son enfant, et dont la qualité comporte des effets bénéfiques ou maléfiques sur le développement psycho-affectif de l'enfant (Roskam, 2011). La théorie de l'attachement est donc une théorie développementale permettant d'expliquer l'adaptation et le développement psychologique et social. Pour cette théorie et selon Berdot-Talmier et al. (2016, p.8) : « l'attachement est un processus de nature émotionnelle organisé par des affects particuliers éprouvés par le sujet en interaction, résultant d'une constante adaptation entre l'enfant et le [sic] ou les figures d'attachement ». Elle postule que la qualité des relations d'attachement découle de l'interaction entre les enfants et leurs donneurs de soins. Ce cadre théorique développemental modélise ainsi les liens affectifs entre deux personnes et cela à travers les représentations mentales de soi et de l'autre suivant un style d'attachement sécure ou pas (Ainsworth, 2015; Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1978; Yougbaré, 2014). La construction d'un lien sécure repose donc sur la capacité des figures parentales à interagir de manière prévisible, cohérente et chaleureuse avec leur enfant dès la naissance. L'idée qui fonde ce questionnement réside dans les différences individuelles qui font que toutes les personnes confrontées à un événement traumatique ne développent pas de TSPT. Il y a aussi la référence à la disponibilité émotionnelle des figures parentales en contexte de crise sécuritaire qui justifie le recours au modèle théorique de l'attachement (Glaser & Prior, 2022). L'être humain se développant grâce en partie aux expériences de vie précoce, il sied alors de se pencher sur la relation entre attachement et TSPT.

Objectifs scientifiques

Le présent article s'inscrit en droite ligne des travaux portant sur les psychopathologies infanto-juvéniles. C'est une contribution à la prévention et à la prise en charge efficaces des troubles psychopathologiques chez les enfants. L'article se fixe pour objectif général de comprendre les représentations d'attachement de soi et de l'autre, associées au style attachementiste avec TSPT chez un enfant ayant une expérience d'attaques terroristes.

Plus spécifiquement, il s'agit d'identifier le style d'attachement chez un enfant présentant un TSPT et d'analyser ses représentations d'attachement de soi et de l'autre.

Méthodologie

Elle traite des éléments suivants : le cadre et les participants, la méthode, les outils utilisés et leurs modalités d'administration, les stratégies d'analyse des données et les aspects éthiques observés.

Cadre et participants de l'étude

Cette étude a été réalisée dans la région du Nord, région qui enregistrait au 31 mars 2023, 256 060 PDI, soit 12,4% de la population générale des PDI du Burkina Faso contre 23,9% et 24,3% respectivement pour la région du Centre-Nord et celle du Sahel (SP/CONASUR, 2023). Le Nord de notre pays constitue la troisième région la plus affectée par la crise sécuritaire. L'enfant retenu pour cette étude approfondie est un garçon de 5 ans 4 mois. Il a été choisi parmi les jeunes enfants fréquentant les sites de PDI de la province du Yatenga suivant une approche raisonnée. Cette approche s'est fondée sur des critères d'inclusion tels que l'âge, la confrontation de l'enfant à un vécu traumatique, la manifestation de signes de TSPT. Elle a pris aussi en compte l'avis des responsables d'espaces amis des enfants (EAE) et des cellules de protection de l'enfance.

Méthode de l'étude, outils utilisés et modalités d'administration

Méthode

Cette recherche est de type qualitatif. Il s'agit d'une investigation approfondie de cas individuel à l'aide de la méthode clinique (L. Fernandez & J-L. Pedinielli, 2006). C'est une expérience individuelle d'entretien et d'observation cliniques appuyés par l'utilisation de tests psychologiques.

Outils utilisés et modalités d'administration

Le guide d'entretien semi-directif. Il a permis d'échanger avec la mère en compagnie de l'enfant ainsi que l'encadreur au niveau de l'EAE.

La grille d'observation clinique. Elle a permis de consigner les réactions non verbales illustratives de la souffrance de l'enfant ou des conséquences de cette souffrance sur son entourage.

Le Post-traumatic Checklist Scale, version du DSM-5 (PCL-5). Cet outil a servi à évaluer le TSPT. C'est un questionnaire composé de vingt items cotés chacun de zéro (pas du tout) à quatre (énormément). Le score global est de quatre-vingts. Le PCL-5 permet d'évaluer les symptômes d'activation neurovégétative, les symptômes de modification de la cognition et

de l'humeur, les symptômes d'intrusion et ceux d'évitement.

L'Attachment Story Completion Task (ASCT) de Bretherton et al. (1990). Cet instrument a été utilisé pour évaluer les représentations d'attachement. Le choix de cet outil s'explique par le fait que l'enfant ayant 5 ans (âge préscolaire), a un fonctionnement intellectuel dominé par le recours à un système de pensée liée à la représentation. Dans cette optique, l'accès à ses Modèles Internes Opérants (MIO) par des mesures projectives devient alors possible. C'est un test axé sur la narration d'histoires et la manipulation de figurines avec des relances verbales (Bretherton, 2008). Ces Histoires mettent en jeu des situations anxiogènes portant sur des thématiques suivantes : le gâteau d'anniversaire (en guise d'introduction), le jus renversé, la blessure, le monstre dans la chambre, la séparation et la réunion. En pratique, nous avons commencé la narration de chaque histoire et nous avons invité l'enfant à compléter les amorces d'histoires, lesquelles sont mises en scène avec des figurines mettant en jeu des personnages (grand-mère, mère, père, enfant) et cela, dans le but de faire émerger les représentations d'attachement. La séance a duré environ 20 minutes. Par moment, l'enfant a été encouragé à produire le narratif à travers nos reformulations et relances. La séance a été filmée au moyen de la caméra d'un téléphone portable (Techno Camon 17 pro) pour les besoins du codage puisque par la suite, chaque vidéo a été visionnée afin de relever les comportements et éléments susceptibles d'apparaître pendant le jeu. La vidéo a été visionnée trois fois correspondant aux trois temps des tris des cartes.

