

**Université Abderrahmane Mira De Bejaia**

**Faculté Des Sciences Humaines Et Sociales**

**Département sciences Sociales**



Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de master

Option : psychologie clinique

***Thème***

***Le traumatisme psychique chez les***

***Sapeurs-Pompiers***

***Étude de cinq (5) cas***

**Réalisé par :**

***Rima AHFIR***

***Tinhinane ATTAF***

**Encadré par:**

***M<sup>me</sup> Kahina MEKHZEM***

***Année Universitaire :***

***2019\_2020***

**Université Abderrahmane Mira De Bejaia**

**Faculté Des Sciences Humaines Et Sociales**

**Département sciences Sociales**



Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de master

Option : psychologie clinique

***Thème***

***Le traumatisme psychique chez les***

***Sapeurs-Pompiers***

***Étude de cinq (5) cas***

**Réalisé par :**

***Rima AHFIR***

***Tinhinane ATTAF***

**Encadré par:**

***M<sup>me</sup> Kahina MEKHZEM***

***Année Universitaire :***

***2019\_2020***

## **Résumé**

Notre recherche aborde la question de « traumatisme psychique chez les sapeurs-pompiers ».

L'objectif principal de cette recherche est de découvrir le vécu psychologique des pompiers et les différentes difficultés rencontrées durant les interventions, ainsi que la façon dont les événements émotionnellement choquants et/ou traumatisants sont vécus, sur le terrain et immédiatement après.

A travers le questionnaire "traumaq" effectués au niveau de l'unité centrale de la protection civile à Bejaïa auprès de cinq (5) agents de la protection civile de différents grades, on a constatés que les sapeurs-pompiers souffrent d'un traumatisme psychique de différentes intensités qui se traduit par la présence de certaines manifestations des troubles psychologiques.

Cette recherche apprend qu'il est à la fois important et indispensable, pour le professionnel de la psychologie, de tenir compte du soutien naturel présent dans chaque corps de sapeurs-pompiers et d'intervenants dans l'aide médicale urgente.

**Les mots clés : traumatisme psychique - les sapeurs pompiers.**

## **Abstract**

Our research addresses the issue of "psychological trauma in firefighters." The main objective of this research is to discover the psychological experience of firefighters and the various difficulties encountered during the interventions, as well as how emotionally shocking and/or traumatic events are experienced, on the ground and immediately after.

Through the questionnaires carried out at the level of the central unit of civil protection in Bejaia with five (5) civil protection agents of different ranks, it was

noted that the firefighters suffer from psychological trauma of different intensities. And the presence of certain manifestations of psychological disorders.

This research learns that it is both important and essential for the psychology professional to take into account the natural support present in each body of firefighters and emergency medical assistance workers.

**Key words: psychological trauma- firefighters.**

### ملخص

يتناول بحثنا مسألة "الصدمة النفسية لدى رجال الإطفاء".

الهدف الرئيسي من هذا البحث هو اكتشاف المعاش النفسي لرجال الإطفاء والصعوبات المختلفة التي تواجههم أثناء التدخلات ، بالإضافة إلى الطريقة التي يعيش بها الأحداث الصادمة و/ أو المؤلمة عاطفيًا، في الميدان وبعد ذلك مباشر .

من خلال تطبيق استبيان " trauma " لخمسة أعوان من الحماية المدنية من مختلف الرتب على مستوى الوحدة المركزية للحماية المدنية ببجاية، تبين لنا أن رجال الإطفاء يعانون من صدمات نفسية مختلفة الشدة والتي ترجمت على شكل اضطرابات نفسية.

يوضح هذا البحث أنه من المهم والضروري بالنسبة لمهني علم النفس أن يأخذ في عين الاعتبار الدعم الطبيعي الموجود في كل هيئة من رجال الإطفاء و المتدخلين في المساعدة الطبية في حالات الطوارئ.

**الكلمات المفتاحية: الصدمة النفسية- رجال الإطفاء**

# Remerciements

*En préambule à ce mémoire nous tenons tout d'abord à remercier le Dieu le tous puissant, qui nous a aidé et donné la patience et le courage durant ces longues années d'étude pour accomplir ce modeste travail.*

*Surtout nous tenons à remercier très chaleureusement notre encadreur Mme « **KAHINA MEKHZEM** », qui nous a permis de bénéficier de son encadrement, pour ses précieux conseils, son aide et son orientation, qui ont constitué un rapport considérable durant toute l'année.*

*Nous tenons à remercier **Mme Lamia HADARBACHE** pour ses conseils et la documentation qu'elle nous a fournie.*

*Ces remerciements vont aussi au corps professoral et administratif de la faculté des sciences sociales, pour la richesse et la qualité de leurs enseignements et qui déploient de grands efforts pour assurer à leurs étudiants une formation actualisée.*

*Sans oublier d'adresser un grand merci à nos enseignants tout au long de notre cursus universitaire ; nous vous serons reconnaissantes à vie.*

*Nous tenons à remercier lieutenant Monsieur **Rabah YALAOUI** qui a accepté de faire notre recherche à l'unité centrale à Bejaïa,*

*Nous souhaitons souligner la gentillesse avec laquelle les pompiers de l'unité de Bejaïa nous ont accueillies lors de nos journées d'observation en caserne, au début de notre recherche, puis aux pompiers qui ont répondu à nos entretiens, merci d'avoir pris le temps de participer à la recherche.*

*Nous remercions les membres de jury pour l'honneur qu'ils nous font en acceptant d'examiner ce travail et de participer à la soutenance.*

*Je remercie le personnel de la bibliothèque pour leur aide dans la quête des ouvrages et les mémoires nécessaires pour cette recherche.*

*Enfin, nous tenons également à remercier tous les personnes, amis, proches qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire.*

# Dédicaces

*Je dédie ce travail à :*

*A la plus douce et la plus merveilleuse de toutes les mamans.*

*A ma très chère mère Ourida qui m'a tout donné sans compter.*

*Tes prières ont été pour moi un grand soutien tout au long de mes études.*

*Puisse dieu tout puissant te protéger du mal, te procurer longue vie, santé et bonheur afin que je puisse te rendre un minimum de ce que je te dois.*

*A celui qui m'a aidé à découvrir le savoir le trésor inépuisable.*

*A mon très cher père Khoudirqui m'a donné tant de choses et tu continues à le faire. Que dieu te préserve des malheurs de la vie.*

## ***A ma petite perle nièce Sirine***

*Tu es la joie de ma vie. J'espère que mon travail sera pour toi source de fierté et qu'elle sera un exemple à suivre.*

*Ta joie de vivre et ton sourire ont été pour moi le meilleur encouragement que je puisse avoir.*

*Que dieu te garde et te protège.*

*A Mes très chères sœurs*

*Nasia, Hakima, Samira, Nabila, Hafida, Basma, Asma, Ranida*

*Je vous remercie, pour vos encouragements, et j'implore Dieu qu'il vous apporte bonheur, amour et que vos rêves se réalisent, Sans oublier mes frères.*

*A ma copine et ma camarade **Tinhinane** et à toute sa famille*

*Sans oublier à le dédier à toute la famille, mes amis et ma chère copine Nawel et sa petite famille, et je remercie vivement mon encadreur Mme Mekhzem.K pour ses orientations durant toute la période de la recherche, et ses conseils chaleureux.*

*Je n'oublierai pas aussi tous ces soldats du feu qui s'engagent à secourir les citoyens sans hésitation.*

**AHFIR Rima**

# Dédicace

À La mémoire de mon très cher frère Sofiane que dieu l'accueille dans son vaste paradis.

À mes chers parents qui ont toujours été là pour moi, que dieu les garde et les protège.

À mes chers frères Samir et Nabil ainsi à leurs épouses Ssissi et Katia.

À mes deux chères sœurs Nassima et sélya.

À mes adorables petite nièces Alycia, Chanez et ma princesse Malek, sans oublier le petit chouchou de la famille Rayan que dieu le guide dans le droit chemin.

À madame MEKHZEME .K, je vous remercie de m'avoir encadré, orienté, conseillé et encouragé.

À ma chère binôme Rima et sa famille.

À mes meilleurs(es) amis(es) Nawel, Rima, kakou, Lina, Mounia, Sarah, Abdou, Zaman, Islem, Youyou...

Et enfin sans oublier à tous mes cher (es) collègues de « HAPPY »

Je vous aime tous.

**ATTAF Tinhinane**

# **Sommaire**

## Sommaire

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>La problématique et les hypothèses.....</b>	<b>3</b>
<b>Opérationnalisation des concepts.....</b>	<b>7</b>
<b>Partie théorique</b>	
<b>Chapitre I : les sapeurs-pompiers</b>	
Préambule.....	8
1. Définition de pompier.....	8
2. Les missions des pompiers.....	8
3. Evolution et l’histoire de pompier en Algérie.....	9
4. les qualités requises pour les pompiers.....	10
5. les différents grades de pompier.....	11
6. Les risques du métier de pompier.....	12
7. Les effets à long terme rattachés au métier de pompier .....	15
8. Les véhicules de pompier.....	15
9. La déontologie de pompier.....	19
Synthèse .....	22
<b>Chapitre II : le traumatisme psychique</b>	
Préambule.....	23
1. Aperçu historique sur le traumatisme psychique.....	23
2. Définitions .....	25
3. Les approches théoriques de traumatisme psychique.....	27
4. La clinique du traumatisme psychique.....	30
5. Les facteurs de risque de traumatisme psychique.....	31
6. Traumatisme direct ou indirect .....	33
7. Les types du traumatisme psychique.....	33
8. Le stress et le trauma .....	34
9. Les critères diagnostiques du traumatisme psychique selon DSM5.....	35
10. Description clinique du syndrome psycho-trauma.....	38
11. Les conséquences du traumatisme psychique.....	40
12. La prise en charge des traumatismes psychiques .....	40
Synthèse .....	43

## **Partie pratique**

### **Chapitre III : la méthodologie de recherche**

Préambule.....	44
1. La démarche de la recherche.....	44
2. Les techniques utilisées.....	46
3. Le déroulement de la recherche .....	51
4. Difficultés rencontrées .....	51
Synthèse.....	52

### **Chapitre IV : Présentation, analyse et discussion des résultats**

1. Présentation et analyse du cas A.....	53
2. Présentation et analyse du cas B.....	55
3. Présentation et analyse du cas C.....	58
4. Présentation et analyse du cas D.....	60
5. Présentation et analyse du cas C.....	62

### **Chapitre V : discussion des hypothèses**

Discussion et vérification des hypothèses de recherche.....	65
---	----

<b>Conclusion générale</b> .....	68
----------------------------------	----

### **Références bibliographiques**

### **Les annexes**

## Liste des abréviations :

<b>APPA</b>	Appareil de protection respiratoire autonome
<b>ARI</b>	Appareils respiratoires isolants
<b>BIS</b>	Bateau léger de sauvetage
<b>BRS</b>	Le bateau de reconnaissance et de sauvetage
<b>CCF</b>	Camion-citerne feux de forêts
<b>CMIC</b>	Cellule mobile d'intervention chimique
<b>COC</b>	Commandant des opérations de secours
<b>DPC</b>	Direction de la protection civile
<b>DSM</b>	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
<b>EPA</b>	Echelle pivotante automatique
<b>ESPT</b>	Etat de stress post traumatique
<b>FPT</b>	Fourgon pompe-tonne
<b>FPTSR</b>	Fourgons pompe-tonne-secours routier
<b>GRIMP</b>	Groupeement de reconnaissance et d'intervention en milieu périlleux
<b>IRSS</b>	Les antidépresseurs de type inhibiteur de la recapture de la sérotonin
<b>MPR</b>	La moto pompe remorquable
<b>OIT</b>	Organisation internationale du travail
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>PC</b>	La protection civile
<b>PTSD</b>	Post traumatic stress disorder
<b>RIM</b>	Règlement d'instruction et de manœuvre
<b>RMVGD</b>	La remorque moto ventilateur grand débit
<b>SAMU</b>	Service d'aide médicale urgente
<b>SIS</b>	Service d'incendie de secours
<b>SMUR</b>	Service mobile d'urgence et de réanimation
<b>SNPC</b>	Service nationale de la protection civile
<b>SP</b>	Sapeur pompier
<b>SSSM</b>	Service de santé et de secours médical
<b>TOC</b>	Trouble obsessionnel compulsive
<b>TSPT</b>	Trouble de stress post traumatique
<b>VPC</b>	Le véhicule poste de commandement
<b>VSAV</b>	Véhicule de secours et d'assistance aux victimes
<b>VSR</b>	Véhicule secours routier
<b>VSS</b>	véhicule de soutien sanitaire

## Liste des tableaux

<b>Numéro du tableau</b>	<b>Titre</b>	<b>Page</b>
<b>Tableau N°1</b>	<b>Classification des grades de la protection civile</b>	<b>12</b>
<b>Tableau N°2</b>	<b>Récapitulation des caractéristiques de groupe de recherche</b>	<b>46</b>
<b>Tableau N°3</b>	<b>Conversion des notes brutes en notes étalonnées par échelle</b>	<b>50</b>
<b>Tableau N°4</b>	<b>Conversion de la note brute totale de la partie en note étalonnée et en niveau d'intensité</b>	<b>51</b>
<b>Tableau N°5</b>	<b>Tableau récapitulatif des résultats du trauma du profil de Monsieur A</b>	<b>53</b>
<b>Tableau N°6</b>	<b>Tableau récapitulatif des résultats du trauma du profil de Monsieur B</b>	<b>56</b>
<b>Tableau N° 7</b>	<b>Tableau récapitulatif des résultats du trauma du profil de Monsieur C</b>	<b>58</b>
<b>Tableau N° 8</b>	<b>Tableau récapitulatif des résultats du trauma du profil de Monsieur D</b>	<b>60</b>
<b>Tableau N°9</b>	<b>Tableau récapitulatif des résultats du trauma du profil de Monsieur E</b>	<b>62</b>
<b>Tableau N°10</b>	<b>les résultats des cas selon le niveau d'intensité du traumatisme.</b>	<b>65</b>

## Liste des graphiques :

<b>Courbe N°</b>	<b>Titre</b>	<b>Page</b>
<b>Courbe N° 1</b>	<b>Représentation graphique du Monsieur A</b>	<b>55</b>
<b>Courbe N°2</b>	<b>Représentation graphique de monsieur B</b>	<b>57</b>
<b>Courbe N°3</b>	<b>Représentation graphique de monsieur C</b>	<b>59</b>
<b>Courbe N°4</b>	<b>Représentation graphique de monsieur D</b>	<b>61</b>
<b>Courbe N°5</b>	<b>Représentation graphique de monsieur E</b>	<b>63</b>
<b>Courbe N° 6</b>	<b>Représentation graphique du profil du groupe de recherche</b>	<b>67</b>

**Liste des annexes :**

**Annexe n° 1 : guide d'entretien.**

**Annexe n° 2 : le questionnaire d'évaluation de traumatisme (traumaq).**

# **Introduction générale**

### Introduction

On peut imaginer que l'être humain a connu l'expérience du traumatisme dès le début de son apparition sur terre, que ce soit en réaction aux accidents, à l'expérience de la mort, être victime d'une agression ,aux phénomènes naturels effrayants, aux violences entre les hommes. (Perucchi, 2008)

Les pompiers sont exposés à de telles situations, telles que des accidents horribles ou exposés à des explosions ou voir leurs camarades tués devant eux.

La plupart des pompiers surmontent ces expériences avec le temps, même sans aide psychologique, mais chez certaines d'autres pompiers, de telles expériences provoquent une réaction qui peut durer des mois, voire des années, et c'est ce que nous appelons le trouble de stress post-traumatique.

Chaque événement, potentiellement traumatisant pourrait provoquer un traumatisme psychique ou un ESPT (Etat de stress post-traumatique) selon l'appellation de DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) qui le considère en 1993 comme état causé par « un événement hors du commun et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus ».

Pour mener à bien notre recherche sur « **le traumatisme psychique chez les sapeurs pompiers** », nous avons tracé un plan de travail qui se compose de deux parties, théorique et pratique.

En premier lieu une introduction ainsi que la problématique, où nous avons proposé une hypothèse que nous allons confirmer ou infirmer à la fin de notre recherche.

En second lieu, une partie théorique qui se divise en deux chapitres, le premier chapitre est « **les sapeurs-pompiers** » dans lequel on à commencer par la définition du pompier et son évolution en Algérie puis les risques du métier et la déontologie de pompier.

Le deuxième chapitre dédié à l'étude du « **traumatisme psychique** » qui débute par un aperçu historique du traumatisme, sa définition et ainsi que les types et les classifications.

En troisième lieu, la partie pratique comporte deux chapitres ; un chapitre intitulé «**méthodologie de la recherche** » qui englobe la définition de la méthodologie, la démarche à suivie, le groupe de recherche, ainsi que les outils de recherche qui se compose de

questionnaire du Traumaq, qui « évalue le syndrome post traumatique, suite à l'exposition à un évènement comportant une menace de mort pour soi ou pour les autres ». (Damiani et Pereira-Fradin, 2007) et le guide d'entretien.

Ensuite nous allons présenter et **analyser les données obtenues à travers le questionnaire « Traumaq » et discuter les hypothèses dans le dernier chapitre.**

Nous achevons notre travail de recherche par une **conclusion** suivie de nos **références bibliographiques et les annexes.**

# **La problématique**

### La problématique :

Le travail est un lieu de réalisations personnelles pour une grande majorité d'individus, mais peut également engendrer des problèmes de santé psychologique chez les travailleurs. En effet, plusieurs études effectuées dans différents milieux de travail permettent de bien documenter les facteurs de risque présents dans le travail et leurs impacts sur la santé psychologique des travailleurs. Plus particulièrement au sujet de la situation d'un groupe de travailleurs précision les pompiers, lesquels œuvrent dans un environnement comportant de nombreux risques d'atteinte à leur santé psychologique. (D. Jacinthe, D. Ph, 2011, p. 7)

Dans les milieux incendies, il est possible de retrouver des situations éprouvantes et exigeantes tant sur le plan physique que mental. Ces exigences, inhérentes au métier de pompier, représentent des facteurs de risque d'atteinte à leur santé psychologique. Par exemple, dans les interventions, les pompiers sont exposés à des situations dangereuses et des événements traumatiques, menaçant leur propre vie, celle de leurs collègues ou celle des citoyens. Ils peuvent également être témoins de pertes matérielles importantes, de souffrances humaines, de blessure graves, de brûlures, des catastrophes naturelles, agression sexuelle et même de la mort. En tant qu'intervenants d'urgence, ils sauvent des victimes, retirent des personnes mortes des décombres, assistent à des scènes éprouvantes émotionnellement et ils ont la plupart du temps à intervenir rapidement et à poser des actions lourdes de conséquences. Le travail de pompier est demandant, complexe, chargé de responsabilités et le rythme de travail est particulier. (D. Jacinthe, D. Ph, 2011, p. 7)

Les pompiers sont susceptibles d'être présents sur les lieux de l'intervention pendant une période importante, dépassant parfois le temps normal de travail. Ils peuvent également être appelés à ressortir de la caserne dès qu'ils rentrent d'un appel, n'ayant parfois pas le temps de reprendre l'énergie nécessaire pour être efficace lors de l'intervention suivante. A l'opposé, les pompiers peuvent être pendant de longues heures en sous charge lors d'un quart de travail. Par conséquent, ils sont susceptibles de vivre de l'ennui lors de ces périodes, en attente d'un appel. Il est alors possible de constater que les exigences physiques et psychologiques liées à ce métier sont imprévisibles et ne sont pas constantes.

En dépit des risques élevés présents dans le métier de pompier, peu d'études font état des conséquences psychologiques liées à ce travail. D'ailleurs, il est récent dans la littérature scientifique que des auteurs s'intéressent aux conséquences psychologiques que vivent les intervenants en situation d'urgence. De fait, ce n'est que depuis la fin des années 1980 que les

services incendie ont commencé à porter une attention aux impacts du travail des pompiers sur leur santé psychologique. . (D. Jacinthe, D. Ph, 2011, pp. 7-8)

A travers le monde, les études relatives à la santé psychologique des pompiers portent sur le stress post-traumatique, qui explique que la nature des événements choquants et/ou traumatisants peuvent engendrer un traumatisme psychique qui peut confronter l'individu au réel de la mort, dans notre présente étude nous pencher sur la question de traumatisme psychique chez les sapeurs-pompiers, pour cette raison plusieurs chercheurs se sont penchés sur ce sujet pour définir et cerner la problématique du psycho traumatisme afin de connaître ce dernier pour mieux prévenir ses conséquences. . (D. Jacinthe, D. Ph, 2011, p. 8)

Pour expliciter le concept de traumatisme, nous nous sommes appuyés sur les théories développées par J. Laplanche et J. B. Pontalis(1967) qui définissent le traumatisme comme un « événement de la vie du sujet, qui se définit par son intensité, l'incapacité ou se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque ». (Laplanche, J, Pontalis, 1967, P. 70)

Le traumatisme psychique peut se définir comme un effondrement de l'enveloppe psychique ou lorsqu'apparaissent des trous du fait de l'agression du monde externe qui s'accompagnent d'effets de sidération, de liaison et d'incapacité à penser. (M. Delage, 2002, p. 70)

Pour Louis Crocq dira que « le traumatisme comme un phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'individu qu'y est exposé comme victime témoin ou acteur. (Crocq, L. 2007, P 7)

Cependant un événement soudain ou inattendu, peut sérieusement troubler l'équilibre émotionnel et cognitif de l'individu concerné. Les exemples sont, entre autres, l'annonce d'un décès douloureux et inattendu d'un membre de la famille ou d'une connaissance, la vue de blessés sérieux ou de morts et la vue ou la participation à un accident de voiture.

Les interventions émotionnellement choquantes ou traumatisantes peuvent apporter beaucoup de plaintes physiques ou psychiques. Des manifestations possibles de ceci sont, entre autres, de se retirer de la vie sociale, d'éviter des situations difficiles, de l'agitation et de la nervosité, de l'irritabilité excessive ou de l'agressivité directe (même parfois au sein de la famille), mal de dos, de tête et de ventre, pointe au cœur, toutes sortes de souvenirs (rêves

tristes, désagréables, flash-back, etc.), problèmes de concentration et de peur. Ce sont tous des symptômes de stress post-traumatique.

Le personnel du corps des sapeurs-pompiers se compose d'hommes qui, pendant leur formation, ont appris que d'ordinaire, pleurer est un signe de faiblesse et/ou pour les filles. Ils sont experts pour réprimer la douleur et pour cacher leurs sentiments avec de l'humour noir et du cynisme comme seul exutoire. C'était souvent ce même exutoire qui permet aux sapeurs-pompiers, pendant les interventions, de conserver une distance psychologique opérationnelle par rapport aux victimes. Pendant leur travail, dans beaucoup de situations atroces, ils apprennent à se concentrer sur leurs opérations techniques et à refouler leurs sentiments ou émotions.

