



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

Université Abderrahmane Mira – Bejaïa
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master
Option : Psychologie Clinique

Thème

Le stress post-traumatique et les stratégies de coping chez les sapeurs-pompiers

Présenté par :

KALI Yacine

DRIES Syphax

Encadré par :

Mme BENAMSILI Lamia

Année universitaire : 2020-2021

Remerciement

Au terme de ce travail, nous tenons à adresser nos vifs remerciements à toute personne qui, dépris ou de loin, a contribué à son accomplissement.

On tient, tout particulièrement à exprimer toute notre gratitude à notre promotrice Mme HADERBACHE Lamia pour sa rigueur, la pertinence de ses conseils qu'elle a pu nous prodiguer tout au long de ce travail, sa bienveillance, sa patience, sa disponibilité, sa guidance, son aide, son soutien remarquable et son orientation, dont elle a fait preuve à notre égard, et qui a ainsi contribué à l'achèvement de ce travail.

Nous sommes reconnaissants à l'équipe de « protection civile » de Bejaia et particulièrement Monsieur ABOUD Yanis et Madame OUAHEB Khadidja qui ont accepté de s'entretenir avec nous et nous offrir les données importantes en rapport avec notre recherche.

Nos remerciements, s'adressent également aux membres du jury pour avoir accepté d'évaluer ce travail.

Notre étude n'aurait existé si nous n'avions pas eu la collaboration des sapeurs- pompiers et qui ont accepté de nous fournir les informations nécessaires à notre travail. Nous leur disons un grand merci.

Nous sommes reconnaissant envers nos parents pour tant de dévouements fourni pour nous depuis la naissance jusqu'à ce jour.

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail en signe de respect, d'amour et de reconnaissance à :

Mes chers parents Dries Boubeukeur et Geurri Nora en gratitude de leurs dévouements de leurs soutiens permanente durent toutes mes années d'études, et de leurs amours.

Mes chers frères : Farid et Ghiles.

Mes Chers sœurs : Fatima et Hania.

Mon binôme : que je remercie pour ce travail de complicité.

Tous mes amis : Myriam, Katia, Tina, Lydia, Hanane, Roza,

Cherif, Bachir, Djalal, Yanis, Kiki, Fatah, Fetouh, Nacer,

Mohand amazigh, Mohamed, Brahim...

Syphax

Dédicaces

C'est avec un cœur rempli de joie et de bonheur que je dédie ce modeste travail à mes deux parents, êtres les plus chers de ma vie qui m'ont témoigné tout au long de ces années beaucoup d'affection, de courage, de générosité, d'amour, d'encouragement, de sacrifice et qui m'ont apporté leur soutien inconditionnel dans la réalisation de ce travail. Leur assistance pendant toutes ces années et leur présence à mes côtés que je ne pourrai jamais remercier assez. Que dieu vous garde, vous protège et vous procure une longue vie.

A mon frère et chères sœurs qui n'ont jamais cessé de me soutenir et de m'encourager à donner du mieux que je peux durant toutes ces merveilleuses années de mon parcours universitaire. Que dieu vous protège.

A notre promotrice Mme HADERBACHE Lamia qui a été un soutien de valeur et pour sa modestie et la qualité de son encadrement. Merci pour tout ce que vous avez fait pour nous.

A toutes mes amies que je n'oublierai jamais : Katia, Myriam, Lydia, Rosa, Hanane, Naima, Tenhinane, Siham, Soraya, Leila, Lamia, Amirouche, Mouloud, Wahid, Chérif, Bachir, Yanis, Djalal, Kiki, Nacer, Fatah, Fetooh, Mohand-Amazigh, en particulier à mon binôme Syphax.

Aux sujets de recherche car sans eux notre travail n'aurait pas vu le jour. Et enfin, pour ceux qui nous ont aidés de près ou de loin dans notre travail.

Yacine

Liste d'abréviations

- **APA** : American psychological Association.
- **Art** : Article.
- **CIM**: International classification of Diseases.
- **COVID-19**: Corona Virus disease 2019.
- **DSM**: Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder.
- **ESPT** : Etat de stress post traumatique.
- **Et al** : Et autres.
- **Etc.** : Et cetera.
- **L'RS-R** : L'échelle de l'impact de l'événement révisée.
- **N.B** : Nota Bene.
- **OMS** : Organisation mondiale de la santé.
- **P. ex** : par exemple.
- **PCL-5** : Post traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5.
- **PTSD**: Post traumatic Stress Disorder.
- **SARS (SRAS)** : Syndrome respiratoire aigu sévère.
- **TCC** : Thérapies cognitives et comportementales.

Table des matières

Introduction	01
--------------------	----

Partie théorique

Chapitre I : Le métier de sapeur-pompier

Préambule	05
1. Aperçu historique de la protection civile	05
2. Les définitions du métier de pompier	08
2.1. Définition de la protection civile	08
2.2. Définition du pompier	08
2.3. Définition de l'urgence	08
2.4. La notion de sauveteur et de secouriste et d'intervenant	09
3. Les différentes missions des pompiers	09
4. Les risques du métier du pompier	11
5. Présentation de la protection civile en Algérie et de la wilaya de Béjaïa	13
6. Droits et obligations du pompier	14
6.1. Droits	14
6.2. Obligations	15
7. La prise en charge psychologique du pompier	15
7.1. Le débriefing psychologique des intervenants	16
7.2. La prise en charge psychologique du pompier en Algérie	17
Synthèse	19

Chapitre II : le stress post-traumatique

Préambule	21
Section 1 : Le stress et le stress au travail	21
1. Historique du mot stress	21
2. Définition du stress	23
3. Le stress et quelques concepts connexes	25

3.1. L'angoisse	26
3.2. L'anxiété	26
3.3. La dépression	26
4. Les symptômes du stress	27
4.1. Troubles psychosomatiques	27
4.2. Troubles physiques	27
4.3. Troubles psychiques	27
5. Les phases du stress	28
5.1. Phase d'alarme	28
5.2. Phase de résistance	28
5.3. Phase d'épuisement	28
6. Les différents syndromes du stress	29
6.1. Le syndrome du stress aigu	29
6.2. Le syndrome du stress post-traumatique	29
6.3. Le syndrome du stress chronique	29
7. Les déterminants du stress	30
8. L'approche cognitive du stress	31
9. L'approche transactionnelle du stress	32
10. Le stress au travail	33
11. Le stress et l'épuisement professionnel ou burnout	34
12. La quantification du stress chez les sapeurs-pompiers	35
Section 2 : le stress post-traumatique	36
1. Aperçu historique du stress post traumatique	36
2. Définition de stress post-traumatique	37
3. Définition du traumatisme psychique	38
4. Traumatisme psychique	39
5. Traumatisme	40
6. Évènement et évènement traumatique	41
6.1. Un événement	41
6.2. Evénement traumatique	41
7. Les critères de diagnostic du stress post-traumatique selon DSM 5	42
8. Le diagnostic différentiel	44
9. Facteurs de risque et de protection de l'ESPT	46

9.1. Facteurs de risque pré-traumatiques	47
9.2. Facteurs de risque péri-traumatiques	47
9.3 Détresse péri-traumatique	47
10. Autres facteurs	47
10.1. Facteurs de risque post-traumatiques	47
10.2.1 Soutien social	48
10.2.2. La Résilience	48
11. Le traumatisme psychique au travail	48
12. Stress et trauma	49
13. La relation entre le stress et le traumatisme	49
14 Prise en charge du stress post traumatique	50
14.1. Le débriefing psychologique	50
14.2. L'eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)	50
14.3. Psychothérapies cognitivo-comportementale	51
14.4. Les thérapies comportementales	51
14.5. Les thérapies cognitives	51
14.6. Pharmacothérapie	52
Synthèse	52

Chapitre III : Le coping et les stratégies de coping

Préambule	54
1. Historique du coping	54
2. Définition des concepts	54
3. Les différents modèles de coping	55
3.1. Le coping centré sur le problème	55
3.2. Le coping centré sur l'émotion	56
3.3. Le coping centré sur le soutien social	56
4. Coping et mécanisme de défense	56
5. L'efficacité du coping	56
6. Stratégies de coping et stress	57
7. L'évaluation du coping	58
8. Stratégies d'adaptation	59
Synthèse	59
Problématique et hypothèses	60

Parti Pratique

Chapitre IV : Méthodologie de recherche

Préambule	65
1. Pré enquête	66
2. L'enquête	66
2.1. Présentation du lieu de la recherche	67
2.2. Groupe de recherche	67
2.2.1. Critères d'inclusion	67
2.2.2. Critères d'exclusion	67
2.2.3. Caractéristique du groupe de recherche	68
3. La méthode de recherche	68
4. Les outils de recherches	70
4.1. L'entretien clinique	70
4.1.1. L'entretien semi directif	70
4.1.2. La présentation du guide d'entretien	71
5. L'échelle PCL-5	71
5.1 Définition L'échelle PCL-5	71
5.2 La cotation et l'interprétation du PCL-5	72
5.3 Mesurer le changement	72
6. Déroulement de la recherche	73
6.1 Attitude du chercheur	73
6.2 Les difficultés de la recherche	73
6.3 Limite de recherche	73
Synthèse	74

Chapitre V : Présentation et analyse des résultats

Préambule	76
1- Présentation et analyse des cas	77
2- Synthèse des résultats et discussion des hypothèses	96
Conclusion générale	99

Bibliographie

Les Annexes

Introduction

De nos jours, le stress est une réalité inquiétante dans le monde du travail et touche aujourd'hui l'ensemble des sociétés industrielles modernes reconnu chez l'individu comme un problème majeur de la santé qui affecte le bien être que ce soit dans la vie personnelle ou professionnelle. C'est un lieu de réalisation personnelle mais qui peut aussi engendrer des problèmes de santé physique et psychologique pour les travailleurs. A l'heure actuelle, plusieurs recherches et plusieurs domaines s'intéressent aux maladies et aux problèmes professionnels notamment la sociologie, l'ergonomie et la psychologie. En effet, les conditions du travail peuvent avoir des répercussions psychologiques pour les travailleurs telles que le stress, la dépression, l'épuisement professionnel et le traumatisme psychique.

Cependant, certains professionnels et plus exactement ceux de l'intervention tels que les acteurs de la santé, les policiers, les gendarmes et les pompiers, les secouristes, peuvent être confrontés à des évènements spécifiques au cours de leur pratique comme les catastrophes naturelles, les opération de libération des otages les accidents de la route et les accidents domestiques, les incendies, le sauvetage dans les milieux périlleux,... cela mène à s'interroger plus particulièrement au sujet d'un groupe de travailleurs qui est les pompiers puisque leur milieu de travail contient plusieurs risques et peut provoquer une atteinte pour leur santé psychologique.

Malgré les risques auxquels ils sont exposés, les pompiers sont toujours présents quand une personne a besoin d'aide quelle que soit l'heure. Le travail du pompier consiste à secourir les individus en détresse et à assurer la protection des biens des personnes et de l'environnement, mais les interventions sur les lieux du désastre peuvent être émotionnellement choquantes et marquantes dans la vie des pompiers entraînant de graves conséquences pathologiques, telles que la survenue du traumatisme psychique. Le traumatisme psychique, est considéré comme un ensemble de réactions physiques et psychiques qui résultent de l'exposition à stress et un événement traumatique. Ce dernier est considéré comme tel lorsqu'une personne est confrontée à la mort ou lorsque son intégrité physique ou celle d'une autre personne est menacée, il se caractérise par sa soudaineté, son intensité et sa violence.

Lazarus et Folkman, se sont intéressés au concept de stress, notamment en regardant la manière dont les individus le gèrent. C'est ce qu'ils appellent le coping, c'est à dire le processus cognitive à travers lequel l'individu apprécie de quelle façon une situation particulière peut mettre en danger son bien-être et quelles sont les ressources dont il dispose

pour en faire face. Le modèle transactionnel du coping développé par Lazarus et Folkman (1984) accorde une importance particulière à la situation stressante.

Ce modèle théorique, permet de donner un éclairage sur le stress et le profil de coping adopté par les pompiers atteints le stress post-traumatique

Notre recherche a pour objectif d'étudier les répercussions qu'engendrent les interventions, leur stress post-traumatique sur le pompier, de déterminer le degré du stress post-traumatisme et leur adaptation que les pompiers peuvent présenter et enfin de vérifier nos hypothèses. De ce fait, notre présente recherche s'est portée sur « *le stress post-traumatique et les stratégies de coping chez les pompiers* », que nous avons réalisée au sein de l'unité principale de la protection civile de Bejaia.

A l'heure où nous réalisons cette recherche, un mouvement de contestation est mené chez nous en Algérie par les sapeurs-pompiers pour demander un meilleur cadre de travail. Une grande manifestation a eu lieu le 2 mai 2021 à Alger. Cela nous a confrontés dans l'intérêt de notre thème de recherche. Par ailleurs, une autre vague pandémique très forte (la covid-19) et des incendies ravageurs ont touchés dernièrement notre pays. Les sapeurs-pompiers ont été donc très mobilisés. Cela, comme indiqué plus haut, nous confronte dans l'idée de s'intéresser à cette population dans des recherches académiques, notamment en psychologie clinique.

Afin de bien mener notre projet de recherche, d'apporter des éclairages et des réponses à nos questions, nous avons subdivisé notre travail en deux parties, à savoir la partie théorique et la partie pratique :

Dans un premier temps, nous allons effectuer une revue de la littérature qui a pour but de bien expliquer les deux variables de notre recherche. Pour cela, nous avons consacré la première partie de notre mémoire pour les trois chapitres théoriques. Nous avons consacré le premier chapitre pour bien expliquer le métier du pompier en commençant par un aperçu historique de la protection civile, des définitions du métier de pompier, puis les différentes missions des pompiers, les droits et obligation des pompiers, ensuite les risque du métier du pompier et enfin, nous présenterons la protection civile en Algérie et de la wilaya de Bejaïa.

Le deuxième chapitre se compose par deux sections, on commence par la première qui est le stress et le stress au travail aborde une histoire du mot stress, définition du stress, ces différents concepts connexes, événement, événement traumatique, les symptômes du stress,

les phases de stress, les différents syndromes du stress, les déterminants du stress, l'approche cognitive et transactionnelle du stress, ensuite le stress au travail et aussi le stress et l'épuisement professionnel ou burnout. et la deuxième section qui le stress post traumatique au travail qui contient par une brève historique et ses propres définitions, puis on a parlé de traumatisme psychique, les mécanisme biologique du stress, événement et événement traumatique ensuite les critères diagnostique selon DSM5 et le diagnostic différentiel puis les facteurs du stress post traumatique ,aussi le traumatisme psychique au travail et le stress et le trauma, la relation entre le stress et le traumatisme puis on passe à la prise en charge, enfin on terminera par la synthèse de ce chapitre.

Le troisième chapitre concerne les stratégies de coping on tentera d'évoque historique de coping, définition des concepts (stratégie, coping et stratégie de coping) et les différentes modèles de coping de coping, les différentes type de stratégies de coping,.... Après nous allons présenter la problématique et la formulation des hypothèses et les objectifs de la recherche. Dans la deuxième partie pratique qui contient deux chapitre, le quatrième chapitre intitulé la méthodologie de recherche qui contient des éléments suivant : la méthode de recherche, le profil de notre groupe de recherche, et les techniques de recherche utilisées et le cinquième chapitre est celui de la présentation, analyse et discussion des hypothèses, dans lequel nous allons présenter et analyse les résultats puis discussion des hypothèses.

On conclut notre travail par une conclusion générale, ensuite on va présenter la liste bibliographique et les annexes.

Partie théorique

Chapitre I

Le métier de sapeur-pompier

Préambule

Le travail de pompier consiste à agir lors de catastrophes et d'évènements qui ne sont pas prévisibles. Le pompier est amené à intervenir dans des situations d'urgences mettant en danger la sécurité de personnes ou de biens, par exemple en cas d'incendies, d'accidents de circulation, de catastrophes naturelles, de secours aux victimes, noyades, brûlures, etc.

Dans les lignes qui suivent nous allons tenter d'expliquer en quoi consiste le métier du pompier en commençant par un petit historique concernant la protection civile, puis présenter quelques généralités sur le métier du pompier, ensuite nous allons présenter la protection civile en Algérie et de la wilaya de Bejaia, suivi par les missions des pompiers, et nous allons aborder aussi les risques de ce métier et nous allons clôturer le chapitre par une conclusion .

1. Aperçu historique de la protection civile

Appelés soldats du feu et sapeurs-pompiers en Europe, firefighters aux États-Unis, firemen au Canada anglais et pompiers au Canada français, ces travailleurs sont principalement responsables de la lutte aux incendies. Les premières traces d'activités organisées autour de la lutte incendie remontent au temps de l'Égypte ancienne. Cependant, c'est à Rome, sous le règne d'Auguste (vers l'an 6) que l'on voit apparaître les premiers regroupements structurés, appelés « vigiles », ayant pour tâche spécifique de lutter contre les incendies (Carcopino, 1939). Rattachées à l'armée romaine, les personnes qui travaillaient pour la vigile patrouillaient à pied les quartiers de Rome pour déceler les premiers signes d'incendie et intervenir. Cependant, à cette époque, les interventions avaient principalement pour but de limiter, autant que possible, la propagation du feu, et les moyens utilisés étaient très rudimentaires. En effet, ce n'est que vers les années 1670 que les premiers boyaux d'arrosage firent leur apparition, suivis par la pompe à incendie autour des années 1725. Aux États-Unis, les premiers regroupements de surveillants d'incendie ont vu le jour au milieu du 17^e siècle ; vers les années 1850, les premières compagnies de pompiers salariés furent mises sur pied. Au Québec, les premiers regroupements officiels portant le titre de pompiers remontent aux années 1800. (Douesnard, 2010).

Certes, 85% des pompiers en France sont des volontaires, des civils qui exercent le secourisme en parallèle de leur activité professionnelle, durant leur temps de repos, ou en accord avec leur employeur. Mais être sapeur-pompier n'en est pas moins un métier. Pour devenir pompiers volontaires, les candidats doivent suivre une formation qui peut s'étaler sur

plusieurs années, et doivent ensuite suivre l'apprentissage "sur le tas", sur le terrain, tout aussi pesant. Par ailleurs, les candidats au volontariat doivent avoir une certaine "attirance" pour le secourisme. La pression morale que cela impose ne permet pas d'être pompier sans un certain goût, une certaine passion, mais aussi une certaine connaissance et un recul indispensable face aux situations délicates qui peuvent se présenter. Une fois les candidats confirmés comme sapeurs-pompiers (volontaires ou professionnels), l'apprentissage du métier continue. Le métier de pompier se perfectionne au quotidien, les agents sont en formation continue, les techniques évoluent en permanence. Être pompier implique de se maintenir à niveau, au risque de mettre en péril la sécurité des usagers ou des collègues. Puis le métier de sapeur-pompier est aussi une question de savoir-faire, les agents improvisent à chaque intervention, plus ou moins, selon la particularité de la mission à accomplir. Il faut savoir adapter les moyens et les hommes aux situations, mais aussi inventer de nouveaux moyens, de nouvelles techniques, donner des consignes à la hâte à des civils pour qu'ils prêtent main-forte, pour que l'objectif, en général urgent, soit atteint : intervenir. Le cas des sapeurs-pompiers nous fait prendre du recul sur l'activité de travail, nous interroge sur la distinction entre travail et métier. On ne peut pas "faire le travail" de pompier, "on est" pompier, c'est un métier.

En Algérie, depuis sa création au lendemain de l'indépendance, le corps de la Protection Civile a connu différentes phases dans l'évolution de son organisation et des missions qui lui sont assignées en relation avec le développement socioéconomique du pays et des besoins nouveaux et sans cesse croissants que celui-ci a suscités en matière de sécurité des personnes et des biens. (Journal officiel de la république algérienne, N°15 p.05).

Embryonnaire et hétérogène à ses débuts, de par sa composante et des moyens dont il disposait, le corps de la Protection Civile va progressivement sortir de l'ornière pour atteindre le niveau de développement dont il se prévaut actuellement en termes d'organisation, d'effectifs ou de moyens opérationnels et d'unités d'intervention.