Le dessin libre. Nous avons recouru au dessin afin d'explorer le monde intérieur de l'enfant. Étant donné que le langage n'est pas suffisamment structuré chez l'enfant, l'usage du dessin reste une approche importante pour rendre compte de son monde interne (Bédard, 2008; Ionescu et al., 2006; Picard & Baldy, 2012; Roussillon, 2018; Yougbaré, 2018). Son recours dans cette étude permet d'appréhender le vécu inconscient, de déceler la présence ou pas de traumatismes non résolus et aussi d'explorer ses modes de relation à soi et à ses figures parentales.

Analyse des données

L'analyse sémantique structurale et celle séquentielle ont été utilisées pour les données d'entretien et observationnelles. L'analyse thématique de contenu a été utilisée pour les productions narratives de l'enfant en vue de mettre en évidence les catégories explicatives des mécanismes mis en œuvre par l'enfant pour l'attachement. L'analyse quantitative a été utilisée pour les données collectées via le PCL-5. Enfin, l'analyse du dessin s'est basée sur une approche technique rationnelle et psychanalytique. Elle s'est axée sur la valeur psychologique du dessin et la symbolique s'y rattachant. D'une part, nous avons tenu compte des éléments suivants du dessin comme le suggère Bédard (2008) : l'orientation dans l'espace, la dimension, les traits, la pression, la symbolique des formes et les couleurs utilisées. D'autre part, nous avons tenu compte des associations du sujet et la mise en relation du dessin avec l'histoire du sujet (Picard & Baldy, 2012; Roussillon, 2018).

Éthique

Les enquêtes se sont déroulées aussi bien dans le strict respect des droits des enfants (leur liberté d'expression et d'opinion, leur liberté de participation, etc.) que dans le respect du code d'éthique et de déontologie des psychologues à travers ses dispositions régissant la pratique clinique et la recherche.

La méthodologie de l'étude étant clarifiée, passons à présent aux résultats et à la discussion.

Résultats

Dans cette rubrique, nous présentons le cas dans un premier temps et nous l'analysons dans le second temps.

Présentation et analyse du cas

Le cas présenté et soumis à l'analyse s'appelle Noraogo (nom d'emprunt), un garçon âgé de 5 ans 4 mois 18 jours lorsque nous le rencontrons le 20 janvier 2024. Il est né dans un village de la province du Yatenga, une des zones du pays fortement impactées par le terrorisme. Noraogo fréquente un Espace Ami des Enfants.

Éléments d'entretiens avec Noraogo, sa mère et son encadreur à l'EAE.

À l'entretien, Noraogo dit qu'il vit avec sa mère et qu'il fréquente l'EAE. À propos de ce qui l'a marqué dans sa vie, il dit avec beaucoup d'hésitations (Noraogo, 5 ans, enfant déplacé interne) : « J'aime papa. Il n'est plus là », « Il est parti me laisser [Air triste] », « Je le vois dans mon sommeil, lui et puis mon oncle », « Ici [à l'EAE] ce qu'on me donne à manger ne me rassasie pas », « Je ne dors pas suffisamment aussi. Et puis, j'ai peur, j'ai beaucoup peur. Mais, ici, c'est mieux qu'au village où on tue les gens ».

La mère de Noraogo est ménagère et elle est âgée d'environ 30 ans. Elle est analphabète. Son père est décédé, il y a de cela 2 ans (Noraogo avait 3 ans 4 mois et quelques jours) à la suite d'une attaque terroriste dans le village. Noraogo a un grand frère et une petite sœur. Il est donc le deuxième enfant d'une fratrie de trois enfants. Son grand frère est âgé de 9 ans et fréquente la classe de CE1. Quant à la petite sœur, elle est âgée de 3 ans. Elle ne va pas à l'école.

Noraogo vit actuellement avec sa mère. Veuve, la mère de Noraogo vit actuellement à Ouahigouya dans un site dédié aux PDI. Noraogo ne cesse de poser des questions à sa mère au sujet de son père. « Maman, où est parti papa ? », « Maman, papa revient quand ? ». Au sujet de ses relations avec ses frères et sœurs puis les autres enfants, la mère note que Noraogo joue à peine avec ses camarades, est replié sur lui-même et préfère être seul dans son coin. Elle dit avoir observé ce changement de comportement depuis le décès de son père. Pour elle, « L'enfant est bizarre depuis environ cette période. Il ne s'amuse plus comme ça alors qu'avant le décès du père, mon enfant n'avait pas ce problème. Il aimait d'ailleurs sortir pour s'amuser et très souvent, il fallait aller le chercher dehors pour le laver à la tombée de la nuit ». (Marie, 30 ans, ménagère, mère de Noraogo)