Dans son article sur les impacts psychologiques des métiers dangereux : portrait de situation de la santé psychologique des pompiers de 2011 Douesnard a réalisé une étude auprès de service d'aide médicale urgente et du service mobile d'urgence et de réanimation en France (SAMU et SMUR) qui a révélé que 38% ont vécu au moins un événement traumatisant au cours de leur activité. Pour les travailleurs du SAMU et du SMUR, 18% d'entre eux ont développé un TSPT. Il est donc possible de comprendre que malgré le fait que les pompiers se considèrent parfois exposés à des événements d'ampleur, seulement une petite proportion d'entre eux est affectée psychologiquement. Alors c'est possible de comprendre que les pompiers élaborent des stratégies collectives de défense afin de réguler les affects négatifs engendrés par la confrontation aux risques de leur métier, évitant ainsi d'en subir de trop grands impacts au niveau de leur santé psychologique. (D. Jacinthe, D. Ph, 2011, p. 16)

L'objectif de ce travail est de tenter de créer une image réaliste du monde de travail réellement spécifique des sapeurs-pompiers, et on apprend qu'il est important et indispensable, pour le professionnel de la psychologie, de tenir compte du soutien naturel présent dans chaque corps de sapeurs-pompiers.

Pour mettre la lumière sur la souffrance psychologique des sapeurs-pompiers, on pose la question générale suivante : Est-ce que les pompiers développent un syndrome post traumatique après leur confrontation à un événement traumatique ?

Par le biais de cette question principale on essaye de poser l'hypothèse partielle :

Et est-ce que la gravité de la nature de l'événement a un effet sur l'intensité du syndrome post traumatique ?

Afin de répondre aux questions de notre problématique, on a mis en œuvre ces hypothèses suivantes :

### **Hypothèse générale :**

Les pompiers développent un syndrome post traumatique après leur confrontation à un événement traumatique.

### **Hypothèse partielle :**

La gravité de la nature des événements augmentent l'intensité du syndrome post-traumatique qui diffère d'un pompier à l'autre.

### Opérationnalisation des concepts

La définition conceptuelle représente une partie capitale qui permet de bien saisir et de situer le sujet d'étude.

- **Le traumatisme psychique :**
  - Souvenir répétitif et envahissant
  - Cauchemar et terreur nocturne
  - Difficulté du sommeil
  - Réaction du sursaut excessif
  - Problèmes de concentration
  - Irritabilité
  - Accès de colère
  - Comportement d'évitement
  - Hypovigilance
  - Trou de mémoire
  
- **La protection civile :** est mission de la puissance publique consistant à limiter les risques encourus par la population et à réduire les dommages causés ou bien matériels lors d'accidents de catastrophes.
  
- **Le sapeur pompier :** est le synonyme de pompier. c'est un soldat du feu qui travaille pour le service public et intervient en cas d'incendie ou de tout autre danger. Il peut être un sapeur pompier volontaire ou de profession.

# **Partie théorique**

# **Chapitre I**

## **Les sapeurs pompiers**

## Préambule :

Quelle que soit l'heure de la journée ou de la nuit ,les pompiers sont les derniers recours, ceux que l'on appelle en urgences ,lorsque toutes les solutions sont épuisées ,lorsqu'on a besoin d'être évacué ,de quitter une situation intenable ,redoutée ,lorsqu'on est en souffrance ,on appelle même les pompiers quand il est trop tard ,quand les décès est déjà constaté .

Dans ce chapitre ,nous aborderons dans un premier temps ,la notion du sapeur-pompier et son évolution ,puis les grands profils des sapeurs-pompiers et ses missions ,en posant tout d'abord les différents grades puis les situations qui peuvent les mettent en danger .Dans un deuxième temps , nous allons citer les différents véhicules des sapeurs-pompiers et la question de la déontologie chez eux ,pour arriver finalement à une synthèse de ce chapitre .

### 1. Définition de pompier :

C'est une personne qui est chargée de combattre les incendies et d'assurer les secours en cas de sinistre.

Un sapeur-pompier c'est une personne entraînée combattre le feu ,les inondations et a offrir une gamme de secours de diverse nature .La mission principale d'un pompier étant de protéger les personnes ,les biens et l'environnement.

### 2- Les missions des pompiers :

Il est l'acteur principal de la lutte contre les incendies d'urgence, le pompier a d'autres missions qui sont aussi importants :

- Réaliser les premiers soins auprès des accidentés de la route et autres blessés (brûlure, chute, tentative de suicide, coma éthylique...)
- Baliser l'accès des zones d'intervention (lieux d'accidents de la route, bâtiments menaçant de s'effondrer, sites industriels à haut risque suite à explosion, fuite de gaz ou substances toxiques/polluantes)
- Désincarcérer et transporter les individus lors d'accidents relevant de la circulation (routière, navale, aérienne, ferroviaire).
- Evacuer les personnes en cas d'inondation, d'effondrement d'immeuble/d'habitation (explosion, tremblement de terre...)
- Eteindre les incendies (de forêt, d'habitation, de véhicule, d'entrepôt...)

- Intervenir pour résoudre des problèmes domestiques comme une panne d'ascenseur, une fuite de gaz, un nid de guêpes
- Vérifier les normes incendie et de sécurité avant l'ouverture d'un nouveau bâtiment au public
- S'exercer quotidiennement tant sur le plan physique que technique (« les mains œuvres »).
- Entretien des véhicules et des locaux (caserne)

Le pompier a la possibilité de monter en grade via des concours internes, tout comme il peut se spécialiser : plongeurs, GRIMP (Groupement de Reconnaissance et d'Intervention en Milieux Périlleux), CMIC (Cellule Mobile d'Intervention Chimique), cynotechnie...**(objectif-emploi-orientation.fr/fiches-metiers/sapeur-pompier/)**

### **3- L'évolution et l'histoire de pompier en Algérie :**

Au lendemain de l'indépendance, l'Algérie disposait d'un service central de la protection civile au niveau du ministère de l'intérieur et des services de secours et de lutte contre l'incendie au niveau des wilayas. En effet, Le service central n'avait qu'un rôle administratif se limitant, en particulier, au choix et à l'acquisition des équipements de protection civile. En revanche les unités opérationnelles existantes relevaient, quant à elles, de l'autorité communale et comprenaient selon l'importance et les moyens de celles-ci, des éléments professionnels ou simplement des vacataires. En réalité cette organisation était peu efficace compte tenu de : l'absence d'une organisation adéquate, l'indigence des moyens financiers, l'insuffisance des infrastructures et des moyens matériels.

- Une nouvelle organisation reformée en 1964 :

C'est en 1964, qu'une première réforme a été initiée en vue de transformer le service central en service national de la protection civile en lui confiant des attributions plus importantes, notamment : le droit de regard sur les unités communales, la prise en charge des cycles de recyclage et de perfectionnement organisés au profit des agents communaux, le changement de dénomination du service central en service national de la protection civile ( S.N.P.C),la mise en place d'un embryon de structure logistique. (Parc central).

- L'étatisation du corps de la protection civile en 1970 :

Pour permettre une meilleure protection des personnes et des biens, les pouvoirs publics décidèrent à partir de 1970, l'étatisation du corps. En effet, cette opération donna lieu à :

- Une organisation mieux adaptée aux impératifs liés à la sauvegarde des personnes et du patrimoine national.
- L'intégration du personnel dans le statut général de la fonction publique.
- L'homogénéisation du corps par l'adoption d'une organisation de type paramilitaire, hiérarchiquement structurée (Uniforme, attributs, etc. ....)
- L'implantation des structures opérationnelles en fonction des risques et de l'importance démographique.

- La réorganisation des structures de la protection civile à partir 1991 :

Les multiples transformations qu'a connues la protection civile ont permis à cette dernière d'asseoir diverses organisations à même de répondre aux exigences des actions et missions imparties, il n'en demeure pas moins que le cadre normatif prévalant devenait par trop étroit en raison de l'élargissement du champ d'activité du secteur, et cela en raison de l'accroissement et de la complexité des risques naturels et technologiques. C'est dans cette optique, qu'un ensemble de mesures organisationnelles ont été arrêtées dans le but de dégager un nouveau cadre réglementaire au bénéfice du corps. Outre la réorganisation et la mise en place d'un nouveau système d'organisation et de fonctionnement des services liés au secteur, cette réforme va permettre le parachèvement de l'effort de modernisation consenti au profit de ce service public stratégique. En outre pour permettre d'apprécier le contenu éminemment novateur de cette réforme. (**Document officiel de la protection civile Algérienne, 2015, P43**)

#### **4-Les Qualités requises pour les pompiers :**

##### **4.1. Disponibilité**

Que ce soit le jour ou la nuit, dès que l'alarme retentit, le sapeur-pompier doit être prêt « à décaler » (partir sur intervention). Par ailleurs, le métier implique des gardes : cela signifie être présent de 1 à 3 journée(s) pleine(s). En ce cas, le pompier dort à la caserne.

**4.2 .Bonne condition physique**

Les interventions peuvent se succéder à un rythme soutenu : une bonne endurance est indispensable pour être efficace quoi qu'il advienne. Un incendie peut être court mais compliqué à appréhender et donc à contenir puis à éteindre : cela demande beaucoup d'énergie et d'endurance. Le transport d'une victime entre son domicile et l'ambulance, par exemple, peut également être particulièrement rude physiquement, suivant le contexte (transport sur chaise ou brancard, escalier exigü,...

**4.3 .Sang-froid et solidité psychologique**

Par leur nature, les interventions de pompiers sont dures, physiquement et psychologiquement. Détresse sociale, souffrance, mort, autant de réalités auxquelles est exposé un pompier. Professionnalisme et expérience sont alors des alliés pour mieux appréhender ces situations. Il n'en demeure pas moins que le calme et la mesure permettent d'agir avec pragmatisme et discernement, d'évaluer les risques avec précision afin de ne pas provoquer un « sur-accident ».

**4.4 . Sens relationnel et esprit d'équipe**

D'une part, pour vivre en caserne, mener les interventions, il est indispensable d'aimer travailler en équipe, d'avoir une vision collective. D'autre part, aisance relationnelle, tact, discrétion et éthique sont des qualités nécessaires dans le quotidien d'un pompier au vu de ses échanges avec les victimes ou les autres corps de métier avec lesquels il travaille comme les policiers, le gendarmes.....([objectif-emploi-orientation.fr/fiches-metiers/sapeur-pompier/](http://objectif-emploi-orientation.fr/fiches-metiers/sapeur-pompier/))

**5 .Les différents grades de pompier :**

L'activité de sapeur-pompier propose plusieurs possibilités de carrières .elle met en avant une multitude de postes, avec nombreuses spécialités (la plongée, le risque chimique, le sauvetage, le déblaiement et le sauvetage en milieu dangereux ...). Outre les différentes fonctions (opérationnelles et administratives), c'est également une activité qui comporte des différences statutaires hiérarchisées liées à des grades .ces grades s'acquièrent par de multiples formations, et par l'ancienneté .ils permettent aux agents de varier leurs responsabilités, et d'augmenter leurs salaires.

**5.1. Sapeur pompiers professionnel sous officier :**

- Sapeur pompiers de seconde classe** ( recrutement par concours administratif externe )
- Sapeur pompier de première classe** ( recrutement par avancement de grades )
- Caporal** ( recrutement par avancement de grades )
- Caporal-chef** ( distinction accordée après un minimum de trois ans au grade de caporal )
- Sergent** ( recrutement par avancement de grades )
- Sergent-chef** ( distinction accordées après un minimum de trois ans au grades de sergent )
- Adjudant** ( recrutement par avancement de grade )
- Adjudant-chef**(distinction accordée après un minimum de trois ans au grade d'adjudant )

**5.2. Sapeur pompiers professionnel officier :**

- Major** (recrutement par concours interne ou examen professionnel)
- Lieutenant** (recrutement par concours administratif externe, interne ou examen professionnel)
- capitaine** (recrutement par concours interne ou examen professionnel)

**5.3. Sapeur pompier officier supérieur :**

- commandant**
- lieutenant-colonel**
- colonel.**

<b>Sous Officier</b>	<b>Officier</b>	<b>Officier supérieurs</b>
Caporal	Major	Commandant
Sergent	Lieutenant	Lieutenant colonel
Adjudant	Capitaine	Colonel

**Tableau N°1** : la classification des grades de la protection civile

Source : [www.Pompiers.Fr](http://www.Pompiers.Fr)

**6. Les risques du métier de pompier :**

Les pompiers peuvent être appelés à intervenir dans de nombreux environnements ou lieux de travail. Il est impossible de prévoir tous les risques auxquels les pompiers peuvent

être exposés .les demandes du métier de pompier peuvent être sporadiques et imprévisibles et la pratique de ce métier peut comprendre des périodes intermittents de stress physique et psychologique intense.

Voici les différentes catégories de risques :

### **6.1. Risques biologiques :**

Lors du sauvetage de victimes d'incendie ou d'accidents, les pompiers peuvent être exposés à des maladies contagieuses ou infectieuses, y compris des maladies transmissibles par le sang telles que le SIDA, et l'hépatite B et C.

### **6.2. Risques chimiques :**

Sur les lieux d'un incendie, les pompiers sont exposés à de nombreux produits de combustion (les matériaux ou les produits chimiques qui brûlent), de la chaleur dégagée par l'incendie et de la qualité d'oxygène qui alimente la combustion .voici les produits de combustion les plus courants :

- Monoxyde de carbone
- Acide cyanhydrique
- Dioxyde d'azote, et plusieurs autres.

En outre, il est fréquent que l'oxygène se raréfie dans l'air pendant les incendies .l'hypoxie (c.-à-d., l'insuffisance ou le manque d'oxygène dans l'air) peut entraîner une diminution des performances physiques, de la confusion et une incapacité à s'échapper en cas de danger.

L'exposition à ces risques dépend également des fonctions du pompier (p.ex. les pompiers qui entrent dans le bâtiment en flammes et ceux qui nettoient une fois que l'incendie est éteint ne sont pas exposés aux mêmes risques).

### **6.3. Risques ergonomiques :**

Il existe beaucoup de situations où le travail exige un effort considérable, de la force, des mouvements répétitifs, des postures contraignantes et des activités prolongées, souvent dans des conditions extrêmes en voici quelques exemples :

- Exercer des efforts excessifs (atteindre, transporter, etc.)
- Marcher ou travailler debout pendant de longues périodes.

- Soulever.

Les pompiers doivent également travailler et s'entraîner en utilisant des équipements lourds, un appareil de protection respiratoire autonome (APRA) et l'équipement de protection individuelle .ce surplus de poids exige plus d'efforts qu'en temps normal.

### **6.4. Risques physiques :**

Le stress thermique est fréquent .la chaleur peut provenir de diverses sources, y compris de l'incendie et du lieu d'intervention .le corps peut également dégager beaucoup de chaleur pendant le travail .cet effet peut être aggravé par les propriétés des vêtements de protection et l'effort physique continu .le stress thermique et l'effort peuvent causer de la fatigue.

Les pompiers peuvent être exposés à des niveaux de bruit excessifs.

Les pompiers peuvent également être appelés à travailler à l'extérieur pendant de longues périodes .par conséquent, ils peuvent être exposés à des températures extrêmes (froid ou chaleur), outre la chaleur du feu.

### **6.5. Risque liés à la sécurité :**

Lors d'une intervention d'urgence en cas d'incendie, il existe de nombreuses situations (p. ex. l'incendie lui-même, le bris de structures, les planchers instables et les chutes d'objets) ou il y a un risque de blessure .les chutes de hauteur sont également créer des situations dangereuses, notamment :

- Inflammation soudaine de matériaux qui engendre un embrasement instantané
- Explosion de fumée à l'apport soudain d'air dans un local surchauffé ou l'atmosphère est pauvre en oxygène.

Les pompiers présentent également un risque élevé de brûlures, en particulier ceux qui entrent en premier dans les bâtiments /structures en feu et ceux qui tiennent l'extrémité avant de la lance d'incendie .l'air chaud et sec est également sans danger, mais la vapeur ou l'air chaud et humide peuvent causer des brûlures .la chaleur rayonnante est également une préoccupation, car des brûlures peuvent survenir à la suite d'une exposition prolongée.

**6.6. Risques psychologique :**

Les pompiers doivent affronter des situations dangereuses ou les risques sont importants ou inconnus. Être confronté à de graves événements traumatisants (ou aux conséquences de ceux-ci) constitue une autre source de stress .dans la plupart des services d'intervention en cas d'urgence, à de longues périodes de calme ou d'activités routinières succèdent brusquement de longues périodes de stress ou activités intenses.

De plus, la plupart des pompiers travaillent en rotation et selon des horaires de journées prolongées, ce qui peut avoir des répercussions négatives sur leur santé, comme de la fatigue.

**7. Les effets à long terme rattachés au métier de pompier :**

Selon l'organisation internationale du travail (OIT), certaines étude démontré qu'il existe des effets à long terme imputables pour la santé à l'extinction des incendies. Les pompiers peuvent subir :

\*des cancers, en particulier du système génito-urinaire (reins, urètre et vessie)

\*des lésions au dos et d'autres foulures

\*des maladies cardio-vasculaires.

**D'autres études s'intéressent :**

\*aux maladies chroniques et pulmonaires

\*aux cancers des systèmes lymphatiques ou hématopoïétiques (sanguin), du cerveau, et du poumon et du système nerveux central

\*aux anévrismes de l'aorte.

**8. les véhicules de pompier :**

Les véhicules des sapeurs-pompiers sont adaptés en fonction du type d'intervention : véhicule de secours et d'assistance aux victimes (VSAV), véhicule secours routier (VSR), ou échelle pivotante automatique (EPA) ou « grande échelle », fourgon pompe-tonne (FPT), camion-citerne feux de forêts (CCF) ...

### **-le VSAV : véhicule de secours et d'assistance aux victimes :**

Il existe plusieurs types de VSAV, notamment le VSAV cube et le VSAV tôle.

Le premier présente l'avantage d'être composé d'un porteur et d'une cellule, que l'on peut ôter pour l'installer sur un porteur neuf lorsque l'ancien est usé .dans tous les cas, le VSAV est équipé d'au moins une porte latérale et de portes arrière.

Pour partir en intervention, le VSAV est habituellement armé par 3 sapeurs-pompiers .il doit permettre au moins 4 places assises, en dehors du conducteur et de la victime : il y a donc en général deux places à l'avant et deux sièges à l'arrière, pour accueillir par exemple un médecin du SAMU ou de service de santé et de secours médical (SSSM).

Des espaces de rangement permettent de stocker du matériel embraqué dans le VSAV pour prendre en charge la victime : sac de premiers secours, défibrillateur cardiaque, oxygène, tensiomètre, saturomètre, glucomètre, kit accouchement, kit section de membres ...



**Le véhicule de secours et d'assistance aux victimes (VSAV)**

### **-le VSR : véhicule de secours routier :**

C'est un véhicule très répandu chez les sapeurs-pompiers puisqu'il intervient sur tous les accidents de la circulation (route, chemins de fer, etc.).Il a pour mission de baliser le site, de l'éclairer, de le protéger des incendies, de caler les véhicules accidentés, et de désincarcérer les victimes .il est donc équipé de cônes de signalisation, de panneaux lumineux, de projecteurs, de cales, de crises ...

Les écarteurs, cisailles et autres outils de désincarcération sont des éléments phares du VSR pour découper les véhicules accidentés et en extraire les victimes .par ailleurs, les lances et extincteurs sont la pour prévenir un éventuel incendie .certains camions sont conçus pour le secours routier et les incendies en même temps : ce sont les fourgons pompe-tonne-secours routier (FPTSR).

Certains véhicules de secours routier, les VSR rail/route, sont adaptés pour intervenir sur les voies ferrées, notamment dans les tunnels, ou les conditions d'intervention sont d'autant plus délicates.

Le VSR est habituellement armé par trois sapeurs-pompiers, tandis que le fourgon de secours routier (FSR), plus grand, peut en accueillir six.



**Le véhicule de secours routier (VSR)**

### **-L'EPA : échelle pivotante automatique (ou semi automatique) :**

C'est un véhicule de sapeurs-pompiers équipé d'une échelle escamotable qui mesure le plus souvent 24 ou 30 mètres de long .Elle se termine généralement par une nacelle, ou un interphone permet de communiquer avec les équipiers au sol. Avant le déploiement de l'échelle, l'EPA doit être stabilisé au sol : pour ce faire, soit les roues du véhicule sont soulevées par des stabilisateurs, soit elles sont débloquées.

La grande échelle est sollicitée pour un grand nombre de missions : aussi bien l'attaque de feu, que le sauvetage de personnes coincées aux fenêtres en situation d'incendie, ou encore l'acheminement de matériel ou de personnel à grande hauteur.

Le véhicule de la grande échelle peut exécuter plusieurs mouvements différents : déploiement, élévation et pivotage .elle peut faire les trois en même temps lorsqu'elle est automatique(EPA), et un seul à la fois lorsqu'elle est semi-automatique (EPSA).



**Echelle pivotante automatique (ou semi-automatique) (EPA)**

### **Le FPT : fourgon pompe-tonne :**

Il est utilisé pour lutter contre les feux urbains .La partie arrière du camion est composée d'une cabine ou, pendant le trajet, les équipiers peuvent rapidement endosser les appareils respiratoires isolants(ARI) qui sont arrimés au siège .le FPT peut accueillir jusqu'à 8 sapeurs-pompiers.

Le dos du camion, une fois le rideau arrière relevé, donne accès à la lance et aux vannes de refoulement .La citerne, aussi appelée tonne, peut contenir jusqu'à 6.000 litres d'eau .l'alimentation en eau de la tonne se fait par une bouche ou poteau d'incendie, par un engin porteur d'eau ou par pompage dans une source présente sur le lieu d'intervention (piscine, étang, lac, rivière ...)

Deux dévidoirs mobiles, qui permettent de dérouler les tuyaux des lances à incendie, sont suspendus à l'arrière du FPT. Le véhicule est également équipé d'un certain nombre de matériel dans ses coffres latéraux : lances, tuyaux, raccords, divisions, émulseurs ...

### **-le CCF : camion-citerne feux de forêts :**

Le CCF peut contenir entre 2.000 et 13.000 litres d'eau. Il est utilisé pour les missions d'extinction de feux de forêts. Tout comme le fourgon pompe-tonne utilisé pour les incendies urbains, le camion-citerne feux de forêts peut se ravitailler en pompant n'importe quel point d'eau.

Généralement, quatre sapeurs-pompiers prennent place à bord du CCF : le conducteur, le chef d'agrès et deux équipiers.

Les colonnes, composées de GIFF, sont souvent renforcées par les moyens aériens de la sécurité civile pour combattre les feux de forêts.

Il existe de nombreux autres véhicules spécialisés. En voici quelques exemples :

- **Le véhicule de soutien sanitaire (VSS)**, destiné à être utilisé en renfort d'une intervention. Il est équipé tant sur un plan médical que sur un plan de réhydratation et de nutrition.
- **Le véhicule poste de commandement (VPC)**, qui est avant tout un outil de communication. Il est utilisé dans 2 cas de figure : lors de sinistres de grande ampleur ou lors de grands rassemblements (sportifs, par exemple). En effet, il est conçu pour pouvoir collecter, analyser et diffuser l'information. C'est un poste de commandement mobile qui s'intègre parfaitement dans la chaîne de renseignements et de commandements.
- **Le bateau léger de sauvetage (BLS)**
- **Le bateau de reconnaissance et de sauvetage (BRS)**
- **La remorque moto ventilateur grand débit (RMVGD)**
- **La motopompe remorquable (MPR).** (pompiers .Fr.)