Durant la période coloniale, ce fut le corps des sapeurs-pompiers et les contingents de bénévoles qui assuraient les missions traditionnelles de sauvetage, secours et lutte contre les incendies principalement dans certaines grandes villes du pays. Ces effectifs étaient rattachés globalement aux municipalités.

Postérieurement à l'indépendance, le service national de la protection civile, qui allait prendre le relais en 1964, fût créé à l'initiative du président Ahmed Benbella, qui avait à cœur, en l'absence d'une véritable organisation des secours, de mettre en place un organe réglementaire à même d'une part, de combler le vide laissé par le départ massif de la

composante européenne et, d'autre part, de prendre en charge la mission générale de sauvegarde des personnes et des biens sous le triptyque prévention - prévision - secours. Néanmoins, la gestion administrative et la prise en charge salariale des sapeurs-pompiers relevaient encore des municipalités. Désormais, et à la faveur du décret n°64-129 du 15 avril 1964 portant organisation administrative de la protection civile, "l'aide et l'assistance aux personnes en danger n'est pas seulement une obligation légale mais un devoir de solidarité (...)". (La direction générale de la protection civile. Règlement de service opérationnel de la protection civile Algérie janvier 1989.p4)

L'édifice mis en place sera conforté en 1970 par l'étatisation et l'uniformisation des corps. C'est précisément cette réorganisation et les profonds changements qu'elle a opérés qui vont donner à ce corps ses "titres de noblesse" et esquisser son profil actuel en termes de professionnalisation, de disponibilité et de mobilisation, d'homogénéisation et d'uniformisation de ses effectifs, d'organisation pyramidale et de discipline paramilitaire. Cette organisation sera complétée dès 1976 par la substitution de l'ex Service National de la Protection Civile et la création de la Direction Générale à la faveur du décret 76-39 du 20 février 1976. La Direction Générale de la Protection Civile est dotée de deux directions ; l'une technique, la direction de l'action opérationnelle et l'autre à caractère administratif, en l'occurrence, la Direction des études et des moyens. Le nouvel organigramme sera adopté en 1991 et la Protection Civile bénéficie, désormais, de l'autonomie financière, qui lui permet d'avoir une meilleure maîtrise sur l'action opérationnelle à l'instar des autres secteurs activant dans le cadre de la mission générale de sécurité. Aussi, le premier statut particulier des agents de la protection civile sera- il adopté durant la même année et définira les tâches dévolues aux différents corps e l'occurrence, les officiers supérieurs, les officiers subalternes, les sous-officiers et les sapeurs auxquels viendra s'ajouter le corps des médecins de la protection civile six années plus tard.

En 1992, deux autres décrets viendront renforcer le dispositif réglementaire et organisationnel de la Protection Civile avec la création de l'inspection générale des services qui constitue un organe permanent d'inspection, de contrôle et d'évaluation, et les services extérieurs regroupés au niveau de chaque wilaya, au sein d'une direction composée des services de prévention, de protection générale, de l'administration et des moyens. ([Http://www.protectioncivile.dz/?controller=article&action=contenu&ida=2&idr=1](http://www.protectioncivile.dz/?controller=article&action=contenu&ida=2&idr=1))

2. Les définitions du métier de pompier

Pour comprendre le métier du pompier, nous sommes amenées à définir un ensemble de concepts clés et fondamentaux dans le but de cerner notre thématique de recherche. Les concepts sont : la protection civile, le pompier et l'urgence.

2.1. Définition de la protection civile

La sécurité ou la protection civile a pour objet la prévention des risques et de toute nature, l'information et l'alerte des populations ainsi que la protection des personnes, des biens et de l'environnement contre les accidents, les sinistres et les catastrophes par la préparation et la mise en œuvre de moyens appropriés relevant de l'état, des collectivités territoriales et des autres personnes publiques ou privées. (Recueil des traités, p.237).

2.2. Définition du pompier

Selon le petit dictionnaire Larousse illustré, « le pompier est une personne faisant partie d'un corps organisé pour combattre les incendies, intervenir en cas de sinistre et effectuer des opérations de sauvetage ». (Larousse, 2014, p.898).

Le métier de pompier se perfectionne au quotidien, les agents sont en formation continue, les techniques évoluent en permanence. Être pompier implique de se maintenir à niveau, au risque de mettre en péril la sécurité des usages ou des collègues. Puis le métier de sapeur-pompier est aussi question de savoir faire, les agents improvisent à chaque intervention, plus ou moins, selon la particularité de la mission à accomplir. Il faut savoir adapter les moyens et les hommes aux situations, mais aussi inventer de nouveaux moyens, de nouvelle technique, donner des consignes à la hâte à des civils pour qu'ils prêtent main forte pour que l'objectif, en général urgent, soit atteint : intervenir (Kanzari, 2008).

2.3. Définition de l'urgence

Le petit Larousse illustré définit le terme « urgent » comme ce qui « ne peut attendre », « ne peut être différé, nécessite une action immédiate ». La notion de gestion du temps prend tout son sens. Une situation est qualifiée « urgente » lorsqu'elle est d'apparition brutale, accidentelle ou pathologique, de manière inattendue et risque d'engager le pronostic vital. Elle nécessite alors des actes médicaux ou chirurgicaux immédiats.

Selon Aubert (2003), l'urgence est notion « aux contours enchevêtrés, elle désigne à la fois, d'abord une situation (urgence contextuelle), ensuite un jugement porté sur cette situation (urgence subjective) et enfin une action tendant, en fonction de ce jugement, à

remédier à cette situation (réaction immédiate) ». Ainsi, on peut dire ce que l'urgence dépend étroitement du « système de valeurs de la société ou de la personne qui énonce le jugement d'urgence ».

La notion d'urgence peut avoir plusieurs définitions .mais communément, l'urgence se définit en premier lieu comme la « nécessité d'agir vite » cette notion est donc en priorité intimement liée aux concepts d'action et de temps. (Kanzari, 2008).

Pour les pompiers, Boullier et Chevrier (2000) notent que « *l'urgence est l'état normal de leur activité, ce qui pour des professionnels finit par relativiser la déstabilisation créée par de telles situations* ». (Kanzari, 2008).

2.4. La notion de sauveteur et de secouriste et d'intervenant

Les sauveteurs interviennent dans des événements qui ont valeur de « crise », c'est-à-dire des situations aiguës qui débordent les capacités de régulation habituelle des individus comme des institutions concernées, d'où l'appel secours. Deux types de crises sont à distinguer :

- Celles qui résultent d'un événement traumatique (mort violente, accident funeste, incendie, inondation, explosion, prise d'otage, suicide, homicide, catastrophe naturelle, accident de transport avec décès).
- Celles liées à des événements critiques dans des contextes non traumatiques (grève, conflit syndical, manifestation sportive ou culturelle, etc.....).
- La distinction entre ces deux types d'événement est essentiel car ils n'entraînent pas les mêmes effets et impliquent des prises en charge spécifiques : les crises non traumatiques entraînent des inquiétudes au niveau individuel, des perturbations au niveau administratif et peuvent occasionner des tensions entre les personnes. les événements traumatiques sont, quant à eux, déstructurant physiquement et peuvent conduire à des blessures physiques des personnes impliquées. (Romano et Verdinal-Gauteur, 2011, p.12).

3. Les différentes missions des pompiers

Les missions des pompiers sont multiples, ils interviennent dans différentes situations qui sont parfois dangereuses. Le pompier est connu principalement comme étant une personne qui maîtrise et éteint les incendies, mais son domaine d'action est bien plus large. La mission première des pompiers d'aujourd'hui porte donc le nom générique de "secours à victimes" ou "aide à personnes". Ils deviennent un service de proximité pour les usagers, qui les appellent plus souvent que par le passé, et pour des interventions de moins en moins liées à leurs

missions "initiales". En cas d'urgence, les pompiers transportent les malades, de leur domicile vers les centres médicaux. Ils interviennent chez les particuliers pour une multitude de missions (inondations, odeurs suspectes, malaises, chats perchés...). Ils font du "relevage" de personnes âgées tombées à leur domicile, etc. (Kanzari, 2008).

Selon l'article n° 74 du journal officiel de la république algérienne Les agents de la protection civile sont chargés, notamment, d'accomplir, sous l'autorité de leurs responsables hiérarchiques, des missions de secours et de sauvetage des personnes et de la protection des biens.

La mission première des pompiers d'aujourd'hui porte donc le nom générique de "secours à victimes" (ou "aide à personnes"). Ils deviennent un service de proximité pour les usagers, qui les appellent plus souvent que par le passé, et pour des interventions de moins en moins liées à leurs missions "initiales". En cas d'urgence, les pompiers transportent les malades, de leur domicile vers les centres médicaux. Ils interviennent chez les particuliers pour une multitude de missions (inondations, odeurs suspectes, malaises, chats perchés...). Ils font du "relevage" de personnes âgées tombées à leur domicile, de sans-abris assommés par l'alcool sur la voie publique, subissent insultes et coups de la part de certains individus qu'ils vont secourir, et autres. Comment les missions et la fonction des sapeurs-pompiers se sont-elles transformées ? Sans doute au gré des évolutions sociales. Les matières inflammables sont mieux maîtrisées que par le passé. Mais les catastrophes industrielles sont plus conséquentes, et les personnes "isolées" (vivant seules) sont plus nombreuses. Cependant, quelque chose ne change pas : l'engagement dont les pompiers doivent faire preuve, quels que soient les changements vécus par leur métier. Or, la vocation est plus difficile à faire naître qu'au temps des grands incendies, les pompiers volontaires sont plus difficiles à recruter. Aujourd'hui, les pompiers expriment quelquefois certains "malaises professionnels", par exemple lors de la réduction de leur temps de travail, puis retrouvent une certaine "motivation professionnelle" quand ils ont à nouveau le sentiment d'être utiles, comme à la suite de la catastrophe "AZF". Dans l'ensemble, ils soulignent de plus en plus souvent un manque de reconnaissance de leur profession, que cela soit de la part de leur hiérarchie ou de la part des usagers. Ces constats, qui sont pour nous des pistes de recherche, montrent combien le métier de pompier est particulièrement attirant pour le sociologue. Les "évolutions récentes" de leur métier nous interrogent sur l'identité professionnelle des sapeurs-pompiers, mais aussi sur leurs pratiques professionnelles. Pourquoi les pompiers, "héros de la nation", réputés pour leur volontariat et leur courage, expriment-ils le besoin de mettre en avant un "malaise professionnel" ? Quelles sont la nature et la signification de ce "malaise" ? Nos "héros"

seraient-ils déclassés, par l'opinion qu'ils ont d'eux-mêmes, ou par leurs conditions de travail ? Un rapide tour d'horizon de l'évolution historique du métier de pompier suffit pour constater la capacité dont il a toujours fait preuve pour s'adapter aux aléas sociaux et législatifs. Pourquoi cette qualité d'adaptation est-elle remise en cause depuis une vingtaine d'années environ ? Doit-on parler d'une récente accélération de l'évolution des pompiers, au point que les agents n'aient plus le temps de "s'adapter" ? Ces questions ne représentent qu'un échantillon de la problématique générale qui anime notre réflexion. Face à cet ensemble d'énigmes, la meilleure possibilité de recueillir des éléments de réponse ou de compréhension a été pour nous d'observer, de recenser, et d'analyser les pratiques, mais aussi les représentations professionnelles des sapeurs-pompiers, et aussi bien dans leur quotidien que dans leurs interventions particulières. (Cités par kanzari, Jens, 2002, p.67)

4. Les risques du métier du pompier

Plusieurs études en épidémiologie sociale ont documenté le lien qu'il peut y avoir entre l'exposition à certains facteurs psychosociaux dans le travail et la survenue de problèmes de santé psychologique. Différents auteurs (Karasek, Theorell, 1990 ; Niedhammer et al, 1998 ; Stansfeld et al, 1999 ; De Jonge et al, 2000 ; Cheng et al, 2000 ; van der Doef et al, 2000 ; Schnall et al, 2000 ; Brisson et al, 2001 ; Bourbonnais et al, 2000, 2005a, 2005b ; Godin et al, 2005 ; Ylipaavalniemi et al, 2005 ; Rugulies et al, 2006 ; Stansfeld, Candy, 2006 cité dans Douesnard, Saint-Arnaud, 2011) soutiennent que les contraintes présentes dans le travail peuvent avoir des répercussions négatives sur la santé psychologique des travailleurs ces répercussions peuvent être de plusieurs ordres tels que la dépression, la détresse psychologique, l'épuisement professionnel et notamment le traumatisme psychique. Pendant les interventions, les pompiers sont exposés à des situations dangereuses, menaçant leur propre vie, celle de leurs collègues ou celle des citoyens. Dans le métier de pompier, le corps des travailleurs peut être marqué par des blessures et la charge émotionnelle liée aux contraintes présentes dans leur travail peut également ouvrir la voie à une perturbation de leur santé psychologique. Considérant le nombre élevé de contraintes auxquelles ils sont exposés, il serait normal de trouver chez certains des séquelles psychologiques importantes liées au travail. (Douesnard, Saint-Arnaud, 2011).

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. Les

pompier peuvent être témoins de pertes matérielles importantes, de souffrances humaines, de blessures graves, de brûlures 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 (Maltais et al, 2001) et ils ont la plupart du temps à intervenir rapidement et à poser des actions lourdes de conséquences : lors d'une catastrophe, les demandes les plus pressantes reposent sur les épaules des répondants de première ligne (composés de pompiers, de policiers, de services médicaux et des ambulanciers) (Duckworth, 1991). En effet, certains auteurs évoquent par exemple les temps de travail inégaux des intervenants en situation d'urgence, c'est-à-dire l'absence de repos entre les interventions, jumelées avec le travail échelonné sur de longues heures (Gibbs et al, 1996, Mitchell et Dyregrov, 1993). 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 efficaces lors de l'intervention suivante. (Dubernard, 2010).

Une autre exigence du travail des pompiers est la prise rapide de décisions, qui peut parfois semer le doute sur la justesse de la décision. Les pompiers interviennent la plupart du temps dans une situation unique. Bien que certains événements puissent comporter des éléments de similitude avec d'autres interventions, il y a toujours des développements inattendus, et chaque situation est particulière. Les pompiers sont par conséquent régulièrement confrontés à de la nouveauté dans leur travail et peuvent se retrouver dans une zone grise décisionnelle, lors de situations uniques qui demandent réflexion et décisions rapides. L'Organisation internationale du travail (OIT, 2003) affirme que le stress est inhérent au métier de pompier et les exigences relatives à la nature du travail font des pompiers une population de travailleurs qui peut être exposée à des incidents critiques. Mitchell (1998) définit l'incident critique comme étant une situation provoquant immédiatement ou ultérieurement de fortes réactions émotionnelles. La mort d'un collègue, un incident impliquant plusieurs victimes et une situation causant d'importants dommages physiques à un individu sont quelques-uns des exemples de situations pouvant être décrites comme des incidents critiques. (Dubernard, 2010).

Malgré le constat que le travail et la santé psychologique sont intimement liés et en dépit des risques élevés présents dans le métier de pompier, peu d'études font état des conséquences psychologiques liées à ce travail (Wood all, 1998 cité dans Dubernard, 2010). D'ailleurs, selon Maltais et al. (2001), il est récent dans la littérature scientifique que des

auteurs s'intéressent aux conséquences psychologiques que vivent les intervenants en situation d'urgence et, plus précisément, Wood all (1998) explique que les services d'incendie n'ont commencé à porter une attention aux impacts du travail des pompiers sur leur santé psychologique que vers la fin des années 1980.

Les études disponibles à travers le monde portent en grande majorité sur le stress post-traumatique (Brom et al, 1993 ; Wagner et al, 1998 ; Bryant et Harvey, 1996 ; Comeil et al, 1999 ; Dean et al., 2003 ; DelBen et al, 2006) ou abordent la problématique selon l'approche cognitive et mettent alors l'accent sur l'effet des stratégies d'adaptation (coping) utilisées par les pompiers (Beaton et al, 1999 ; Brown et al, 2002 ; Chang et al, 2008) ou encore du soutien social (Beaton et al, 1997 ; Regehr et al, 2003 ; Cowman et al, 2004 ; Hyman, 2004). Par ailleurs, la plupart des recherches portant sur les pompiers traitent habituellement d'un groupe bien précis de pompiers, soit ceux qui ont assisté à un événement d'ampleur, tel un incendie majeur, un écrasement d'avion, un tremblement de terre, etc. (Douesnard, 2010).

5. Présentation de la protection civile en algérie et de la wilaya de Bejaïa

La protection civile, communément appelé « pompiers » décrit le service qui englobe tous acteurs de la sécurité civile et de la lutte contre l'incendie. La protection civile est un service de secours dont le but est l'assistance et l'aide à la population.

La wilaya de Bejaia est dotée d'une unité principale qui est située au niveau des quatre chemins, à proximité de la gare routière, d'une unité marine situé près du port de Bejaia et de plusieurs autres unités secondaires réparties dans différentes communes de la wilaya de Bejaia. L'effectif des pompiers est de 1 135 pompiers dans toutes les unités de la wilaya dont 333 dans l'unité principale et 49 dans l'unité marine.

Selon la direction de la protection civile de la wilaya de Bejaia, les pompiers ont réalisé 28 767 interventions concernant tout le territoire de la wilaya de Bejaia dont 10 048 interventions réalisées seulement par l'unité principale de la protection civile pendant l'année 2019.

Entre le mois de janvier et le mois d'août de l'année 2020, le nombre d'interventions réalisées par l'unité principale de la protection civile de la wilaya de Bejaia est de 4 597 interventions.

Chaque unité principale dispose d'un centre de coordination opérationnel (CCO). Le CCO reçoit les appels des personnes qui composent le 14. Il localise l'appel, analyse la demande et déclenche les moyens appropriés pour l'intervention.

Durant un appel d'urgence (incendie, accident de la route ou inondation...etc.), une organisation de l'intervention est obligatoire pour son bon déroulement. Lorsque le CCO reçoit un appel des témoins ou des victimes (selon leur état) à partir des informations recueillies auprès de ces derniers, (nature du problème, risque éventuel, localisation, etc.), les opérateurs procèdent au traitement analytique de l'appel et sélectionnent dans une liste la catégorie du sinistre. Cette sélection permet de déterminer la catégorie d'opération correspondante, ainsi que les moyens humains et matériels qu'il convient de déployer. Après avoir reçu l'appel, le CCO donne l'alerte à l'équipe qui doit intervenir.

Une fois sur les lieux, le chef des opérations analyse le sinistre et évalue les risques de l'intervention pour déterminer la ou les stratégies opérationnelles les plus appropriées et dicte ses ordres aux différents pompiers qui l'accompagnent. Quand l'intervention est terminée, les agents doivent retourner à l'unité. Dès leur retour, le chef d'agrès fait le point sur le déroulement des opérations dans un rapport qui sera enregistré dans le registre des interventions.

6. Droits et obligations du pompier

Le métier du pompier octroi à son détenteur des droits et lui impose des obligations décrits dans le journal officiel de la république algérienne et prévus par l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, que nous allons détailler dans les lignes suivantes :

6.1. Droits

- Les agents de la protection civile sont protégés par l'Etat contre toutes pressions, menaces, outrages, injures, diffamations ou attaques quelle que soit leur nature pendant l'exercice de leurs fonctions.
- Lorsqu'ils font l'objet d'une action directe par un tiers pour des faits perpétrés lors du service, ne revêtant pas le caractère d'une faute professionnelle, l'Etat doit leur accorder son assistance et couvrir les répartitions civiles prononcées à leur encontre par les juridictions.
- Ils peuvent bénéficier, à titre exceptionnel, d'une promotion pour mérite en reconnaissance d'un acte de bravoure dûment établi ou pour des efforts exceptionnels ayant contribué à l'amélioration de la performance du service.

- Ils bénéficient de l'hébergement et de la restauration conformément aux dispositions prévues par la réglementation en vigueur, lorsque le maintien du service est décidé, en cas de situations d'urgence.
- Ils bénéficient également du remboursement des frais de transport, de déménagement ou d'installation, conformément à la réglementation en vigueur.
- Ils sont dotés, en cas de besoin, de tous les équipements de protection nécessaires.