Aux dires de la mère, la grossesse de Noraogo s'est bien passée, de même que l'accouchement. Il n'y a eu aucune difficulté, dit-elle en relevant qu'il est né avec environ 3 kg et n'a pas manifesté de difficultés respiratoires. D'après elle, Noraogo n'a pas eu de « problèmes majeurs de santé au cours de son évolution » (Marie, 30 ans, ménagère, mère de Noraogo). Il a commencé à parler vers 6 mois et à marcher vers 11 mois. « Quand il était bébé, il était un enfant actif. Il aimait bouger, s'amuser et il dormait tranquillement et suffisamment », ajoute-t-elle. Hormis la mort brutale de son père et les attaques terroristes sur le village :

Je ne me souviens pas d'un seul événement encore que Noraogo a vécu depuis sa naissance à aujourd'hui et qui a autant perturbé sa vie. Regardez, mon enfant n'a pas d'amis actuellement alors qu'avant, c'était un enfant qui aimait jouer avec ses camarades. Il préfère actuellement jouer ou être seul. Quand les enfants viennent pour jouer avec lui, il les regarde. Quand je l'observe, j'ai comme l'impression que la présence d'autrui le perturbe. On dirait qu'il fuit les gens. Je ne sais pas pourquoi, même si je trouve cela anormal. (Marie, 30 ans, ménagère, mère de Noraogo)

Sa mère rapporte être en bonne santé physique. Cependant, elle souligne « avoir du mal à digérer la mort de son mari ». Elle se sent affligée par la brutalité de sa mort. Quant à l'enfant, elle pense que la mort de son mari a eu des conséquences certaines sur son développement.

Sur l'histoire liée à la situation de mobilité, la mère de Noraogo raconte qu'ils sont arrivés à Ouahigouya en 2023 (environ 3 mois de cela, à la date de l'entretien) où ils ont été accueillis dans un site de PDI. Elle relève qu'ils ont quitté le village sans rien et sans aucune préparation. D'après elle :

Les terroristes sont venus tuer beaucoup de gens dans le village, piller les boutiques, voler des animaux et nous donner 1 jour pour quitter le village sans quoi, ça va chauffer. Nous avons pris nos bagages vite, vite et c'est à charrette que nous sommes partis à Ouahigouya. Nous vivions dans la peur et le stress avant le départ du domicile. On se demandait ce qui peut se passer sur la route ou comment se passera le séjour dans cette aventure inconnue. La perte de mon mari rendait encore difficile l'aventure à mon niveau. Durant le trajet qui a pris presque une journée, nous avons souffert. Il n'y a pas eu d'escale parce que nous avions peur de rencontrer les forces du mal. (Marie, 30 ans, ménagère, mère de Noraogo)

Sur les expériences vécues par Noraogo, elle mentionne que celui-ci a vécu des expériences difficiles avant, pendant et même après le déplacement. Il y a la séparation due à la perte de son père, la mort de deux de ses oncles proches et les coups de feu et incendies dont il a été témoin. Juste avant le déplacement, Noraogo a vu et entendu, relate-t-elle des détonations à courte distance et a appris la disparition d'un de ses proches oncles. Au cours du déplacement, il a vu aussi des cadavres humains sur la route, certainement des corps de terroristes abattus et à la merci des charognards. Après le déplacement interne, l'enfant a aussi vécu des problèmes de nourriture ou d'eau selon la mère. Même pour manger pendant les premiers moments, ce n'était pas facile d'après la mère.

Éléments d'entretiens avec l'encadreur de Noraogo à l'EAE

Noraogo a été inscrit dans un EAE. Il fréquente cette structure depuis environ trois mois. Sur son adaptation à cette structure, Issa (Nom d'emprunt), 27 ans, animateur de l'EAE confie :

Noraogo est tout le temps seul dans son coin. Pendant que ses camarades jouent, chantent et dansent, lui il est dans son coin et il observe seulement. On dirait qu'il n'aime pas les bruits et les gens. C'est un enfant qui parle, mais c'est rare de l'entendre parler. Il s'ouvre difficilement aux gens. Il a aussi des moments d'absences pendant les activités en plus de problèmes de concentration. Je fais de mieux pour l'aider face à cette situation. J'ai parlé de sa situation au responsable de cellules de protection qui ont fait venir un psychologue le voir. Je n'ai pas les résultats, mais il semble qu'il a vécu des choses qui le dépassent et c'est ça qui explique sa situation » .

Éléments d'observation

L'observation de Noraogo pendant les entretiens et ses jeux libres à l'EAE révèlent un enfant calme, lent dans ses mouvements et qui entre difficilement en relation avec les autres. Les jeux intérieurs (jeux en classe) et extérieurs (jeux de plein air) ne semblent pas l'intéresser. C'est seulement au moment de la distribution des bonbons et biscuits qu'il fait

preuve d'enthousiasme. Il était triste durant nos échanges surtout à l'évocation de son père. Sa tenue n'était pas propre. Il était également anxieux et évasif.

Analyse de cas clinique

Dans cette analyse psychopathologique, nous cherchons à comprendre les processus mentaux sous-jacents aux symptômes. Cette analyse tient compte de la structure de personnalité et du vécu du sujet.

De la personnalité du sujet.

Noraogo a une personnalité introvertie. Ce mode de fonctionnement psychique joue sur son adaptation sociale.

Du vécu du sujet.

L'analyse du matériel clinique de Noraogo montre que l'enfant a vécu (directement ou indirectement) plusieurs événements traumatiques : les attaques terroristes sur le village, la perte de son père, le fait d'entendre des détonations à courte distance, le fait d'avoir appris la disparition brutale de ses proches oncles, le fait d'entendre des coups de feu et de vivre les incendies dans le village après les attaques terroristes. Il y a aussi le fait de voir les cadavres humains sur la route et les problèmes de nourriture sur le site de PDI. Ces événements sont tous de nature traumatique et l'ont exposé à des TSPT.