### **9. La déontologie de pompier :**

Selon dictionnaire de LAROUSSE La déontologie : est l'ensemble des règles et des devoirs qui régissent une profession, la conduite de ceux qui l'exercent, les rapports entre ceux-ci et leurs clients ou le public.

La déontologie regroupe, pour les personnes exerçant certaines activités publiques ou privées, les règles juridiques mais aussi morales qu'elles ont devoir de respecter.

La déontologie rassemble donc à la fois les droits et obligations mais aussi les règles morales du SP .les deux premiers s'imposent avant tout au fonctionnaire, à l'agent public ; les secondes au sapeur-pompier en tant que tel .Placer le SP face à ses devoirs moraux appelle de l'audace, la culture du service public d'incendie et de secours (sauver ou périr, courage et dévouement ...), fait référence à des notions morales.

Dans le cadre de cet article, en se référant au **Règlement d'instruction et de manœuvre (RIM)** ou aux règlements intérieurs des (SDIS), mais aussi au « Manuel du sapeur-pompier » du capitaine Hamon, document historique des années d'avant-guerre et qui traite de « morale » (capitaine Hamon du régiment de sapeurs-pompiers. Manuel du sapeur-pompier 2e édition, œuvre pour la sécurité et l'organisation des secours. Reconnu d'utilité publique. Décret du 16 Juin 1930.D. Education morale P. 218), il convient de présenter quelques règles objectives qui ont toujours cours dans les corps de sapeurs-pompiers et qui trouvent origine par-delà l'évolution des mœurs et de la morale dans l'histoire et la culture d'une profession. Nous pouvons ainsi avancer que le sapeur-pompier détient des devoirs, tant d'abord envers lui-même, ensuite envers ses camarades, bien entendu envers la population, envers ses chefs, mais aussi ses subordonnés et, enfin, envers son corps.

### **9.1. Les devoirs du sapeur-pompier envers lui-même**

**9.1.1. Le devoir d'être en condition physique :** Avant tout, « le sapeur se doit de fortifier son corps et se garder de tout ce qui pourrait nuire à sa santé » (Manuel du capitaine HAMON P° 128. B, devoirs envers soi même). Le SP se doit d'avoir un comportement rigoureux face à l'alcool ou aux stupéfiants. Leur consommation sur les lieux du travail mais également les abus qui auraient lieu en dehors de l'exercice des fonctions sont contraires à l'éthique que se propose d'atteindre le SP qui se réfère volontaires à la devise célèbre de Monsieur de COUBERTIN « un esprit sain dans un corps sain ».

**9.1.2. Le devoir de s'instruire :** Ensuite le SP « se doit de développer son instruction générale, d'étendre ses connaissances ... » (Idem p° 218. B, devoirs envers soi même) .le SP ne peut connaître superficiellement les tâches dévolues à sa fonction .il lui est demandé non seulement de bien connaître son métier mais aussi d'en avoir la passion, « le feu sacré ».

**9.1.3. Le devoir d'être passionné :** il faut toujours être prêt, la négligence, l'insouciance, le manque de conscience professionnelle sont coupables et peuvent avoir des conséquences catastrophiques ... c'est un devoir de bien connaître son métier son métier .il faut de plus l'aimer avec passion.

**9.2. Les devoirs du sapeur-pompier envers ses camarades :**

L'exercice de cette profession semble exclure l'esprit d'individualisme. Ce métier d'équipe par excellence impose une solide cohésion entre les membres d'une même section qui vivent ensemble jour et nuit, d'un même engin pompe qui part combattre souvent l'inconnu, d'un même binôme d'attaque qui pénètre dans l'appartement embrasé.

**9.3. Les devoirs du sapeur-pompier envers la population :**

Le sapeur-pompier se doit d'avoir un sens particulier du service public. Cette exigence résulte de la grandeur de son rôle et de sa fonction sociale tels que définis par les textes (article 2 loi du 3 mai 1996).

Sa mission de préserver la vie des hommes et de leurs biens impose un certain esprit de sacrifice qui est contenu dans la devise «Sauver ou périr». Savoir accepter les risques du métier renvoie également à une éthique de vie guidée par «Le courage et le dévouement».

**9.4. Les devoirs du sapeur-pompier envers ses chefs et ses subordonnés :**

Le lien qui s'établit entre le chef et le subordonné est complexe. Etabli par analogie, tout au long de leur histoire, sur le mode de fonctionnement militaire, la hiérarchie existante au sein des services d'incendie et de secours(SIS) n'en possède pas les mêmes outils de commandement.

Cependant, c'est bien du commandement dont il s'agit lorsque le commandant des opérations de secours (COS), met en œuvre ces moyens humains et matériels pour lutter contre un sinistre. Ainsi, les subordonnés en règle générale doivent pouvoir avoir confiance en leurs chefs, quel que soit leur grade. Cette confiance peut se manifester par des marques de respect, notamment pour les plus anciens.

En contrepartie, le chef doit savoir susciter l'adhésion et c'est à l'exemple qu'il recourt pour se faire « obéir d'amitié ». A bien des égards, la devise « L'exemple n'est pas une manière de

commander, c'est la seule », semble s'imposer naturellement aux exigences que nécessitent les rapports hiérarchiques au sein de cette profession.

### **9.5. Les devoirs du sapeur-pompier envers son corps :**

« L'uniforme que le sapeur porte lui commande de ne rien faire qui puisse nuire à la réputation de son régiment, mais, au contraire, de donner par sa tenue, son attitude, sa conduite, une haute idée du corps où il sert avec fierté (idem, p. 216).

Au-delà de la force symbolique de la tenue à passepoil rouge, c'est le respect que force le souvenir des pompiers «morts au feu» qui commande une attitude correcte. Cette attitude impeccable de sorte à ne donner aucune impression fâcheuse sur son corps s'étend jusqu'à l'interdiction de fumer lorsque le pompier est coiffé d'un casque par simple respect qu'imposent les «morts au feu».

C'est d'ailleurs bien souvent pour leur rendre hommage que les sapeurs-pompiers tirent de leur culture civil-militaire l'ensemble des marques de tradition (drapeau, garde drapeau) leur permettant d'organiser des cérémonies militaires. Ces sujétions qu'elles soient légales ou morales sont particulières et d'importance.

### **Synthèse du chapitre**

La carrière de pompier est l'une des professions les plus difficiles dans la société, en effet les pompiers constituent un corps plutôt homogène, qui trouve son unité à la fois dans des façons d'agir et des façons d'être.

# **Chapitre II**

## **Le traumatisme psychique**

**Préambule**

Les agressions, la violence, décès d'un proche, les accidents de travail, les catastrophes-naturels, les incendies...sont des événements qui peuvent développer des effets sur la santé physique d'une personne et sur la santé mentale à travers des manifestations psychologiques comme le traumatisme psychique .

Pour mieux comprendre et cerner ce dernier , en va présenter dans ce chapitre un aperçu historique du traumatisme psychique, et après en passera aux définitions de ce concept et des événements traumatiques, puis les facteurs de risque et la clinique du traumatisme psychique, ensuite en passera aux types du traumatisme psychique, aux critères de ce concept, et à la description clinique suivie des conséquences, ainsi que la prise en charge des traumatisés et on termine avec une synthèse du chapitre.

**I-Aperçus historique sur le traumatisme psychique**

La révolution française (1789-1799) de l'empire (1799-1815) fournit de nombreuses cliniques à Philippe Pinel. C'est à cet aliéniste française que l'on doit, dans son traité pour l'humanisation de traitement des aliénés paru en 1809. La première description d'une névrose traumatique (Pinel, 1809).

La seconde moitié de XIXème siècle voit s'accroître l'intérêt du monde médical pour les souffrances morales des victimes. Ce sont les accidents de chemin de fer et de travail, d'une part et les études sur l'hystérie d'autre part qui ouvriront véritablement la voie aux premières hypothèses étiologiques des troubles traumatiques. Les accidents ferroviaires font en une fois un grand nombre de victime et causent aux rescapés une frayeur immense. Toutefois, ils suscitent l'attention plus que d'autres (incendies, séismes...), c'est moins à cause de leur caractères spectaculaire et climatiques qu'en raison du contexte dans lequel ils surviennent. De nombreux litiges juridiques opposent dès lors les experts des compagnies ferroviaires aux accidentés. Invités à apporter leur caution dans les expertises légales, les médecins sont contraints d'affirmer leurs savoirs sur la nature des dommages dont se plaignent les accidentés.

Pour certains, les troubles résultent de lésions ou de perturbations du système nerveux consécutives au choc de l'accident ; pour d'autre, ils sont générés par l'espoir des accidentés d'obtenir une compensation financière soutirée aux compagnies ferroviaires. Selon Jean-Martin Charcot, des traumatismes sans conséquences sur la majorité des sujets provoquent

des effets spectaculaires sur certains individus, c'est en raison de leur « diathèse », c'est-à-dire leur prédisposition constitutionnelle ou héréditaire (Charcot, 1889).

L'Allemand Herman Oppenheim, neurologue à l'hôpital de la Charité de Berlin, se voue à partir de 1884 à l'étude névroses. En même année il publie son premier article en collaboration son confrère Berlinoise Robert Thomsen, qu'ils nomment « Névrose traumatique ». Paul Briquet, médecin à l'hôpital de la Charité à Paris, est le premier à avoir décrit l'hystérie de manière systématique dans son traité chimique et théorique de l'hystérie (Briquet, 1859).

Selon Pierre Janet, cette pathologie, qu'il reconnaît pouvoir survenir sur une constitution prédisposée est dans un grand nombre de cas, consécutive à un événement traumatisant. Il constate toutefois que les souvenirs émotionnelle à l'origine des troubles sont fréquemment inconnue du malade lui-même, mais qu'ils peuvent émerger à la faveur d'un état de conscience modifié (hypnose).

En 1918 et 1945, plusieurs théories sont établies décrivant le tableau sémiologique du Shell shock (choc de l'obus) et la névrose de guerre, que les psychanalystes rattachent à des complexes ou la signification des symptômes hystériques ont déchiffrée. (Declercq et Lebigot, 2001).

Après 10 ans de la guerre du Vietnam, l'école anglo-saxonne reprend la question du traumatisme et remplace la notion de névrose traumatique par une nouvelle entité faite par l'association psychiatrique américaine. DSM-IV, (1994) qu'un nouveau vocable est attribué à cette pathologie, celui du PTSD (post traumatic stress disorders).

Et pour de nombreux auteurs comme (Crocq), les notions « psycho traumatisme » et « syndrome psycho traumatique » sont plus adéquates et préciseraient mieux les phénomènes morbides comme conséquences des événements traumatiques. (Boudarene, 2005)

En (1990), l'école française publie de nombreuses revues des psychiatries française, leurs expériences cliniques et réflexions sur la névrose de guerre. Les auteurs européens se démarquent donc du PTSD et favorise le concept psychopathologique du trauma ou offre encore une optique phénoménologique grâce à Barois en 1998 se détourne du schéma économique freudien et considère le trauma comme confrontation impensable avec la mort (Declercq et Lebigot, 2001).

L'histoire de traumatisme psychique est ancienne, il a fait écouler plusieurs encre il a été modifié, renommé par des grandes personnalités de l'époque jusqu'à nos jours il se développe avec l'existence de l'être humain et les événements de vie.

## **2. définitions**

### **2.1. Évènement traumatique :**

L'évènement traumatique est une rencontre direct avec une scène de mort réel. Celle-ci est ce que nos représentations font du réel un peu comme nos appareils sensoriel transformant médiatement des longueurs d'ondes en couleurs ou en sons (Le bigot. F, 1915, p. 255). Freud faisait remarquer que nous savons que nous allons mourir, mais que nous ne savons pas ce qu'est la mort. Nous n'avons pas la possibilité de représenter le néant qu'elle est. Seule l'effraction du pare-excitation permet la pénétration d'une image de la mort dans le psychisme, sans qu'elle soit transformée en réalité par les représentations. Il s'agit donc d'une image brute que le sujet aura maintenant en lui, mais il n'aura aucune représentation pour la porter.

**Selon Louis Crocq**, l'évènement traumatique est un porteur de sens et vécu comme une rupture et un enjeu : rupture par rapport à la continuité du passé, enjeu comme annonce de changements potentiels importants » (Crocq, 1999, p38).

### **2.2. Traumatisme psychique :**

Le terme «traumatisme», apparu à la fin du 19 siècle, fut forgé à partir du grec trauma «blessure» pour nommer un phénomène psychique qui n'avait jusqu' alors retenu l'attention ni des médecins ni d'autre spécialités : «Le traumatisme psychique est blessure émotionnelle profonde qu'on pouvait observer, parfois, chez ceux qui avaient échappé de peu à la mort». (Le bigot. F, 2005, p.09).

A souligner que le Terme en question a été utilisé en psychopathologie pour designer un phénomène d'effraction et d'envahissement du psychisme par un afflux d'excitations violente et agressantes. Son origine se trouve dans la pathologie chirurgicale, plus précisément dans la traumatologie et, par extrapolation, il est utilisé en psychopathologie et ce, pour qualifier ce phénomène qui envahit le psychisme, déborde ses capacités de défense et bouleverse son mode de fonctionnement.

**Selon Freud :**

Il a défini le traumatisme comme « toute excitations externes assez fortes pour faire effraction dans la vie psychique du sujet » (Freud, 1920, p38)

**2.3. Les différents concepts du traumatisme :****2.3.1 Traumatisme :**

Selon le Dictionnaire Larousse (2003), le mot « événement » vient du latin « Evenir » qui signifie « arriver », ce qui se produit, arrive ou apparaît. Or l'événement, selon H. Souki, peut être qualifié d'heureux, de malheureux, d'inattendu, d'exceptionnel ou de commun. Donc, il ne concerne pas uniquement les situations négatives de la vie mais touche également aux événements heureux tels que les réussites, les naissances...etc. (Bloch, H., P239).

La notion du traumatisme est d'abord somatique; elle désigne alors les lésions produites accidentellement, d'une manière instantanée, par les agents mécanique dont l'action vulnérante est supérieure à la résistance des tissus ou organe qu'il rencontre (Laplanche. J. et Pantalès. J-B pontalis, p.286).

Freud appelle traumatisme tout événement qui perturbe l'équilibre affectif d'une personne et provoque la mise en œuvre de mécanismes de défenses. Il se caractérise par un afflux d'excitation excessif relativement à la tolérance du sujet et sa capacité de maîtriser et d'élaboré psychiquement ces excitations.

**2.3.2. L'effroi:**

Est l'état du sujet au moment du traumatisme. Il correspond à l'envahissement par le néant; il ya alors pendant un moment, généralement fugace mais pas toujours, ni affect ni représentation. Le sujet perçoit un vide complet de sa pensée, ne ressent rien, en particulier ni peur ni angoisse (Ibid., p.16).

**2.3.3. La vulnérabilité:**

Au sens général, la vulnérabilité est la probabilité de voir sa situation ou ses conditions de vie se dégrader, quel que soit son niveau de richesse, face aux fluctuations de vie (Solnit. A.J., 1982, pp.485-498).

Par ailleurs, et selon une approche psychologique, la vulnérabilité se définit comme l'état de moindre résistance aux adversités et agressions et rend compte des différences individuelles.

La vulnérabilité évoque les sensibilités et les faiblesses manifestes ou latentes immédiates ou différés et peut être comprise comme une capacité, ou incapacité, de résistance aux contraintes de l'environnement. Elle est entendue comme la probabilité de voir sa situation dégrader à la suite d'un choc (Anaut. M., 2002, pp.101-118).

#### **2.3.4. Névrose traumatique:**

Le terme névrose traumatique est antérieur à la psychanalyse et il continue à être utilisé en psychiatrie d'une façon variable qui tient aux ambiguïtés de la notion de traumatisme et à la diversité des options théoriques que ces ambiguïtés autorisent (Op.cit., p. 286). La névrose traumatique survient dans des situations où le sujet vit une menace, réelle ou ressentie, contre son intégrité physique ou psychique. Elle correspond à un débordement de l'appareil psychique qui prit par surprise, ne peut solliciter des mécanismes de défense adéquats.

### **3-les approches théoriques de traumatismes psychiques :**

#### **a. Le trauma selon Janet :**

Janet a avancé les premières théories psychologiques du trauma en 1889 : ce dernier serait ainsi la résultante de l'effraction du psychisme par les excitations secondaires à un événement violent, qui subsisteraient comme un "corps étranger". Il y aurait alors une "dissociation de la conscience". La souvenance brute de l'événement (sous la forme d'images, de sensations, d'éprouvés traumatiques) appelée "idée fixe" par Janet est logée dans le préconscient "à la manière d'un parasite" et ignorée du conscient. Tandis que le reste de la conscience continue de fonctionner de façon adapté, l'idée fixe, autonome, est capable de provoquer des manifestations psychiques ou psychomotrices "automatiques", involontaires et inadaptées (hallucinations, sursauts, actes automatiques...). (Janet, P, 1889, pp.200.201)

Janet décrit que les sujets traumatisés "semblent arrêtés dans l'évolution de la vie, ils sont accrochés à un obstacle qu'ils n'arrivent pas à franchir" et ils perdent aussi la capacité "d'avoir la perception personnelle de leurs souvenirs, comme si leur personnalité arrêtée définitivement à un certain point ne pouvait plus s'accroître par l'adjonction, l'assimilation d'éléments nouveaux". (Janet,P 1889, p202)

**B. Le trauma selon Freud**

Quelques années plus tard, Freud (1915) adapte les hypothèses de Janet et préfère parler de "réminiscence" plutôt que d'"idée fixe". Il affine ses idées sur la conception du trauma et oppose les névroses de transfert, caractérisées par l'amnésie, aux névroses traumatiques, caractérisées par l'hypermnésie. Le refoulement mis en œuvre dans la névrose de transfert serait impossible dans la névrose traumatique. Les symptômes diffèrent aussi en fonction du type de névrose : si ceux de la névrose de transfert sont des traductions métaphoriques d'un trauma initial, ceux de la névrose traumatique restent des répétitions incessantes du trauma vécu par l'individu. Par ailleurs, dans son essai "Au-delà du principe de plaisir" (Freud.S, 1920, p162), Freud appréhende le psychisme comme une "vésicule vivante", système énergétique en constant remaniement, qui serait protégé par une couche de surface "pare excitation" : celle-ci permettrait notamment de repousser ou filtrer les excitations nuisibles externes. Ce "pare-excitation" serait plus ou moins fort en fonction de la constitution des individus et serait aussi susceptible d'être renforcé par la mobilisation d'énergie psychique interne. Il y aurait trauma lorsque les "excitations externes sont assez fortes pour faire effraction dans la vie psychique du sujet". (Freud.S,1895,p.163)

**C. Le trauma selon Ferenczi :**

Pour Ferenczi, le trauma résulte d'un choc qui fait éclater la personnalité du sujet. L'événement traumatique est soudain et inattendu. La première réaction au choc est considérée comme un état de "psychose passagère" où le sujet expérimente une rupture avec la réalité. Il s'ensuit une sidération psychique et le recours par l'individu à des mécanismes de défense tels que le clivage. L'autodestruction de sa cohérence psychique permet de pallier aux sentiments d'angoisse générés par l'expérience d'effondrement du sentiment narcissique d'invulnérabilité et d'anéantissement du sentiment de soi. C'est à ce moment la seule possibilité pour le sujet d'éviter une destruction totale. En cas de traumas répétés, le clivage peut être multiple et aboutir à une fragmentation ou une atomisation de la personnalité du sujet. Rappelons également la fonction "traumato-lytique" du rêve pour Ferenczi, sous-tendue par une tendance du psychisme à l'auto-guérison : dans la répétition de l'événement traumatique, le rêve tenterait en fait de l'amener à une résolution adaptative. (Ferenczi.S, 193, p.150, 151)

**D. Le trauma selon Barrois, Lebigot et Crocq :**

Ces trois psychiatres militaires français sont reconnus pour l'influence actuelle de leurs conceptions du trauma, en ayant notamment développé une approche phénoménologique de celui-ci. Pour Barrois, le trauma est lié à un "accident vécu comme brutal et soudain", une "catastrophe intime et singulière", entraînant l'homme vers le tragique. Le trauma apparaît comme rupture de sens et de lien avec le monde. En fait, ce qui fait trauma, c'est la rencontre avec ce qui est inconcevable et impensable pour l'Homme : le "réel de la mort". La mort n'a pas en effet pas de "représentation" psychique. Le Réel (appréhendé selon la pensée Lacanienne) se dévoile au cours du trauma. L'individu connaît donc "l'effroi" car appréhendant "la mort de soi comme vérité ultime" : "l'affect d'effroi, avec l'attaque et le dévoilement, la révélation, sont l'annonce faite au sujet qu'il n'est finalement rien". Pour Lebigot également, l'effroi est une "confrontation au Réel de la mort, le néant". En effet il rapporte dans son livre "le traumatisme psychique" que "le sujet s'est vu mort ou il a perçu ce qu'est vraiment la mort comme anéantissement, et non sous cette forme imaginaire qui caractérise le rapport des hommes à la mort. Freud faisait remarquer que nous savons tous que nous allons mourir, mais que nous n'y croyons pas. Il n'y a pas de représentation de la mort dans l'inconscient, et d'ailleurs comment représenter le néant." La conception phénoménologique du trauma selon Crocq se fonde sur trois axes. (Kutz, I., Resnik, V., et Dekel, R. 2008, p.190-200)

- l'aliénation traumatique : dans le sens d'un changement profond s'opérant sur la personnalité du sujet à la suite du trauma.
- le bouleversement de la temporalité : pour le patient traumatisé, "l'écoulement harmonieux du temps s'est arrêté sur l'instant figé de la terreur ou de l'horreur. Le présent cristallisé, statique et privé de son évanescence, est réduit à une image spéculaire du trauma. Ne débouchant plus sur un nouveau présent différent et fugace, il ne promet aucun avenir. Et il remodèle même le passé, qui s'est arrêté à l'expérience du trauma sans révision ultérieure, le réorganisant sur cette image et ramenant tous les passés possibles à l'unicité d'un seul destin".

Le non-sens : "Plus qu'une rupture de sens ou un court-circuit dans le signifiant, le traumatisme serait une expérience de non sens". L'expérience provoque un chaos dans les conceptions habituelles de la vie de l'individu par un effondrement des "trois convictions narcissiques d'invulnérabilité, d'un environnement protecteur et d'un autrui secourable". "Le sujet entrevoit, sans y être préparé et sans pouvoir discerner plus nettement, non pas tellement sa mort (ou la mort de l'autre), mais sa disparition et son effacement de la vie, c'est-à-dire le

retour au néant mystérieux et redouté, ce néant dont il a toujours eu la certitude sans jamais pouvoir en acquérir la connaissance et sur la négation passionnée de quoi il a sans cesse fondé sa foi dans la vie : le néant, envers de la vie et des valeurs, non sens".( Lebigot. F, 2005, p60)

#### ***4-La clinique du traumatisme psychique:***

À partir de cette distinction fondamentale, la spécificité de la psychiatrie francophone en matière de psycho-traumatique va se développer dans diverses directions, clinique, pathogéniques et thérapeutique.