6.2. Obligations

- Les agents de la protection civile prêtent un serment à l'issue de leur formation pour la pratique de leur profession.
- Leurs missions sont exercées dans le respect des règles du code déontologique de la protection civile fixé par un arrêté du ministre chargé de l'intérieur.
- Ils doivent accomplir toute tâche inhérente aux emplois qu'ils occupent dans le respect de la législation et de la réglementation.
- Ils doivent intervenir, de leur propre initiative, pour porter aide et assistance à toute personne en danger.
- Lors de l'exercice de leurs fonctions, ils doivent porter leur uniforme.
- Ils sont tenus au secret professionnel pour des informations dont ils ont eu connaissance durant l'exercice de leurs fonctions, et doivent veiller à la protection et à la sécurité des documents du service.
- Ils sont appelés à exercer leurs fonctions de jours comme de nuit et les périodes de repos peuvent être différées en cas de nécessité de service.
- Ils peuvent être déployés, temporairement, hors de leurs zones d'affectation lorsque la nécessité du service l'exige et en raison d'évènement exceptionnels.
- Ils sont tenus de se soumettre à tous les contrôles médicaux prévus par le règlement de service et par l'autorité hiérarchique.

7. La prise en charge psychologique du pompier

Confrontés régulièrement à des situations de stress et à des interventions choquantes, émotionnantes et traumatisantes dans leur métier, les pompiers sont exposés à des problèmes et des conséquences psychologiques.

Aujourd'hui, l'équilibre et le bien-être psychologique des pompiers constituent la préoccupation des spécialistes. Pour cela, plusieurs démarches psychothérapeutiques sont mises en place pour prendre en charge les pompiers et les autres intervenants.

7.1. Le débriefing psychologique

Le terme débriefing est emprunté au vocabulaire militaire, d'abord pour des missions d'aviateurs, puis pour des unités de l'armée de terre. Le concept et la pratique du *debriefing* sont nés dans l'armée américaine pendant la Seconde Guerre Mondiale. Son but était l'amélioration de la capacité opérationnelle des combattants. Webster proposa d'ajouter à ce travail d'examen des faits et des comportements « l'étude de la perception et du ressenti » de chacun (Blauw-blomme, 1996). Dans les années qui suivent, l'armée américaine utilisa de plus en plus le *debriefing* comme un dispositif thérapeutique pour traiter ou prévenir les réactions de combat après une action éprouvante. Par la suite, Mitchell crée le *Critical Incident Stress Debriefing*. (Clercq et Lebigot, 2001, p.163).

7.2. Le débriefing psychologique des intervenants

En 1983, Mitchell, psychologue travaillant au sein d'un corps de pompiers, mit au point une technique de groupe, basée sur la verbalisation après un incident critique. Le *Critical Incident Stress Débriefing* (CISD) est caractérisé par un protocole opératoire minutieux comprenant sept phases dont chacune est argumentée sur le plan de son intitulé et du moment où elle intervient dans la séquence. Il vise à « permettre aux intervenants pris dans une catastrophe ou dans un incident critique de se libérer des émotions nocives et de pouvoir réaffronter dans de meilleures conditions l'avenir et de nouvelles interventions. (Clercq, 1999). Mitchell et coll (1993), insistaient sur l'importance du briefing avant de partir en intervention (pour autant que le caractère urgent le permette), afin de permettre à l'équipe de se mettre en condition et de recevoir des informations sur ce qu'ils vont rencontrer. C'est en lien à ce briefing initial que pouvait se greffer un *débriefing*, après le retour de mission. Dans ces conditions-là que le CISD avait toute sa raison d'être. (Clercq, Lebigot, 2001).

Mitchell dresse la liste des victimes concernées par le CISD qui sont : victimes primaire (les accidentés eux-mêmes), victimes secondaires (les sauveteurs), victimes tertiaires (famille, amis et les personnes à qui l'événement traumatique peut être indirectement relaté). Néanmoins, il apparaît assez évident que le CISD est conçu pour les victimes secondaires les objectifs du CISD sont

clairement définis : atténuer le niveau de stress dû à l'événement et favoriser les processus de récupération chez des sujets normaux soumis à un événement anormal. (Lebigot, 2005, p.140).

7.3. La prise en charge psychologique du pompier en Algérie

Améliorer les conditions psychologiques et assurer le bien-être des pompiers constituent la priorité majeure de la direction générale de la protection civile algérienne (DGPC). En effet, une étude a été élaborée dont l'objectif est la mise en œuvre d'une démarche préventive au niveau corporatif et d'assurer une prise en charge optimale des agents de la Protection civile, en les soutenant et en les accompagnant dans leurs missions au quotidien mais aussi répondre aux attentes des citoyens en détresse, tel est le challenge du psychologue de la protection civile. Le pompier est confronté à toutes sortes de drames, du sang sur les routes, de la fumée dans les usines et les forêts, des personnes repêchées dans les eaux profondes, et des sauvetages de personnes en détresse. Le pompier est l'homme à tout faire. Il le fait avec amour, conviction, abnégation et humanisme. Confrontés régulièrement à des situations de violence extrême, les pompiers développent des mécanismes de défense qui ne seront pas toujours opérants face à la variété des opérations menées au cours d'une carrière.

Une étude prospective menée dans 21 wilayas ayant interrogé 150 fonctionnaires, tous grades confondus, avec comme objectif de dépister les conséquences de cette pression professionnelle, « ce qui permettra la mise en place d'une stratégie de prise en charge efficace, pour permettre aux agents de la Protection civile de faire face à tous les risques professionnels et s'acquitter pleinement de leurs missions », a indiqué le sous-directeur de l'Action sociale (SDAS) à la DGPC, le Dr Ali Brouri. La protection civile a opté pour la prévention à travers l'établissement d'études sur la stratégie de prévention et de prise en charge du psycho-traumatisme. « Les arrêts de travail sont un indicateur du moral des troupes », a-t-il assuré.

L'étude a porté sur les arrêts de travail pour cause psychiatrique. Les auteurs de cette étude ont relevé les conséquences notamment les répercussions sur le travail, les coûts directs et indirects qu'elles engendrent en termes de frais médicaux, l'impact sur la performance, l'aménagement de poste, la détérioration du climat du travail et les risques d'erreurs. L'étude a fait ressortir que le plus grand nombre des cas déposant des arrêts de travail, pour cause psychiatrique « ont probablement besoin de quelques jours de repos ». Les diagnostics ont démontré qu'il n'y avait pas un grand nombre de personnes souffrant de psychopathologies importantes. Le stress, les maladies psychosomatiques, le traumatisme, la dépression forment le tableau clinique le plus apparent. Cette situation peut être liée directement à la nature de leur travail et aux différents événements potentiellement traumatiques vécus pendant l'exercice de leur fonction. En ce sens, l'étude a fait ressortir « un besoin d'accompagnement, de soutien, de prise en charge psychiatrique ou psychologique ou les deux, selon les besoins en cas d'épuisement professionnel et d'exposition aux différents types de stress ou également dans le cas d'un vécu traumatique non traité ou mal élaboré ou d'une atteinte psychopathologique liée à une fragilité antérieure ». La SDAS a recommandé à ce propos la nécessité de faire une présélection psychologique rigoureuse lors du recrutement ainsi que la création d'un centre de prise en charge psychologique de la protection civile, ainsi que le recrutement d'un médecin psychiatre pour une prise en charge à l'effet de constituer une équipe complète.

(<http://www.protectioncivile.dz/?controller=article&action=contenu&ida=346&idr=-1>)

Synthèse

A travers ce chapitre, nous avons expliqué d'une manière générale en quoi consiste le travail du pompier, et nous avons constaté que c'est un métier à risque qui met en danger la santé physique et psychologique des fonctionnaires puisqu'ils sont exposés dans la majorité du temps et pendant leur carrière professionnelle à des évènements traumatisants et cela peut provoquer des problèmes et difficultés psychologiques, alors une prise en charge et un accompagnement psychologique sont nécessaires pour assurer l'équilibre et le bien-être de l'agent de la protection civile.

Le chapitre suivant sera consacré pour bien expliquer le stress au travail et le stress post-traumatique.

Chapitre II

Le stress post-traumatique

Préambule

Le stress post traumatique est reconnu comme l'un des risques les plus importants du bien-être psychosocial de l'individu.

Dans ce chapitre nous allons aborder la première section qui contient l'historique du stress et ces différentes définitions, les symptômes du stress, les phases de stress, les différents syndromes du stress, les déterminants du stress, l'approche cognitive et transactionnelle du stress, ensuite le stress au travail et aussi le stress et l'épuisement professionnel ou burnout.

Et parmi les sujets les plus liées au stress, on trouve le stress post traumatique qui est le titre de notre deuxième section qui contient, une brève historique et ses propres définitions, puis on a parlé de traumatisme psychique ,les mécanisme biologique du stress ,événement et événement traumatique ensuite les critères diagnostique selon DSM5 et le diagnostic différentiel puis les facteurs du stress post traumatique ,aussi le traumatisme psychique au travail et le stress et le trauma, la relation entre le stress et le traumatisme puis on passe à la prise en charge, enfin on terminera par la synthèse de ce chapitre.

Section 1 : Le stress et le stress au travail

1. Historique du mot stress

L'évolution du concept de stress s'est fait pareillement aux progrès des connaissances scientifiques. Limité à ses débuts à une suite de réactions biologiques, ce concept a considérablement changé au gré des nombreuses théories qui ont tenté de le développer, pour devenir actuellement une notion largement galvaudée, floue et parfois ambiguë.

Le mot stress est d'origine latine, « stringere » qui veut dire « tendu », «raide ».Il est utilisé d'abord par les anglo-saxons (18^e siècle) qui lui donnent le sens d'une réaction de détresse en relation avec les agressions extérieures. Un peu plus tard, il réparaît dans le langage de la physique des matériaux.il désigne alors la force, la pression, la contrainte, la charge (« stress » ou « strain ») physique qui s'exerce sur la matière, avec pour effet la déformation ou la rupture de matériau. La « résilience » mot également anglo-saxon, désigne en miroir l'élasticité voire la résistance de la matière sur laquelle s'exerce la pression. (Boudarene, 2005, p.1)

Le mot « *stress* » est issu par aphérèse de détresse, qui provient de l'ancien français *destrece* et *estrece* *destrece* signifiait détresse. *Estrece* signifiait étroitesse et oppression : il est issu de latin classique *stringere* qui signifiait serer, resserré. Aujourd'hui, utilisé dans de nombreux domaines, ce mot occupe une place de plus en plus centrale au sein de la psychologie et de la médecine comportementale.

Les tentatives de théorisation et de définition de stress ne demeurent pas à nos sociétés actuelles.

Dès l'antiquité les écrits des principaux philosophes à travers leurs réflexions sur les rapports de l'âme et du corps. Le philosophe Héraclite (550-480 avant J.C) soutient que la matière est constitué d'éléments et de qualités qui s'opposent et s'allient de façon dynamique les uns par rapport aux autres, permettant des échanges. Cet équilibre instable est considéré comme nécessaire à la survie des organismes. Chez Hippocrate (464-377 avant J.C) la santé et la maladie de l'organisme humain sont le résultat d'une harmonie ou d'une dysharmonie interne, associé aux quatre humeurs qu'il contient : sang, flegme, bile noire et bile jaune. (Graziani et Swendsen, 2005, pp.10-11).

Chez d'autres philosophes via leurs écrits sur les émotions, ainsi pour Platon (427-347 avant J.C.) C'est dans un débordement émotionnel qu'il faut rechercher les maladies de la psyché s'opposant à ce dernier, Aristote (384-322 avant J.C), puis Saint Thomas d'Aquin (1221-1274) ont conçu le corps et l'âme comme intimement liés. Cette dernière n'est pas emprisonnée ni assujettie à un corps dont elle doit se libérer. Le corps seul demeure le garant de l'harmonie des principales fonctions vitales permettant l'existence de la psyché. Ainsi Descartes (1596-1650) a été le premier à décrire ce lien sous le terme de « *passion* » : « *toute passion ressentie par l'âme ayant sa contre partie corporelle* ». (J.P. Parrochetti, 2012, p.51).

Dès le XIX^e siècle, les médecins vont faire la liaison entre émotion et la maladie clinique. Ainsi Corvisart (1812) décrit « *les maladies du cœur* ». (P. Graziani et J. Swendsen, 2005, p.11).

Il faudra attendre la fin du XIX^e siècle et le début du XX^e pour que le retentissement de l'esprit sur le corps et de l'interdépendance psychisme environnement puissent accéder à une reconnaissance scientifique.

Darwin (1872) décrit le mécanisme de la peur ayant chez l'homme et l'animal, la fonction de mobiliser les énergies de l'organisme réagir face au danger et assurer la survie. James (1884) et Lange (1887) soutiennent la même vision psychologique de la conscience, en postulant un parallélisme très original, les émotions primitives (peur, colère, joie...etc.) Seraient ressenties à la suite de modifications corporelles « *la conscience que nous avons des*

sentiments qui s'opèrent en nous engendrent des sentiments que nous appelons émotions » (Lange, 1893, p.11)

Canon (1928) il inverse le modèle de James Lange pour lui l'émotion est d'origine cognitive qui veut dire « le système nerveux autonome ». L'émotion et les modifications physiologiques qui l'accompagnent sont considérées comme siège d'une mobilisation importante des ressources de l'organisme pour produire un effort conséquent face à un danger interne ou externe. Si les différentes perspectives ont évoluées au cours des siècles, ces concepts et débats ont contribué de façon importante aux définitions actuelles du stress. (Graziani et Swendsen, 2005, p.12).

2. Définition du stress

On va donner quelques définitions récentes au concept de stress, Selon le dictionnaire Larousse, le terme de stress a été introduit pour la première fois par Selye, (1907,1982) médecin endocrinologue autrichien, pour lui le stress est «*toute réponse de l'organisme consécutive à toute demande ou sollicitation exercées sur cet organisme* ». (Larousse. 1991, p.754).

En psychologie, le terme de stress renvoie donc aux « *multiples difficultés auxquelles l'individu a du mal à faire face (...) et les moyens dont il dispose pour gérer ces problèmes* ». (Graziani, Swendsen, 2005, p.10).

Le stress vient du latin « stringer, qui veut dire : tendu, raid, c'est un phénomène complexe qui implique des dimensions biologiques et comportementales. (Fischer 2002, p115).

Selon Hans Selye « *Le stress désigne l'état dans la quel se trouve un organisme menace de déséquilibre sous l'action d'agents ou de conditions qui mettent en danger ses mécanismes homéostatiques* ». (Sillamy, 2004, p.256).

Aldwin(1994) décrit le stress comme une qualité d'expérience, produit par une transaction personne-environnement, et qui, par le biais d'une activation d'éveil excessive ou insuffisante, se traduit en une détresse soit psychologique, soit physiologique, soit les deux. (Chabrol, Callaghan, 2004, p.108).

Pour Lazarus et Folkman le stress est défini comme étant « *une transaction particulière entre un individu et l'environnement, dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme débordant ses ressources et pouvant menacer son bien-être* ». (Lazarus et Folkman, 1984, p.19).

Kolbell (1995) définit le terme stress comme « *un état qui survient lorsqu'un individu est confronté à une demande qui dépasse ses capacités, réelles ou perçues, d'y répondre avec succès, ce qui entraîne une perturbation de son équilibre physiologique et psychologique* ».

Le stress n'est ni un stimulus ni une réponse, mais un processus dynamique, singulier (une transaction) élaboré activement par un individu confronté à une situation menaçante. (CH. Razurel, 2011, p.48).

Le stress est donc une réaction physiologique, pas nécessairement délétère à court terme, permettant de s'adapter à l'évènement contraignant rencontré. Il est une part inévitable de notre vie sociale et professionnelle. En cas de stress chronique, répété et important les conséquences à long terme peuvent toute fois être négatives. (P. Maïa, G. Thomas, 2011).

Alors, il y a deux formes de stress, positif est celui qui nous motive et nous donne de l'enthousiasme lorsque nous allons vivre une situation dont nous n'avons pas l'habitude. Et le stress négatif est la suite du stress positif, il nous fragilise psychologiquement et physiquement et fragilise notre santé.

Le stress positif survient lorsque le niveau de tension et la réponse physiologique sont adaptés à la contrainte. Le stress négatif, nuisible ou gênant est observé lorsque la réponse n'est pas adaptée, disproportionnée, avec le plus souvent une sur-réactivité.

A partir de ce qui précédant on comprend que le stress dans sa globalité est une réaction soit négatif, soit positif, de l'organisme, d'un être vivant, face à un danger interne ou externe qui menace son équilibre physique ou psychologique en mettant en danger son bien être ce qui le rend dans un état stressant.

Le stress c'est un état dans lequel se trouve un organisme menacé de déséquilibre, sous l'action d'agents ou de conditions qui mettent en danger ses mécanismes homéostatiques. Tout facteur susceptible de détruire cet équilibre, qu'il soit d'origine physique (traumatisme, froid...), chimique (poison, par ex.), infectieuse ou psychologique (émotion), est appelé « agent stressant ». Le mot stress désigne, à la fois, l'action de l'agent d'agression et la réaction du corps. Le biologiste canadien Hans Selye a montré que cette réponse, non spécifique, est liée à des mécanismes neuroendocriniens (diencéphalo-hypophysaires). *Adaptation homéostasie*.

Selon Larousse médicale, le stress est un ensemble de perturbations biologiques et psychiques provoquées par une agression quelconque sur un organisme. Il est déclenché par le cerveau, qui stimule la sécrétion de corticoïdes et d'adrénaline par les surrénales. Il s'ensuit une activation générale non spécifique, physique et psychique, favorable à la défense de l'organisme. Un stress intense ou prolongé peut être source de divers troubles (anxiété,

fatigue, ulcère gastrique, eczéma, etc.). Il est aussi défini comme étant un mot anglais utilisé depuis 1936, à la suite de H.Selye, pour désigner l'état dans lequel se trouve un organisme menacé de déséquilibre sous l'action d'agents ou de conditions qui mettent en danger ses mécanismes homéostatiques. (Larousse, 2005).

Stress (Mot anglais), état dans lequel se trouve un organisme menacé de déséquilibre, sous l'action d'agents ou de conditions qui mettent en danger ses mécanismes homéostatiques. Tout facteur susceptible de détruire cet équilibre, qu'il soit d'origine physique (traumatisme, froid...), chimique (poison, par ex.), infectieuse ou psychologique (émotion), est appelé « agent stressant ». Le mot stress désigne, à la fois, l'action de l'agent d'agression et la réaction du corps. Le biologiste canadien Hans Selye a montré que cette réponse, non spécifique, est liée à des mécanismes neuroendocriniens (diencephalo-hypophysaires). *Adaptation homéostasie*.

Le stress vient du latin stringer : mettre en tension. Le stress définit aussi bien une situation subie par l'organisme que la réaction de celui-ci à cette situation. Les mécanismes du stress ont pour fonction de nous permettre de faire face à une situation difficile et de nous y adapter au mieux. L'absence de stress peut donc être dommageable car nos ressources ne sont pas mobilisées à leur maximum et notre performance sera limitée. Le stress est donc fondamentalement utile, mais à la condition que les réactions biologique et psychologique soient déclenchées à bon escient et dans des limites acceptables. Lorsque les limites sont atteintes et débordées, le stress n'est plus adapté, ce que peut conduire à un stress cumulatif potentiellement dommageable pour la personne concernée. (Romano et Gateur, 2011, p.60).

Le stress reste une notion subjective puisqu'un même événement n'aura pas les mêmes répercussions pour tous les individus concernés. et pour chacun, la fonction situation pourra être appréhendée de façon totalement différente, en fonction de facteurs individuels et contextuels.

3. Le stress et quelques concepts connexes

Lorsque la contrainte de stress survient chez l'individu, soit direct ou indirect, elle interfère avec d'autres problèmes comme angoisse, anxiété, dépression, qui s'accompagnent par des modifications physique et/ ou psychologique.

3.1. L'angoisse

L'angoisse est une sensation pénible de malaise profond, déterminée par l'impression diffuse d'un danger vague devant lequel on reste désarmé et impuissant. Le plus souvent cet état s'accompagne de modifications neurovégétatives comparables à celles que l'on observe dans les chocs émotionnels ; palpitation, sueur, tremblement, vision brouillée, etc. (Sillamy, 2004, p.22).