Des représentations d'attachement observées chez l'enfant.

L'évaluation à l'ASCT affiche d'une part, un score inférieur à 45 à la dimension sécurisée et un score inférieur à 65 à la dimension désorganisée. D'autre part, nous constatons que le score obtenu à la dimension désactivée (73,76) est supérieur à celui de la dimension hyperactivée (42,91). Cela montre la présence d'une désactivation ou d'une inhibition au niveau des représentations d'attachement de l'enfant. En d'autres termes, les représentations d'attachement de Noraogo sont désactivées, autrement dit « insécure-évitant ». Cela signifie que Noraogo a réagi aux histoires par une désactivation de ses pensées. Il a adopté comme moyen de défense, la mise à distance de ses sentiments et de son attention lors du jeu symbolique. L'enfant a donc internalisé implicitement le message selon lequel montrer ses sentiments ou son attention entraîne le rejet, ce qui l'amène à se protéger en gardant ses distances. Pendant le jeu, il était anxieux et manquait d'aisance. Il a montré aussi une certaine réticence dans la narration des Histoires (récit à minima souvent teinté de stéréotypes). Les réponses fournies par Noraogo sont brèves. Par exemple, quand on lui a de dire ce qui se passait lorsque l'enfant tombe du rocher et se blesse, il a dit simplement : « il va se lever ». Cette réponse brève vise à éviter de parler de la protection et du réconfort des parents en cas de situation stressante. Pendant la production narrative, Noraogo n'a pas recouru aux pensées ni aux émotions là où il le fallait normalement (par exemple, l'enfant apeuré ou blessé ou un monstre dans la chambre). Il n'a pas non plus exprimé d'attente ou de besoins d'aide lorsque la situation l'exigeait (par exemple, l'enfant face au monstre dans la chambre et l'enfant blessé). Il sous-estime ainsi les soins et la protection de l'autre.

Des relations entre représentations d'attachement et TSPT

La qualité des relations d'attachement découle de l'interaction entre les enfants et leurs

donneurs de soins (parents et encadreurs). À 3 ans 4 mois environ, Noraogo a perdu son père. Le deuil de cette perte n'a pas été résolu chez lui et les traces du dessin le prouvent ainsi que son discours. Cette perte n'a pas non plus été résolue chez sa maman et les éléments suivants de son discours l'attestent : « j'ai du mal à digérer la mort de mon mari », « je suis affligée par la brutalité de sa mort » parlant de son mari, « la perte de mon mari rendait encore difficile l'aventure [Il s'agit de l'aventure du déplacement vers Ouahigouya] à mon niveau » (Marie, 30 ans, ménagère). L'analyse de ces éléments montre que la perte du père d'abord, le vécu des attaques terroristes ensuite et son corollaire de déplacement, ont plongé la famille dans une situation « chaotique ». Cette situation fait que la mère n'était plus capable d'interagir de manière prévisible, cohérente et chaleureuse avec l'enfant créant par conséquent des faiblesses dans la construction des modèles internes de relations d'attachement mère-enfant. Or, nous savons que l'enfant commence déjà à acquérir une représentation mentale sur ses relations d'attachement à 2-3 ans qu'il stabilise à 5-6 ans (Prior & Glaser, 2010). Les interactions progressives avec ses figures de soins n'ayant pas été satisfaisantes, cela n'a pas aidé Noraogo à mieux percevoir et interpréter les événements, à les anticiper dans le but de planifier son comportement en retour (Guédeney, 2010, cité par Berdot-Talmier et al., 2016). D'où les représentations d'attachement de type désactivé qu'il a développées comme mode défensif. Ces représentations caractérisées par l'anxiété et l'évitement ont donc contribué à l'émergence et au maintien du TSPT dont l'une des manifestations symptomatiques repose aussi sur l'évitement et l'anxiété.

Synthèse de cas clinique

En résumé, Noraogo a des représentations d'attachement désactivées. Il a un attachement distant en plus du fait qu'il présente un TSPT. Sa trajectoire de vie singulière est jalonnée de plusieurs vécus traumatiques, mais la mort du père semble l'avoir le plus affecté ainsi que sa mère. La survenue du décès du père et le déplacement ont joué sur la disponibilité émotionnelle de la mère à interagir adéquatement pour répondre aux besoins de l'enfant. Ce qui n'a pas permis à l'enfant de se construire des M.I.O de relation d'attachement sécurisés. Cette situation l'a donc rendu vulnérable face aux événements stressants de la vie. D'où l'émergence ou le maintien des symptômes de TSPT.

Interprétation / évaluation de cas clinique

Les données cliniques de Noraogo sont analysées et évaluées afin de tirer des conclusions concernant son état de santé.