Sur le plan clinique, on sera amené à distinguer trois phases dans la pathologie psycho-traumatique : la phase immédiate, la phase post-immédiate et la phase différée, le plus souvent chronicisée. Seule la phase immédiate, ou « réaction émotionnelle immédiate » (qui dure de quelques heures à une journée) peut être dénommée stress, si l'on veut établir une comparaison avec la nosographie anglo-saxonne (encore que cette dernière étende la durée de l'état de stress aigu au-delà de la première journée, jusqu'à quatre semaines). (De Clercq, p.5)

#### **4.1. Phase immédiate :**

Sur le plan sémiologique, il peut s'agir d'un stress adapté, grevé seulement de ses symptômes d'accompagnements, qui sont parfois gênants (pâleur, sueur, tachycardie, spasmes viscéraux, tension anxieuse, etc.). Il peut s'agir aussi d'un stress dépassé, dans ses formes de sidération, d'agitation, de fuite de panique et d'action automatique ; et ce stress dépassé débauchera le plus souvent (mais pas toujours car on a vu des stress dépassé évoluer sans séquelles) sur un syndrome psycho-traumatique durable.

Mais certain stress apparemment adaptatifs s'avèrent ensuite avoir été secrètement traumatique, car recouvrant une expérience vécue d'effraction et de non-sens, et débouchant plus tard sur une névrose traumatique. Il n'y a donc pas correspondance étroite entre les deux oppositions stress adapté versus stress dépassé et absence de séquelles versus survenue de séquelles. (De Clercq, 2001, p.5)

Ces considérations font apparaitre avec évidence la distinction entre stress et trauma, concepts qui ne relève pas du même registre ; et le recours, chez les anglo-saxons, au terme de « stress traumatique » (traumatic stress) est un aveu implicite de cette distinction.

**4.2. Phase post-immédiate :**

est une phase d'évolution et de surveillance : ou bien on voit le stress s'éteindre (« queue de stress »), parfois non sans décharges émotionnelles différées, psychiques ou neurovégétatives, ou bien on observe l'émergence des signes d'installation d'une névrose traumatique durable, dans sa phase de latence ou de « méditation » qui, quoi qu'on en dise, n'est pas silencieuse : euphorie exagérée du sujet heureux d'en avoir été « quitte pour la peur » mais fasciné par ce qu'il vient de vivre, ou attitude de retrait dans la perplexité anxieuse et déjà dépressive, première reviviscence et premières ruminations mentales. (De Clercq, p.5, 6)

Inutile de préciser que cette phase post-immédiate requiert une surveillance attentive de la part du clinicien, et s'il le faut une intervention thérapeutique, ou préventive ; c'est la période de choix pour un bilan psychologique d'évènement, ou débriefing.

**4.3. Phase différé :**

Quand à la troisième phase, celle des séquelles différées, voire chronicisées, on ne peut en aucun cas la dénommer stress, puisque son tableau clinique est différent de celui du stress (même si une partie de ses symptômes, à savoir les reviviscences, sont vécues sur registre de l'orage neurovégétatif, ressemblant en cela aux manifestations physiologiques du stress), et puisque le stress ne correspond qu'à la réaction initiale à l'agression. (De Clercq, 2001, p.6)

les cliniciens francophones proposent le terme de « syndrome psycho-traumatique différé », terme qui recouvre toute la gamme des cas observés à cette phase : aussi bien les pathologies psycho-traumatiques transitoires (s'éteignant au bout de quelques mois), que des syndromes durables répondant aux critères exigés pour le diagnostic d'état de stress post traumatique chronique (DSM-IV), que d'authentiques névroses traumatiques (avec altération typique de la personnalité), et que des cas proches de la psychose, tellement a été intense et bouleversante l'expérience traumatique initiale de déréalisation et de dépersonnalisation. (De Clercq, p.6)

***5- les facteurs de risque de traumatismes psychiques :***

Les facteurs de risque sont généralement divisés en Pré et Péri et Post-traumatiques.

### 5.1 Facteurs pré traumatiques :

- **Tempéramentaux** : ceux-ci incluent les problèmes émotionnels durant l'enfant dès l'âge de 6 ans (par ex : expositions traumatiques antérieurs, problèmes d'extériorisation ou d'anxiété) et des troubles mentaux antérieurs (par ex : trouble panique, trouble dépressif, TSPT ou TOC).
- **Environnementaux** : ceux-ci incluent un statut socio-économique bas, un niveau éducatif bas, l'exposition à des traumatismes antérieurs (Particulièrement pendant l'enfance), des caractéristique culturelles, un niveau bas intellectuel, un statu ethnique minoritaire et des antécédents psychiatriques familiaux. La présence d'un support social avant l'exposition à l'événement est protectrice.
- **Génétique et physiologique** : ceux-ci incluent le genre féminin et un âge jeune au moment de l'exposition au traumatisme (pour les adultes). Certains génotypes peuvent être protecteurs ou augmenter le risque de TSPT après l'exposition à des événements traumatisants. (DSM5, 2012, p.328).

### 5.2 Facteurs péri traumatiques :

Les facteurs de risque péri-traumatiques (durant et autour de l'événement traumatique) de traumatisme peuvent être rangés dans deux grande catégorie :

- Les facteurs indicatifs de la sévérité,
- Les facteurs relatifs qui affecte le plus la sévérité de l'événement. (Abdel Boudoukha, 2009, p.41).

Ainsi, ils incluent au degré du traumatisme, la perception d'une menace mortelle, les blessures physiques, la violence interpersonnelle et pour le personnel militaire, être l'auteur de violence, être témoin d'atrocités, ou tuer l'ennemi. Enfin la survenue d'une dissociation pendant le traumatisme et sa persistance après le traumatisme sont un facteur de risque. (DSM5, 2012, p.328).

### 5.3 Facteurs post-traumatiques :

- **Tempéramentaux** : ceux-ci incluent les évaluations négatives les stratégies d'adaptations inadéquates et le développement d'un trouble stress aigu.
- **Environnementaux** : ceux-ci incluent : l'exposition ultérieur à des rappels répétés bouleversants, les événements de vie ultérieurs défavorables et les pertes

financières ou autres pertes en liens avec le traumatisme, le support social est un facteur protecteur qui modère l'évolution après le traumatisme (DSM-V, 2012, pp.328-329).

**6- Traumatisme direct ou indirect:**

Le traumatisme direct se réfère à un sujet traumatisé ayant été confronté en tant que victime, témoin ou acteur à un événement provoquant sentiment de mort imminente, effroi ou chaos. Cependant, les personnes qui sont en contact plus ou moins proche avec la victime (famille, proches, secouristes ou autres intervenants professionnels..) risquent également de souffrir et d'être affectées par traumatisation indirecte. Ce concept de traumatisme indirect n'est actuellement pas reconnu et défini de manière consensuelle. La traumatisation indirecte peut être considérée comme secondaire ou tertiaire. (Josse.E, 2014, p68)

- secondaire lorsqu'elle touche les personnes en contact direct avec des victimes en situation de crise (entourage direct et professionnels tels que les intervenants de première ligne).
- tertiaire ou vicariante lorsqu'elle atteint les intervenants de deuxième ligne en relation avec les victimes directes et leur proches en détresse. Certains proposent le terme de "Stress Traumatique Secondaire" pour décrire les troubles pouvant découler de la traumatisation secondaire. Ceux-ci se rapprocheraient du tableau clinique de PTSD. Pour le traumatisme vicariant, les troubles sont habituellement dénommés "compassion fatigue".

Remarquons cependant que le concept de traumatisation indirecte est contesté par les puristes tels que Crocq, pour qui seule une confrontation directe en tant que victime, acteur ou témoin avec le réel de la mort est susceptible de faire traumatisme. (Josse.E, 2014, P.94)

**7-Les types du traumatisme psychique :****Type I :**

Lenore Terr, elle entend par traumatisme de type I un traumatisme induit par un événement unique, limité dans le temps, présentant un commencement net et une fin claire. Une agression, un incendie, une catastrophe naturelle sont quelques illustrations de ce genre d'incidents critiques. (Josse, 2019, p53)

**Type II :**

Elle parle de traumatisme de type II, lorsque l'événement à l'origine des troubles s'est répétés, lorsqu'il a été présent constamment ou qu'il a menacé de se reproduire à tout instant durant une longue période, la violence intrafamiliale, les abus sexuels, la violence politique, le terrorisme et les faits de guerre répondent à cette définition.(Josse, p53)

**Type III :**

Eldra Solomon et Kathleen Heide(1999) spécifient une troisième catégorie, pour décrire les conséquences d'événements multiples envahissants et violents débutant à un âge précoce et présents durant une longue période, cas typique des abus (Joss,2006, p53)

**Type IV :**

Cette quatrième catégorie est pour désigner les traumatismes en cours ce qui les différencie des traumatismes de type I, II, ou III c'est qu'ils poursuivent dans le présent. (Joss, 2006, p54)

Judith Herman (1997), professeur à la Harvard medical school, choisit de classer les traumatismes en deux catégories : les traumatismes simples et complexes.

- ***Traumatismes simples :***

Les assimile aux traumatismes de type I définis par Terr. Les événements qui les engendrent constituent un événement ponctuel dans la vie du sujet.

- ***Traumatisme complexe :***

Elle désigne le résultat d'une victimisation chronique d'assujettissement à une personne ou à un groupe de personnes.

Dans ces situations, la victime est généralement captive durant une longue période (mois ou années), sous le contrôle des actes traumatogènes. Ces traumatismes complexes sont à rapprocher des traumatismes de type II précisés par Terr et s'ils débutent à un âge précoce, aux traumatismes de type III définis pour Solomon et Heide (Joss, 2006, p54).

***8-Le stress et le trauma :***

En 1980, la nosographie américaine DSM (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders), qui se revendique a théorique, a proposé le vocable d'« état de stress post-traumatique » pour remplacer le diagnostic de « névrose traumatique » des nosographies

européennes, récusé à cause de sa connotation freudienne. Mais s'affranchir d'une hypothèse pathogénique (la psychanalyse) pour se subordonner à une autre (l'hypothèse neurobiologique) ne résout pas le problème.

D'où l'opportunité de bien définir les deux termes de stress et de trauma, qui sont couramment utilisés et parfois associés dans le discours des cliniciens, et de délimiter clairement les conditions de leur utilisation. (Crocq, 2007, p.3)

Stress et trauma relèvent de deux registres différents : bio-neurophysiologique pour le stress, et psychologique pour le trauma. L'un parle de mobilisation des ressources énergétiques, l'autre d'effraction dans les défenses psychiques, dont la défense qui consiste à attribuer du sens. L'un décrit les orages neurovégétatifs, l'autre la clinique de l'effroi.

En effet, sur le plan clinique, il n'y a pas équivalence entre les deux registres. Le plus souvent, les individus qui réagissent à un événement agressant par un stress adapté ne le vivent pas comme un trauma, tandis que ceux qui réagissent par un stress dépassé le vivent sur un mode traumatique et développent ensuite une pathologie psycho-traumatique ; mais cette correspondance n'est pas absolue, et on a vu des stress parfaitement adaptés cacher les pires vécus traumatiques, et à l'inverse des stress dépassés spectaculaires se résoudre sans suites psycho traumatiques.(Crocq , op.cit., p12).

### **9-les critères diagnostiques du traumatisme psychique selon DSM5 :**

A- Exposition à la mort effective où à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles.

1- En étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatiques.

2- En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événement traumatique survenus à d'autres personnes.

3- En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de famille proche où un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille où d'un ami.la ou les événements doivent avoir été violentes ou accidentels.

4- En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou les événements traumatiques.

B- Présence d'un (ou plusieurs) des symptômes envahissantes suivants associés à un ou plusieurs événements traumatique et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

1-Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatique provoquant un sentiment de détresse.

2- Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et /ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/ou les événements traumatiques.

3- Réactions dissociatives (par. Ex. Flashbacks, scènes rétrospectives) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire.

4- Sentiment intense ou prolongé ou détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause. (DSM-V, 2015, p.320).

5- Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.

C- Evitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :

1- Evitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiment concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

2- Evitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

D. Altération négatives des cognitions et de l'humeur associée à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux(ou plus) des éléments suivants :

1- Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques.

2- Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même d'autres personnes ou le monde (ex « je suis mauvais », « on peut faire confiance à personne »).

3- Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.

4- Etat émotionnel négatif persistant (par ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).

5- Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.

6- Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapports aux autres.

7- Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (par ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiment affectueux). (DSM-V, 2015, pp.320-321).

E. Altération marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques comme en témoignent deux ou plus des éléments suivants :

1- Comportement irritable ou accès de colère qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.

2- Comportement irréfléchi ou autodestructeur.

3- Hyper vigilance.

4- Réaction de sursaut exagérée.

5- Problèmes de concentration.

6- Perturbation de sommeil (par ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompue).

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

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

H- La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par ex. médicament, alcool) ou d'autres affections médicales. (DSM-V, 2015, p.321).

**10- description clinique du syndrome psycho-trauma :**

Les symptômes post-traumatiques à court et à long termes peuvent s'organiser de façons différentes. En fonction des événements vécus, du contexte, des aménagements défensifs et de l'organisation préalable de la personnalité, le syndrome post-traumatique prend des formes diverses et s'organise autour de l'un ou l'autre des symptômes, même si l'on considère communément que le symptôme central, pathognomonique, qui signe le syndrome post-traumatique est le syndrome de répétition.

Selon le DSM-IV, l'événement déclencheur (critère A de l'ASD et de l'ESPT – DSM-IV) est l'exposition à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants sont présents :

- 1- Le sujet a vécu, a été confronté à un ou des événements durant lesquels des personnes sont mortes ou ont été menacées de mort, ou gravement blessées, ou bien durant lesquels sa propre intégrité physique ou celle des autres a été menacée.
- 2- La réponse du sujet s'est caractérisée par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur (ce qui correspond à l'effroi).

**Les symptômes immédiats :**

Ils sont le signe de l'effroi et de la sidération que provoque la rencontre avec le réel de la mort.

La dissociation (critère B de l'ESA-DSM-IV) qui a plusieurs degrés (des plus légers aux plus profonds) :

- Des signes d'hébétude, de torpeur, de détachement, d'absence de sensibilité émotionnelle.
- les conduites de répétition et jeux répétitifs (actions plus organisées).

Ce syndrome de répétition ou d'intrusion s'exprime dans un contexte de détresse psychique, de réactions neurovégétatives et éventuellement de raidissement du corps.

**Les symptômes non-spécifiques (ou associés) de l'ESPT :**

-Les évitements phobiques (**critère C** de l'ESPT du DSM-IV), c'est-à-dire l'évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et l'émoussement de la réactivité générale (non présent avant le traumatisme), avec l'existence d'un moins trois des manifestations suivantes :

1-Efforts pour éviter des pensées, sentiments, ou conversations associées au traumatisme.

2-Efforts pour éviter des activités, lieux ou personnes qui réveillent les souvenirs du traumatisme.

3-incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme.

4-Réduction nette de l'intérêt ou de la participation à des activités ayant une valeur significative.

5-sentiment de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres 6-Restiction des affects (par exemple, incapacité de ressentir de la tendresse).

7-Sentiment d'un avenir limité (par exemple, professionnel, personnel, perspectives d'avenir ressenties comme limitées).

-les symptômes neurovégétatifs (**critère D** du DSM-IV), c'est-à-dire des symptômes persistants d'hyperactivité neurovégétative (non présents avant le traumatisme) avec l'existence d'au moins deux des manifestations suivantes :

1- Difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu.

2-Irritabilité ou accès de colère.

3-Difficulté de concentration.

4-Hyper vigilance.

5-Réactions de sursaut exagérées.

Ces deux dernières séries de symptômes (évitements phobiques et symptômes neurovégétatifs) sont les signes les plus évidents des troubles anxieux qui peuvent persister pendant plusieurs années(en moyenne deux ans).ils peuvent être à l'origine de véritables troubles anxieux somatiques.

-Et, **critère F** du DSM-IV : une souffrance significative ou une détérioration du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

**11-Les conséquences du traumatisme psychique :**

Les conséquences du traumatisme psychique sont considérables : cette effraction dans le fonctionnement du sujet va provoquer une blessure psychique irrémédiable se manifestent par des troubles psychiques importants.

Ce qui fait traumatisme psychique n'est pas la qualité de l'événement traumatique, mais la réalité de cette rencontre avec le réel de la mort. (Chercq, lebigot.2001).

La preuve de la nature réellement traumatique d'un événement ne sera apportée qu'après coup, par la survenue d'un syndrome de répétition. Si celui-ci s'accompagne, comme le stresse d'une hyperactivité neurovégétative il ne s'agit pas comme pour les stresse, d'une réaction d'adaptation / désadaptation face à la menace extérieure. Dans les cas du traumatisme psychique la menace est interne et non plus externe. Il s'agit de cet état de qui vive permanent face à un danger intérieur qui est de l'ordre de l'horreur.

Ainsi, l'affrontement d'un événement exceptionnellement grave peut se dérouler de deux façons :

La confrontation avec la menace de mort qui va déterminer des réactions de « stresse » et d'angoisse parfois très importantes.

La rencontre avec le réel de la mort correspondra au traumatisme psychique, et l'impact du trauma sur le sujet peut se décomposer en deux moments :

1 - Premier moment de la rencontre avec le réel de la mort qui s'accompagne d'effroi, mais peut cependant être suivi de réactions d'angoisse et de stresse.

2 - Apparition d'un syndrome de répétition traumatique qui viendra confirmer la réalité d'un traumatisme psychique (symptomatologie pathognomonique).

**12. la prise en charge des traumatismes psychiques :****12.1 La prévention du Syndrome de stress post-traumatique:**

Etant donné l'évolution assez longue de cette pathologie, naturellement ou sous traitement, et les perturbations qu'elle entraîne chez ceux qui en sont victimes, des moyens de prévenir l'apparition du syndrome de stress post-traumatique dans les suites d'un événement stressant ont été activement recherchés. C'est ainsi qu'a été mis en place le principe de débriefing

psychologique. Il s'agit d'une psychothérapie abréactive précoce, pendant laquelle on offre au sujet la possibilité d'objectiver, de relativiser et de maîtriser le traumatisme. Elle repose sur l'incitation à la verbalisation de l'expérience vécue afin d'amener le sujet à reconnaître la réalité du traumatisme psychique, d'atténuer les sentiments de culpabilité, d'impuissance et d'échec et enfin de mettre un terme à l'événement. Elle permet aussi d'informer le sujet sur les symptômes pouvant apparaître dans un but de dédramatisation et surtout de repérer les sujets vulnérables pour une prise en charge plus complète. (Lapierre, F. Wager. M, 2003, P31).

### **12.2 Traitements pharmacologiques :**

Le but de ces traitements médicamenteux est de réduire les symptômes caractéristiques, d'améliorer la résilience au stress ainsi que la qualité de vie. Les IMAO non sélectifs indiqués dans un large champ de troubles en psychiatrie, ils possèdent une efficacité reconnue dans la dépression, le trouble panique, la phobie sociale et le TOC. Plusieurs études ont en revanche été réalisées depuis les années 1980 et témoignent d'une efficacité réelle de ces IMAO non sélectifs dans le traitement des PTSD. L'équipe de Southwick (1994) a repris l'ensemble des travaux publiés essais contrôlés, ouverts ou reports de cas-concernant pour la plupart des populations de vétérans Américains ou Israéliens traités par phénelzine. L'amélioration clinique de l'ESPT grâce à cette substance est généralement satisfaisante chez la majorité des patients puisque, chez 82% d'entre eux, une atténuation marquée du syndrome de répétition et des troubles du sommeil est observée. L'efficacité n'est en règle générale que peu significative en ce qui concerne les conduites d'évitement l'hyper-vigilance, l'hyperactivité neurovégétative ou les troubles associés du registre anxieux dépressif. (M, de clerq, F, Lebigot, 2001, p299)

Les antidépresseurs de type inhibiteur de la recapture de la sérotonine (IRSS) sont le traitement de 1<sup>ère</sup> intention du fait de leur efficacité sur le « cœur » des symptômes tout en ayant des effets indésirables modérés ; en effet, ils sont actifs sur les symptômes d'anxiété et de troubles du sommeil ainsi que sur les phénomènes d'hyper vigilance. En troisième lieu, se sont les antidépresseurs tricycliques qui sont prescrits du fait de leur efficacité sur les phénomènes d'intrusion et les symptômes d'anxiété et de dépression. Par contre, leur efficacité est moindre sur l'évitement et l'émoussement affectif. Les antidépresseurs peuvent être associés aux benzodiazépines. Tous Ces traitements sont, le plus souvent associés à une psychothérapie pour une efficacité optimale. (G, Vaiva, F, Lébigot, 2005, p70)

**12.3 Importance du soutien sociale:**

Le soutien social consiste en l'ensemble des ressources offertes par des personnes extérieures, amis et contacts sociaux à des personnes en souffrance psychologique et/ou somatique. L'idée générale qui sous-tend ce concept est que «la présence d'un rapport de confiance avec l'entourage immédiat est déterminante pour aller chercher le courage de lutter», c'est sur ce postulat que se fonde l'idée que le soutien social jouerait un rôle important dans la prise en charge des troubles psycho-traumatiques.

**-Aspects positifs du soutien social :**

Dans une étude de Ersland, 88% des sauveteurs rapportent que ce qui les aide à travailler pendant une catastrophe c'est qu'ils partagent leurs émotions et sentiments avec d'autres sauveteurs. Bouthilon conclut qu'il semble bien que tous les sujets qui ont pu bénéficier soit d'une possibilité d'action, de verbalisation ou de mentalisation au moment du trauma, soit d'une abréaction précoce immédiatement après (récit à un sauveteur ou à un tiers), aient été protégés contre l'installation d'un état de stress post-traumatique (Ducrocq, F., 2005, P66).

**-Aspects négatifs du soutien social :**

Certains auteurs rappellent ainsi que la qualité du soutien social et le recours à celui-ci peuvent être considérablement très grevés de par la nature même du trauma et de ses conséquences psychopathologiques, privant alors un individu en souffrance de ressources pourtant disponibles. De même, un excès de protection de l'individu, de la part d'un entourage de qualité, est associé, selon certains auteurs, à un plus grand malaise et une plus grande difficulté à reprendre le travail après un accident ou une maladie. Il n'est pas question, en effet, d'étouffer l'autre de sollicitude et de protection, mais bien de soutenir, dès l'amorce et tout au long du processus de soins, par rapport à la mobilisation de ses ressources propres (Ibid., P67).