L'angoisse est une réaction du sujet chaque fois qu'il se trouve dans une situation traumatique, c'est-à-dire soumis à un afflux d'excitation, d'origine externe ou interne, qu'il est incapable de maîtriser, l'angoisse automatique s'oppose pour Freud au signal d'angoisse. (Laplanche et Pontalis, 1996, p.28).

3.2. L'anxiété

Un état émotionnel de tension nerveuse, de peurs, fortes et souvent mal différencié qui veut dire anxiété-état. (Bloch, Chemama et all, 2011, p.70).

Autrement dit, l'anxiété normale ou pathologique est un ensemble de réactions émotionnelles qui se traduisent habituellement par des symptômes subjectifs somatiques ou psychiques par modifications comportementales et par des signes physiologiques objectifs. (Bruchon-Schweitzer, 2007, p.186).

3.3. La dépression

La dépression est un état morbide, plus au moins durable, caractérisé essentiellement par la tristesse et une diminution de tonus et de l'énergie. Le sujet déprimé est incapable d'affronter la moindre difficulté. Aussi ne prend plus aucune initiative. Il souffre de son impuissance et a l'impression que ses facultés intellectuelles notamment l'attention et la mémoire sont dégradées. Le sentiment d'infériorité qui en résulte augmente encore sa mélancolie. (Sillamy, 2004, p.79).

La dépression est une notion polysémique. Elle désigne un ensemble hétérogène de troubles associé à de nombreux facteurs psychologiques et biochimique. On parle d'humeur dépressive pour désigner « un état momentané de détresse, de perte d'intérêt, d'énergie et d'entrain, pouvant survenir à la suite d'un événement stressant (perte, séparation, déception, échec, atteinte corporelle ou maladie, etc.), lorsque le sujet ne dispose pas des ressources (personnelles et sociales) nécessaires pour y faire face. (Bruchon-Schweitzer, 2002, p.190).

Nous comprenons de ce passage que le stress est apparentes avec plusieurs concepts tels que : l'angoisse, la dépression et l'anxiété.

4. les symptômes du stress

Depuis des années, plusieurs études ont été menées pour évaluer les effets du stress sur la vie quotidienne et sur la santé de l'individu, on trouve des :

4.1. Troubles psychosomatiques

Il en est ainsi des affections dermatologiques chroniques (psoriasis, eczéma, pelades....etc.), de certaines affections digestives, le cas de l'ulcère d'estomac qui résulte d'une réduction de la production de mucus estomac servant à protéger les parois de l'estomac contre l'action du suc gastrique secrété en excès, par des bactéries spécifiques et endocriniennes (diabète, hyperthyroïdie), effet négatif sur le contrôle métabolique des sujets diabétiques. (Boudarene, 2005, p.3).

4.2. Troubles physiques

Le symptôme le plus fréquent et le plus sensible est la fatigue, qui n'est pas toujours avouée, ou même camouflée par une hyperactivité compensatrice et qui referme le cercle vicieux. Douleurs diverses et variées, touchant n'importe quel niveau de l'organisme, douleurs digestives, intercostales, céphalées, rhumes, état grippaux. (Hoarcou, 2001, p.771).

4.3. Troubles psychiques

On remarque des troubles du comportement comme l'agressivité, nervosité, troubles des conduites alimentaires, consommation du tabac, abus d'alcool, et toxicomanie.

Beaucoup de personnes stressées ont des difficultés d'endormissement, d'autres se réveillent en plein milieu de la nuit. Leur cerveau ne pouvant se déconnecter des difficultés et des entraves rencontrées pendant la journée. (Hoarcou, 2001, p.772).

La prise de somnifères dans certains cas ne résout pas le problème, et ne fait qu'aggraver la situation en rendant la personne complètement dépendante. Des troubles sexuels peuvent être enregistrés chez certaines personnes, se manifestant par une baisse de la libido, des capacités et performances sexuelles (impuissance sexuelle). (Hoarcou, 2001, p.773).

5. Les phases du stress

H. Selye désigne « *le stress comme une pression extérieure susceptible de modifier le fonctionnement de l'organisme, le stress est un ensemble de réactions spécifiques découlant de la confrontation de l'organisme à des situations auxquelles il doit faire face.* Selye décrit ensuite trois phases de réaction au stress. (Ficher, 2002, p.97).

5.1. Phase d'alarme

L'organisme mobilise toutes ses ressources pour faire face à l'agression. Dans un premier temps (phase de choc) il y a la surprise de l'agression soudaine et la présence de symptôme d'altération passive de l'équilibre fonctionnel.

Dans un deuxième temps (phase de contre choc) il y a la mise en phase de moyens de défense active, le cortex surrénal augmente le volume et présente une activité élevée. Il y a involutions aigues et inversion de la plupart des signes augmentation de la tension artérielle, boule à la gorge ou à l'estomac, anxiété, angoisse de la phase de choc. (Graziani et Swendsen, 2005, p.20).

5.2. Phase de résistance

Elle commence environ 48 heures après l'agression, les signes d'alarme disparaissent et sont souvent remplacés par des signes inverses (par exemple hémodilution hyper chlorémie et anabolisme avec retour au poids normal des tissus), cette phase de résistance prolonge et accentue la phase de contre choc (Graziani et Swendsen, 2005, pp.20-21).

5.3. Phase d'épuisement

L'organisme peut être dans la dernière phase en fonction du niveau de gravité et de sévérité de l'agression, elle peut apparaître quelques semaines, voire plusieurs mois, après le début de l'agression à laquelle l'organisme déborde craque et ne réussit plus à mobiliser ses ressources et s'épuise ainsi l'adaptation peut disparaître si l'agent agressif est suffisamment important et présent pendant assez longtemps. Cette phase reproduit en partie les réactions physiques de la phase de choc. (Graziani et Swendsen, 2005, p.22).

6. Les différents syndromes du stress

Il existe trois syndromes du stress :

6.1. Le syndrome du stress aigu

Le stress aigu désigne une réaction soudaine qui est la conséquence d'un stresser identifiable. Un stress aigu, par exemple, peut apparaître suite à un évènement important comme un deuil ou une promotion, cependant la réaction varie d'une manière individuelle, le stress aigu se caractérise par une augmentation de la production d'adrénaline, de noradrénaline et de cortisol, appelées hormones du stress. Si elle dure, elle peut alors entraîner un syndrome du stress post-traumatique. (Zablocki, 2009, p.64).

6.2. Le syndrome du stress post-traumatique

Les réactions suite à un évènement stressant ne sont pas nécessairement immédiates. L'OMS (1993) définit le syndrome du stress post traumatique comme « *une réponse retardée ou différée à un évènement traumatisant qui peut entraîner une détresse envahissante, certains corps de métier comme la police, les pompiers et les secours médicaux peuvent vivre des évènements particulièrement stressants qui engendrent une réaction de stress post-traumatique* ». (Zablocki, 2009, p.64).

L'American psychiatrie association (APA) en 1994 définit les manifestations de stress post-traumatique comme suit :

- Impression de revivre le traumatisme : pensée, rêves ou « flash-back » récurrents accompagnés d'un sentiment intense de peur et de désarroi.
- Efforts pour éviter de penser à l'évènement traumatisant ou aller dans certains lieux pouvant rappeler une attention aux autres ou à ressentir des émotions.
- hyperactivité, insomnie, difficulté de concentration, état perpétuel de « qui vivre » plus grande nervosité et réactions de sursaut exagérées. (Zablocki, 2009, p.64).

6.3. Le syndrome du stress chronique

Zablocki (2000) définit le stress chronique comme « *une réponse à un accroissement de pressions sur une longue période de temps, ce type de réaction débute graduellement progresse lentement* ». (Zablocki, 2009, p.64).

7. Les déterminants du stress

Le stress est déterminé par deux grands types de facteur, individuels et situationnels. En ce qui concerne les facteurs personnels, ils peuvent être d'ordre cognitifs, motivationnels ou conatifs. Certaines de ces caractéristiques personnelles impliquent la croyance dans le fait que l'on peut maîtriser la situation (auto efficacité etc.). D'autres une exagération du caractère menaçant des événements, anxiété, dépression, pessimisme, etc.) Et d'autre une sous-estimation des risques et une illusion d'invulnérabilité et de maîtrise (optimisme, etc.). (Bouchon- Schweitzer, 2006, p.291).

Quant aux caractéristiques situationnelles pouvant induire le stress, on premier lieu, leur vulnérabilité (caractère brutal, soudain) qui ne permet pas à l'individu de mettre en place des transactions anticipatrices. Ces situations sont extrêmes angoissantes par la menace vitale qu'elles impliquent et par la quasi impossibilité d'y faire face.

Ainsi la plupart des transitions de la vie sont des événements stressants au moins selon la conception biomédicale classique qui sous- tend les échelles événementielles, selon laquelle, ce sont les efforts adaptatifs nécessaires pour faire face à des changements qui sont à l'origine du stress. (Bruchon- Schweitzer, 2006, p.292).

C'est aussi l'ambiguïté d'une situation qui peut s'avérer stressante, comme l'ambiguïté de rôle qu'est l'un des déterminants du stress professionnel.

Enfin, l'un des aspects stressants d'une situation difficile est sans doute son incontrôlabilité, réelle ou perçue. Croire qu'un événement est incontrôlable est beaucoup plus stressant que de le percevoir comme contrôlable, même si l'on fait rien pour le modifier (Bruchon et Schweitzer, 2006, p.293).

Ainsi la plupart des transitions de la vie sont des événements stressants au moins selon la conception biomédicale classique qui sous- tend les échelles événementielles, selon laquelle, ce sont les efforts adaptatifs nécessaires pour faire face à des changements qui sont à l'origine du stress. (Bruchon- Schweitzer, 2006, p.292).

C'est aussi l'ambiguïté d'une situation qui peut s'avérer stressante, comme l'ambiguïté de rôle qu'est l'un des déterminants du stress professionnel.

Enfin, l'un des aspects stressants d'une situation difficile est sans doute son incontrôlabilité, réelle ou perçue. Croire qu'un événement est incontrôlable est beaucoup plus stressant que de le percevoir comme contrôlable, même si l'on fait rien pour le modifier. (Bruchon- Schweitzer, 2006, p.293).

8. L'approche cognitive du stress

Les théories cognitives du stress reconnaissent la complexité des réactions de l'individu face au stress, mais se centrent davantage sur le rôle des pensées ou attributions spécifiques ou sur les processus cognitifs qui influencent ces derniers.

Si les théories cognitives dans ce domaine sont aussi très nombreuses, elles ont toutes en commun l'appréciation du rôle des interprétations personnelles des événements comme déterminants principaux de leur caractère stressant. Parmi les plus en vue, celui de l'approche cognitive ou modèle de Beck. (Graziani et Swendsen, 2005, p.32).

Beck (1979), à l'instar d'autres cognitivistes a contribué à faire évaluer de façon notable les thérapies cognitivo-comportementales, traditionnellement régies par les principes behavioristes et d'analyse comportementales.

En incluant une dimension cognitive, ce nouveau courant nommé cognitivo-comportementaliste, accord une place essentielle aux pensées irrationnelles, aux schémas cognitifs pathologiques et aux erreurs logiques de la pensée autant que possible du changement en thérapie. (Hayes et al, 2004, p.41).

Beck (1984), reprend le modèle interactionnel de Lazarus et l'approche des constructions personnelles de Kelly. Il considère une transaction stressante comme le résultat d'un processus actif, continu qui inclut des analyses, des interprétations et des évaluations successives de la situation externe, des risques, des coûts et des avantages d'une réponse particulière. Selon le type d'évaluation et la situation donnée, le sujet est motivé à mettre en place tel ou tel autre comportement. (Graziani et Swendsen, 2005, p.38).

Face à une situation potentiellement dangereuse et stressante, l'individu éprouva une anxiété et un besoin irrépressible d'agir (par affrontement ou par la fuite).

Beck a conçu un système d'analyse et d'interprétation des stimuli qui se fonde sur des structures abstraites, fonctionnelles et relativement stables qui gèrent toutes des étapes du traitement de l'information. L'activité des schémas est la suivante : filtrage et sélection des informations stockées en mémoire à long terme (MLT), récupération des informations en MLT, gestion de l'action. (Graziani et Swendsen, 2005, p.39).

Dans ce modèle cognitif de Beck, il existe de nombreux schémas de base assez stables qui incluent un traitement spécifiques des stimuli, des processus cognitifs spécifiques, et une structuration particulière des informations.

Ce modèle postule qu'une pathologie serait constituée d'une multitude des schémas non adaptés à la vie courante. Lorsqu'un événement extérieur intervient, des schémas cognitifs

spécifiques sont actifs pour classer, interpréter, évaluer et donner une signification à l'événement.

Il oriente le sujet vers certains stimuli ou événements plutôt que d'autres, le sensibilisant sélectivement « *le set cognitif* » facilite certaines activités ou stratégies de coping plutôt que d'autres. (Graziani et Swendsen, 2006, p.40).

Dans ce modèle, la pathologie dont le stress est donc appréhendée comme distorsion, une maladie du traitement de l'information dans laquelle l'individu se trouve soumis à des schémas négatifs de pensée, figés et inappropriés, générant, affects et comportements synchrones. (Parrochetti, 2011, p.43)

Beck (1984) met l'hypothèse que chaque sujet possède des régions cérébrales particulièrement sensibles au stress. Pour peu qu'une situation active l'une de ces aires, l'individu réagira sur un mode à la fois cognitif et comportemental. (Parrochetti, 2011, p.45).

9. l'approche transactionnelle du stress

Les approches transactionnelles veulent dépasser la simple notion de cause effet et cherchent à repérer tous les facteurs pouvant expliquer la variabilité de transaction stressante dans une optique interactionnelle. Parmi les approches les plus influentes dans ce domaine, celle de Lazarus et Folkman, cette approche a pour objectif la compréhension et l'explication des conduites d'ajustement individuelles à des situations stressantes en se centrant sur le processus psychologiques mis en œuvre par l'individu. Le stress est ici envisagé « (...) *comme éprouvant ou excédant ses ressources et mettant en danger son bien-être* ». (Lazarus et al, 1984, p.19).

Lazarus (1986) décrit deux étapes dans la phase d'évaluation : une évaluation primaire sert à la personne pour déterminer si l'événement est important ou pas, s'il nuit ou augmente l'estime de soi-même, si sa propre santé et son propre bien-être et celui d'un proche sont en danger, toutes les caractéristiques de la personnalité comme les valeurs, les buts personnels et les engagements, les croyances sur soi-même et le mode aident à définir les enjeux qui sont importants pour le bien-être dans les transactions stressantes être sujet et environnement. (Folkman et al, 1986).

A travers cette évaluation, le sujet détermine donc si la situation représente une menace, un danger, un défi ou pas. (Graziani et Swendsen, 2005, p.53).

Une fois que la nature de la menace a été évaluée, l'évaluation de l'individu converge sur les ressources pour faire face, cette estimation est appelée « *évaluation secondaire* ». Elle

sert au sujet pour déterminer ce qu'il faut faire pour prévenir des situations négatives ou bien pour tirer bénéfice de la situation. Différentes possibilités de coping sont évaluées : changer la situation, l'accepter, chercher à s'informer davantage, prendre du recul pour éviter d'agir impulsivement (Graziani et Swendsen, 2005, p.55).

Ces deux évaluations se déroulent très rapidement générant des émotions qui à leur tour, accompagnent et influencent l'évaluation cognitive.

De manière globale le sujet estimant disposer de ressources suffisamment pour contrôler la situation privilégiera des stratégies visant à affronter volontairement les obstacles (coping contrôlé sur le problème), alors que le sujet croyant ne pas pouvoir le maîtriser tentera de modifier les conséquences du stress sur sa propre personne (psychologiques, cognitives, émotionnelles). (Graziani et Swendsen, 2005, p.56).

10. Le stress au travail

Le stress lié au travail est « *le deuxième problème de santé le plus courant dans l'Union européenne, après les maux de dos ; il touche un travailleur sur trois. Le stress au travail concerne tous les secteurs et toutes les organisations, quelle que soit leur importance ; il peut affecter n'importe qui, quel que soit son échelon* ».

Le stress affecte la santé physique, la santé mentale, le bien-être des salariés ainsi que la productivité, l'ambiance et la qualité du travail, etc. Ses effets sont directs et indirects, physiologiques et psychologiques, économiques et sociaux, individuels et collectifs. (Grebot, 2002, p.79).

Le stress au travail produit des réactions à court terme, des conséquences à long terme, pour les travailleurs, les employeurs et les entreprises (voir figure 4). Ces effets apparaissent chez des salariés exposés à des sollicitations professionnelles physiques (soulever des charges lourdes pour les transporteurs ou des personnes pour les personnels soignants), quantitatives (charge de travail des cadres), émotionnelles (exigences des clients ou des patients), intellectuelles (attention soutenue chez les contrôleurs aériens). Les réactions peuvent être comportementales (maladresses, nervosité), intellectuelles (difficultés de concentration), émotionnelles (désintérêt, irritabilité) ou physiologiques (palpitations, nervosité). (Grebot 2002, p.80).

Si les réactions de stress persistent sur une longue période, certains individus développeront des symptômes plus ou moins réversibles, tels qu'un épuisement professionnel

ou burnout, un état de stress post traumatique, des problèmes musculaires ou des maladies cardiovasculaires. (Grebot, 2002, p.81).

Selon l’OMS le stress au travail est « *l’ensemble des réactions que les employés peuvent avoir lorsqu’ils sont confrontés à des exigences et des pressions professionnelles ne correspondant pas à leur connaissances et leur capacités et qui remette en cause leur capacités de faire face. Le stress peut survenir dans des contextes professionnels très différents, mais il est souvent aggravé lorsque les employés ont le sentiment qu’ils ne sont pas assez soutenus par leurs chefs ou leurs collègues, et lorsque ils n’ont pas beaucoup de pris sur le travail ou sur la façon de s’y prendre pour faire face aux exigences et aux contraintes de celui-ci* » (S. Dominique, 2013, p.03)

11. Le stress et l’épuisement professionnel ou burnout

Le burnout résulte d’un stress professionnel persistant et de tensions continues. Il constitue le stade final d’une rupture d’adaptation qui résulte d’un déséquilibre à long terme entre les exigences professionnelles et les ressources de l’individu. Le burnout dépasse le stress puisqu’il résulte de tensions prolongées, chroniques contrairement au stress qui est un processus d’adaptation temporaire résultant de tensions passagères. Le *burnout* touche entre 5 % à 10 % des salariés. Pourquoi certains salariés craquent alors que d’autres résistent ?

Comment peut-on prévenir l’épuisement professionnel lorsqu’on travaille dans un domaine où les risques sont élevés ? Que faire lorsqu’on est déjà atteint de *burnout* ? Ce chapitre tente de cerner les éléments essentiels qui font la différence entre un stress professionnel géré sainement et celui qui conduit au *burnout*.

Les termes stress et burn out sont couramment utilisés pour décrire la déficience physique et émotionnelle vécue dans le milieu de travail (Kompier et Cooper, 1999).

La théorie du stress semble la plus satisfaisante pour comprendre les causes du burn out. Rappelons que la définition dynamique du stress selon Lazarus et Folkman (1984) fait référence à la réaction d’un individu par rapport à un événement qui confère à celui-ci le caractère de stresser. C’est donc davantage le traitement cognitif que le sujet fait de la réalité qui est à la source des réactions de stress toxiques, ce qui fait que pour un individu donné, une situation peut être source d’un stress différent d’un autre individu. Quand l’individu n’a pas de ressources pour faire face au stress, il peut être susceptible au burn out. (Julieta, 2010, p.42).