Identification des symptômes. Nous avons relevé :

- des symptômes d'intrusion (critère B) : l'activité onirique fréquente sur son père, le ressenti douloureux à l'évocation de son père, les « troubles de sommeil et les cauchemars de l'enfant sont les éléments illustratifs de cette intrusion. Noraogo dit lui-même qu'il voit son père et son oncle décédés dans son sommeil. Il y a donc une sorte de fixation psychique sur la perte du père ;
- des symptômes d'évitement (critères C) marqués un évitement lorsqu'on parle de son père, des évitements de personnes puisqu'il « joue à peine avec ses camarades », « préfère être seul dans son coin », « s'ouvre difficilement » et « la présence d'autrui le perturbe », il « fuit ses camarades », « pendant que ses camarades jouent, chantent et dansent, lui il est dans son coin et il observe seulement », il « n'aime pas les bruits et les gens ». Il y a aussi un évitement de lieu lorsqu'il dit « ici c'est mieux qu'au village où on tue les gens » ;
- des symptômes d'engourdissement émotionnel (critère D) caractérisé par le fait que l'enfant ne se sent pas en confiance, il n'a pas confiance non plus aux autres. Sa mère « dit

qu'il le culpabilise par rapport à la mort de son père », il y a aussi « une perte d'intérêt pour les activités ludiques » pourtant prisées avant, la « peur » et il « n'a pas d'amis actuellement alors qu'avant, c'était un enfant qui aimait jouer avec ses camarades », il « est bizarre depuis le décès de son père » et « ne s'amuse plus comme ça » ;

- des symptômes neurovégétatifs (critère E) marqués par une vigilance élevée, une forte sensibilité aux bruits, des problèmes d'attention et de concentration et des moments « d'absences psychiques » pendant les activités scolaires.

Analyse des résultats des tests. Les résultats obtenus par Noraogo aux tests suivants sont présentés, analysés et interprétés : Post-traumatic Checklist Scale (PCL-5), dessin et Attachment Story Completion Task (ASCT).

Des résultats du PCL-5. L'évaluation par le PCL-5 affiche un score de 41 réparti comme suit : 12 pour le critère B (symptômes d'intrusion), 6 pour le critère C (Symptômes d'évitement), 14 pour le critère D (symptômes d'engourdissement émotionnel) et 9 pour le critère D (symptômes neurovégétatifs).

Des résultats du dessin libre. La trace graphique laissée par Noraogo fait ressortir un homme et une femme. Le dessin est orienté vers la gauche et est fait de petites formes avec des traits superficiels, signes d'une faible pression exercée sur l'outil scripteur. Il n'utilise pas de couleurs. Concernant son rapport au test, nous avons aussi observé au cours du dessin qu'il était triste et pensif. Aucune association verbale pendant l'acte graphique. À la fin du dessin, il a commencé par nous dire que lui là (en montrant l'homme), « c'est mon père ». Par la suite, il a fondu en larmes et a refusé de poursuivre l'explication.

L'analyse psychopathologique du dessin réalisé par Noraogo montre des traces de vécus traumatiques : l'orientation du dessin indique qu'il a du mal à se soustraire de son vécu passé auquel il s'y accroche et les formes utilisées illustrent un enfant en retrait social. Nous relevons également chez l'enfant des émotions de tristesse, de peur, des sentiments de douleur à l'évocation du père et une inhibition.

Des résultats de l'ASCT. L'évaluation par l'ASCT affiche les scores T suivants obtenus aux dimensions suivantes : sécurité (27,63), désactivée (73,73), hyperactivée (42,89) et désorganisée (60,91). Nous remarquons que Noraogo obtient un score T inférieur à 45 et 65 respectivement pour la dimension sécurité et désorganisation de l'attachement. Le score T obtenu à la dimension désactivation (73,73) est supérieure au score T qu'il affiche à la dimension hyperactivation (42,89). Tout au long de l'administration des histoires à compléter, nous avons observé des hésitations de sa part, des difficultés ou pauvreté à construire des narratifs d'attachement, une grande détresse émotionnelle, de l'anxiété et de l'inhibition. La phase de réunion a été surtout marquée par un évitement de la scène. Les scores obtenus et le rapport au test observé chez l'enfant permettent de conclure que Noraogo présente des représentations d'attachement de type désactivé.

Formulation d'une compréhension globale du problème du sujet.

La souffrance de Noraogo est consécutive à ses rencontres traumatiques. Il a vécu des événements traumatisants qui ont dépassé ses capacités d'élaboration psychique entraînant un débordement psychique. Noraogo a un style d'attachement de type évitant, favorisant ainsi des représentations négatives de soi et de l'autre. Ces représentations réduisent ses soutiens sociaux, ce qui favorise le maintien des symptômes de TSPT.

Diagnostic / Hypothèse de cas clinique.

Le diagnostic permet de définir le trouble qui est attribué à un sujet et cela, en référence

à une nosographie. Nous avons relevé chez Noraogo des symptômes d'intrusion (critère B), d'évitement (critères C), d'engourdissement émotionnel (critère D) et neurovégétatifs (critère E) persistant depuis 2 ans et consécutifs à la perte brutale du père suite à des attaques terroristes. Tous les critères sont validés avec la présence d'au moins un symptôme par critère. De plus, l'évaluation au PCL-5 affiche un score de 41. Ce score traduit la présence d'un TSPT chez Noraogo.

En conclusion, chez Noraogo, nous relevons un TSPT au vu des symptômes relevés plus haut, un mode interne de relation à soi et au monde distant et des situations de deuil non résolues. Il a vécu une succession d'événements traumatiques, ce qui l'a rendu vulnérable sur le plan psychologique. Toutefois, son niveau de retrait social n'atteint pas un seuil critique puisqu'il accepte de fréquenter l'EAE. Une thérapie familiale pourrait mieux aider Noraogo à reconstruire ses modèles internes opérants de relation à soi et aux autres et une thérapie cognitivo-comportementale ou l'EMDR pourra l'aider à se défaire de ses traumatismes non résolus. Une psychothérapie de l'attachement s'avère aussi nécessaire vu qu'il présente des M.I.O insécures de relation d'attachement.

Après la présentation et l'analyse du cas, discutons des résultats obtenus.