### Synthèse du chapitre

On conclut Le syndrome de stress post-traumatique est une réaction psychologique consécutive à une situation durant laquelle l'intégrité physique et/ou psychologique du patient et de son entourage a été menacée et effectivement atteinte (notamment accident grave, mort violente, viol, agression, maladie grave, guerre, attentat...etc.). Les capacités d'adaptation (comment faire face) du sujet sont débordées. La réaction immédiate à l'événement diffère d'une personne à une autre et sera définie par une peur intense, par un sentiment d'impuissance ou par un sentiment d'horreur ou par une indifférence.

# **Partie pratique**

# **Chapitre III**

## **La Méthodologie de recherche**

**Préambule**

Dans ce chapitre on présentera toutes les étapes durant lesquelles notre recherche a été faite. La recherche en psychologie exige naturellement une méthode bien précise et bien déterminée dont l'objectif est de comprendre les composantes d'une situation donnée, d'un phénomène, Dans notre cas, il s'agit du « traumatisme psychique chez les sapeurs-pompiers ». La méthode et les étapes choisies sont comme suit :

**1. La démarche de la recherche****1.1 La méthode clinique**

La méthode clinique est la méthode la plus utilisée en pratique clinique, elle fait toujours appel aux tests, évaluation psychologique, entretiens, questionnaires, échelles ... etc. Elle tente de comprendre le fonctionnement psychique de l'individu à partir de sa genèse, son histoire, ses mécanismes de défenses, ses relations avec autrui, sa structure de sa personnalité etc. La méthode clinique a aussi recours à l'étude de cas qui permet de comprendre l'individu dans sa singularité et son interaction avec autrui.

La méthode clinique est définie par plusieurs auteurs, entres-autres, on a choisi celle de D. Lagache, parue en 1994 et citée en 2003 par Chahraoui et Bénony : « la méthodes clinique envisage la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent démarche qui tendent à résoudre ces conflits ». Toujours dans le même ouvrage, ils définissent l'étude de cas comme « L'étude de cas, elle fait partie des méthodes descriptives, elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. L'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence, c'est une méthode pratiquée déjà par les premiers psychologues » (Chahraoui et Bénony, 2003, P.124).

**1.2 La pré-enquête**

La pré-enquête est l'une des étapes les plus importantes en sciences humaines et sociales, elle permet de collecter des données sur notre thème de recherche, d'établir le premier contact avec notre population d'étude afin de sélectionner les plus pertinents et ceux qui répondent aux critères et aux bases de notre thème de recherche. (Angers, 1995)

D'abord, on a commencé par expliquer aux sapeurs-pompiers la nature de notre recherche, le déroulement de celle-ci. On leur a aussi expliqué qu'il s'agit d'un questionnaire et qu'aucune information personnelle ne sera dévoilée, tous se passera dans l'anonymat total, que le but sera purement scientifique.

La pré-enquête nous a aussi permis d'apporter des changements à notre problématique, revoir nos hypothèses de recherche : on a effectué quelques ajouts et suppressions.

### **1.3 Présentation du lieu de recherche**

L'approche du terrain est très importante pour toute recherche scientifique, du moment quelle constitue une source de données et d'information comme une base pour la vérification de nos hypothèses.

Pour pouvoir présenter notre lieu de recherche, on a demandé la fiche technique de l'unité au niveau de la direction de la protection civile(DPC).

Notre étude c'est effectuée à l'unité centrale des quatre chemins de la wilaya de Bejaïa ou le nombre des agents de la protection civile est de 1035 agents et plus de 230 pompiers. L'unité principale de la commune de Bejaïa dispose d'un effectif important, organisés sur des différents postes (Agent d'intervention, conducteur d'engin, plongée, grimping, intervention médicale...etc.), et plusieurs grades (Agent/Sapeur, Caporal, Sergent, Adjudant, Sous Lieutenant, Lieutenant, Capitaine, Comandant). L'affectif au sein de la caserne d'intervention connaît une mobilité importante, et leur système travail et des récupérations rend difficile l'opération de distribution et de collecte des questionnaires, rajoutant à cela, le pompier n'a pas d'horaires fixes pour ses interventions, il est tout le temps soumis à l'effet surprise, et à des éventuelles interventions et réquisitions.

### **1.4 Le groupe de recherche**

Notre recherche s'est effectuée avec les agents de la protection civile différents profession, où tous les cas sont de sexe masculin, leurs âge est de 24 jusqu'à 39ans, ce qui nous a facilité la tâche pour leur passer le questionnaire du «traumaq », ils parlent la langue kabyle mélangée avec la langue française, vu leur niveau d'instruction un peu élevé. Ils sont tous de la région kabyle.

Tableau du groupe de recherche choisi en fonction des critères de sélection :

Nom	Age	Niveau d'instruction	Situation familiale	Situation professionnelle
Cas A	27 ans	3 <sup>ème</sup> année secondaire	Marié	Conducteur d'ambulance
Cas B	39 ans	2 <sup>ème</sup> année secondaire	Marié	Caporal pompier
Cas C	28 ans	3 <sup>ème</sup> année secondaire	Célibataire	Sapeur- Pompier
Cas D	24 ans	Universitaire	Célibataire	Agent d'intervention
Cas E	27 ans	Universitaire	Célibataire	Agent d'intervention

Tableau n°2 : Récapitulation des caractéristiques du groupe de recherche.

## 2. Les techniques utilisées

### 2.1 L'entretien clinique de recherche

Dans notre recherche, on a opté pour l'entretien clinique de recherche qui consiste en la technique de choix pour accéder à des informations subjectives (histoire de vie, représentations, sentiments, émotions, expérience) témoignant de la singularité de la complexité d'un sujet.

L'entretien clinique de recherche ou ce que certains auteurs appellent l'entretien exploratoire qui est utilisé dans le but « de mettre en lumière les aspects du phénomène auquel le chercheur ne peut penser spontanément et de compléter les pistes de travail suggérées par ses lectures » (A. Blanchet. 1992. P43).

Maisonneuve définit l'entretien clinique comme « une situation où apparaissent les interactions essentiellement verbales entre deux personnes en contact direct avec un objectif préalablement posé, au moins pour l'une d'entre elles » (J. Maisonneuve, 2002).

Pouvant être utilisé seul ou associé à des tests psychologiques, à des échelles cliniques ou à l'observation directe, l'entretien clinique peut faire partie des outils cliniques utilisés pour le recueil de données durant les procédures de recherche (H. Bénoy et K. Chahraoui, 1999).

L'entretien permet donc de recueillir des informations plus personnelles concernant le sujet, et de comprendre la dynamique et le fonctionnement psychique propre à une personne particulière, c'est pour cela que notre choix s'est porté sur cet outil, et ce en raison du fait qu'il convient mieux à notre thème d'étude.

## **2.2. L'entretien semi-directif**

au cours de notre recherche, on a utilisé un entretien de type semi-directif qui convient à notre recherche il est défini comme suit « comme la situation où le clinicien pose quelques questions simplement pour orienter le discours sur certains thèmes, cette structuration peut se préciser jusqu'à proposer un véritable guide d'entretien ; les thèmes abordés par le clinicien sont préparés à l'avance, elle s'adapte à l'entretien, la structure d'un guide d'entretien reste simple » (C. Chiland, 1983, p.11).

L'entretien semi-directif est en partie semi-dirigé, la consigne de départ est fixée, puis les divers thèmes du guide d'entretien sont introduits en fonction du déroulement de celui-ci, s'ils ne sont pas abordés spontanément par le sujet (J. Mainsonneuve, 2002).

Il permet à la personne interviewée d'approfondir, et de clarifier elle-même ses attitudes à l'égard des problèmes posés, ce qui a motivé notre choix pour cet outil de recherche dont ses objectifs visent le développement des connaissances, d'un domaine choisi par le chercheur produit de sa propre initiative ou il se trouve en position de demande.

### **- le guide entretien**

L'entretien de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré où le chercheur formule et prépare la consigne à l'avance, celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets, elle est généralement soigneusement préparée (A. Blanchet 1985).

Le guide d'entretien comprend aussi les axes thématiques à traiter : le chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celles-ci ne sont pas posées de manière directe ou hiérarchisée, il s'agit d'avantage de thèmes à aborder que le chercheur connaisse bien. La préparation de ces questions permet de formuler les relances pertinentes au moment venu.

Il est défini comme un « ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interview » (Blanchet et Gotman, 1992)

Nous avons opté pour l'entretien semi-directif, car il permet de recueillir le plus d'informations possibles sur le sujet ce qui permettra, après analyse des données de pouvoir répondre aux questionnements posés. Pour le mener en pratique, on a utilisé un guide d'entretien composé de trois axes dont :

**Les informations personnelles :** Il s'agit des informations personnelles dont l'objectif est de recueillir les données sur le sujet. Celles-ci seront d'une très grande importance dans l'analyse.

**Axe I :** Cet axe présente l'ensemble des questions liées à la période antérieure de l'évènement. (Avant l'évènement)

**Axe II :** Cet axe présente l'ensemble des questions liées au moment de l'évènement (pendant l'évènement)

**Axe III :** Cet axe présente l'ensemble des questions liées après l'évènement

### **2.3 Présentation du questionnaire d'évaluation du traumatisme « traumaq »**

#### **2.3.1 Définition :**

Le questionnaire Traumaq ne mesure pas le stress. Il évalue le syndrome post-traumatique, suite à l'exposition à un évènement comportant une menace de mort pour soi ou pour les autres. Les auteurs de cette échelle ont préféré envisager le traumatisme psychique de façon beaucoup plus globale. Outre les symptômes généralement observés (le syndrome pathognomonique de répétition, les évitements phobiques, les symptômes neurovégétatifs), le Traumaq évalue également des symptômes fréquemment associés, notamment l'état dépressif et les somatisations, l'agressivité et les répercussions sur la qualité de vie.

#### **2.3.2 Objectifs du questionnaire :**

- Evaluer des troubles traumatiques aigus et chroniques, voire des modifications de personnalité suite à un évènement traumatique.
- Contribuer à la recherche épidémiologique.
- Participer à la validation d'un traitement thérapeutique.

- ainsi, intégrer à la pratique du clinicien, le questionnaire TRAUMAQ peut apporter une aide au diagnostic. Il peut aussi être un outil de recherche en vue d'études épidémiologiques ou de contrôle de l'effet d'un traitement psychothérapeutique (C. Damiani, et M. Perira, 2009, p.9)

### **2.3.3 Contenu du questionnaire :**

Le questionnaire est composé de deux parties :

- **Partie 1** : mesure du vécu durant l'événement et des réactions postérieures à l'événement. Elle constitue la base du questionnaire permettant d'établir le diagnostic.

- **Partie 2** : mesure de délai d'apparition et de la durée des troubles décrits (échelle facultative). Elle donne des informations complémentaires qui peuvent être utiles au clinicien, à l'expert ou au chercheur. (ibid, p.10)

### **2.3.4 Population concernée**

Le questionnaire s'adresse à des adultes, à partir de dix-huit ans, confrontés directement et de façon brutale avec le réel de la mort. Ce sont les sujets qui ont eu une perception directe de l'événement comme :

- Les adultes qui ont été victimes directes ou témoins d'une infraction pénale (agression sexuelle, viol, agression, coups et blessures volontaires, agression à main armée, prise d'otage, séquestration, etc.).

- Les adultes qui ont été victimes ou témoins d'un sinistre majeur avec une menace de mort.

- Les adultes victimes ou témoins d'un accident de la voie publique.

#### **Sont exclus :**

- Les adultes qui n'ont pas été exposés directement.

- Les enfants victimes.

- Les adultes victimes de situation répétées de victimisation (inceste, maltraitance, etc.).

- Les proches des victimes. (C. Damiani, et M. perira, 2009, p.10)

### 2.3.5. Étalonnage normalisé en cinq classes

Afin de faire apparaître les différents niveaux de gravité du syndrome post-traumatique et compte tenu des distributions des notes brutes aux différentes échelles et pour la note totale (proches des caractéristiques de distribution normale), un étalonnage normalisé en cinq classes a été construit pour les notes brutes par échelle et pour la note totale de la partie 1 tableau N°3 . Le choix du nombre de classes correspond au niveau de lisibilité idéale pour l'utilisateur du questionnaire. (C. Damiani, et M. Perira, 2009, p.22)

Echelle	Notes étalonnées				
	1	2	3	4	5
<b>Echelle A</b>	0-6	7-12	13-18	19-23	24
<b>Echelle B</b>	0	1-4	5-7	8-9	10 et +
<b>Echelle C</b>	0	1-3	4-9	10-13	14 et +
<b>Echelle D</b>	0	1-4	5-9	10-13	14 et +
<b>Echelle E</b>	0-1	2-4	5-9	10-14	15 et +
<b>Echelle F</b>	0	1-3	4-6	7-9	10 et +
<b>Echelle G</b>	0	1-2	3-5	6-7	8 et +
<b>Echelle H</b>	0	1-3	4-11	12-17	18 et +
<b>Echelle I</b>	0-1	2-5	6-9	10-16	17 et +
<b>Echelle J</b>	0	1	2-5	6-7	8 et +

**Tableau N° 3 : conversion des notes brutes en notes étalonnées par échelle**

Dans ce tableau (tableau N°3) représentatif de la conversion des notes brutes en notes étalonnées, nous remarquons qu'il est constitué de plusieurs échelles, qui sont hiérarchisées en ordre alphabétique de A jusqu'à J et des notes étalonnées d'un jusqu'à cinq, et par la suite chaque échelle correspond à une note étalonnée.

Classe	1	2	3	4	5
Notes brutes	0-23	24-54	55-89	90-114	115 et +
Évaluation Clinique	Absence de Traumatisme	Traumatisme léger	Traumatisme moyen	Traumatisme fort	Traumatisme Très fort

**Tableau N° 4 : conversion de la note brute totale de la partie en note étalonnée et en niveau d'intensité.**

Ce tableau (tableau N° 4) nous montre comme son titre l'indique la conversion des notes obtenues à l'aide du tableau précédent, ce tableau est constitué en cinq classes d'un jusqu'à cinq, et que chaque classe correspond à une note brute cliniquement évaluée, pour faire ressortir à la fin l'intensité et le niveau du traumatisme psychique dont souffre ou pas le sujet.

### 3. Le déroulement de la recherche :

**Nous avons obtenus nos résultats à travers le questionnaire qu'on a pu donner au chef de formation, sans soumettre le guide entretien car l'accès au terrain est quasiment impossible vu les mesures du confinement imposées par la crise du Covid-19.**

### 4. Difficultés rencontrées

Comme dans chaque recherche, il existe plusieurs obstacles et différentes difficultés qui entravent le chemin du chercheur. Dans ce qui suit, nous allons illustrer celles que nous avons rencontrées :

Nous avons eu des difficultés de manque de documentation (ouvrages, mémoires de fin de cycle, thèses de doctorat sur notre thème de recherche), et aussi l'absence des études antérieures sur notre thème de recherche, ainsi que la plus part de nos sujets se plaigne du nombre d'items que notre questionnaire contient, et **{enfin une raison de plus qui est liée à la pandémie de Covid-19 qui nous a empêchée d'avancer dans notre recherche théorique et pratique, comme elle nous a empêché d'effectuer des entretiens avec nos cas ce qui explique notre limitation à la passation du questionnaire traumaq et la présentation et analyse des données du questionnaire dans le chapitre suivant.}**

**Synthèse**

Ce chapitre méthodologique nous a permis d'assurer une meilleure organisation de notre travail de recherche, de comprendre le déroulement de la démarche clinique et de connaître la nécessité de la méthode clinique dans la recherche en psychologie clinique. C'est un guide pour notre recherche qui permet d'aboutir à des résultats pertinents.

# **Chapitre IV**

## **Présentation, analyse et discussion des résultats**

Dans ce chapitre, on commence d’abord par la présentation de chaque cas, ensuite on passe à l’analyse des échelles, par la suite on va aborder des discussions de nos hypothèses de recherche.

**1. Présentation et analyse du cas A :**

**1.1 Présentation du cas A :**

A travers les données du questionnaire de traumaq, Monsieur A est âgé de 27ans marié, le premier dans la fraternité, acquit le niveau d’instruction de troisième année secondaire(BAC), un conducteur d’ambulance à l’unité centrale des quatre chemins à Bejaia, il avait des blessures morales à cause de sa présence de la mort de son père au mois de Aout 2017,il a assisté a deux consultations chez un psychologue auquel il a pris des calmants durant 2 mois.

**1.2 Présentation et analyse des données du traumaq :**

Echelles	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Totale
Note brute	11	9	12	6	9	4	4	13	6	11	85
Note étalonnée	2	4	4	3	3	3	3	4	3	5	3

**Tableau°1 : tableau récapitulatif des résultats du trauma du profil de Monsieur A.**

Dans le tableau ci-dessus on remarque que Monsieur A, a obtenu une note totale de 85 étalonnée de 3 ce qui correspond à un traumatisme psychique moyen.

**- Première partie : les réactions immédiates et les troubles psychos traumatiques**

L’intensité de la manifestation du traumatisme est mesurée à l’aide d’une échelle se composant de nulle « 0 » à très forte « 3 ».

En rependant au questionnaire de l’échelle A, il obtient la note brute de 11 étalonnée de 2 pendant l’évènement, ce dernier a été témoin de la mort de son père, il était submerger par une forte frayeur sans angoisse, il s’est senti impuissant et abandonné par les autres.

**A l’échelle B,** Depuis l’évènement, la note brute est de 9 étalonné de 4, monsieur A vit toujours le passé, le ressentiment infernal d’une douleur lors qu’il fait des cauchemars, il est

envahie par des images forcées qui nourrissent toujours son trauma, on constate qu'il y a une présence de symptôme pathognomonique.

Pour ce qui concerne **l'échelle C** la note brute obtenue est de 12 étalonné de 4, les nuits de monsieur A sont caractérisées par des réveils nocturnes qui l'empêchent de dormir et qui la fatiguent au réveil.

**A l'échelle D** on obtient la note brute de 6 étalonné de 3, on remarque l'absence d'anxiété, d'angoisse et d'insécurité, mais monsieur A évite toujours les lieux qui sont en rapport a l'événement.

**A l'échelle E** la note brute obtenue est de 9 étalonné de 3, Monsieur A présente une forte crise de nerfs et d'un comportement agressif.

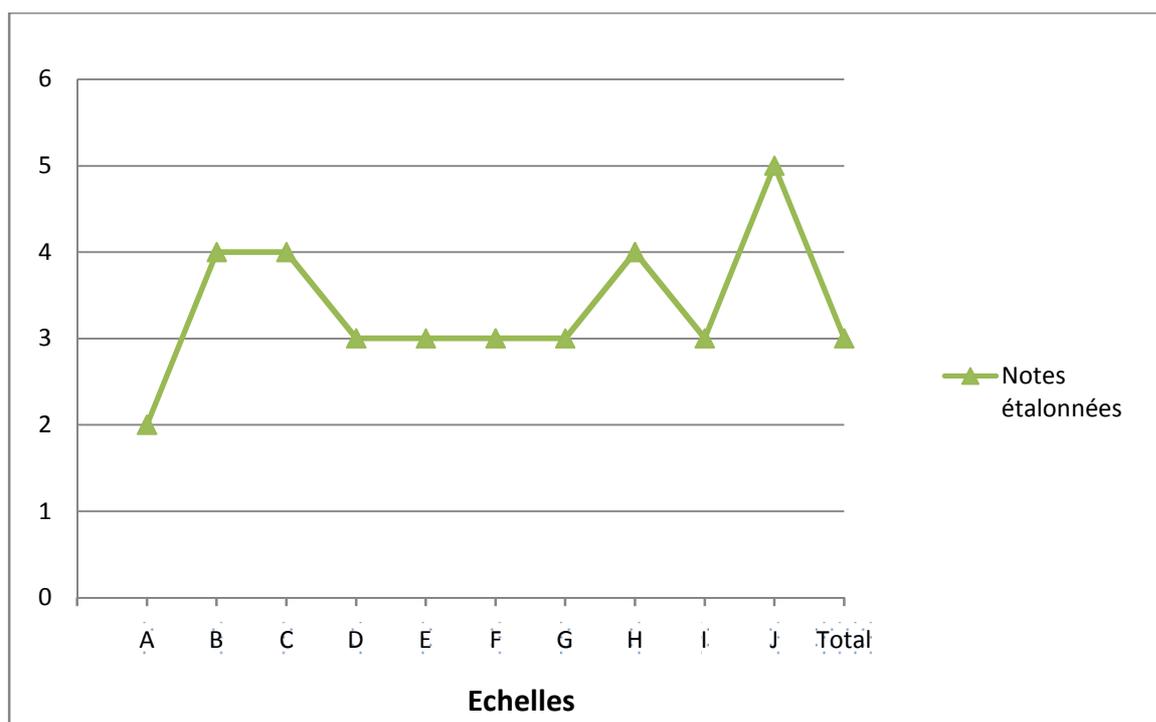
**L'échelle F** la note brute obtenue est de 4 étalonné de 3, Monsieur A répond par une forte intensité quand il est dans des situations qui lui rappellent l'événement par des maux de tête, des tremblements et des sueurs, il garde toujours le même poids et aucun problème de santé a la cause non identifier.

Pour **l'échelle G** la note brute est de 4 étalonné de 3, sa lui arrive d'avoir des trous de mémoire et des difficultés de concentration.

Et pour **l'échelle H** on obtient la note brute de 13 étalonné de 4, dans cette échelle représentant les troubles dépressifs révèlent que malgré la fatigue, l'épuisement et une forte intensité de l'isolement Monsieur A n'a pas des idées suicidaires.

**L'échelle I** enregistre aussi une note brute de 6 étalonné de 3, que Monsieur A à l'impression que sa vie a définitivement changé et qu'elle n'est plus jamais la même, il nous avoue aussi qu'il a de la colère violente et de la haine.

On termine par **l'échelle J** pour vérifier la qualité de vie, on obtient la note brute de 11 étalonné de 5, Monsieur A continu toujours de voire ces amis et demande davantage leurs présence, et il trouve le même plaisir qu'auparavant.



**Courbe N°1 : représentation graphique du profil de Monsieur A : présence d'un traumatisme psychique moyen.**

#### **- deuxième partie : délai d'apparition des troubles**

Les résultats du questionnaire traumaq révèlent une présence des symptômes pathognomonique (répétitions, reviviscence, flash-back) depuis l'événement jusqu'à nos jours, il signale aussi la manifestation de trouble de sommeil difficulté de concentration et la perte de contrôle mais qui ne durent pas pour longtemps, et la présence des réactions psychosomatiques en revanche il ne révèle aucun sentiment de culpabilité ou de honte.

#### **Synthèse du cas**

Enfin après l'analyse de questionnaire du trauma, Monsieur A obtient la note brute de 85 étalonné par une note de 3, l'évaluation clinique de ce dernier correspond à un traumatisme psychique moyen, par la présence de syndrome de reviviscence et les réactions physiques tels que les maux de tête qui sont présents jusqu'au nos jours.