12. La quantification du stress chez les sapeurs-pompiers

Les répercussions de ce stress sur différents indicateurs de santé (consommation de tabac et d'alcool, index de masse corporelle [IMC], troubles psychiques, plaintes physiques, absentéisme). L'enquête a porté sur 251 pompiers professionnels du service incendie et aide médicale urgente de Bruxelles-capitale (SIAMURBC). Les sujets volontaires ont répondu à un questionnaire auto administré inspiré du protocole Bel stress III. Les données ont été recueillies et traitées sur logiciel Epi-info version 6.0. Les différentes variables ont été regroupées en catégories. Les modèles de Karasek (demandes psychologiques, latitude décisionnelle et support social) et de Siegrist (efforts/récompenses) ont été utilisés. Des analyses descriptives et analytiques (analyses univariées avec test de Khi deux) ont été effectuées. Deux cent cinquante et une personnes ont participé à l'enquête, dont 250 hommes et une femme dont il n'a pas été tenu compte. L'âge moyen de la population d'étude est 43,6 ans (minimum 24, maximum 63 ans). Parmi l'échantillon, 64,5 % à plus de dix ans d'ancienneté. Le niveau d'instruction moyen est faible, 46 % ayant un diplôme de secondaire inférieur ou moins. Les scores de stress selon Karasek et Siegrist donnent les résultats suivants : 14 % de l'échantillon se situe dans le groupe « stressé » de Karasek et 19,4 % en balance négative selon le modèle de Siegrist. Il n'y a pas de relation statistiquement significative entre stress suivant le modèle de Karasek et la dépendance à l'alcool, l'IMC, la dépression ou l'importance des lombalgies. En revanche, on retrouve une proportion plus élevée de gros fumeurs (plus de 20 cigarettes par jour) dans le groupe « stressé » de Karasek. Par rapport au modèle de Siegrist, il y a une nette relation entre balance négative et dépendance médicamenteuse, troubles du sommeil, dépression et cervicalgies. L'étude a pu démontrer l'existence d'une relation statistiquement significative entre stress suivant le modèle de Siegrist et différents indicateurs de santé. La proportion de personnes stressées n'était en revanche pas plus élevée dans l'échantillon que dans une population de travailleurs tout venant. (Sipos, Kittel 2008.)

Section 2 : le stress post-traumatique

1. Aperçu historique du stress post traumatique

Le concept de stress post traumatique fait son apparition officielle dans le champ des troubles psychiatriques en 1980. Cependant son histoire date de la fin du XIX siècle. Entre 1890 et 1897, à l'époque où naît la psychanalyse, le terme « trauma » désigne un événement dans la vie d'une personne qui est considéré comme primordial par cette dernière à cause des sentiments pénibles qui s'y rattachent. (André. M et Richard. B, 2003, p.10)

En 1888, Oppenheim décrit une «Névrose Traumatique ». Celle-ci comprenait un certain nombre de symptômes névrotiques, dont des cauchemars, qui n'apparaissent qu'après l'accident, un accident de chemin de fer généralement. (Crocq, p.11). Donc Oppenheim a mis l'accent sur un nouveau mode pathologique précis, qu'est le terme de névrose traumatique. Il avait le grand avantage de poser de nouvelle question et d'élargir des perspectives partiellement limitées par la clinique classique. Quelques années plus tard, Kraepelin décrit une «névrose d'effroi», qui ressemble beaucoup à la névrose traumatique. Kraepelin mettait en avant l'état psychique de l'individu au moment de l'événement et insistait sur le fait qu'il n'était pas nécessaire d'avoir été dans l'accident, mais qu'il pouvait suffire d'en avoir été le spectateur.

Par contre, Charcot présente beaucoup d'observations d'hystéries traumatiques, comme il les appelle. Il affirme que l'hystérie masculine est toujours d'origine traumatique (F.Lebigot, 2011, p.10). Par la suite Freud pense que les événements traumatiques seraient à l'origine des névroses. Lors des premières et deuxièmes guerres mondiales, les différentes études sur les expériences du combat contribuent largement au développement de notions spécifiques dans le champ de la traumatologie comme les concepts de névroses de guerre, de névroses par accident et de névroses traumatiques. (Freud, 1920, pp.41-60).

D'autre part au début de vingtième siècle S.ferenczi a développé un autre terme qu'est « névrose de guerre », à travers les études de psychiatrie militaire qu'il a observé des troubles de même nature chez tous les combattants au retour de champs de bataille. Ces troubles sont naturellement reliés au combat et au choc émotionnel .ces études réalisées d'abord durant la première guerre mondiale et poursuivies en suite durant la deuxième. Elles ont permis de préciser les symptômes présentés par les soldats : états confuso-anxieux avec panique et agitation. (Ferenczi. S, 1918, pp.27-29).

Les séquelles psychologiques et sociales graves d'autres guerres (guerre du vietnam, de Corée et du Liban) ainsi que des mouvements sociaux exerçant des pressions en faveur des

soldats traumatisés contribuent à l'avancement sur la connaissance sur le stress post traumatique (L. Crocq, 1999, p.10). En 1980 le diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-III, 1980) présente officiellement une nouvelle entité diagnostic appeler PTSD traduit en français par état de stress post traumatique (ESPT). Les conséquences potentielles graves et handicapantes d'un évènement traumatique sont formellement reconnues. Les auteurs du DSM-III spécifiaient de formes cliniques : la forme aigue et la forme chronique. Dans la révision du DSM-III en 1987, les psychiatres américains ont modifié quelques critères : ils ont écarté la forme aiguë et ont précisé que l'apparition des symptômes se fait dans un délai d'au moins six mois. Ils ont parlé aussi de survenue différée, c'est-à-dire retardée.

Tel que défini par le DSM-IV (1994), le TSPT est un trouble susceptible d'apparaître chez quiconque a été exposé à un évènement traumatique.

L'évènement est considéré comme traumatique lorsque la personne est victime, témoin ou confrontée à un ou à des évènements qui représentent une sérieuse menace pour sa vie ou pour son intégrité physique, ou encore pour la vie ou l'intégrité physique d'autrui. Il est également considéré comme traumatique lorsque la réaction de cette personne face à l'évènement consiste en une crainte ou une peur intense, en un sentiment d'impuissance ou d'horreur. (DSM-IV, 1994, p.542).

2. Définition de stress post-traumatique

Plusieurs définitions ont été données au trouble du stress post-traumatique, le psychiatre Élise St-André, M. D dans sa revue « revivre, anxiété, dépression et bipolarité » la définit comme étant : Lorsqu'une personne est confrontée à un évènement grave, perturbant, intense, hors de l'ordinaire, qui a porté ou aurait pu porter atteinte à l'intégrité physique ou causer de graves blessures pouvant entraîner la mort (accident, feu, guerre, agression physique ou sexuelle, témoin d'un meurtre, mort subite d'un proche, etc.), elle peut manifester des réactions physiques et/ou psychologiques aiguës pendant quelques jours en réponse au stress énorme subi. Ces réactions sont considérées comme normales pendant un certain temps. Toutefois, lorsqu'elles perdurent au-delà de quatre semaines, on parle alors d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT).

Ce trouble est caractérisé par une peur de grande intensité accompagnée d'un sentiment de désespoir ou d'horreur (une désorganisation ou de l'agitation chez les enfants). La personne revit sans cesse l'évènement traumatique et évite les situations qui lui rappellent ce

dernier. Le TSPT s'accompagne aussi d'une diminution des réactions émotionnelles ainsi que de multiples réactions anxieuses.

Le terme du stress post traumatique fut apparaitre au XIXe siècle par le psychiatre H. Oppenheim sous le nom de la « névrose traumatique », en 1888 au sujet des accidents de chemin de fer, ou il décrit une entité clinique autonome comprenant les symptômes suivants : « cauchemars ou troubles du sommeil répétitifs, crises d'anxiété en réponse à tout ce qui rappelle l'accident, irritabilité et hypersensibilité aux stimulations externes » (HADDADI. D 2010, p.19).

Le **DSM 5** (2015) définit le trouble stress post-traumatique comme un trouble mental résultant de l'« *exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :*

1. *En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.*
2. *En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.*
3. *En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.*
4. *En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants) »* (DSM5, 2015, p.350).

3. Définition du traumatisme psychique

Selon le grand dictionnaire de psychologie, le traumatisme psychique est défini comme étant « *un évènement subi par un sujet qui en ressent une très vive atteinte affective et émotionnelle, mettant en jeu son équilibre psychologique et entraînant souvent une décompensation de type psychotique ou névrotique ou diverses somatisation* » (Bloch, al. 1999, p.965).

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'autres personnes : « *Le traumatisme psychique est une blessure*

émotionnelle profonde qu'on pouvait observer, parfois, chez ceux qui avaient échappé de peu à la mort ». (Lebigot, 2005, p.09).

Le traumatisme psychique ou le trauma peut donc être défini comme « *un phénomène d'effraction du psychisme, et de débordement de ses défenses par l'excitation violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité physique ou psychique d'un individu, qui y exposé comme victime, témoin ou acteur* » (Crocq, 2014, p.10).

4. Traumatisme psychique

Selon Lemp (2006), un traumatisme c'est tout événement subit, brutal, entraînant pour le sujet qui en est victime, des transformations plus ou moins profondes, plus ou moins réversibles.

Pour faire face à un traumatisme tel que l'amputation d'un membre, le patient va passer par les étapes de deuil. Selon De Broca (2006), le travail de deuil est comparable à la métaphore de la cicatrisation d'une amputation. C'est donc le travail de toute une vie. (Bensmail, 2007).

D'après Kübler-Ross, le sujet passerait par 5 étapes constituant le travail de deuil. Ces étapes ne sont pas toutes vécues nécessairement par tous les patients. Il se peut également que certaines étapes se chevauchent, soient absentes, voir même inversées. Il y a une phase de déni qui peut être liée au refus du patient d'accepter sa situation. On peut également constater une phase de colère où le patient se révolte car sa situation est difficile. Puis, il peut y avoir une phase de marchandage où le patient a plus ou moins accepté sa situation mais il essaie de gagner du temps. Le patient peut également passer par une phase de dépression où il va se replier sur lui-même. La dernière étape est l'acceptation ou le patient accepte sa situation et voit de nouveau sa vie de façon optimiste. Il faut également noter que chaque personne est différente et ne vit donc pas forcément toutes ces étapes, de même, leur durée est variable d'un patient à l'autre. Les étapes de deuil montrent le cheminement par lequel le patient peut passer, et durant ces étapes, le patient va utiliser ce qu'on appelle : des mécanismes de défenses. (Belkacem, 2007).

Le mot « traumatisme » vient des mots grecs anciens *traumatismos*, signifiant action de blesser, et *trauma*, signifiant blessure. Appliqué à la pathologie chirurgicale, il signifie « *transmission d'un choc mécanique exercé par un agent physique extérieur sur une partie du corps et y provoquant une blessure ou une contusion* ». Transposé à la psychopathologie, il

devient traumatisme psychologique ou trauma, soit « la transmission d'un choc psychique exercé par un agent psychologique extérieur sur le psychisme, y provoquant des perturbations psychopathologiques, transitoires ou définitives ». La clinique chirurgicale distingue les « traumatismes ouverts », où il y a effraction du revêtement cutané, et les « traumatismes fermés », sans effraction. En psychopathologie, on admet que les excitations attenantes à l'événement traumatisant ont fait effraction au travers des défenses du psychisme. (Crocq, 2014, p.10).

5. Traumatisme

D'après le dictionnaire de psychologie, « Du gr. *trauma*, blessure », choc violent susceptible de déclencher des troubles somatiques et psychiques. — Souvent, à la suite d'une émotion intense ou d'un traumatisme crânien dû à un accident de la circulation ou à une catastrophe soudaine (tremblement de terre, incendie, etc.), les sujets présentent un ensemble de troubles psychologiques plus ou moins durables, dont les principaux sont la fatigabilité, l'asthénie, la régression vers un stade infantile et, parfois, le refuge dans la maladie (hypocondrie) ou l'alcoolisme. Pour diminuer la tension émotionnelle des traumatisés, il est souvent nécessaire d'instituer une cure de sommeil, parallèlement à un soutien psychothérapeutique. Sommeil, stress.

• Les mécanismes biologiques du stress

Lorsqu'un épisode de stress est ressenti, l'organisme libère automatiquement deux hormones « de stress », l'adrénaline et la noradrénaline qui permettent, la plupart du temps de franchir l'obstacle. Cela se fait par l'intermédiaire du système nerveux sympathique. Ces dernières ont une action immédiate : elles font, en effet, augmenter la pression artérielle, ce qui permet d'intensifier les rythmes cardiaque et respiratoire, tout en élevant la glycémie (taux du sucre dans le sang). Les capacités de l'organisme se voient alors amplifiées : les pupilles sont dilatées afin d'améliorer la vision, la mémoire et la réflexion plus actives. D'autres fonctions, qui ne jouent pas un rôle majeur dans cette situation, sont au contraire, mises au repos (la digestion par exemple). Ces variations automatiques sont des vestiges d'un réflexe archaïque qui avait alors pour but de permettre à l'individu de fuir devant le danger. (K-Y. Deogratias, 2010).

Si l'action de ces deux hormones ne suffit pas à un retour à l'état normal, ce sont les hormones de la glande corticosurrénale qui prennent le relais. Ces dernières aident à l'endurance et la résistance de l'organisme. Il s'agit, tout d'abord, d'hormones métaboliques (comme le cortisol ou la cortisone) qui distribuent l'énergie vers les organes qui en ont le plus

besoin. On constate alors, une fois de plus, une augmentation du taux de sucre dans le sang. Il s'agit, ensuite, de minéral corticoïde (comme la corticostérone ou l'aldostérone qui aident le corps à combattre les agressions extérieures). Les défenses immunitaires deviennent alors plus actives. (Olive. 2011, p.14).

6. Évènement et événement traumatique

Nous allons consacrer ce troisième point pour définir les concepts de base qui sont nécessaires pour la compréhension du traumatisme psychique, et qui sont les suivants : l'évènement et l'événement traumatique.

6.1. Un événement

La définition de l'évènement « *tout ce qui arrive* » s'est précisée en un siècle pour désigner d'abord « *le fait auquel vient aboutir une situation* », c'est-à-dire l'issue, le résultat contraire ou non attendus, puis « *ce qui arrive et a quelque importance pour l'homme* », bonheur ou catastrophe coïncidence ou destin. De caractère extensif de cette définition contraint à en déployer les nuances. Nous allons proposer une définition tirée du domaine de psychopathologie.

Un événement peut être considéré comme base concrète de temps définit comme « *l'ensemble des relations de successions et de simultanéité entre les événements* » c'est un des sens retenus par la tradition phénoménologique, le temps est conçu à partir de la succession des événements présents observés ou vécus. Selon Jaspers, le psychisme se présente chez chacun comme un courant unique original, indivisible d'événements qui ne se répètent jamais. (Chignole, Richard, 1999, p.577).

6.2. Événement traumatique

Les sauveteurs interviennent dans des événements qui ont valeur de « crise », c'est-à-dire des situations aiguës qui débordent les capacités de régulation habituelle des individus comme des institutions concernées, d'où l'appel des secours. Deux types de crises sont à distinguer :

Celles qui résultent d'un événement traumatique (mort violente, accident funeste, incendie, inondation, explosion, prise d'otage, suicide, homicide, catastrophe naturelle, accident de transport avec décès).

Celle liées à des événements critiques dans des contextes non traumatiques (grève, conflit syndical, manifestation sportive ou culturelle, etc.).

La distinction entre ces deux types d'événements est essentielle car ils n'entraînent pas les mêmes effets et impliquent des prises en charge spécifiques : les crises non traumatiques entraînent des inquiétudes au niveau individuel, des perturbations au niveau administratif et peuvent occasionner des tensions entre les personnes. Les événements traumatiques sont, quant à eux, déstructurant physiquement et peuvent conduire à des blessures psychiques des personnes impliquées. (Hélène et Elodie, 2011, p.3).

L'événement traumatique est un événement qui confronte le sujet à une réelle menace de mort ou à une menace pour son intégrité physique ou celle des autres, il se caractérise par sa soudaineté, sa violence, son intensité et par l'impossibilité pour les personnes et l'institution qui s'y trouvent impliqués d'y résister. (Romano, 2011). Il peut provoquer une réaction de stress face à l'évènement stressant, et qui serait le résultat de l'accumulation de changement majeur nécessitant un ajustement un travail minutieux d'identification des principaux événements (Varescon, 2012).

De cette donnée, nous comprenons que l'événement traumatique, est tout événement violent, soudain, réside dans la confrontation d'un sujet avec sa propre mort ou celle d'une autre personne, ce qui engendre un fort sentiment de détresse.

7. Les critères de diagnostic du stress post-traumatique selon DSM 5

La théorie cognitive et comportementale accorde une très grande importance au manuel psychiatrique et statistique des troubles mentaux, où les spécialistes du domaine font souvent référence. Nous avons choisis de présenter la clinique du traumatisme psychique selon l'approche purement symptomatique qui est le DSM5, car c'est une approche descriptive et athéorique qui convient parfaitement aux TCC et elle décrit les critères d'une manière exhaustive et systématique.

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 événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
- 3- En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de famille proche ou un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, les événements doivent avoir été violents 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. (DSM5, 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 associées 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 5, 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- La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par ex. médicament, alcool) ou d'autres affections médicales. (DSM5, 2015, p.321).

7. Le diagnostic différentiel

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et le stress aigu (TSA), caractérisés par l'exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles, puis par le développement de symptômes de reviviscences envahissants, d'évitement persistant des stimuli associés au traumatisme, d'altérations négatives de la

cognition et de l'humeur, et de l'altération marquée de l'éveil et de la réactivité, doivent être différenciés contrairement au trouble stress post-traumatique ou au trouble stress aigu...

1- Du trouble d'adaptation : est caractérisé par un facteur de stress qui peuvent avoir toutes sortes de niveaux de sévérité, et n'a pas un mode de réponse spécifique. Le diagnostic de trouble de l'adaptation est porté quand la réponse à un facteur de stress extrême ne répond pas aux critères du TSPT ou du TSA (ni à ceux d'un autre trouble mental) quand le mode symptomatique du TSPT ou du TSA survient en réponse à un facteur de stress qui n'est pas extrêmement traumatisant (par. Ex. départ du conjoint, licenciement).

2- Du deuil complexe persistant dans la section III du DSM5 : est caractérisé par des pensées et des souvenirs intrusifs concernant le défunt qui persistent au moins 12 mois après le décès .a la différence du TSPT, où les symptômes intrusifs et envahissants concernant les événements traumatiques liés à la perte, dans le deuil complexe persistant les symptômes intrusifs se focalisent sur plusieurs aspects positifs de la relation avec lui, et sur la détresse de la séparation (DSM5, 2016).

3- D'autres troubles mentaux peuvent survenir après l'exposition à un facteur de stress extrême : sont caractérisés par un mode de réponse qui répond aux critères d'un autre trouble mental dans le DSM5 (par, ex. trouble psychotique bref, trouble dépressif caractérisé).

4- Du trouble obsessionnel-compulsif : est habituellement caractérisé par des pensées intrusives récurrentes mais ces dernières sont vécues comme inappropriées et elles ne sont pas en lien avec un événement traumatique vécu. (DSM5, 2016, p.221).

5- Du trouble de panique : peut -être caractérisé par un hyper éréthisme et des symptômes dissociatifs, mais ceux-ci surviennent durant les attaques de panique et ne sont pas associés à un facteur de stress traumatique.

6- De l'anxiété généralisée : peut-être caractérisée par des symptômes persistants d'irritabilité et d'anxiété mais à la différence du TSPT et du TSA, ces symptômes ne sont pas associés à un facteur de stress-traumatique.

7- Des troubles dissociatifs : Sont caractérisés par des symptômes dissociatifs qui ne sont pas nécessairement liés à l'exposition à un facteur de stress traumatique (mais qui le sont souvent) des symptômes dissociatifs survenant dans le contexte d'un syndrome complet de TSPT peuvent justifier l'emploi de la spécification avec symptômes dissociatifs.

8- Des troubles psychotiques (par. ex. schizophrénie) : peuvent être caractérisés par des symptômes perceptuels comme les illusions ou des hallucinations. Ces symptômes doivent être distingués des flash-back du TSPT et du TSA, qui sont caractérisés par des intrusions sensorielles reproduisant des parties de l'événement traumatique et qui peuvent survenir avec

une perte complète de la conscience de l'environnement réel. Ces épisodes sont typiquement brefs mais ils peuvent être associés à une détresse prolongée et à un hyper éréthisme exacerbé. Les flashbacks ne sont également pas considérés comme des phénomènes psychotiques.

9- D'une lésion cérébrale traumatique : Est caractérisée par des symptômes neurocognitifs qui se développent à la suite d'une lésion cérébrale traumatique. Comme ce type d'événements traumatiques peut également entraîner le développement d'un TSA et d'un TSPT, ces deux diagnostics doivent aussi être envisagés.