Discussion

Cette partie permet de donner une signification psychologique aux résultats à la lumière de la théorie que nous avons retenue et de les comparer à ceux de la littérature. Il s'agit de la théorie de l'attachement de Bowlby (1969). Pour rappel, cette théorie postule qu'à l'âge adulte, les expériences précoces déterminent ce que la personne va se percevoir d'elle-même et des autres et en conséquence la façon dont elle va interagir avec son environnement social.

Interprétation des résultats

Style d'attachement du jeune enfant avec TSPT

Les résultats montrent que Noraogo a un style d'attachement insécure de type anxieux-évitant. Cela signifie que les comportements de l'enfant envers sa figure d'attachement sont dominés par la peur, l'anxiété et l'évitement.

Représentations d'attachement de soi associée au style d'attachement chez le jeune enfant avec TSPT

Dans cette étude, nous nous interrogeons sur la représentation d'attachement de soi associée au style d'attachement chez un jeune enfant déplacé interne au Burkina Faso ayant un diagnostic de TSPT. En réponse, les résultats montrent qu'une représentation négative de soi est associée au style d'attachement évitant chez l'enfant avec TSPT. En effet, nous avons observé des éléments suivants tout au long des productions narratives et qui illustrent des M.I.O dans lesquels le Soi se sent seul, non ou moins digne d'être aimé : hésitations répétées, difficultés à construire des narratifs d'attachement, absence de demande d'aide dans les situations stressantes (par exemple, les histoires relatives à la blessure, au monstre dans la chambre, aux ruptures). Ces éléments illustrent un sentiment de non-valeur et un manque de confiance. Noraogo estime qu'il ne mérite pas des soins ou d'affection ou que ça peut desservir le Moi. En somme, Noraogo a élaboré des M.I.O insécurisés de soi c'est-à-dire, des M.I.O moins bien préparés à percevoir et à interpréter ses propres comportements, toute chose qui renforce le style insécure-évitant et partant, le maintien des symptômes du TSPT. Les productions narratives ne sont qu'une occasion lui permettant de mettre en mouvement ces anciens M.I.O.

Représentation d'attachement de l'autre associée au style d'attachement chez le jeune enfant avec TSPT

Nous nous interrogeons sur la représentation d'attachement de l'autre associée au style d'attachement chez un jeune enfant déplacé internes au Burkina Faso présentant un TSPT. Les résultats obtenus montrent qu'une représentation négative de l'autre est reliée au style d'attachement évitant chez l'enfant avec TSPT. En effet, face aux histoires mettant en jeu des situations de danger, de séparation et de retour, Noraogo a révélé qu'il n'avait pas besoin de protection et de confort de l'autre. Nous avons observé des éléments suivants tout au long des productions narratives et qui illustrent des M.I.O dans lesquels les autres sont perçus, comme moins sensibles ou rejetants en cas de détresse : par exemple, Noraogo ne demande pas de l'aide dans les situations stressantes (Blessures, monstre dans la chambre, rupture). Tout se passe comme si Noraogo estime que le recours à l'autre ou pas ne va rien changer à sa situation. En somme, les résultats révèlent chez l'enfant, un vécu de perte, de négligence et d'évènement poly-trauma. Tout laisse à penser que dans les expériences relationnelles précoces, la figure d'attachement (mère) s'est montrée peu proche, peu attentive, peu sensible et peu accessible dans la réponse aux besoins de Noraogo. Ce qui l'a amené à se construire de M.I.O de type passif de l'autre et de soi, une représentation de soi sans importance et de l'autre insensible pour son adaptation et sa survie. Les attaques terroristes et la situation de PDI ont réactivé ces M.I.O anciens et déclenché un style d'attachement insécure-évitant, ce qui participe au maintien des symptômes du TSPT.

En somme, Noraogo a élaboré des M.I.O insécurisés de l'autre et du monde c'est-à-dire des M.I.O insuffisamment préparés à accueillir de nouvelles représentations de l'autre et du monde, toute chose qui renforce le style insécurisé-évitant et partant, le maintien des symptômes du TSPT.

Comparaison des résultats avec les données de la littérature

En référence à la théorie de l'attachement, on peut donc dire que les interactions entre Noraogo et sa mère ont manqué de qualité (Berdot-Talmier et al., 2016; Bowlby, 1973, 1978; Prior & Glaser, 2010). La difficulté de s'adapter à la perte du père et les multiples stress (déplacement, attaques terroristes, problèmes de nourritures, etc.) ont contribué à réduire les possibilités de la mère à apporter des réponses adaptées et constantes aux besoins de son enfant. Nous voyons aussi que la mère vit un traumatisme non résolu consécutif à la perte de son mari. Tous ces éléments n'ont pas favorisé chez Noraogo, la construction de modèles internes de relations d'attachement devant lui permettre de se représenter mentalement lui-même et le monde de façon positive et de l'aider à mieux percevoir et interpréter les événements, à les anticiper dans le but de planifier son comportement en retour (Guédeney, 2010, cité par Berdot-Talmier et al., 2016). N'ayant donc pas pu construire des représentations sécurisées, on peut penser comme bien d'autres auteurs (Benoît, 2006 ; Bruno et al., 2019; Bryant et al., 2001; Gore-Felton et al., 2013; Miljkovitch et al., 2003; Yougbaré, 2014) que c'est ce qui a favorisé l'émergence et/ou le maintien du TSPT chez l'enfant.