### **2. Présentation et analyse du cas B :**

#### **2.1 présentation du cas B :**

A travers le questionnaire de traumaq, Monsieur B âgé de 39ans, a le niveau d'instruction de deuxième année secondaire, et père de 3 enfants, caporale pompier, il a été victime de

plusieurs événements (catastrophe aérienne et ferroviaire, attentat, explosion de gaz, coups et blessures volontaires et inter volontaires, agression sexuelle).

**2.2 Présentation et analyse des données du questionnaire traumaq**

<b>Echelle</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>G</b>	<b>H</b>	<b>I</b>	<b>J</b>	<b>Totale</b>
<b>Note brute</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>62</b>
<b>Note étalonné</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>3</b>

**Tableau N° 6 : tableau récapitulatif des résultats du trauma du profil de Monsieur B.**

Dans ce tableau on résulte que le Monsieur B, obtient une note totale de 62 étalonné de 03 ce qui correspond à un traumatisme psychique moyen.

**- Première partie : les réactions immédiates et les troubles psychos traumatiques**

**Echelle A :** il a obtenu une note brute de 08 étalonnée de 02, marquer par un faible sentiment de frayeur et d’abondant, d’impuissance ni de conviction qu’il allait mourir ou d’assister à un spectacle insoutenable, ni l’impression d’être paralysé.

**Echelle B :** il a obtenu une note brute de 04 étalonnée de 02, il ne trouve pas des difficultés de parler sur l’événement, et une faible présence des rêves et des cauchemars en relation avec l’événement ni d’angoisse qui l’accompagne.

**Echelle C :** Monsieur B obtenu une note brute de 05 «étalonnée de 03, il manifeste une faible difficulté d’endormissement, mais pas de réveil nocturne ni l’impression de ne pas dormir du tout.

**Echelle D :** il a obtenu une note brute de 00, étalonnée de 01, on remarque l’absence de l’anxiété, d’angoisse, et de crainte de retourner sur les lieux en rapport avec l’évènement, et l’absence de sentiment d’insécurité.

**Echelle E :** il a obtenu une note brute de 07 étalonnée de 03, qui représente une faible manifestation d’hyper-vigilance, mais depuis l’événement Monsieur B présente des comportements agressifs.

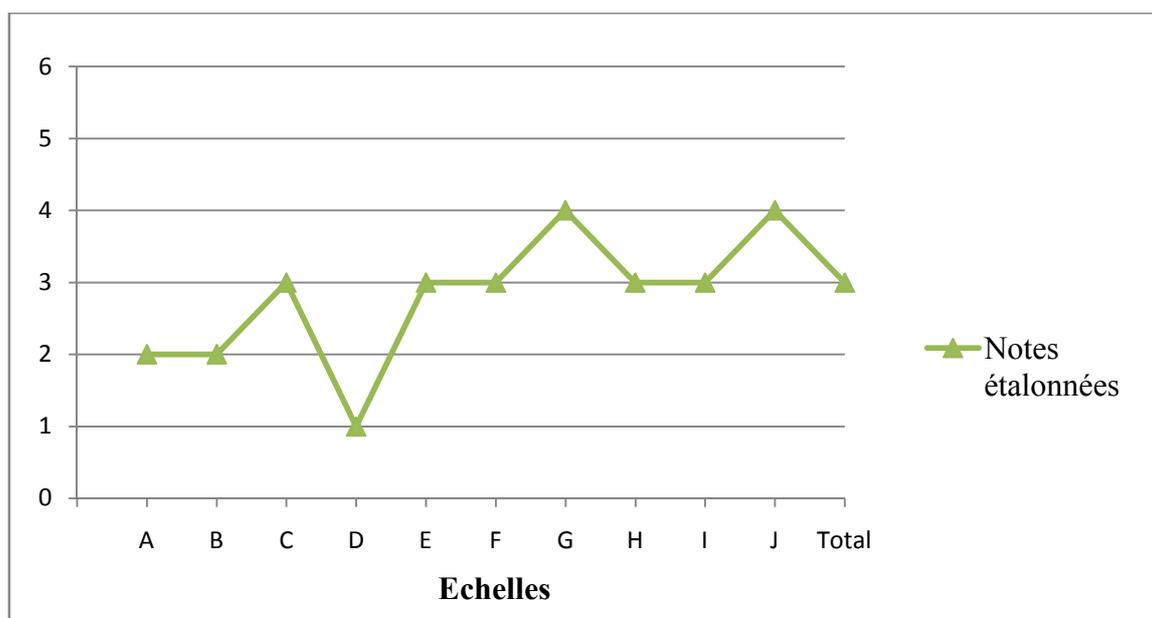
**Echelle F :** Monsieur B présente une note brute de 05 étalonnée de 03, à part une faible variation de poids, il n'a pas des problèmes de santé ou la cause difficile à l'identifier mais il présente une forte réaction physiques tels que les maux de tête, et une forte augmentation de certains substances (café, cigarettes...etc.).

**Echelle G :** il obtient une note brute de 07 étalonnée de 04, il a une difficulté à se concentrer à une fréquence forte, et il présente un trou de mémoire qui l'empêche de se rappeler de l'événement.

**Echelle H :** il a obtenu une note brute de 10 étalonnée de 03, malgré l'épuisement, la fatigue et lassitude chez Monsieur B l'idée suicidaire ne lui a jamais traversé l'esprit, mais il a avoué qu'il passe par des crises de larmes très fortes.

**Echelle I :** il a obtenu une note brute de 09 étalonnée de 03, il se sent responsable de la façon dont les événements sont déroulés et un fort sentiment de culpabilité, il éprouve aucun sentiment de la haine, de colère violente depuis l'événement, ni dévalorisé.

**Echelle J :** Monsieur B a obtenu une note brute de 07 étalonnée de 04, on trouve qu'il n'a pas le même plaisir et ne pratique pas autant de loisirs qu'auparavant. Il se sent abandonné et incompris par les autres, mais il ne cherche pas d'avantage leur compagnie ou leur présence, et il à l'impression d'être moins concernée par les événements qui touchent son entourage.



**Courbe N°2 : représentation graphique du profil de Monsieur B : présence d'un traumatisme psychique moyen.**

**- Deuxième partie : délai d'apparition**

La minorité des troubles présentés chez Monsieur B ont apparus le jour même de l'événement; tels que les crises d'angoisse, les troubles de sommeil, la perte d'énergie et les sentiments de culpabilité et de la honte qui sont durés moins d'une semaine.

**Synthèse du cas**

Enfin après l'analyse de questionnaire du trauma, monsieur B obtient la note brute de 62 étalonnée par une note de 03, l'évaluation clinique de ce dernier correspond à un traumatisme psychique moyen, par la présence de quelques troubles d'anxiété, d'angoisse, et des difficultés de sommeil.

**3. présentation et analyse du cas C :**

**3.1 . Présentation du cas C**

A travers les données de traumaq, Monsieur C âgé de 28 ans, célibataire, le quatrième dans la fraternité, un agent dans la protection civile, son niveau d'instruction est de troisième année secondaire, il a vécu plusieurs événements traumatiques tels que ; les catastrophes naturelles, explosion de gaz, tortures, agression sexuelle, viol...etc.

**3.2. Présentation et analyse des données du traumaq**

<b>Echelle</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>G</b>	<b>H</b>	<b>I</b>	<b>J</b>	<b>Totale</b>
<b>La note brute</b>	2	0	0	0	0	0	0	0	0	08	10
<b>La note étalonnée</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1

**Tableau N° 7 : tableau récapitulatif des résultats du trauma du profil de Monsieur C**

Dans ce tableau on résulte que le Monsieur B, obtient une note totale de 10 étalonné de 01 ce qui correspond à une absence de traumatisme psychique.

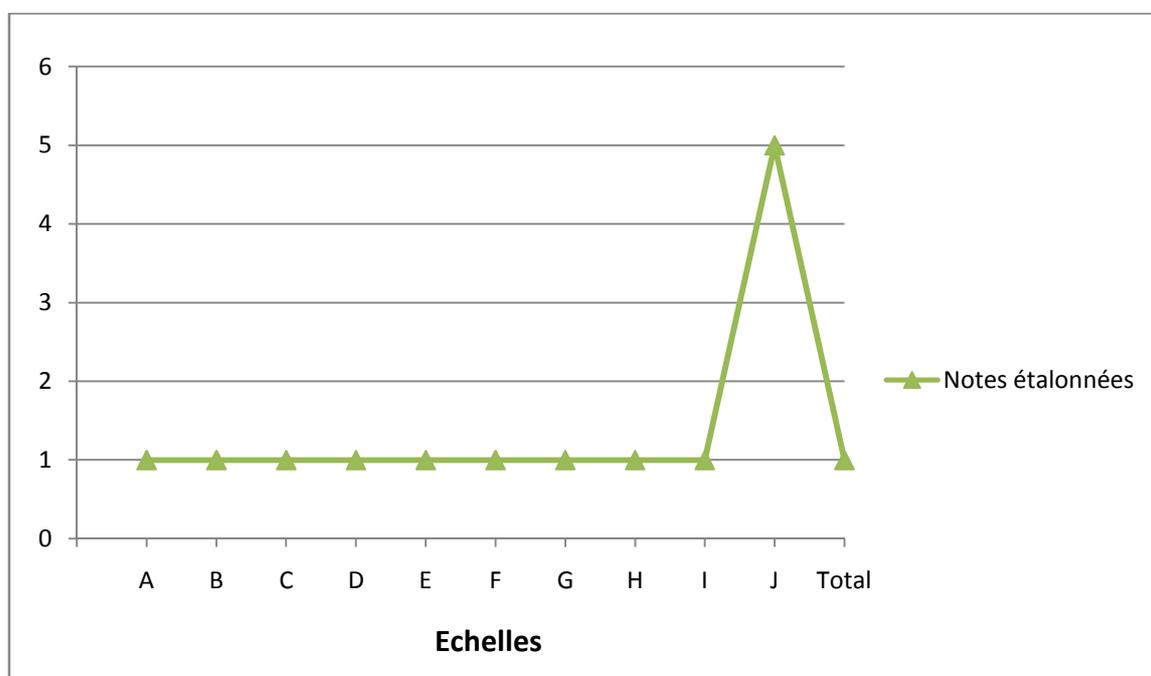
**- première partie : les réactions immédiates et les troubles psychos traumatiques**

**Echelle A :** Monsieur C a obtenu une note brute de 02 étalonné de 01, qui ne représente aucune réaction physique et psychique pendant l'événement, il avoue être dans un état de

seconde sans la présence d'un sentiment de frayeur ou d'angoisse, et aucun sentiment d'impuissance.

**Echelles B, C, D, E, F, G, H, I :** Monsieur C obtient une note de 00 étalonné de 01, depuis l'événement il a enregistré aucun symptôme pathognomonique, ni les troubles de sommeil et les évitements phobiques, il ne présente aucun sentiment d'irritabilité ni la perte de contrôle, sans avoir aussi des réactions psychosomatiques et troubles dépressifs.

**Echelle J :** Monsieur C a obtenu une note brute de 08 étalonné de 05, il poursuit sa vie professionnelle avec la même performance, il se sent incompris et abandonné par les autres, il déclare qu'il ne cherchait pas d'avantage de compagnie, et il ne pratique pas autant de loisirs qu'avant ni le même plaisir.



**Courbe N°3: représentation graphique du profil de Monsieur C : présence d'un traumatisme psychique faible.**

#### - Deuxième partie : Délai d'apparition et durée des troubles

Monsieur C ne présente aucun trouble cité dans la deuxième partie du questionnaire Traumaq.

#### Synthèse du cas

A partir de ce qu'on a recueilli grâce au questionnaire traumaq on déduit que Monsieur C ne présente pas de traumatisme psychique dû à son exposition à des événements traumatiques.

Ce dernier a obtenu un score total de 10, avec une note étalonnée faible (01). Son évaluation clinique correspond à une absence de syndrome psycho traumatique.

**4. présentation et analyse du cas D :**

**4.1. Présentation du cas D :**

Notre cas s’agit de monsieur D, âgé de 24ans, célibataire, son niveau d’instruction est universitaire, il est classé le deuxième dans la fraternité .Monsieur D travail dans la protection civile comme agent d’intervention.

Il a vécu plusieurs événements traumatiques tels que (catastrophe naturelle, aérienne, attentat, agression sexuelle, et explosion de gaz ... etc.).

**4.2. Présentation et analyse des données du questionnaire traumaq :**

Échelle	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Totale
<b>Note brute</b>	1	1	2	1	5	2	0	1	5	3	21
<b>Note étalonnée</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

**Tableau N°8 : tableau récapitulatif des résultats du trauma du profil de Monsieur D.**

Dans ce tableau on résulte que le Monsieur D, obtient une note totale de 21 étalonnée de 01 ce qui correspond à une absence de traumatisme psychique.

**- Première partie : les réactions immédiates et les troubles psychos traumatiques**

**Échelle A :** Monsieur D a enregistré la note brute de 01 étalonnée de 01, qui englobe les réactions physiques et psychiques pendant l’événement, qui manifeste par un faible sentiment d’être dans un état second.

**Échelle B :** il a obtenue une note brute de 01 étalonnée de 01, qui signale par un faible souvenir reproduisant l’événement s’impose au sujet.

**Échelle C :** il a obtenu une note brute de 02 étalonnée de 01, qui révèle à une faible impression de ne pas dormir et une fatigue au réveil.

**Échelle D :** pour l'échelle D, il résulte d'une note brute de 01 étalonnée de 01 qui révèle à un faible évitement des lieux, qui évoquent l'évènement.

**Échelle E :** Monsieur D a obtenu une note brute de 05 étalonnée de 01, qui manifeste par une forte vigilance et d'avantage tendance à fuir une situation insupportable.

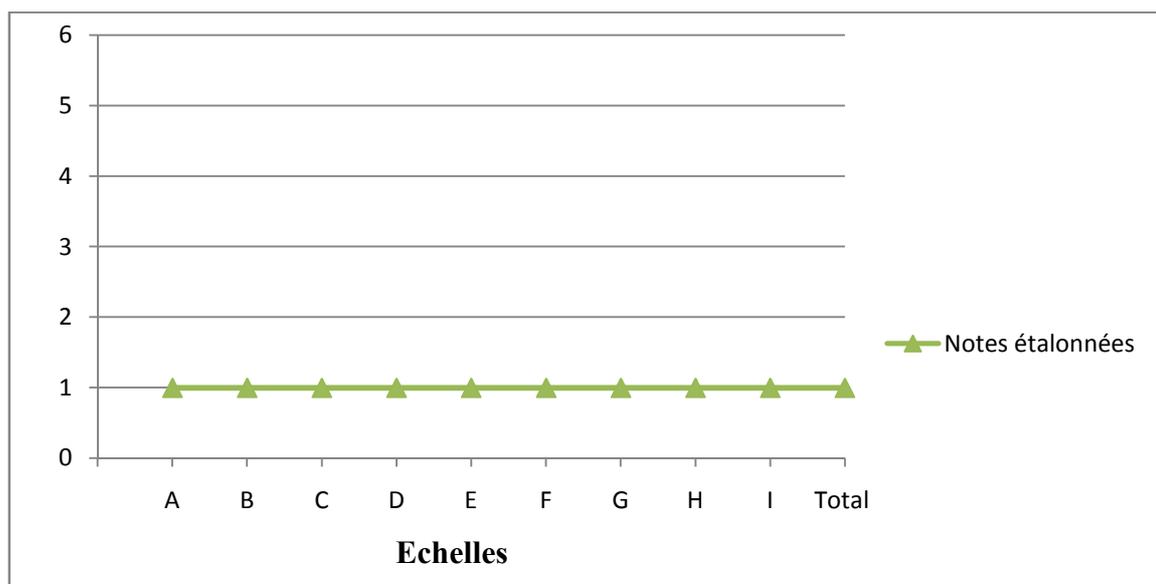
**Échelle F :** pour l'échelle F, Monsieur D a obtenu une note brute de 02 étalonnée de 01 appart une faible variation de poids et d'une détérioration de l'état physique général.

**Échelle G :** Monsieur D a obtenu une note brute de 00 étalonnée de 01, il n'a pas de difficultés de concentration ni à se souvenir de l'évènement traumatique en question.

**Échelle H :** il a obtenu une note brute de 01 étalonnée de 01, qui signal à une faible impression de lassitude, de fatigue...

**Échelle I :** il a obtenu une note brute de 05 étalonnée de 01, il se sent dévaloriser pendant l'évènement, qui se manifeste par un faible de la haine et un changement de la façon de voir la vie, dont le sujet se voit qu'il n'est plus comme avant.

**Échelle J :** Monsieur D a obtenue une note de 03 étalonnée de 01, il poursuit son activité professionnelle avec la même performance, il ne cherche pas davantage de compagnie, et il ne pratique pas autant de loisirs qu'avant, ainsi le sujet révèle qu'il a impression d'être moins concerné par les événements qui touches son entourage.



**Courbe N°4: représentation graphique du profil de Monsieur D : présence d'un traumatisme psychique faible.**

**- Deuxième partie : Délai d'apparition et durée des troubles :**

Monsieur D ne présente aucun trouble, cité dans la deuxième partie du questionnaire Traumaq.

**Synthèse du cas :**

Après l'analyse du questionnaire, Monsieur D obtient la note brute de 21 étalonnée par une note faible de 01.

L'évaluation clinique de ce dernier, ne présente pas de traumatisme psychique du à son exposition à l'événement traumatique, qui correspond à une absence de syndrome psycho-traumatique.

**5. présentation du cas E :**

**5.1. Présentation du cas E :**

A travers les données du questionnaire, Monsieur E âgé de 27ans, célibataire, son niveau d'instruction est universitaire, il est l'innée dans la fraternité. Il travail dans la protection civile comme agent d'intervention.

Monsieur E a été victime de certains évènements, tels que (catastrophe naturelle, catastrophe aérienne, maritime, et accidents de la voie publique.

**5.2. Présentation et analyse des données du traumaq :**

Échelles	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total
Note brute	0	0	0	0	0	0	0	1	0	9	10
Note étalonnée	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1

**Tableau<sup>o</sup>9 : tableau récapitulatif des résultats du trauma du profil de Monsieur E.**

Dans ce tableau on résulte que le Monsieur E, obtient une note totale de 10 étalonné de 01 ce qui correspond à une absence de traumatisme psychique.

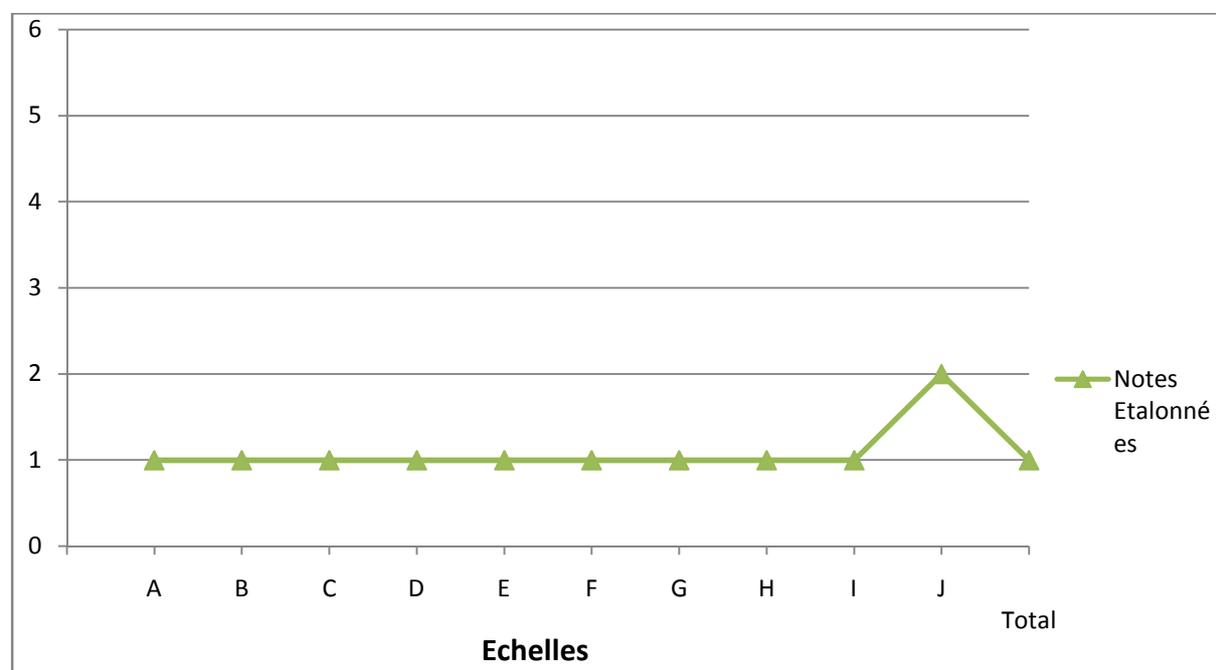
- **Première partie : les réactions immédiates et les troubles psychos traumatiques :**

**Échelles A, B, C, D, E, F, G** Monsieur E obtient une note de 00 étalonnée de 01, depuis l'événement il a enregistré aucun symptôme pathognomonique, ni les troubles de sommeil et les évitements, ni les crises d'angoisse, il ne présente aucun sentiment d'irritabilité et ni les difficultés de concentration.

**Échelle H :** Monsieur H a obtenu une note brute de 01 étalonnée de 01, qui signale par une faible impression de lassitude, la fatigue et de l'épuisement.

**Échelle I :** il a obtenu une note brute de 00 étalonnée de 01. Depuis l'événement Monsieur E se voit normal qu'il est toujours le même, n'a pas changé la façon de voir la vie, il ne présente pas de sentiment d'être dévalorisé, d'être en colère.

Enfin pour **l'échelle J**, il a obtenu une note brute de 09 étalonnée de 02. Depuis l'événement, Monsieur E a rompu des relations avec des proches, et il se sent incompris et abandonné par les autres, ainsi on trouve qu'il ne pratique pas autant de loisirs et il n'a pas le même plaisir qu'auparavant et il a l'impression d'être moins concerné par les événements qui touchent son entourage.



**Courbe N°5: représentation graphique du profil de Monsieur E: présence d'un traumatisme psychique faible.**

**- Deuxième partie : Délai d'apparition et durée des troubles :**

Monsieur E ne présente aucun trouble cité dans la deuxième partie du questionnaire traumaq.

**Synthèse du cas**

Après l'analyse du questionnaire, Monsieur E obtient la note brute de 10 étalonnée par une note faible de 01.

L'évaluation clinique de ce dernier, ne présente pas de traumatisme psychique du à son exposition à l'événement traumatique, qui correspond à une absence de syndrome psycho-traumatique.

# **Chapitre V**

## **Discussion des hypothèses**

**-Discussion et vérification des hypothèses de recherche :**

Après l'analyse du questionnaire du traumaq, nous arrivons à la discussion de nos hypothèses présumée, qui viennent répondre aux questions de notre problématique sur l'existence ou pas du syndrome post traumatique chez les sapeurs-pompiers après leur confrontation à un événement traumatique.