10- De la simulation : Est caractérisée par l'imitation de symptômes et doit toujours être éliminée quand des bénéfices légaux, financiers ou autres jouent un rôle. (DSM5, 2016, p.221).

9. Facteurs de risque et de protection de l'ESPT

Il existe certains facteurs de risque ou de vulnérabilité, qui interviennent dans la probabilité que le sujet exposé à un événement traumatique développe l'ESPT. Comme, il existe aussi des facteurs de protection ou de résilience qui favoriseraient le maintien de l'équilibre du sujet dans les suites d'un événement traumatique.

9.1. Facteurs de risque pré-traumatiques

- Les antécédents familiaux de troubles thymiques, anxieux ou de l'abus de substances sont reconnus comme facteurs de risque d'ESPT. Néanmoins, les études réalisées montrent qu'il s'agit d'un facteur de vulnérabilité dans l'expression de la détresse traumatique. Les auteurs montrent qu'il y a une corrélation entre l'intensité de la détresse péri-traumatique et la présence d'antécédents familiaux.
- La proportion de femmes atteintes d'ESPT est reconnue comme étant deux fois plus importante que celle des hommes, tout événement confondu.
- Les antécédent psychiatriques et la comorbidité pris au sens large et incluant les troubles des conduites, sont des facteurs de risque classiques, sachant que la comorbidité est également un facteur de chronicité du L'ESPT particulièrement les troubles dépressifs.
- Un niveau socio-économique bas est plus à risque de développer un ESPT.

Mais, il s'agit d'un facteur confondant. Ces patients manifestent généralement un niveau élevé de symptômes dissociatifs et d'évitement, tendent à utiliser des stratégies de gestion du stress peu efficaces (utilisation de pensée magique) et reçoivent un faible soutien social. (Brillon. P, et al, 1996, p.113).

9.2. Facteurs de risque péri-traumatiques

Les facteurs de risque péri-traumatiques correspondent à des facteurs présents au moment du déroulement de l'événement traumatique, ou immédiatement après. Ces facteurs de risque péri-traumatiques regroupent les caractéristiques liées à l'événement traumatique (type, durée d'exposition), des facteurs de risque psychologiques (détresse et dissociation) et des facteurs physiologiques. (constant.E, 2003, p.398).

8. Détresse péri-traumatique

Elle correspond aux réactions émotionnelles négatives qui surviennent pendant et à la suite d'un événement traumatique. La détresse péri-traumatique correspond au critère A2 du DSMIV- TR et elle équivaut aux sentiments de peur, d'horreur, et d'impuissance.

10. Autres facteurs

Dans l'étude de Coronas et al (2010) qui a porté sur 119 victimes d'AVP un seuil significatif de développement de l'ESPT en rapport avec la fréquence cardiaque a été déterminé (84 bc/min). Toutefois, seule la fréquence cardiaque mesurée au plus près du traumatisme (lors du transport en ambulance) était significative. Ainsi, des facteurs psychologiques tels que la dissociation et la détresse péri-traumatique, et des facteurs physiologiques tels que la fréquence cardiaque péri-traumatique, seraient prédictifs de la survenue d'un ESPT. (Ibid).

10.1. Facteurs de risque post-traumatiques

À une semaine post-traumatique, l'utilisation de coping d'évitement et de coping centrés sur la pensée magique est clairement reliée à un risque augmenté d'ESPT. La gravité subjective est clairement reliée à un ESPT à six semaines et trois mois post-traumatiques. Même après l'ajustement des autres variables, ce résultat est stable à trois mois post-traumatiques. À six semaines, une dissociation péri-traumatique élevée doit être associée pour que la gravité des blessures subjectives reste associée à un plus grand risque d'ESPT.

Tsay et al. (2001) soulignent que l'intensité de la douleur a un impact très fort sur l'efficacité de l'adaptation, l'état affectif et les symptômes post-traumatiques dans la première

semaine suivant l'accident. Ryb et al. (2009) ainsi que Zatzick et al. (2010) se sont penchés sur les corrélations entre les états de santé physique et psychique dans les suites du traumatisme et l'ESPT. Sur le plan physique, les patients ont, de manière significative, à 6 et 12 mois post-traumatiques, une mobilité plus limitée, une baisse de la vitalité et des douleurs persistantes. Au niveau de la santé mentale, les patients ont de mauvais résultats émotionnels, comportementaux et cognitifs (96% à 6 mois et 99% à 12 mois).

10.2. Les Facteurs de protection contre ESPT

10.2.1 Soutien social

D'une façon générale, le soutien social pourrait être défini comme l'ensemble des comportements des proches en lien avec les besoins d'un individu qui traverse une situation difficile. D'Altintas et al. (2011) a confirmé les liens entre soutien social et troubles psychiques, notamment dépression et estime de soi. L'absence de soutien social perçu dans les suites d'un événement traumatique favoriserait l'installation du trouble. (Crocq, 2005, p.66).

10.2.2. La Résilience

Malgré une personne s'expose un événement traumatique mais il peut surmonter leur traumatisme et cela par la résilience qui était auparavant un terme qui désignait la résistance de certains matériaux à d'éventuels chocs. Par la suite, c'est Bowlby (1969) qui introduit ce concept dans la théorie sur l'attachement.

Hoge et al. (2009) a exploré le rôle du facteur « résilience » dans la survenue d'un ESPT. Ce facteur qui englobe des caractéristiques psychologiques et biologiques permettrait à l'individu de faire face et/ou résister, aux conséquences psychologiques possibles d'un événement traumatique.

Le résilient continue à penser et à vivre, à tisser des liens, il peut se reconstruire. (M. Delage, 2008, p.56).

11. Le traumatisme psychique au travail

La fréquence des syndromes post-traumatiques professionnels est d'estimation délicate, mais elle est probablement faible. Une étude récente de l'Institut national de veille sanitaire dénombre 19 ESPT dans une population de 45 545 hommes, et de 23 pour une population de

35 533 femmes en 2012, soit des prévalences respectives de 0,04 % et 0,06 % (Khireddine et al, 2015). Ces chiffres doivent probablement être revus à la hausse pour tenir compte d'éventuels diagnostics apparentés ou d'un phénomène de sous-déclaration ; ils peuvent par exemple être mis en regard des 530 décès dus au travail et 281 accidents de trajet mortels survenus en 2014, ou encore au nombre des suicides et tentatives de suicide sur le lieu de travail. (Tarquinio et Montel, 2014).

12. Stress et trauma

En 1980, la nosographie américaine DSM (Diagnostics and Statistical Manual of Mental Disorders), qui se revendique athéorique, a proposé le verbe « névrose traumatique » des nosographies européennes, récusé à cause de sa connotation freudienne.

Mais s'affranchir d'une 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, 2014, p.7).

13. La relation entre le stress et le traumatisme

Seuls les événements terrifiants peuvent être définis comme impliquant à la fois un stress et un traumatisme massif. C'est la force de cette composition qui produit un groupe distinct de symptômes et de dynamiques. Ainsi, la nature potentiellement létale de l'événement aboutit à une association de stress et le traumatisme particulièrement intense.

Néanmoins, le poids respectif de chacun des deux concepts nécessite une définition plus précise, tout comme l'évolution de leur lien. La formulation courante de la classification diagnostique d'état de stress post-traumatique pourrait être interprétée comme induisant une considération équivalente pour chacun des deux concepts, alors qu'historiquement le stress a été lesté d'une influence bien plus importante. Au niveau des critères de diagnostic, aucune indication ne nous est donnée sur les formes évolutives du trouble, si ce n'est que la persistance des symptômes conduit à une classification aiguë ou chronique. La question devient particulièrement épineuse du fait de la relation entre stress et traumatisme. En effet, celle-ci a été élargie par des cliniciens pour inclure non seulement les caractéristiques

Qualitatives de l'événement étiologique, mais également les séquelles psychologiques qu'il est susceptible de provoquer : symptômes de stress versus manifestations traumatiques. (Sadlier, 2001, p.31).

14. Prise en charge du stress post traumatique

Les Outils d'évaluation clinique et la prise en charge du TSPT

Il existe un grand nombre de guide d'entretien structuré et de questionnaires auto administrés pour le trouble de stress post-traumatique. Ces outils sont utilisés par les cliniciens et les spécialistes en traumatologie.

A titre d'exemple, mentionnons PCL-5, la Post Traumatic Checklist Scale qui est un auto-questionnaire à 20 items et correspondant aux symptômes du DSM V.

Le CAPS est un questionnaire de dépistage du TSPT administré par le clinicien, il a pour but d'évaluer et informer le clinicien de l'intensité des symptômes.

L'échelle de Davidson, est un auto-questionnaire, qui mesure la gravité et la fréquence des symptômes.

L'utilisation des outils d'évaluation permet de poser un diagnostic et assurer un suivi de l'évolution et de l'efficacité de la thérapie (Whitney, 2015).

14.1. Le débriefing psychologique

Le concept et la pratique de débriefing sont nés dans l'armée américaine pendant la seconde guerre mondiale. C'est une méthode de soin conçue pour les soins post-immédiats, et il se révèle une excellente introduction à une éventuelle psychothérapie à court, moyen ou long terme. Le débriefing consiste à offrir aux victimes l'occasion de parler du trauma dans le but précis de leur permettre d'élaborer sur l'événement et ainsi assimiler l'expérience traumatique, et de leur procurer de l'information pertinente sur les réactions de stress post traumatique afin d'aider ces personnes traumatisées à normaliser leur propres réactions, aussi à diminuer l'impact de l'événement traumatique, à prévenir le développement de désordres post traumatique, et à accélérer la réadaptation des victimes dont l'objectif est d'entraîner la verbalisation du trauma afin d'aider ces victimes à mettre des mots sur leurs vécus affectifs et cognitifs traumatiques.

Et enfin, on peut dire que, le débriefing était une technique de décharge émotionnelle dont le principal objectif est l'abréaction cathartique. (Annick, Gaillochon, et al, 2009, p.19).

14.2. L'eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)

Développé par Francine Shapiro en 1989 à Palo-Alto, aux Etats-Unis, *L'eye mouvement desensitization and reprocessing* (EMDR) est une technique thérapeutique de découverte fortuite, en effet, alors qu'elle est en proie à des difficultés personnelles, Les fondements

théoriques de l'EMDR reposent sur la capacité du psychisme à métaboliser la majorité des vécus traumatiques. Shapiro découvre l'effet thérapeutique d'un mouvement alternatif des yeux sur la qualité affective de ses souvenirs. Le principe de cette thérapie consiste en une exposition en imagination de tout en partie du trauma, pendant laquelle le patient suit des yeux un mouvement rapide de va-et-vient de la main du thérapeute qui sera répété jusqu'à l'obtention d'une diminution de l'anxiété du sujet sur un thème choisi de l'événement traumatique. (L.Crocq, et al, 2007, p.159).

14.3. Psychothérapies cognitivo-comportementales

Les principes des thérapies cognitives et comportementales sont clairement codifiés, ils s'articulent autour de quatre phases : évocation et description de l'expérience traumatique, apprentissage de techniques de relaxation, travail sur les capacités à communiquer sur l'expérience traumatique et, enfin, approche de la dimension cognitive du traumatisme (le traitement cérébral de l'information).

Elles sont réputées dans le traitement de l'ESPT constitué car elles ont pu être évaluées au moyen d'études contrôlées qui montrent leurs effets sur l'atténuation des symptômes. (Clercq et Lebigot, 2001, p.262).

14.4. Les thérapies comportementales

Les thérapies d'expositions sont basées sur les théories du conditionnement (conditionnement d'apprentissage et conditionnement d'extinction). Cette thérapie consiste, par une exposition contrôlée, à réactiver l'émotion de peur chez la personne traumatisée, de façon à pouvoir intégrer des informations correctives. Les deux techniques d'expositions utilisées sont l'exposition imaginaire et l'exposition réelle. La diminution de l'émotion de peur au fil des expositions permettrait également de modifier le sens de l'événement traumatique dans le souvenir. Le but de cette thérapie est de permettre un traitement émotionnel du traumatisme afin de diminuer la souffrance liée à son évocation. (Cottaut J, 2001, p.160).

14.5. Les thérapies cognitives

Les thérapies cognitives sont basées sur les théories de l'interprétation et le traitement des informations qui concernent l'événement et les théories des schémas. Ainsi, l'anxiété serait due à un mauvais traitement de l'information, où l'environnement est perçu comme menaçant. Et les comportements, les émotions et les pensées seraient interdépendants. En agissant sur les cognitions, il serait possible de modifier émotions et comportements. Le thérapeute approche les schémas de croyance de la personne (sur elle-même, sur le monde et

sur l'événement traumatique) et l'aide à modifier, restructurer les cognitions négatives en les reformulant. (Cottaut, 2001, p.162).

14.6. Pharmacothérapie

Les anxiolytiques de type benzodiazépines sont très conseillées dans certains symptômes de stress post-traumatique notamment les troubles de sommeil, reviviscence et l'hyperactivité neurovégétative les plus fréquents le diazépam (valium) est anxiolytique très efficace. (Vaiva et al. 2005, p.70).

Les médicaments qui ont fait la preuve d'un effet sur les ESPT sont essentiellement les antidépresseurs, à savoir les imipraminiques, les IMAO, et très spécifiquement les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine ISRS comme fluxétine (prozac), paroxétine (deroxat) sont très conseillés dans les symptômes comme les difficultés de concentration, culpabilité, hyper-vigilance. (Clercq et Lebigot, 2001, p.299).

Synthèse

Pour conclure, on peut dire que le stress post traumatique est un véritable problème de santé publique et l'un des sujets les plus complexes. Ce dernier, est un événement violent et imprévu, qui influence sur l'état psychique et qui agresse brutalement l'intégrité physique de ces victimes. Et pour cela il faut une intervention interdisciplinaire pour une meilleure prise en charge afin de minimiser la souffrance de ses derniers.

Chapitre III

Le coping et les stratégies de coping

Préambule

L'être humain au cours de sa vie, il rencontre des événements qui stressent, l'individu perçoit ces événements comme des menaces qui peuvent causer un déséquilibre émotionnel et des effets négatifs sur sa santé physique et psychique et aujourd'hui on ne peut pas parler de coping sans faire référence au stress et au trauma.

Dans ce chapitre on va aborder l'histoire puis la définition de coping, les différents modèles de coping et aussi le coping et mécanisme de défense, l'efficacité, coping et stress. Ensuite l'évaluation du coping et les stratégies des sapeurs-pompiers. Enfin on terminera par une synthèse de ce chapitre.

1. Historique du coping :

Historiquement, la notion de coping est affiliée à celle de mécanisme de défense, développée depuis la fin du XIX^e siècle par la psychanalyse et à celle d'adaptation, développée depuis la seconde moitié du XIX^e siècle et commune à la biologie, l'étiologie et à la psychologie animale, dont la perspective évolutionniste de Darwin particulier. (Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2002, p.472)

On a tout d'abord parlé des mécanismes de défenses « adaptée » en tant qu'activités de coping (Alker, 1968), mais au fur et à mesure que le coping est devenu une notion en soi, étudiée à part, la formulation s'est modifiée, ce changement s'est notamment opéré quand l'étude des stratégies adaptatives a commencé à s'intéresser aux stratégies conscientes utilisées pour faire face aux situations difficiles. Ces stratégies étaient définies dans la littérature en tant que réponses de coping. (Chabrol et al, 2004)

Le concept coping prend aussi sa source dans les théories relatives à l'adaptation et à l'évolution des espèces. L'individu disposerait d'un répertoire de réponses (innées et acquises) lui permettant de survivre face à diverses menaces vitales : attaquer ou fuir, notamment lorsqu'il est confronté à un adversaire ou à une situation dangereuse le coping et le stress sont considérés comme faisant partie intégrante des processus d'adaptation élaborés face aux difficultés de vie. (Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2002, p.473)

2. Définition des concepts

- **Stratégie** : Coordination planifiée des moyens pour atteindre un but, les moyens étant en psychologie les connaissances, les opérations cognitives, les actions.

Le concept de stratégie est fondamental en psychologie cognitive car il permet d'interpréter les régularités comportementales observées comme des manifestations de l'activité organisatrice et de l'autonomie d'un système et non comme le reflet des régularités de l'environnement. Son usage s'est

d'abord manifesté dans l'étude des décisions sous risque, puis dans celle du test d'hypothèse avant de se généraliser dans celle de la résolution de problème. (Henriette, B et al, 1999, p.845)

Erreur ! Référence de lien hypertexte non valide.

- **Coping** : Processus actif par lequel l'individu, par l'auto appréciation de ses propres capacités, de ses motivations, fait face à la vie et notamment à une situation stressante et réussit à la maîtriser. (Henriette, B et al, 1999, p.205)

Le concept coping Étymologiquement issu du verbe anglais to cop (faire face), le coping se réfère aux efforts comportementaux du sujet pour faire face aux situations stressantes. Il comprend donc l'ensemble des stratégies actives utilisées par un individu pour aménager (réduire, minimiser, contrôler, dominer, ou tolérer) la demande interne ou externe issue de la transaction sujet-environnement, évaluée comme dépassant ses propres ressources.

Les modes de coping mis en jeu sont fortement liés au contexte, et sont donc influencés par l'évaluation de la demande situationnelle et par les ressources pour y faire face. (Camilo, Ch., 2020, p. 58)

3. Les différents modèles de coping

Selon Lazarus et ses collègues (1978 ,1984), le coping a deux fonction principale :il peut permette de modifier le problème qui est à l'origine du stress ,il peut permettre de réguler les repenses cognitive et émotionnelle associer à ce problème et donc de se modifier soi-même .Quelles que soient ses fonctions, le coping peut prendre des forme différents :cognition, émotion ou comportement .une stratégie centrée sur le problème ne s'exprime pas forcément par un comportement et une stratégie centrée sur l'émotion ne s'exprimera pas forcément par une émotion.

3.1.Le coping centré sur le problème

Cette stratégie vise à réduire les exigences de la situation et/ou à augmenter ses propres ressources pour mieux y faire face. La vie quotidienne fournit de nombreux exemple de ce type de coping, comme : négocier un délai pour payer ses factures, rechercher un emploi mieux rétribué, consulter un médecin, augmenter ses connaissances dans certains domaines, construire un planning, rechercher des informations, etc. le coping centré sur le problème comprend deux dimensions plus spécifique, la résolution du problème(recherche d'informations ,élaboration de plans d'action) et l'affrontement de la situation (efforts et actions directs pour modifier le problème) .certains auteurs

le dénomment coping vigilant (Suls et Fletcher, 1985), d'autres l'appellent coping « actif » ou « direct ». (Bruchon-Schweitzer, M et Boujut, E, 2002, p. 478).

3.2. Le coping centré sur l'émotion

Il comprend les diverses tentatives de l'individu pour régler les tensions émotionnelles induites par la situation. La gestion des émotions peut se faire de diverses façons (émotionnelles, physiologique, cognitive, comportementale). Il existe beaucoup de réponses appartenant à cette catégorie. On appelle régulation émotionnelle : les tentatives des individus pour réduire les émotions désagréables (Gross., 2007).

3.3. Le coping centré sur le soutien social

Ce type de stratégies de coping a pour objectif d'obtenir l'aide d'autrui que ce soit pour résoudre directement le problème et/ou pour soulager ou changer l'état émotionnel (Delelis et al, 2011).

L'individu peut rechercher des conseils pour régler la situation où il peut en discuter pour avoir plus d'informations sur la situation. Il peut également se confier à quelqu'un sur ses sentiments afin d'obtenir la compréhension et l'empathie de l'autre et de ne pas s'isoler.

Ce type de coping est généralement considéré comme un coping adapté et actif (Lee et al, 2011).

En résumé, on comprend lorsque le sujet se trouve devant une situation stressante il fait face à cette situation, en employant soit des stratégies centrées sur le problème, ou centrées sur l'émotion ou la recherche de soutien sociale.

4. Coping et mécanisme de défense

Définition des mécanismes de défense : Il existe de nombreuses définitions des mécanismes de défense correspondant à des conceptions de cette notion parfois forte éloignée les unes des autres. S. Ionescu et coll. dans leur ouvrage de 1997 en retiennent neuf principales. La définition générale synthétique qu'ils proposent est la suivante : « processus psychiques inconscients visant à réduire ou à annuler les effets désagréables des dangers réels ou imaginaires, en remaniant les réalités internes et/ou externes et dont les manifestations – comportements, idées ou affects – peuvent être inconscientes ou conscientes. » Cette définition met l'accent sur l'origine inconsciente des défenses susceptibles de donner lieu à des dérivés conscients qui peuvent être évalués cliniquement.