La découverte majeure de cette recherche est d'avoir montré que des représentations mentales négatives de soi et de l'autre sont reliées au style d'attachement anxieux-évitant chez l'enfant présentant un TSPT. Ce sont donc ces schémas cognitifs négatifs qui participent au maintien des symptômes d'anxiété et d'évitement du TSPT puisqu'ils rendent difficiles toute ouverture sociale. Sur le plan diagnostique, ces résultats suggèrent de tenir compte des représentations d'attachement de soi et de l'autre, associées au style d'attachement dans les situations de TSPT en contexte de mobilité. Outre cet aspect, les résultats recommandent aussi

d'étendre les thérapies en contexte de TSPT aux figures parentales. Cela s'avère important en ce sens que lorsqu'un enfant se retrouve avec un diagnostic de TSPT dans une famille, cela a un impact sur les liens familiaux. De même, des liens familiaux ou parentaux fragilisés constituent des facteurs de risque de développement de TSPT surtout en contexte de crise sécuritaire ou de mobilité. Comme le souligne la théorie de l'attachement Bowlby (1969), la qualité des relations d'attachement découle de l'interaction entre les enfants et leurs donneurs de soins. Mieux, les représentations internes actuelles de l'enfant sont le reflet de ses interactions passées avec ses figures d'attachement. De nombreux facteurs peuvent impacter cette qualité relationnelle et affaiblir le lien affectif parent-enfant surtout en contexte de mobilité. La situation de TSPT que vit l'enfant en fait partie, sans oublier les autres situations émotionnellement difficiles ou particulièrement stressantes ou sont réduites, ses attentes de recevoir, de la part de ses dispensateurs de soins, un refuge ou une base sûre pour débiter son exploration du monde (Youghbaré, 2014). Dans les écrits interrogés, nous avons rapporté les travaux de Miljkovitch et al. (2003) soulignant que le type de stratégies représentationnelles ou M.I.O de l'enfant donne des indications sur sa capacité ou incapacité à faire face aux épreuves de la vie. Les résultats que nous avons obtenus convergent dans ce sens puisqu'ils révèlent que des représentations négatives de soi et de l'autre sont associées au style d'attachement anxieux-évitant chez Noraogo. Ce qui ne facilite pas sa résilience face au TSPT qu'il vit. Par contre, nos résultats diffèrent de ceux de Smith (2021) qui estiment que des stratégies représentationnelles ségréguées favorisent la dissociation, donc le développement ou le maintien des symptômes du TSPT. Pour cet auteur, des enfants ayant un vécu traumatique (perte, abus, abandon, négligence, etc.) sont appelés à faire face à un traitement d'informations douloureux à propos d'eux-mêmes (par exemple, ils ne méritent de protection) et de leur figure d'attachement (par exemple, elle est non protectrice, hostile, indisponible, etc.). En effet, que ce soit les résultats de notre étude ou ceux de Smith (2021), il y a un problème dans le traitement d'informations à propos d'eux-mêmes et de la figure d'attachement. Nos résultats indiquent un traitement passif ou négatif d'informations associé à un attachement évitant tandis que ceux de Smith (2021) révèlent un traitement douloureux de l'information associé à un attachement désorganisé.

Cependant, cette étude s'est basée sur l'étude d'un cas illustratif. À cet effet, nous rappelons la singularité de chaque situation clinique et par conséquent, le fait qu'elle ne devrait pas être envisagée pour l'ensemble des enfants avec un diagnostic de TSPT. Pour des études de généralisation, une approche quantitative basée sur un large échantillon s'avère alors indiquée.

Conclusion

L'étude approfondie de ce cas permet de mieux comprendre l'articulation entre les représentations d'attachement et le développement des symptômes psychotraumatiques chez un jeune enfant déplacé interne au Burkina Faso.

Elle a montré que des M.I.O négatifs de soi (impression de ne pas être digne d'être aimé) et de l'autre (impression d'être sans importance, insensible) sont associés au style d'attachement anxieux-évitant chez cet enfant. Ce type d'attachement implique dans l'esprit de l'enfant (Noraogo), l'élaboration de représentations négatives de soi et de l'autre, ce qui altère la qualité de son fonctionnement adaptatif. Noraogo a internalisé les interactions d'attachement comme des représentations négatives à la fois de la figure d'attachement (sa mère) et de lui-même.

La découverte majeure de cette recherche est que des perturbations de l'attachement peuvent être associées chez des enfants avec TSPT en situation de mobilité après un vécu traumatique consécutif à des attaques terroristes. En matière de retombées cliniques, l'étude suggère d'accorder une importance particulière à la dynamique de la relation d'aide.