Groupe de recherche	Note brute du trauma	Note étalonnée du trauma	Niveau d'intensité
Cas A	85	3	Traumatisme moyen
Cas B	62	3	Traumatisme moyen
Cas C	10	1	Traumatisme léger
Cas D	21	1	Traumatisme léger
Cas E	10	1	Traumatisme léger

**Tableau N° 10 : les résultats des cas selon le niveau d'intensité du traumatisme.**

On résume que d'après ce tableau que deux de nos cas présente un traumatisme psychique moyen, et trois d'autres cas présentent un traumatisme psychique faible.

En effet, à travers l'analyse de contenu du questionnaire de recherche, nous établissons une discussion de notre hypothèse en lumière du questionnaire du trauma, pour pouvoir répondre au questionnement de notre problématique, en confirmant successivement notre première hypothèse qui porte l'intitulé suivant : « **les pompiers développent un syndrome post traumatique après leur confrontation à un événement traumatique.** »

Dans l'analyse du questionnaire du traumaq, **Monsieur A** présente un syndrome post traumatique qui se manifeste par une forte sensation de frayeur caractérisé par des réveils nocturnes et les rêves tonifiants.

Pour le **cas B**, on note l'existence d'un traumatisme psychique, qu'est révélée par le questionnaire de traumaq, ou le cas depuis l'événement développe des comportements agressifs.

Concernant le **cas C**, il présente un syndrome post traumatique, qui se manifeste par des sensations d'abandon et incompris par les autres.

Passant au **cas D**, il a apparu qu'il développe un traumatisme psychique après la confrontation à un évènement traumatique, qui manifeste par une forte vigilance et d'avantage tendance à fuir une situation insupportable, et il se voit qu'il n'est plus comme avant, ainsi le cas D n'éprouve aucune difficulté de concentration.

À présent, passant au **cas E** on constate que le patient développe un traumatisme psychique, qui manifeste par l'impression d'être moins concerné par les évènements qui touche son entourage. Ainsi le cas E se sent incompris et abandonné par les autres, ce qui fait naître en lui une faible impression de lassitude, la fatigue et de l'épuisement.

La deuxième hypothèse « **la gravité de la nature des événements augmentent l'intensité du syndrome post-traumatique qui diffère d'un pompier à l'autre.** »

Les sapeurs-pompiers souffrent du traumatisme psychique, d'après l'analyse du contenu de questionnaire on peut dire que les pompiers présentent une symptomatologie traumatique qui se diffère d'un cas à un autre ce qui confirme donc notre hypothèse.

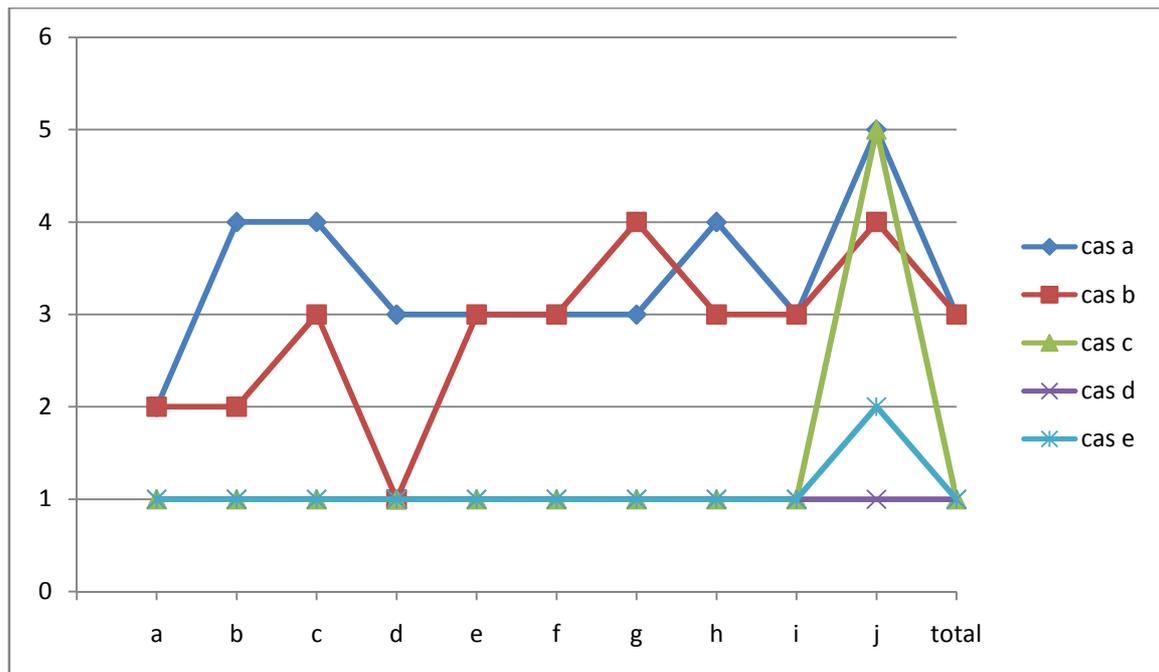
Pour le **cas A**, nous avons constaté que Monsieur A obtient une note brute de 85 étalonnée de 4 qui traduit un traumatisme moyen.

Pour le **cas B**, il enregistre la note brute de 62 étalonnée par une note de 3 qualifie le traumatisme moyen.

Et pour le **cas C**, récolte une note brute de 10 étalonnée de 1 qui exprime un traumatisme léger.

A propos du **cas D**, L'évaluation sur le plan clinique du cas D est décrit comme souffrant d'un syndrome psycho-traumatique léger, avec un score brute de 21 étalonné en 01.

En fin le **cas E**, a obtenu une brute de 10 étalonnée de 1. L'évaluation sur le plan clinique de ce cas est décrit comme souffrant d'un syndrome psycho-traumatique léger.



**Courbe N°6 : représentation graphique du profil du groupe de recherche.**

À partir de ce graphe qui représente les notes étalonnées de chaque cas du groupe de recherche, nous pouvons remarquer certains croisements entre certaines lignes, qui peuvent être interprétées par des différentes intensités, de manifestation des troubles, comme les réactions immédiates, physique et psychiques pendant l'événement entre le cas A et B, là on remarque un croisement entre les lignes des échelles a, e, f, i des cas A et B. Aussi un croisement presque de toutes les échelles des cas C, D, E sauf à l'échelle J.

À travers le graphe, nous observons une illustration d'un pic élevé pour les cas A, B et C et E à la note des échelles J. on remarque aussi, que les notes les plus faibles étalonnées sont celles des cas C, D, E pour tout les échelles, et à-propos le cas A et B à l'échelle a.

On s'appuyant sur le résultat et l'analyse de questionnaire de traumaq, on peut conclure que les sapeurs-pompiers développent un traumatisme psychique.

Concernant le cas A et B ont un traumatisme moyen et à propos les cas C, D et E présentent un traumatisme léger.

À travers cette distinction on arrive à dire que notre hypothèse qui porte l'intitulé suivant « **les pompiers développent un syndrome post-traumatique après leur confrontation à un événement traumatique** » est confirmée par l'existence du traumatisme psychique qui diffère d'un pompier à un l'autre et qui a de différent niveau d'intensité.

# **Conclusion générale**

Au terme de notre étude qui porte l'intitulé suivant « **la traumatisme psychique chez les sapeurs pompiers** », nous pouvons dire que malgré certaines lacunes qui tiennent notamment aux difficultés rencontrées, ce travail était pour nous l'occasion de découvrir et d'approfondir nos connaissances acquises dans notre cursus universitaire, et comme opportunité pour connaître le vécu psychologique des pompiers face à des événements inattendus.

Sur le plan théorique, il nous a permis de comprendre le traumatisme psychique, son étiologie, les modes de prise en charge et de mieux comprendre la description clinique du syndrome psycho-traumatique qui expliquent l'effet de la venue d'un événement inattendu sur les sujets.

Par ailleurs, la présente étude nous permet de découvrir les travaux se rapportant au traumatisme psychique, comme ceux de Luis Crocq, qui s'intéressent à l'effet d'un événement traumatique sur le sujet et au traumatisme en général, ce à quoi s'ajoutent les travaux de François Lebigot qui se basent sur l'étiopathogénie du traumatisme psychique, ainsi que les différentes méthodes de traitement de cette pathologie.

Concernant l'analyse des cas présentés et en fonction des résultats obtenus à travers notre étude on souligne les répercussions de la confrontation d'un pompier à un événement inattendu qui génèrent éventuellement une effraction traumatique, qui produisent par la suite un tableau clinique qui correspond au syndrome psycho-traumatique.

Il nous semble important de souligner à la fin de cette étude que certains pompiers souffrent d'un traumatisme psychique, de différent niveau d'intensité (léger et moyen) s'adaptent à leurs situations malgré les difficultés rencontrés, mais qui nécessite une prise en charge psychologique, pour évacuer et libérer cette charge émotionnelle, ainsi qu'un suivi psychologique pour les aider à sortir d'un syndrome post traumatique.

Enfin, nous espérons à partir de notre travail de recherche contribuer à l'apport d'une certaine lumière sur le traumatisme psychique chez les sapeurs pompiers.

Ce travail de recherche nous a permis d'enquêter sur une population qui nous tient particulièrement à cœur. Par ce travail, nous avons acquis une méthode de travail et d'analyse qui ne pourront être que bénéfique pour la suite. Nous avons un temps impartis pour effectuer ce projet c'est pourquoi nous avons dû nous limiter dans notre projet de recherche. Si dans le futur, nous avons l'occasion, nous le reprendrons pour aller plus loin dans la recherche.

# **Références bibliographiques**

### Référence Bibliographique

- Anaut M. (2002). **Trauma, vulnérabilité et résilience**. Connexions, n°77.
- Bénony, H. & Chahraoui Kh. (1999). **L'entretien clinique**. Paris : Dunod.
- Blanchet, A. (1992). **L'enquête et ses méthodes : l'entretien**. Paris : Nathan.
- Boudareme. M. (2005). **Le stress entre le bien et souffrance**. Alger : Ed Berti.
- CIM-10/ICD-10, (1994). **Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement**. Paris : Ed Masson.
- Chahraoui, K. & Bénony H. (2003). **Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique**. Paris : Dunod.
- Chiland C. (1983). **Entretien clinique**. Paris : Quadrige manuel.
- Crocq L. (1999). **Les traumatismes psychiques de guerre**. Paris : Ed Odile Jacob.
- Crocq, L. & Liliand D. (2007). **Les traumatismes psychiques et prise en charge des victimes**. Paris : Ed Masson.
- Damiani, C. & Pareira-fradim M. (2006). **Manuel traumaq**. Paris : ecpa.
- Damiani, C. & Pereira-Fradin M. (2007). **Traumaq, questionnaire d'évaluation du traumatisme, Manuel**. Les éditions du centre de psychologie appliquée. France.
- Declercq, M. & Lebigot F. (2001). **Les traumatismes psychiques**. Paris : Masson.
- DSM V-TR, (2015). **Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux et des troubles du comportement**. 5ème édition : Masson.

- Ferenczi, S. (1934). **Le traumatisme**. Paris: Petite Bibliothèque Payot.
- Freud, S. & Breuer, J. (1895). **Études sur l'hystérie, précédées de Communication préliminaire**. Paris: PUF.
- Freud S. (1920), « **Au delà du principe de plaisir** », Paris : Payot.
- Janet, P. (1889). **L'Automatisme psychologique**. Paris: Alcan.
- Josse, E. (2014). **Le traumatisme psychique chez l'adulte** ». Deboeck.
- Kutz, I. & Resnik, V. & Dekel, R. « **The Effect of Single-Session Modified EMDR on Acute Stress Syndromes** ». Journal of EMDR Practice and Research. 2008; 2(3): 190-200.
- Lebigot, F, (2005). **Conséquences à court et moyen terme du traumatisme**. In: Lebigot, F. **Traiter les traumatismes psychiques. Clinique et prise en charge**. Paris : Dunod.
- Lebigot F. & Declereq M. (2001). **Les traumatismes psychiques**. Paris : Masson.
- Lebigot F. (2005). **Traiter les traumatismes psychiques clinique et prise en charge**. Paris : Dunod.
- Lebigot, F. & All. (2005). **Psycho traumatisme : prise en charge et traitement** », Paris : Masson.
- Vaiva, G. & François L. (2005). **Psycho traumatismes prise en charge et traitements**. Paris : Ed Masson.
- Solnit, A-J. & al. (1982). **L'enfant vulnérable, rétrospective**». Paris : RUF.
- **Document officiel de la protection civile Algérienne, P43, 2015.**
- Douesnard.J, & Ph.D. (2011). **Les impacts psychologiques des métiers dangereux : portrait de situation de la santé psychologique des pompiers**

**pérennants québécois. Volume 20, N°2 et 3, université du Québec de Chicoutimi.**

- Bloch. & Coll. (2003). **Le grand dictionnaire de la psychologie.** Paris : Ed Larousse.

- Laplanche, J. & Pantalís J. B. (1968). **Vocabulaire de la psychanalyse.** Paris : RUF.

- [www .http/objectif-emploi-orientation.fr/fiches-metiers/sapeur-pompier](http://objectif-emploi-orientation.fr/fiches-metiers/sapeur-pompier)

- [www.http/pompiers.fr](http://www.pompiers.fr)

# **Annexes**

**Annexe n° 01 :**

**Le guide d'entretien :**

**Informations personnelles :**

1. quel est votre prénom ?
2. Quel âge avez-vous ?
3. quel est votre situation familiale ?
4. quel est votre classement dans la fraternité ?
5. quel est votre niveau d'instruction ?
6. quel est votre profession ?

**Axe 1 : les renseignements concernant la relation entre le sujet et la société avant l'évènement.**

Dans cet axe on a essayé de présenter la nature des relations entre le sujet et la société, on a posé les questions suivantes :

1. Pouvez-vous nous parlez de vos relations avec les membres de la famille ?
2. Avant le recrutement, est-ce que vous présenter des difficultés d'intégration aux groupes d'amis ?
3. Est-ce que vous souffrez d'une maladie psychique avant l'évènement ? Si, oui précisez ?
4. Aimez-vous faire des aventures ou prendre des risques ?
5. Comment vous réagissez au son de la cloche ? Et quelles sont vos émotions dominantes ?

**Axe 2 : les renseignements concernant l'état de la santé psychique et physique du sujet pendant l'évènement.**

Dans cet axe on a essayé de cerner l'état de la santé psychique et physique du sujet, on a posé les questions suivantes :

1. Pouvez-vous nous parler de l'évènement ? Et comment est-il survenu ?

2. Pouvez-vous nous parler de vos émotions et vos comportements au moment de la sonnerie de la cloche jusqu'à la fin de l'opération ?

3. Avez-vous l'impression d'être incapable de réagir lors de l'opération ?

4. Avez-vous essayé d'éviter l'évènement ? Si, oui comment et pourquoi ?

### **Axe 3 : les renseignements concernant l'état de la santé psychique et physique du sujet après l'évènement.**

Dans cet axe on a essayé de cerner l'état de la santé psychique et physique du sujet, on a posé les questions suivantes :

1. Est-ce que vous présentez des difficultés lorsque vous parlez de l'évènement avec vos collègues ?

2. Avez-vous des difficultés de sommeil ?

3. Présentez-vous des réactions involontaires lorsque vous entendez quelqu'un parler de l'évènement ?

4. faites-vous des cauchemars ? Si, oui combien de fois ?

5. Est-ce que vous faites des efforts pour éviter les souvenirs de cet évènement ?

6. Présentez-vous des difficultés de concentration ?

7. Présentez-vous des comportements irritables ? Si, oui quel genre de comportement ?

8. Avez-vous des problèmes d'appétit ?

9. Avez-vous crise d'angoisse ?

# Traumag

Questionnaire d'évaluation du traumatisme

Carole Damiani  
Maria Pereira-Fradin

- Passation individuelle
- Collective
- Victime directe de l'événement
- Témoin

Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 F  M Age : \_\_\_\_\_  
 Date de passation : \_\_\_\_\_  
 Lieu de passation : \_\_\_\_\_

## Informations concernant l'événement :

Événement individuel  Collectif  Nature\* : \_\_\_\_\_  
 Lieu (domicile, voie publique, etc.) : \_\_\_\_\_  
 Date : \_\_\_\_\_  
 Durée : \_\_\_\_\_  
 Blessures physiques :  Non  Oui Description : \_\_\_\_\_  
 Séquelles actuelles : \_\_\_\_\_  
 Avez-vous bénéficié de l'intervention de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique sur les lieux ?  
 Non  Oui  
 ITT<sup>1</sup>  Non  Oui Nombre de jours : \_\_\_\_\_ Arrêt de travail  Non  Oui Durée : \_\_\_\_\_  
 IPP<sup>2</sup>  Non  Oui Pourcentage : \_\_\_\_\_

### \* Nature de l'événement

En fonction de la réponse recueillie, cocher une ou plusieurs cases ci-dessous :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Catastrophe naturelle                         | <input type="checkbox"/> Coups et blessures volontaires   |
| <input type="checkbox"/> Catastrophe technologique                     | <input type="checkbox"/> Coups et blessures involontaires |
| <input type="checkbox"/> Catastrophe aérienne, maritime ou ferroviaire | <input type="checkbox"/> Tentative d'homicide             |
| <input type="checkbox"/> Accident de la voie publique                  | <input type="checkbox"/> Agression sexuelle               |
| <input type="checkbox"/> Attentat                                      | <input type="checkbox"/> Viol                             |
| <input type="checkbox"/> Explosion de gaz                              | <input type="checkbox"/> Racket                           |
| <input type="checkbox"/> Accident domestique                           | <input type="checkbox"/> Conflit armé                     |
| <input type="checkbox"/> Prise d'otage ou séquestration                | <input type="checkbox"/> Tortures                         |
| <input type="checkbox"/> Hold-up ou vol à main armée                   | <input type="checkbox"/> Autres                           |

<sup>1</sup> ITT = Interruption Temporaire de Travail

<sup>2</sup> IPP = Incapacité Permanente Partielle

**Renseignements généraux concernant la période antérieure à l'événement :**

<p><i>Situation familiale</i></p> <p>Marié(e) ou en concubinage <input type="checkbox"/> Divorcé(e) ou séparé(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf/Veuve <input type="checkbox"/></p> <p>Nombre d'enfants (préciser leur âge) : _____</p>
<p><i>Situation professionnelle</i></p> <p>Etudiant(e) <input type="checkbox"/></p> <p>Salarié(e) : plein temps <input type="checkbox"/> temps partiel <input type="checkbox"/></p> <p>Sans emploi : homme ou femme au foyer <input type="checkbox"/> chômage <input type="checkbox"/> congé parental <input type="checkbox"/>  en stage formation <input type="checkbox"/> congé maladie <input type="checkbox"/> retraité(e) <input type="checkbox"/></p>
<p><i>Etat de santé</i></p> <p>Avez-vous des problèmes de santé : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> lesquels : _____</p> <p>Suiviez-vous un traitement médical : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> de quelle nature : _____</p>
<p>Avez-vous déjà consulté un psychologue, un psychiatre ou un psychothérapeute : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Avez-vous suivi une psychothérapie : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> sous quelle forme : _____  Date : _____ Durée : _____</p>
<p>Avez-vous vécu d'autres événements qui vous ont profondément marqué(e) :</p> <p>Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Nature : _____  Date : _____</p>

**Renseignements concernant la période postérieure à l'événement :**

<p>Avez-vous consulté un psychologue, un psychiatre ou un psychothérapeute : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Suivi d'une psychothérapie : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Sous quelle forme : _____  Date de la première séance : _____  Nombre de consultations (à ce jour) : _____</p> <p>Traitement médical : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Lequel : _____  Durée : _____</p>
---

**PREMIERE PARTIE**

Vous devez répondre à toutes les questions. Vous pouvez revenir en arrière, passer une question si vous avez du mal à y répondre sur le moment mais il faudra y revenir par la suite. Le temps de passation n'est pas limité.

Pour toutes les questions suivantes, utiliser l'échelle ci-dessous et cocher la case correspondante.

Intensité (ou fréquence) de la manifestation			
0	1	2	3
— —	— —	— —	— —
nulle	faible	forte	très forte

**Pendant l'événement**

Nous allons aborder ce que vous avez ressenti **pendant** le déroulement de l'événement.

		0	1	2	3
<b>A1</b>	Avez-vous ressenti de la frayeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A2</b>	Avez-vous ressenti de l'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A3</b>	Avez-vous eu le sentiment d'être dans un état second ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A4</b>	Avez-vous eu des manifestations physiques comme, par exemple, des tremblements, des suees, une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération des battements du cœur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A5</b>	Avez-vous eu l'impression d'être paralysé(e), incapable de réactions adaptées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A6</b>	Avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A7</b>	Vous êtes-vous senti seul(e), abandonné(e) par les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A8</b>	Vous êtes-vous senti impuissant(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Total A</b>					

**Depuis l'événement**

Nous allons maintenant aborder ce que vous ressentez **actuellement**.