Notre résilience, notre capacité à faire face aux tensions, aux conflits, aux dangers perçus à l'intérieur de nous ou dans le monde extérieur, mobilise deux types d'opérations mentales : les mécanismes de défense et les processus de coping. Les notions de défense et le coping ont connu un développement parallèle dans des approches théoriques différentes (approches cognitives et comportementales) pour le coping et psychanalytique pour la défense. (Chabrol, 2004)

Cependant, les mécanismes de défense sont des opérations mentales involontaires et inconscientes qui contribuent à atténuer les tensions internes et externes, les sujets pouvant au mieux percevoir les résultats de leurs interventions et s'en étonner éventuellement. Au contraire, les processus de coping sont des opérations mentales volontaires par les quelle le sujet choisi délibérément une réponse à un problème interne et/ou externe. Ensuite, défense et coping coexistent en chacun de nous.

L'opposition entre défense qui serait pathologique et le coping qui serait adaptatif est maintenant dépassée. Défense et coping peuvent être des processus adaptatifs ou mal adaptatifs. Ce caractère fonctionnel ou dysfonctionnel dépend à la fois du type de défense ou de coping, de l'intensité et de la durée de sa mise en jeu, mais aussi du contexte interne et externe de leur mobilisation et des interactions éventuelles entre défense et coping. (Chabrol, 2005)

Enfin, défense et coping contribuent ensemble à notre adaptation à la difficulté de la vie quotidien, est à surmonter les situations difficiles de la vie ou aux traumatismes.

5. L'efficacité du coping

La notion d'efficacité désigne l'impact psychosocial du coping, c'est-à-dire les conséquences sur la façon dont un individu agit sur la situation et les effets sur son bien-être physique et psychologique.

Sur un plan général, les études montrent tout d'abord qu'il est préférable d'utiliser une stratégie de coping quelle qu'elle soit plutôt que de ne rien entreprendre (Suls et Fletcher, 1985)

Ensuite, il apparaît que l'efficacité d'une stratégie de coping n'est pas automatique : celle –ci ne dépend pas uniquement du type ressource mise en œuvre, mais également de variable contextuelle qui peuvent la freiner ou l'empêcher.

Enfin, une stratégie de coping n'a pas la même efficacité selon qu'il s'agit de la santé physique ou de l'état émotionnel.

Les recherches portant sur l'évaluation comparative de l'efficacité ont retenu deux grands types de coping : centré sur le problème et centré sur l'émotion. Les stratégies centrées sur le problème semblent plus efficaces alors que celles centrées sur l'émotion paraissent plus dysfonctionnelle et plus négatives. (Gustave-Nicolas et al, 2014, p.124).

6. Stratégies de coping et stress

Folkmane et Lazarus (1980) ont d'abord identifié deux fonctions aux stratégies de coping : l'une centrée sur le problème et l'autre centrée sur l'émotion puis, le nombre de stratégies de coping n'a cessé d'augmenter dans la littérature. Des études ont montré que le coping actif et le coping centrée sur la recherche de solutions étaient négativement liés au problèmes de santé, au symptômes dépressifs tandis que les copings passif ou centrés sur l'émotion étaient associés positivement à la

dépression et aux problèmes de santé (Folkman et Lazarus, Gruen et Delongis, 1986 ; Bruchon-Schweitzer, 2002) Aujourd'hui, un consensus existe sur le fait que les stratégies de coping sont multifonctionnelles et dépendent du contexte professionnel concerné (Folkman et Lazarus, Gruen et Delongis, 1968).

La valeur adaptative du processus de coping du contexte. Le coping centré sur la recherche de solution au problème peut être inadapté si la personne persiste dans des circonstances où rien ne peut modifier le résultat (Folkman et Lazarus, 1988, p.473).

Dans le cadre d'un paradigme de la promotion de la santé une stratégie de coping est évaluée comme fonctionnelle ou dysfonctionnelle selon son effet positif ou négatif sur la santé (Elisabeth, 2019, p.85)

7. L'évaluation du coping

Mesurer le coping demeure une ambition en grande partie non réalisée par la recherche. Même si les définitions du coping ont été précisées, leur diversité la mesure des stratégies du coping. Si l'on ajoute toutes les autres variables qui interviennent dans les modèles proposés, l'évaluation du coping devient encore plus compliquée. Les divers outils, souvent d'orientations différentes, n'arrivent pas encore à mesurer le coping, ni de manière satisfaisante, ni de manière uniforme.

L'évaluation de coping est devenue en soi un domaine à part dans la littérature. Nous avons vu que l'évaluation de mécanismes de défense pouvait s'effectuer de questionnaires, de tests projectifs et d'autres moyens. Ce n'est pas le cas pour le coping, car ce concept étant élaboré en tant que fond théorique, il ne peut être cerné qu'à partir d'un questionnement de personne observée, qui s'effectue le plus souvent à l'aide d'un questionnaire. De nombreux instruments ont été mis au point pour évaluer les stratégies de coping selon les différentes dimensions de coping considérées, les conceptions de celui-ci (trait ou état) ou encore selon la diversité de recherches menées dans des domaines de vie variés en termes de populations cibles et de situations étudiées. La majorité des méthodes d'évaluation du coping sont basées sur le rapport verbal (Beehr & McGrath, 1996 ; Parker & Endler, 1992, 1996). Dans ce type d'instruments, il est généralement demandé aux individus soit de répondre par oui ou par non pour dire s'ils utiliseraient telle ou telle stratégie, soit d'indiquer sur une échelle de Likert 1 combien il est probable qu'ils y aient recours, soit de sélectionner parmi un répertoire de stratégies celles qu'ils ont utilisées ou seraient susceptibles d'utiliser (Parker et Endler, 1992).

Ces instruments permettent de mesurer des dimensions de coping variées, soit relativement à une situation de stress spécifique, soit en termes de disposition ou de style (De Ridder, 1997 ; Parker & Endler, 1992). Le contenu des items ou la stratégie de coping à laquelle ils font référence est la

même dans les deux cas, mais la formulation des items varie. Dans l'évaluation d'un style de coping les items portent sur la façon qu'a une personne de faire face en général à des situations stressantes, tandis que dans l'étude du coping relativement à une situation spécifique, les items portent exclusivement sur la façon qu'a eu, ou qu'aurait la personne de gérer cette situation particulière. (Chabrol et Callahan, 2004, p.208).

8. Stratégies d'adaptation :

Il existe des variables médiatrices dans le lien stress-détresse. Sous cet angle, les stratégies d'adaptation semblent être une variable intermédiaire importante à considérer. Bowman et Stern (1995) et Dion (1989), entre autres, précisent l'importance de l'évaluation cognitive des situations stressantes dans la détermination du choix et de l'efficacité des mécanismes de coping. Afin de comprendre davantage le stress psychologique de Lazarus lié à l'évaluation cognitive et aux stratégies d'adaptation, Gélinas (1988) apporte une description qui correspond bien à l'essence de cette recherche : Dans un premier temps, une personne évalue une situation : si elle anticipe une confrontation avec un stimulus potentiellement dangereux, elle évalue ses ressources et les façons d'y faire face. Si cette évaluation lui est défavorable, et qu'elle anticipe une perte, une lésion et qu'elle se sent menacée, elle éprouve alors une expérience de stress et des stratégies (coping) peuvent être exercées. Le « coping » est une tentative d'élimination ou de réduction du stress. Il existe donc dans la conception du stress de Lazarus, la notion implicite de menace ou plus précisément, la perception subjective de menace. Les comportements qui en résultent doivent être interprétés comme des tentatives visant à restaurer l'équilibre (homéostasie psychologique) de l'organisme. En d'autres termes, la fonction « tension » n'est pas exclusivement dépendante des conditions antérieures au sujet, mais fortement qualifiée par le vécu intrapsychique. (Beaulieu, 2003 p.25)

Synthèse

Nous avons vu que certains auteurs ont considéré le coping comme une caractéristique dit positionnelle. En effet, les recherches ont révélé que face à différents types de situation, au regard de tout ce qui précède, tout à fait partielle. Les stratégies de coping sont aussi partiellement déterminées par les caractéristiques (rebelles et perçues) des situations affrontées. Beaucoup de travail reste à faire pour mieux comprendre dans quelle mesure les réponses de coping sont déterminées par la façon dont le sujet évalue la situation stressante et traumatique.

Problématique et hypothèses

Tout être humain est exposé à une maladie qu'elle que soit son sexe, son âge et son niveau économique, car dans ce cas y'a compris de différence entre un riche et un pauvre. Une maladie fait partie de la vie de tous les individus, personne n'est à l'abri de se confronter à une maladie que soit son degré, qui peut être passagère ou chronique.

La santé est un état de bon fonctionnement de l'organisme, selon la définition de l'organisation mondiale de la santé OMS (1998), elle se caractérise par un état de complet, de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

La maladie est une altération de la sante d'un être vivant, toute maladie se définit par une cause, des symptômes, des signes clinique et par-aclinique, une évaluation et un traitement. (Ybert et al, 2001, p.559).

La plupart d'entre nous avons déjà vécu des expériences effrayante. Souvent, nous y repensons longtemps après l'évènement. Chez certaines personnes, ces pensées ou ces images pénibles persistent, et s'accompagnent d'autres symptômes, comme un fort sentiment de danger, l'impression d'être engourdi émotionnellement et l'irritabilité. Si ces réaction se produisent fréquemment, pendant au moins un mois, et perturbent le fonctionnement quotidien, la personne qui réagit ainsi est peut-être en état de stress post-traumatique.

L'état de stress post-traumatique est un état se caractérisant par le développement des symptômes spécifiques faisant suite à l'exposition à un évènement traumatisant tel que la menace de mort. Cet état entrain une souffrance cliniquement significative voire une altération du fonctionnement social ou professionnel.

Ce trouble est définit comme suite l'état de stress post traumatique (PTSD), survient après un événement traumatique à propos duquel l'individu croit qu'il a été en danger physique pour sa vie. Il peut survenir aussi après avoir été témoin d'un événement traumatique survenu à quelqu'un ou sont arrivés à un membre de la famille proche ou un ami proche. Ce trouble débute généralement peu après l'évènement traumatique bien que dans certains, le début peut tarder des mois et des années avant son apparition. (DSM 5, 2015, p.320).

Ce traumatisme psychique est un dommage de la structure ou du fonctionnement du corps ou du psychisme. Il peut être dû à un agent ou à une force extérieure, de nature physique ou chimique. Il est donc à ce titre la conséquence d'un trauma, qui est introduit pour

la première fois par le psychiatre allemand Herman Oppenheim en 1884, il considérait que l'agent traumatisant provoque une réaction d'effroi qui induirait un ébranlement psychique ou affectif.

TSPT est défini comme ici un trouble réactionnel qui peut apparaître à la suite d'un événement traumatique. Un événement est dit « traumatique » lorsqu'une personne est confrontée à la mort, à la peur de mourir ou lorsque son intégrité physique ou celle d'une autre personne a pu être menacée. Cet événement doit également provoquer une peur intense, un sentiment d'impuissance ou un sentiment d'horreur. (Brunet, 2013, p.1).

Présentement, on distingue sept principaux critères dans le DSM 5 afin de diagnostiquer un état de stress post-traumatique, c'est-à-dire l'exposition à la mort, la présence de symptômes intrusifs, l'évitement, les perturbations sur les cognitions et l'humeur, les changements dans l'excitation et la réactivité, la durée de la perturbation et l'altération du fonctionnement social, professionnel ou familial (ACC, 2016). Ces critères tiennent compte des symptômes qui apparaissent chez une personne qui est témoin d'un événement de stress traumatique extrême (Isabelle, 2000). Certains aspects traumatisants auraient une incidence sur l'apparition des symptômes, tels que l'horreur, l'imprévisibilité et l'incontrôlabilité (ACC, 2016) ici même si la définition précise du trouble de stress post-traumatique est contestée, la plupart des descriptions s'entendent généralement sur le fait qu'il y a une réponse, d'ordinaire différée, à un événement ou à une série d'événements.

Les traumatismes psychiques ont d'abord été étudiés chez les soldats, puis chez les victimes de guerre ou de terrorisme. Les conséquences, à terme de ces traumatismes, peuvent être très importantes sur le plan clinique. La réaction du sujet à l'événement se traduit par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. La personne peut alors subir durant plus d'un mois des symptômes d'intrusion (souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse). Des symptômes d'évitement et d'émoussement (effort pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme) et des symptômes neurovégétatifs irritabilité ou accès de colère, hyper vigilance, difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu.

L'opérationnalisation du concept sapeur-pompier

La protection civile, Combattre les incendies, Interventions en milieu public, Urgence, Sauvetage. Accidents de la route.

Les raisons qui expliquent pourquoi certaines personnes développent un TSPT plus que d'autres ne sont pas clairement définies. Bien que la gravité du traumatisme et le nombre

d'événements traumatisants vécus constituent des facteurs de risque importants, bien qu'ils ne soient pas les seuls facteurs ayant une influence sur le développement d'un syndrome de stress post-traumatique, les raisons de l'apparition du problème ne sont pas encore claires de nos jours. Les facteurs de risque génétiques, les événements stressants antérieurs (traumatismes dans l'enfance, en particulier traumatismes sexuels précoces), la présence d'autres problèmes psychologiques ou psychiatriques, l'utilisation de drogues et le support social interviennent, mais la majorité des études démontrent que les déterminants principaux du TSPT sont liés à l'événement traumatique lui-même, et ce par sa proximité, son intensité et sa durée (Weber, 2008) (Cité par Collin, 2010, p.33).

En 2019, Fraysse a réalisé une étude quantitative sur la prévalence d'ESPT chez les pompiers de Marseille. Son objectif était d'établir la prévalence de L'ESPT chez sauveteurs afin d'adaptation à risque «cette étude est réalisée à l'aide de l'auto-questionnaire pcl5. retrouve une prévalence de 4.49 % d'ESPT dans un échantillon de 536 marins pompiers (Fraysse, 2019 p.14).

Les résultats de cette étude montrent l'existence d'un ESPT chez les pompiers, que leur travail et différents événements qu'ils rencontrent pendant leur intervention sur le terrain, peuvent provoquer des répercussions et des conséquences peuvent et des conséquences sur leur santé psychologique.

Dans le contexte du traumatisme psychique, l'utilisation d'une thérapie comportementale cognitive permet de mieux comprendre notre sujet de recherche puisque elle permet d'intégrer plusieurs approches explicatives de la psycho-traumatisme, et enfin d'évaluer l'impact traumatique de travail chez les pompiers, ainsi pour vérifier nos hypothèses de recherche nous avons choisi d'adopter une méthode descriptive accompagnée d'un questionnaire « PCL5 » plus l'entretien clinique semi directif.

A la suite de tout cette articulation mène sur notre thème intitulé « le stress post-traumatique et les stratégies de coping chez les pompiers » nos question et hypothèse de recherche sont formulées comme suit :

Question générale :

- Quelle est la nature du vécu du métier de sapeur-pompier ?

Question partielles :

- 1/ existe-t-il un stress post – traumatique chez le sapeur - pompier ?
- 2/ quel est le type de stratégie de coping mobilisé par le sapeur pompier ?

Hypothèse générale :

- La nature du vécu du métier de sapeur-pompier est mauvaise.

Hypothèse partielle :

- oui, il existe un stress post- traumatique chez le sapeur-pompier.
- le type de stratégie de coping mobilisé par le sapeur-pompier, centré sur l'émotion.

Parti Pratique

Chapitre IV

Méthodologie de Recherche

Préambule :

Après la présentation de la partie théorique de notre recherche, celle-ci doit être complétée par la partie pratique où nous allons exposer en premier lieu le chapitre de la méthodologie.

La méthodologie est primordiale pour tout projet de recherche dans toutes les disciplines. Comme la poursuite d'une méthodologie est indispensable pour un chercheur afin de bien conduire son étude, nous avons choisi de faire un entretien clinique suivi par un test d'observation.

Dans ce chapitre, nous allons présenter l'allure qu'a prise notre travail de recherche. Nous allons présenter notre pré-enquête, nous évoquerons le déroulement de l'enquête, ensuite nous allons définir la méthode utilisée, présenter le lieu de notre recherche et les critères de choix de notre population d'étude. Par la suite, nous présenterons les outils utilisés ; l'entretien clinique de recherche qui nous a permis le recueil de différentes informations concernant le patient, ainsi le test PCL5 afin de vérifier nos hypothèses

1. Pré enquête :

« La pré-enquête est une phase de terrain assez précoce dans les buts essentiels sont d'aider à constituer une problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses qui sont valides, fiable, renseignées, argumenter et justifiées. De même, la pré-enquête permet de fixer, en meilleure connaissance de cause, les objectifs précis, aussi bien finaux que partiels, que le chercheur aura réalisés pour vérifier ses hypothèses ». (Aktouf, 1987, p.102).

« La pré-enquête est une étape très importante dans la recherche. Elle consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments prévus pour effectuer l'enquête. Si on a des doutes sur telle ou telle variable, ou sur le rendement de telle technique, on peut explorer de façon limitée le problème à étudier, avant même de préciser définitivement ses objectifs » (Grawitz, 2001, p.550).

De ce fait « la pré-enquête est la phase d'opérationnalisation de la recherche théorique. Cette phase comporte une observation préliminaire menée auprès de la population d'enquête et réalisée à l'aide d'entretiens généralement peu directifs, c'est la première approche du terrain à partir de laquelle il sera possible de reformuler les hypothèses cherchées et analyser les indicateurs » (Blanchet et Gotman, 2007, p.17)

Cette première investigation est une étape primordiale dans toute recherche scientifique. La pré-enquête est une phase exploratoire qui nous a permis de collecter des données sur notre problématique et hypothèses. Elle nous a permis aussi de s'informer, et nous à orienter à suivre des méthodes et des techniques qui sont plus adéquates à notre thème de recherche.

On a débuté notre pré-enquête au début de mois de janvier. Celle-ci nous a permis d'avoir le contact avec notre terrain de recherche. Nous avons effectué des lectures et des recherches bibliographiques sur le sujet de coping et ses stratégies

Pour cette recherche, nous avons effectué un travail de pré-enquête auprès de 3 sujets à partir de question ouvert afin de recueillir leurs discours sur le thème de notre recherche d'une manière générale, et d'organiser en suite un guide d'entretien. La pré-enquête s'est déroulée durant 30 minutes pour une rencontre avec chaque sujet. La pré-enquête s'est déroulée dans un bureau pour nous permettre de travailler dans de bonnes conditions. Après une analyse de nature qualitative de données obtenues nous avons pu dégager les questions à poser et identifier les indicateurs pour réaliser notre recherche.

Ensuite nous avons réalisé au sein de l'unité principale de protection civile de wilaya de Bejaia, Nous nous sommes présentés à l'unité en tant qu'étudiant en Master 2 psychologie clinique, après avoir eu l'accord du chef de bureau de formation à qui nous avons exposés notre thème de recherche. Ce qui nous a permis d'avoir le contact avec notre terrain d'enquête. Nous avons aussi discuté avec la psychologue de l'unité sur le thème et la disponibilité des sujets afin d'entamer une recherche plus approfondie et plus détaillée. Ceci nous a permis de faire des rencontres avec la population de recherche et recueillir un maximum d'information.

Après avoir accompli notre pré-enquête, nous avons pu préciser les questions de notre problématique et nos hypothèses, nous avons aussi construit notre guide d'entretien.

2. L'enquête

« L'enquête, c'est la phase de vérification systématique des hypothèses. Elle comporte la collecte des données, le traitement des données et l'analyse des résultats ». (Blanchet et Gotman, 2007, pp.24-25).

« Elle consiste à poser des questions à un vaste échantillon de personnes à propos de leur comportement ou de leurs opinions en utilisant des questionnaires ou des interviews » (Chahraoui et Bénony, 2003, pp.131-132).

Notre enquête s'est déroulée à l'unité de protection civile de wilaya de Bejaia à partir de 12 avril 2021 au 31 mai 2021 deux jours par semaine. Notre recherche est construite de dix (10) cas.