Références

- Ainsworth, M. D. S. (Éd.). (2015). *Patterns of attachment : A psychological study of the strange situation*. Routledge.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (1978). *Patterns of attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- American Psychiatric Association (Éd.). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (5th ed). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (J. D. Guelfi & M. A. Crocq, Trad., 5 e éd.). Elsevier Masson.
- Bédard, N. (2008). *Comment interpréter les dessins d'enfants* (5e ed). Ed. Québecor.
- Benoit, M. (2006). *Étude du lien entre le degré de sécurité de l'attachement, les stratégies comportementales de régulation émotionnelle et les symptômes de stress post-traumatique chez l'adulte*. Université du Québec à Montréal.
- Berdot-Talmier, L., Aubrion, C., Pierrehumbert, B., & Zaouche Gaudron, C. (2016). Représentations d'attachement chez les enfants, âgés de 3 à 7 ans, exposés aux violences conjugales. *Devenir - Revue européenne du développement de l'enfant*, 28(1), 21-42.
- Bowlby, J. (1969, 1982). *Attachment and loss : Attachment* (1re et 2e édition respectivement). Basic Books, London.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, Vol. 2 : Separation : Anxiety and Anger*. HogardPress and the institute of Psycho-Analysis.
- Bowlby, J. (1978). *Attachement et perte, 1. L'attachement*. PUF.
- Bretherton, I. (2008). Les histoires à compléter pour l'étude des représentations d'attachement: *Enfance*, Vol. 60(1), 13-21. <https://doi.org/10.3917/enf.601.0013>
- Bretherton, I., Ridgeway, D., & Cassidy, J. (1990). *Assessing internal working models of the attachment relationship : An attachment story completion task for 3-year-olds*. *Attachment in the preschool years : Theory, research, and intervention*. Chicago. University of Chicago Press., 273-308.
- Bruno, J., Machado, J., Ferreira, Y., Munsch, L., Silès, J., Steinmetz, T., Aubrion, C., Vismara, L., & Tarquinio, C. (2019). Impact des styles d'attachement dans le développement des symptômes traumatiques chez des femmes françaises victimes de violences sexuelles. *Sexologies*, 28(1), 25-30. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2018.04.005>
- Bryant, R. A., Moulds, M., & Guthrie, R. M. (2001). Cognitive strategies and the resolution of acute stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 14(1), 213-219. <https://doi.org/10.1023/A:1007856103389>
- CONASUR. (2023, mai). Enregistrement des personnes déplacées internes au Burkina Faso. Secretariat permanent CONASUR. file:///C:/Users/user/Downloads/BFA_Situation%20des%20PDI%2031_MARS_2023.pdf
- Fernandez, L., & Pardinielli, J.-L. (2006). La recherche en psychologie clinique. *Recherche en soins infirmiers*, 84(1), 41-51. <https://doi.org/10.3917/rsi.084.0041>
- Glaser, D., & Prior, V. (2022). *Comprendre l'attachement et ses troubles : Théorie et pratique* (2e éd). De Boeck supérieur.
- Gore-Felton, C., Ginzburg, K., Chartier, M., Gardner, W., Agnew-Blais, J., McGarvey, milj, Weiss, E., & Koopman, C. (2013). Attachment style and coping in relation to posttraumatic stress disorder symptoms among adults living with HIV/AIDS. *Journal of Behavioral Medicine*, 36(1), 51-60. <https://doi.org/10.1007/s10865-012-9400-x>
- Ionescu, S., Blanchet, A., Montreuil, M., & Doron, J. (Éds.). (2006). *Psychologie clinique et psychopathologie*. Presses universitaires de France.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood : Structure, dynamics and*

- change*. The Guilford press.
- Miljkovitch, R., Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., & Bachman, K. (1997). *La transmission de l'attachement : La présomption de continuité intergénérationnelle revisitée*. In Y. Prêteur & M. de Léonardis (Eds), *Milieus, groupes et développement socio-personnel de l'enfant*, (pp. 145-148). Editions Universitaires du Sud.
- Miljkovitch, R., Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., & Halfon, O. (2003). Les représentations d'attachement du jeune enfant. Développement d'un système de codage pour les histoires à compléter. *Devenir*, 15(2), 143-177. <https://doi.org/10.3917/dev.032.0143>
- Picard, D., & Baldy, R. (2012). Le dessin de l'enfant et son usage dans la pratique psychologique: *Développements*, 10(1), 45-60. <https://doi.org/10.3917/devel.010.0045>
- Prior, V., & Glaser, D. (2010). *Comprendre l'attachement et les troubles de l'attachement : Théorie, preuve et pratique*. De Boeck.
- Roskam, I. (2011). *Les enfants difficiles (3-8 ans) : Évaluation, développement et facteurs de risque*. Mardaga.
- Roussillon, R. (2018). *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale* (3e éd). Elsevier Masson.
- Sawadogo, M. L. (2023). *Psychotraumatisme, développement cognitif et affectif des enfants victimes d'attaques terroristes au Burkina Faso* [Thèse de doctorat unique non publiée]. Université Joseph KI-ZERBO.
- Smith, J. (2021). *Psychothérapie de la dissociation et du trauma* (2e éd.). Dunod.
- Smith, J., & Guedeney, A. (2021). *Le grand livre des 1000 premiers jours de vie : Développement, trauma, approche thérapeutique*. Dunod.
- Sourabié, O., Nanema, D., Goumbri, P., Bague, B., Kapouné, K., & Ouédraogo, A. (2023). Épidémiologie du trouble stress post traumatique chez les personnes déplacées internes en Afrique : Revue de la littérature. *Psy Cause*, 1(84), 91-99. <https://www.cairn.info/revue-psy-cause-2023-1-page-91.htm?ref=doi>,
- Yougbaré, S. (2014). *Attachement et délinquance des mineurs : Déterminants psychosociaux au Burkina Faso*. L'Harmattan.
- Yougbaré, S. (2018). Style d'attachement de fratrie d'enfants atteints du trouble du spectre de l'autisme a Ouagadougou. *Cahiers Ivoiriens de Psychologie*, 9, 7-27.
- Yougbaré, S., Ouedraogo, M., & Ballo, C. (2022). Psychotrauma of Terrorist Attacks Among Displaced Children Aged 3 to 7 in the Town of Bourzanga, Burkina Faso. *International Journal of Psychological Science*, 2(2), 16-22. <http://www.sciencepublishinggroup.com/j/ijps>, doi: 10.11648/j.ijps.20220202.11