		0	1	2	3
<b>B1</b>	Est-ce que des souvenirs ou des images reproduisant l'événement s'imposent à vous durant la journée ou la soirée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B2</b>	Revivez-vous l'événement dans des rêves ou des cauchemars ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B3</b>	Est-il difficile pour vous de parler de l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B4</b>	Ressentez-vous de l'angoisse lorsque vous repensez à ces événements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Total B</b>					

		0	1	2	3
<b>C1</b>	Depuis l'événement, avez-vous plus de difficultés d'endormissement qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C2</b>	Faites-vous davantage de cauchemars ou de rêves terrifiants (au contenu sans rapport direct avec l'événement) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C3</b>	Avez-vous plus de réveils nocturnes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C4</b>	Avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C5</b>	Etes-vous fatigué(e) au réveil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Total C</b>					

Intensité (ou fréquence) de la manifestation			
0	1	2	3
-----	-----	-----	-----
nulle	faible	forte	très forte

		0	1	2	3
<b>D1</b>	Etes-vous devenu anxieux(se), tendu(e) depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D2</b>	Avez-vous des crises d'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D3</b>	Craignez-vous de vous rendre sur des lieux en rapport avec l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D4</b>	Vous sentez-vous en état d'insécurité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D5</b>	Évitez-vous des lieux, des situations ou des spectacles (TV, cinéma) qui évoquent l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Total D</b>					

		0	1	2	3
<b>E1</b>	Vous sentez-vous plus vigilant(e), plus attentif(ve) aux bruits qu'auparavant, vous font-ils plus sursauter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>E2</b>	Vous estimez-vous plus méfiant(e) qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>E3</b>	Etes-vous plus irritable que vous ne l'étiez avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>E4</b>	Avez-vous plus de mal à vous maîtriser (crise de nerfs, etc.) ou avez-vous davantage tendance à fuir une situation insupportable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>E5</b>	Vous sentez-vous plus agressif(ve) ou craignez-vous de ne plus contrôler votre agressivité depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>E6</b>	Avez-vous eu des comportements agressifs depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Total E</b>					

		0	1	2	3
<b>F1</b>	Lorsque que vous y repensez ou que vous êtes dans des situations qui vous rappellent l'événement, avez-vous des réactions physiques telles que, par exemple, maux de tête, nausées, palpitations, tremblements, sueurs, respiration difficile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>F2</b>	Avez-vous observé des variations de votre poids ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>F3</b>	Avez-vous constaté une détérioration de votre état physique général ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>F4</b>	Depuis l'événement, avez-vous des problèmes de santé dont la cause a été difficile à identifier ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>F5</b>	Avez-vous augmenté la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, médicaments, nourriture, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Total F</b>					

		0	1	2	3
<b>G1</b>	Avez-vous plus de difficultés à vous concentrer qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>G2</b>	Avez-vous plus de "trous de mémoire" qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>G3</b>	Avez-vous des difficultés à vous rappeler l'événement ou certains éléments de l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Total G</b>					

Intensité (ou fréquence) de la manifestation			
0	1	2	3
----- ----- -----			
nulle	faible	forte	très forte

		0	1	2	3
<b>H1</b>	Avez-vous perdu de l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>H2</b>	Manquez-vous d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>H3</b>	Avez-vous des impressions de lassitude, de fatigue, d'épuisement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>H4</b>	Etes-vous d'humeur triste et/ou avez-vous des crises de larmes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>H5</b>	Avez-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, voire des idées suicidaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>H6</b>	Eprenez-vous des difficultés dans vos relations affectives et/ou sexuelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>H7</b>	Depuis l'événement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>H8</b>	Avez-vous tendance à vous isoler ou à refuser les contacts ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Total H</b>					<input type="checkbox"/>

		0	1	2	3
<b>I1</b>	Vous arrive-t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour en éviter certaines conséquences ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>I2</b>	Vous sentez-vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'événement, et/ou d'avoir survécu alors que d'autres ont disparu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>I3</b>	Vous sentez-vous humilié(e) par ce qui s'est passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>I4</b>	Depuis l'événement vous sentez-vous dévalorisé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>I5</b>	Ressentez-vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>I6</b>	Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même ou de voir les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>I7</b>	Pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Total I</b>					<input type="checkbox"/>

<b>J1</b>	Poursuivez-vous votre activité scolaire ou professionnelle ?	oui	non
<b>J2</b>	Avez-vous l'impression que vos performances scolaires ou professionnelles sont équivalentes à avant ?	oui	non
<b>J3</b>	Continuez-vous à rencontrer vos amis avec la même fréquence ?	oui	non
<b>J4</b>	Avez-vous rompu des relations avec des proches (conjoint, enfant, parent, etc.) depuis l'événement ?	oui	non
<b>J5</b>	Vous sentez-vous incompris(e) par les autres ?	oui	non
<b>J6</b>	Vous sentez-vous abandonné(e) par les autres ?	oui	non
<b>J7</b>	Avez-vous trouvé un soutien auprès de vos proches ?	oui	non
<b>J8</b>	Recherchez-vous davantage la compagnie ou la présence d'autrui ?	oui	non
<b>J9</b>	Pratiquez-vous autant de loisirs qu'auparavant ?	oui	non
<b>J10</b>	Y trouvez-vous le même plaisir qu'auparavant ?	oui	non
<b>J11</b>	Avez-vous l'impression d'être moins concerné(e) par les événements qui touchent votre entourage ?	oui	non
<b>Total J</b>			<input type="checkbox"/>

**DEUXIEME PARTIE**

Vous venez de terminer le bilan de ce que vous vivez aujourd'hui. Or, depuis l'événement, il est possible qu'il y ait eu une évolution : certains troubles ont disparu alors que d'autres durent encore.

**En utilisant les échelles ci-dessous, préciser le délai d'apparition des troubles décrits, ainsi que leur durée :**

**Délai d'apparition des troubles depuis l'événement**

- 0 : Pas concerné
- 1 : Le jour même de l'événement
- 2 : Entre 24 heures et 3 jours
- 3 : Entre 4 jours et 1 semaine
- 4 : Entre 1 semaine et 1 mois
- 5 : Entre 1 et 3 mois
- 6 : Entre 3 et 6 mois
- 7 : Entre 6 mois et un an
- 8 : Plus d'un an

**Durée des troubles**

- 0 : Pas concerné
- 1 : Immédiatement après l'événement
- 2 : Moins d'une semaine
- 3 : De 1 semaine à 1 mois
- 4 : De 1 à 3 mois
- 5 : De 3 à 6 mois
- 6 : De 6 mois à un an
- 7 : Plus d'un an
- 8 : Trouble toujours présent à ce jour

Troubles	Délai d'apparition	Durée
1 - L'impression de revivre l'événement, les souvenirs et les images de l'événement qui reviennent.		
2 - Les troubles du sommeil : difficultés d'endormissement, cauchemars, réveils nocturnes et/ou nuits blanches.		
3 - L'anxiété et/ou les crises d'angoisse, l'état d'insécurité.		
4 - La crainte de retourner sur les lieux de l'événement ou des lieux similaires.		
5 - L'agressivité, l'irritabilité et/ou la perte de contrôle.		
6 - La vigilance, l'hypersensibilité aux bruits et/ou la méfiance.		
7 - Les réactions physiques telles que : sueurs, tremblements, maux de tête, palpitations, nausées, etc.		
8 - Les problèmes de santé : perte d'appétit, boulimie, aggravation de l'état physique.		
9 - L'augmentation de la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, nourriture, etc.).		
10 - Les difficultés de concentration et/ou de mémoire.		
11 - Le désintérêt général, la perte d'énergie et d'enthousiasme, la tristesse, la lassitude et/ou les envies de suicide.		
12 - La tendance à s'isoler.		
13 - Les sentiments de culpabilité et/ou de honte.		

## Résultats au TRAUMAQ

### Cotation des échelles de la première partie

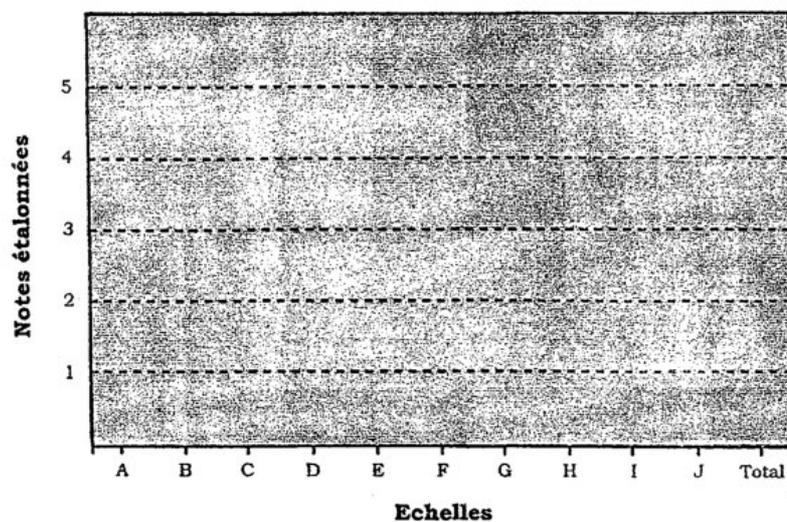
Les notes brutes des échelles A à I correspondent à la somme des points attribués aux items.

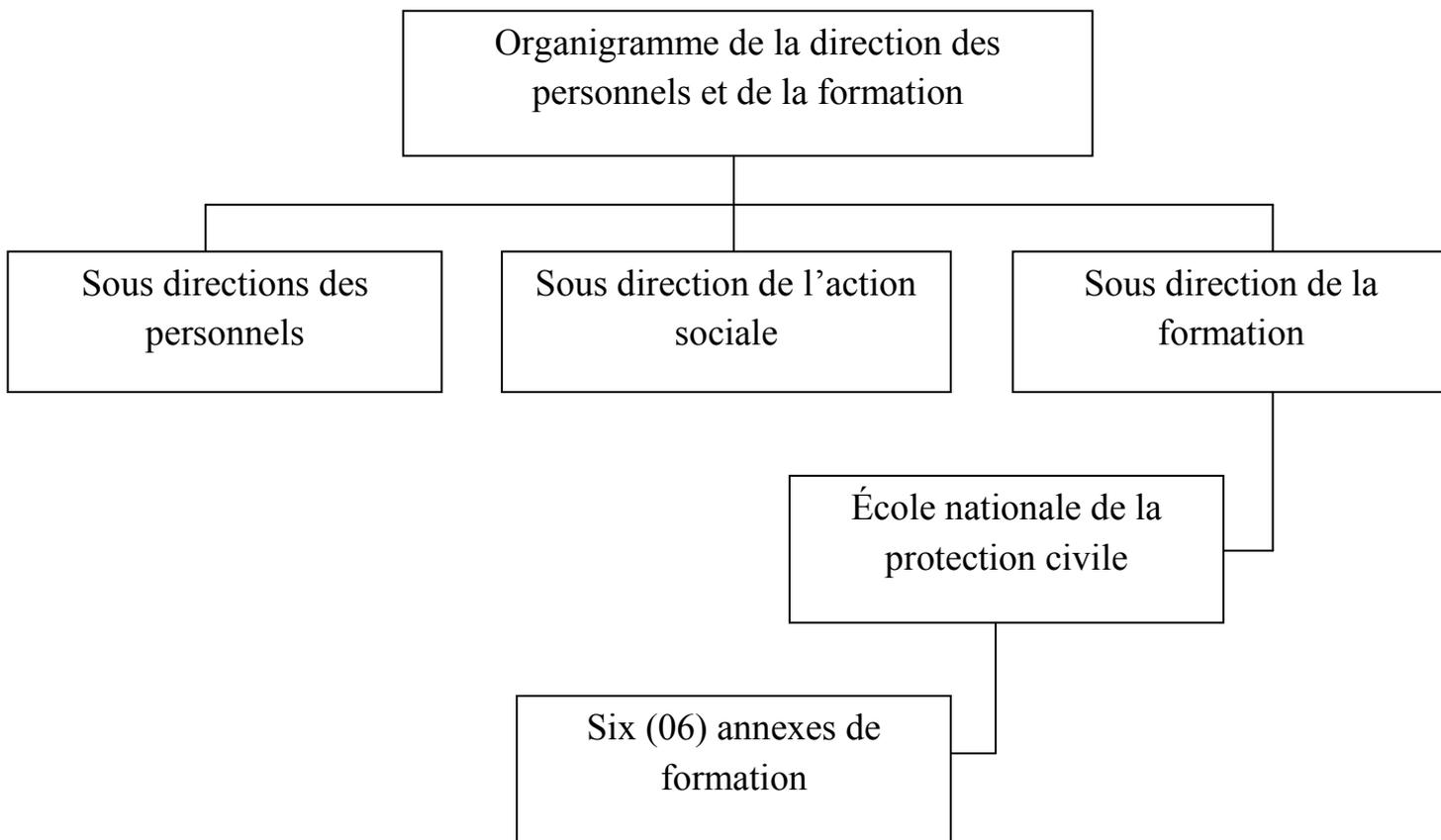
Pour l'échelle J, les réponses NON sont cotées 1 point et les réponses OUI sont cotées 0 point, à l'exception des items 4, 5, 6 et 11 pour lesquels la réponse OUI est cotée 1 point et la réponse NON est cotée 0 point.

### Conversion des notes brutes en notes étalonnées

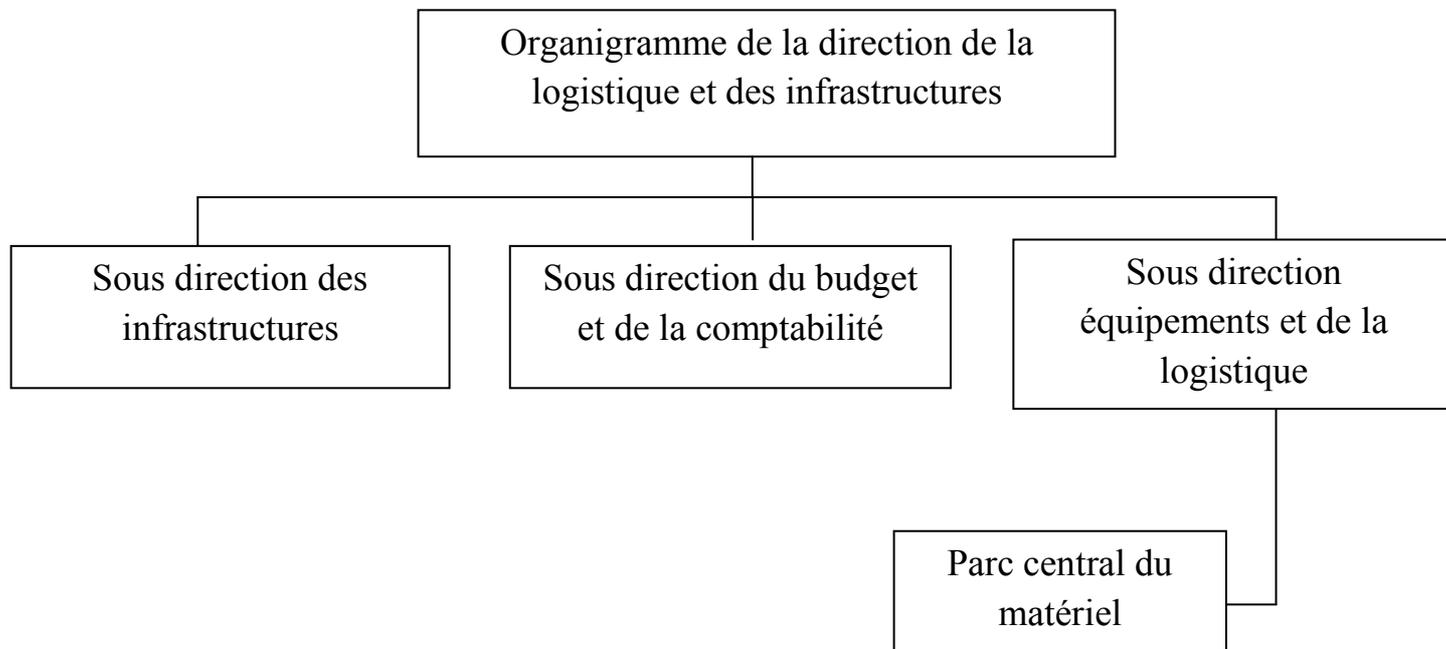
Echelles	Notes brutes	Notes étalonnées				
		1	2	3	4	5
A	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0-6	<input type="checkbox"/> 7-12	<input type="checkbox"/> 13-18	<input type="checkbox"/> 19-23	<input type="checkbox"/> 24
B	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-4	<input type="checkbox"/> 5-7	<input type="checkbox"/> 8-9	<input type="checkbox"/> 10 et +
C	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-3	<input type="checkbox"/> 4-9	<input type="checkbox"/> 10-13	<input type="checkbox"/> 14 et +
D	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-4	<input type="checkbox"/> 5-9	<input type="checkbox"/> 10-13	<input type="checkbox"/> 14 et +
E	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0-1	<input type="checkbox"/> 2-4	<input type="checkbox"/> 5-9	<input type="checkbox"/> 10-14	<input type="checkbox"/> 15 et +
F	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-3	<input type="checkbox"/> 4-6	<input type="checkbox"/> 7-9	<input type="checkbox"/> 10 et +
G	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 3-5	<input type="checkbox"/> 6-7	<input type="checkbox"/> 8 et +
H	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-3	<input type="checkbox"/> 4-11	<input type="checkbox"/> 12-17	<input type="checkbox"/> 18 et +
I	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0-1	<input type="checkbox"/> 2-5	<input type="checkbox"/> 6-9	<input type="checkbox"/> 10-16	<input type="checkbox"/> 17 et +
J	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-5	<input type="checkbox"/> 6-7	<input type="checkbox"/> 8 et +
<b>Total</b>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0-23	<input type="checkbox"/> 24-54	<input type="checkbox"/> 55-89	<input type="checkbox"/> 90-114	<input type="checkbox"/> 115 et +

### Profil

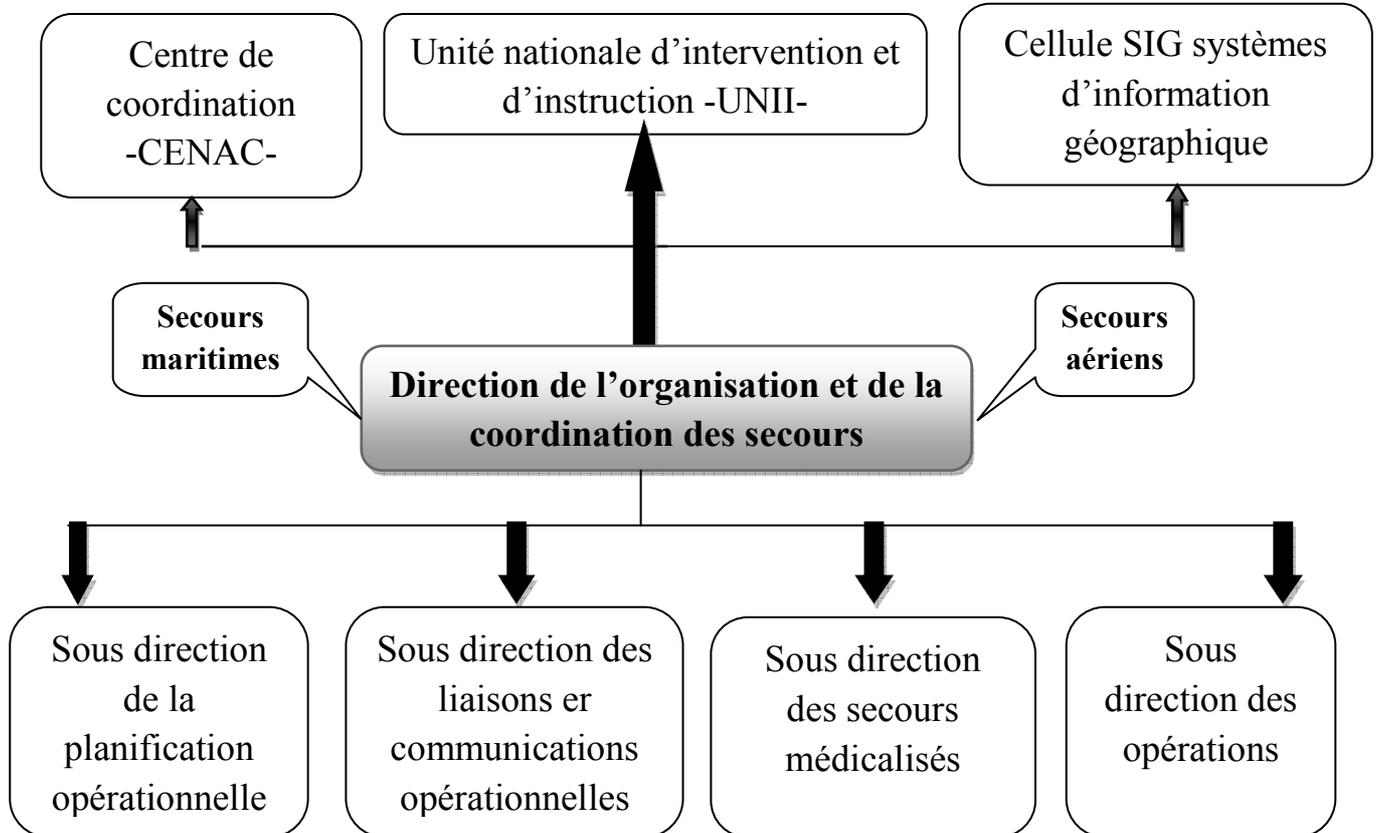
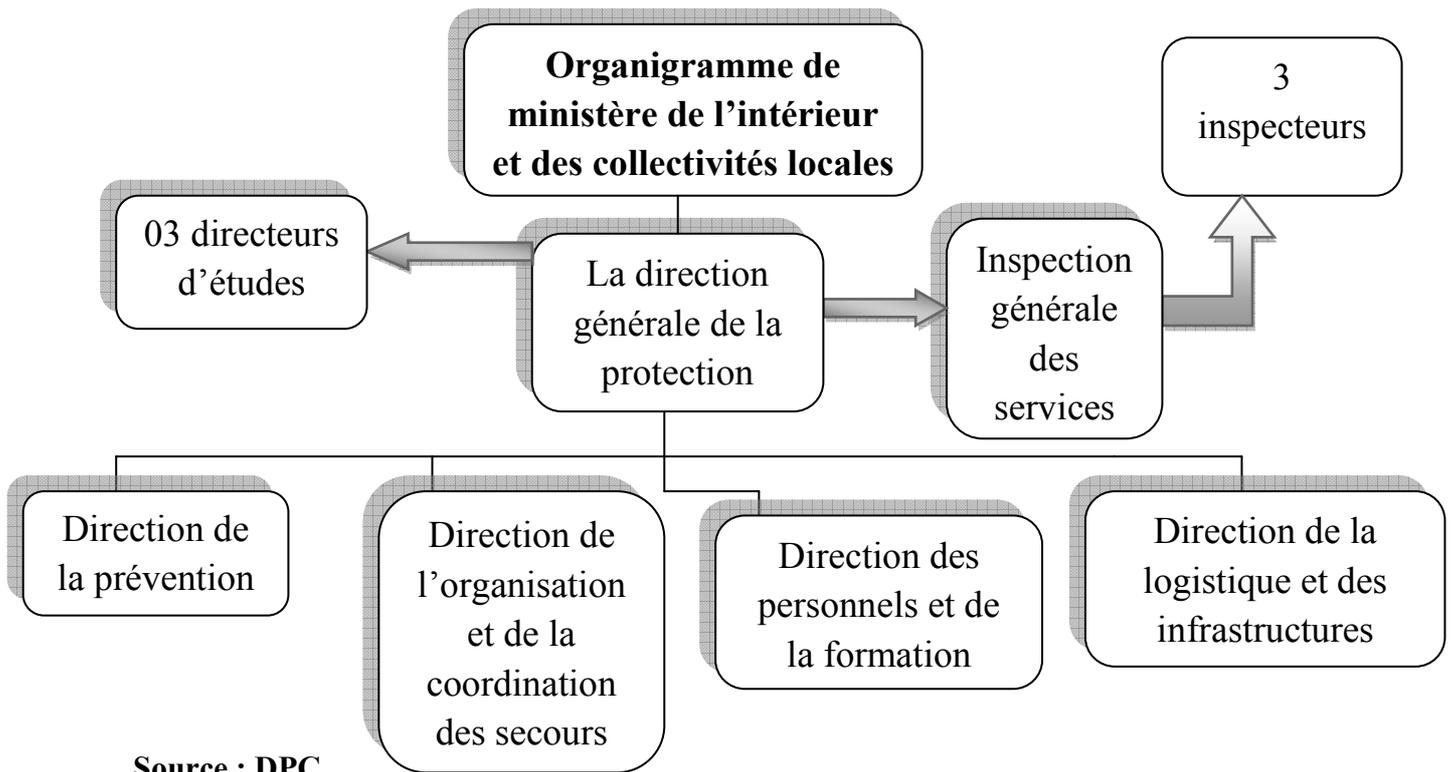




Source: DPC



Source: DPC



**Source : DPC**