Tout d'abord, nous avons rencontré nos sujets de recherche, par la suite, tous étaient coopératifs, nos sujets de recherche ont été disposés à participer dans la recherche on a eu leur

consentement facilement, ensuite, on leur a expliqué que tout ce qu'ils nous diront restera confidentielle dans l'anonymat et que c'est seulement dans le but de la recherche.

En outre, en raison des difficultés rencontrées nous avons fait passer l'outil de recherche en même temps pour chaque cas.

2.1. Présentation du lieu de la recherche

Nous avons effectué notre recherche en psychologie clinique dans l'unité principale de protection civile située dans la wilaya de Bejaia. La wilaya de Bejaia est dotée d'une unité principale qui est située au niveau des quatre chemins, à proximité de la gare routière, d'une unité marine située près du port de Bejaia et de plusieurs autres unités secondaires réparties dans différentes communes de la wilaya de Bejaia. L'effectif des pompiers est de 1 135 pompiers dans toutes les unités de la wilaya dont 333 dans l'unité principale et 49 dans l'unité marine.

2.2. Groupe de recherche

Notre recherche s'est effectuée auprès des agents de la protection civile de Bejaia. Notre groupe de recherche est composé de 5 pompiers qui sont tous du même sexe, d'une catégorie d'âge différent, qui ont des grades différents et une expérience qui diffère d'un pompier à un autre.

2.2.1. Critères d'inclusion

- Les sujets du sexe masculin.
- Les sujets qui ont déjà intervenu lors d'un incident. C'est-à-dire il on fait des interventions sur le terrain direction car ils sont exposés à des événements traumatogènes.
- Les sujets expérimentés car à partir d'une année le sapeur-pompier commence à appliquer les consignes acquises dans l'apprentissage.

2.2.2. Critères d'exclusion

- Les sujets du sexe féminin puisque dans la wilaya de Bejaia les femmes pompières n'interviennent pas sur le terrain.
- Les pompiers qui travaillent dans la direction puisqu'ils n'interviennent pas sur le terrain et ne sont pas exposés à des événements traumatogènes.
- Les sapeurs-pompiers qui ont moins d'une année d'expérience sur le terrain car les nouveaux ne font qu'observer dans les interventions et sont guidés par leur supérieur.

2.2.3. Caractéristique du groupe de recherche

Le tableau suivant présente notre groupe de recherche ainsi que leurs caractéristiques :

Tableau : Caractéristiques du groupe de recherche.

N°	Cas	Age	Situation matrimoniale	Années d'expérience	Grade
01	Farid	52 ans	Marié	27 ans	sergent
02	Salah	30 ans	Célibataire	8 ans	agent
03	Mahmoud	30 ans	Célibataire	7 ans	agent
04	Cherif	29 ans	Célibataire	9 ans	agent
05	Bachir	29 ans	Célibataire	7 ans	agent

A partir de ce tableau ci-dessus, on peut remarquer que les sujets de recherche, ils sont entre 29ans et 52ans, la majorité son célibataire avec un grade d'agent à l'exception de Farid qui est marié et sergent.

3. La méthode de recherche

Le choix de la méthode de recherche dépend de la nature de la recherche. Dans les domaines des sciences sociales notamment dans le domaine de la psychologie, l'utilisation de méthode et la technique adéquate au thème et au terrain sont indispensables, afin de répondre à la problématique posée, vérifier les hypothèses pour effectuer notre recherche, nous avons retenu la méthode clinique qui est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes des sujets souffrants et qui doit se centrer sur l'étude de cas. Une méthode qui va nous permettre de décrire, de comprendre, et d'observer la conduite de nos sujets de recherche et surtout à les étudier de manière singulière. De ce fait, elle nous permettra de décrire et d'évaluer le stress post-traumatique chez les sapeurs-pompiers et d'identifier le type de stratégies de coping mobilisé pour faire face à leurs difficultés.

La méthode clinique envisage « la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, cherche à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits » (Chahraoui, Bényon, 2003, p.11)

La méthode clinique « est une méthode historique .Son concept repose sur le fait d'essayer d'obtenir des données qui concernent des événements passés au lieu des données qui concernent un problème actuelle a lueur de ses antécédents historique ou passés .Cela tend à reprendre a la question ,pourquoi suis-je aujourd'hui ce que je suis, à savoir finalement le fruit de mon passé .Et l'objectif

de la recherche clinique est d'accroître les connaissances que l'on a d'un individu et de comprendre les changements qui surviennent chez lui et aussi d'acquérir beaucoup d'information à son sujet » (Fernandez et Pedinielli, 2006, p.43).

De ce fait, cette méthode nous amène à des techniques de recueil des informations et nous permet une description, afin de reconstruire le phénomène étudié en rapprochant les données disponibles de manière à restituer l'image la plus complète possible du phénomène étudié à savoir le stress post-traumatique et les stratégies de coping chez les sapeurs-pompiers.

« La recherche en psychologie clinique fait principalement appel à la méthode descriptive (étude de cas, observation systémique ou naturaliste, méthode normative développementale, enquête). La recherche est exploratoire-descriptive. La découverte de facteurs consiste à décrire, nommer ou caractériser un phénomène, une situation ou un événement de sorte qu'il apparaisse familier. Le chercheur collecte les données en s'appuyant sur des observations, sur des interviews ou des questionnaires. Les informations collectées sur les caractéristiques d'une population particulière, sur l'expérience d'une personne, sur un groupe ou toute autre entité éducative ou sociale sont présentées sous la forme de mots, de nombres, de graphiques, d'énoncés descriptifs de relations entre des variables ». (Paul, 2015, p 25).

Notre recherche donc va adopter l'approche descriptive pour pouvoir décrire le stress post-traumatique chez les sapeurs-pompiers et décrire les différentes stratégies défensives employées par nos sujets pour faire face au stress post-traumatique causé par leur métier.

Dans notre recherche nous avons donc choisi d'adopter l'approche descriptive qui fait recourir à des techniques qualitatives pour étudier des faits particuliers et parmi ces techniques nous avons aussi choisi l'étude de cas.

L'étude de cas fait partie des méthodes descriptives et historiques. Elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe. L'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et le clinicien y fait souvent référence. Le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances du survenue actuelles et passées (historique du sujet, organisation de la personnalité, relation avec autrui, mécanisme de défense) L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques mais tente de restituer le problème d'un sujet dans un contexte de vie où sont pris en compte de différents niveaux d'observation et de compréhension. (Chahraoui, Bénény, 2003, p.126).

De plus « L'étude de cas peut faire l'objet d'une synthèse des éléments recueillis grâce aux outils traditionnels qu'utilise le psychologue dans sa pratique dite « armée » (Ionescu et Blanchet, 2013, p.54).

On a choisi la méthode de l'étude de cas, étant donné que chaque cas a son histoire qui se diffère de l'autre, ainsi nous voulons dégager pour chaque cas la source du stress post-traumatique et les stratégies de défense adapter.

4. Les outils de recherches

Chaque chercheur utilise des outils qui lui conviennent adéquat à son sujet de recherche. Dans cette étape, nous aborderons des outils que nous avons utilisés comme technique pour effectuer notre projet de recherche. Nous avons commencé par l'entretien clinique de recherche parce qu'il nous permet d'avoir un premier contact avec nos groupes de recherche et d'établir une relation de confiance avec eux, puis on est passé à la passation de l'échelle.

4.1. L'entretien clinique

L'entretien est l'outil le plus approprié qui nous a aidé à trouver les meilleures réponses à nos questions de recherche à analyser de la manière la plus pertinente nos hypothèses et pour collecter des données sur les sujets.

Selon Alain Blanchet et Anne Gotman, l'enquête par entretien est ainsi particulièrement pertinente lorsque l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, aux événements dont ils ont pu être les témoins actifs ; lorsque l'on veut mettre en évidence les systèmes de valeurs et les repères normatifs à partir desquels ils s'orientent et se déterminent. (Sauvayre, 2013, p.07).

Il existe plusieurs types de l'entretien : l'entretien directif, l'entretien non directif, l'entretien semi-directif. Nous avons opté pour l'entretien semi directif.

4.1.1. L'entretien semi directif

L'entretien clinique peut être défini en psychologie, comme l'entretien par lequel le psychologue est centré sur la dynamique de la vie psychique du sujet qu'il cherche à saisir à travers des données objective ainsi qu'en utilisant sa propre subjectivité comme instrument de compréhension en s'appuyant sur les phénomènes de résonance, d'empathie et d'intuition. Il met aussi en œuvre des interventions techniques spécifique pour comprendre et agir sur la vie psychique du sujet. (Bouvet, 2015, p.13)

Ce type d'entretien est approprié lorsque l'on souhaite approfondir un domaine spécifique et circonscrit, explorer des hypothèses sans qu'elles soient toutes définitives, et inviter l'enquêté à s'exprimer librement dans un cadre défini par l'enquêteur. La part de directivité de l'enquêteur est

moins forte que dans l'entretien directif, mais elle est plus présente que dans l'entretien libre. Ce type d'entretien a duré en moyenne entre 30 minutes et deux heures. (Sauvayme, 2013, p.09).

Notre choix s'est porté sur ce dernier qui nous a permis de poser des questions semi-directives bien précises sur chaque axe de notre guide d'entretien, car notre objectif de celui-ci est d'avoir des réponses approfondies et riches ce qui nous a permis de recueillir des informations sur le sujet lui-même et sa prise en charge orthophonique.

4.1.2. La présentation du guide d'entretien

Le guide d'entretien est défini comme étant un « ensemble organisé de fonctions, d'opération et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interview. Dans ce guide, le chercheur formule et prépare la consigne à l'avance, celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets, elle est généralement soigneusement préparée et le chercheur veille à ce que la formulation ne soit pas inductive. » (Chahraoui et Bénony, 2003, p.144).

Notre guide d'entretien comprend un ensemble de questions sur les informations personnelles du sujet et trois axes qui sont :

- Axe 1 : les informations sur la profession de sapeur pompiers.
- Axe 2 : les informations sur le stress post-traumatique.
- Axe 3 : information sur les stratégies de coping.

5. L'échelle PCL-5

5.1. Définition L'échelle PCL-5

L'échelle PCL-5 (Post-traumatique Stress Disorder Checklist, version) est un questionnaire auto-rapporté de 20 items cotés de 0 : « pas du tout » à 4 : « extrêmement ». Comparativement à la PCL-5, elle ajoute les questions suivantes : le fait de se faire des reproches, la tristesse de l'humeur et l'existence de comportement à risque. Le score minimal est plus intuitif à 0. Elle correspond aux quatre critères de symptômes pour l'ESPT en fonction du DSM-5. Le seuil de positivité nécessite d'autres recherches. La version anglaise est la seule version validée. Une étude canadienne montre que la version française a une bonne corrélation avec les échelles Impact of Event Scale (IES) et la PCL (80,81).

Cette échelle a été créée par WEATHERS et al en 2013 et traduite en français par DESBIENDRAS. C'est un questionnaire d'auto-évaluation de 20 items qui évalue les symptômes de l'ESPT selon les critères du DSM V. Cet instrument permet de dépister les individus avec un ESPT, d'établir un diagnostic provisoire d'ESPT et de pouvoir évaluer les changements

symptomatiques avant et après le traitement. Il existe plusieurs formats de la PCL5. La cotation des items va de 0 “pas du tout” à 4 “extrêmement”. Une valeur seuil de 38 suggère la présence d’un ESPT. Un diagnostic provisoire peut être obtenu en considérant tout item avec un score de 2 et plus comme étant présent.

Remarque : cette échelle (PCL-5) est la version actualisée et conforme aux critères diagnostiques du stress post-traumatique du DSM-V. La cotation ne se fait pas de la même façon que pour l’échelle PCL-S plus ancienne et basée sur le DSM-IV, puisqu’il n’y a plus 17 mais 20 questions. Cependant l’échelle PCL-S peut toujours être utilisée car il y a très peu de changements dans les critères diagnostiques de l’ESPT entre le DSM IV et le DSM V. (Sarra BOUANANI ,2019 -2020)

5.2. La cotation et l’interprétation du PCL-5

Les caractéristiques du cadre du répondant doivent être prises en compte lors de l'utilisation des scores de gravité PCL-5 pour établir un diagnostic provisoire. L'objectif de l'évaluation doit également être pris en compte. Un score de seuil inférieur doit être pris en compte lors du dépistage ou lorsqu'il est souhaitable de maximiser la détection des cas possibles. Un score seuil plus élevé doit être pris en compte lors de la tentative de poser un diagnostic provisoire ou de minimiser les faux positifs.

5.3. Mesurer le changement

De bons soins cliniques exigent que les cliniciens surveillent les progrès du patient. Les preuves du PCL pour le DSM-IV suggèrent qu'un changement de 5 à 10 points représente un changement fiable (c'est-à-dire un changement non dû au hasard) et qu'un changement de 10 à 20 points représente un changement cliniquement significatif. Par conséquent, il a été recommandé d'utiliser 5 points comme seuil minimum pour déterminer si un individu a répondu au traitement et 10 points comme seuil minimum pour déterminer si l'amélioration est cliniquement significative en utilisant le PCL pour le DSM-IV.

Les scores de changement pour PCL-5 sont en cours de détermination. On s'attend à ce que des changements fiables et cliniquement significatifs se situent dans une fourchette similaire. Nous vous recommandons de suivre les recommandations du DSM-IV jusqu'à ce que de nouvelles informations soient disponibles. (Blevins, Californie, Weathers, FW, Davis, MT, Witte, TK et Domino, JL (2015).

Au finale, l’objectif principal de notre choix des outils de recherche (l’entretien clinique semi-directive est l’échelle du PCL-5) c’est qu’ils conviennent à notre recherche. Car il nous a fourni

des indicateurs clinique et opérationnelle est nous a permis de répondre aux questions de notre problématique et vérifier nos hypothèses.

6. Déroulement de la recherche

6.1. Attitude du chercheur

« L'attitude de clinicien peut être comprise sous deux aspects : l'attitude Visible, comportementale et relationnelle qui permet de créer une relation de confiance au sein de laquelle le sujet se sent suffisamment bien pour qu'il puisse livrer et découvrir son intimité psychique et une attitude plutôt intérieure, une attitude mentale, intellectuelle, qui fait du psychologue un professionnel qui pense la situation clinique, construit des hypothèses cohérentes dans son référentiel théorico-clinique » (Bouvet, 2015, p.47)

Dans notre travail de recherche, on était très motivée dès le départ pour le réaliser, ce qui nous a permis d'adopter une attitude de l'empathie et de neutralité, tout en respectant le consentement de nos sujets à participer dans la recherche, ainsi leurs vies psychiques et la confidentialité des informations transmises. On était dans l'écoute attentive, on intervenait juste pour relancer et le respect total pour les moments de silence et les principes de la recherche.

6.2. Les difficultés de la recherche

On ce qui concerne le groupe de recherche, on a eu des difficultés par rapport au fait que ces sujets n'ont généralement pas tenu les journées et les horaires fixés à cause des imprévus qui les ont empêchés de respecter les rendez-vous fixés et la plupart d'eux ont trouvé l'entretien trop long, manque d'expérience dans l'unité de protection civile et la recherche et manque de temps pour consulter beaucoup de référence afin de faire une bonne interprétation.

6.3. Limite de recherche :

- Limite spatiale : unité principale de protection civile de la wilaya de Bejaia.
- Limite de temps : Du 12 Mars 2021 au 31 mai 2021.
- Limite de groupe : l'enquête s'est portée sur dix sapeurs-pompiers.
- Outils : Entretien de recherche semi-directif et une échelle complémentaire le PCL5.
- Approche : TCC.

Synthèse

Ce chapitre méthodologique nous a permis et nous a servi à avoir une bonne organisation de notre recherche et cela travers le respect de certaines règles et étape dans le déroulement et l'enchaînement de notre recherche pour arriver à des résultats qu'on peut analyser puis interpréter dans le but de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses émises au début de notre recherche.

Dans le chapitre IV, nous nous focaliseront sur les résultats issus de notre démarche, et leur analyse.

Analyse et discussion des hypothèses

Préambule

Nous arrivons au dernier chapitre, dans lequel nous allons présenter la partie proprement pratique de notre étude, qui s'intéresse particulièrement au stress post-traumatique et les stratégies de coping chez les sapeurs-pompiers. Celle-ci qui a été effectuée en nous référant à la méthode clinique, ainsi qu'aux différents outils que nous avons utilisé (entretien clinique semi directif, PCL5), qui tout au long de cette partie vont nous permettre de restituer l'interaction de différents niveaux pour saisir la vulnérabilité psychique : les dimensions singulières et subjectives.

En premier lieu, nous allons procéder à la présentation des cas et l'analyse des données de l'entretien semi-directif, suivit de l'interprétation des résultats de l'échelle (PCL5), proposée aux cas étudiés, ceux-ci qui différent dans le vécu, et qui peuvent rendre compte du vécu psychologique des sapeurs-pompiers, et cela en s'inspirant fortement du livre de

Chahraoui (2014), intitulé «*15 cas cliniques en psychopathologie du traumatisme* », car elle ouvre dans le domaine de la psychologie médicale, et du DSM-5 (2016), en raison que celles-ci se sont des références qui abordent et qui présentent des cas cliniques qui ont vécu une situation en rapport avec le traumatisme psychique, de ce fait, ces références vont nous permettre de mieux présenter et rapporter le vécu psychologique de nos sujets de recherche.

En deuxième lieu, nous allons discuter sur les résultats que nous avons trouvé, par rapport à nos hypothèses, soit en les confirmant ou les infirmant, tout en se basant sur l'approche adoptée (TCC).

1-Présentation et analyse des résultats

Cas 1 : M Farid

Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi-directif de M Farid

Après nous être présenté. M Farid qui était compréhensif et coopératif avec nous, on a pu lui poser les questions de notre guide d'entretien et récolter des informations, en vue de vérifier nos hypothèses.

M Farid est un homme, âgé de 52 ans, doté d'un niveau d'instruction terminal, marié et père de cinq enfants, deux filles et trois garçons, c'est un sapeur-pompier d'un grade sergent au sein de l'unité principale de protection civile de Bejaia.

L'entretien avec M Farid s'est déroulé en une séance dans le bureau de la psychologue pendant, la matinée après la fin du regroupement, nous étions face à un sujet calme, souriant, attentif et un peu timide mais il a l'air inquiet à cause de son état car, il n'arrête pas de toucher sa jambe droite.

Axe 1 : Informations sur la profession de sapeur-pompier

On a commencé à poser la question à M Farid sur le motif du choix du métier, sa réponse était : *« à ce moment-là je chercher du travail et ma famille était pauvre, il été doté d'un cœur sensible est-il aimé aidée les autres »*, il nous parle souriant est optimiste d'après lui à cette âge-là il été en plein forme jeune et dynamique sa mimique nous sembler dire qu'il aurait bien aimé revivre cette âge-là.

Lorsqu'on a demandé à M Farid de décrire son parcours professionnel, sa réponse était ainsi : *« je subie une pression au tant que chef d'équipe 1^{er} responsable sur le bien-être de l'équipe et de déroulement des diverses interventions et instauré un climat favorable pour motivée le personnel de l'équipe »*.

D'après son geste main sur le larynx, il ressent une sur charge et une responsabilité qui influence directement à son comportement soit durent les heures du travail ou bien en dehors des heures du travail , il nous informe qu'il a 27 ans d'expérience dans ce métier, son visage nous montre des signes de fatigues, d'épuisement due à toutes ces années , en outre en lui a posé une question sur son emplois du temps durent les heures du travail s'est-il lui convienne il nous a répondu par : *« le temps que je passe au travail influence directement mon caractère ça me rende stresser et à mon âge la Jai plus les capacités morales et physiques subir cette*

emplois du temps et cela à cause de l'emploi du temps super charger qui se traduit par des journées de travail qui peuvent dépasser les 24H ou même les 48H d'affilé ».

Passent à une question qu'en a posé sur les inconvénients du métier sa réponse était : *« ce métier représente pour moi un danger permanent sur ma vie, manque du matériel d'intervention, prissions subit par les citoyens durent les interventions aller jusqu'à des agressions verbal et physique, des maladies contagieuse risque de me contaminer et aussi de contaminer ma famille et mes proches ».* En remarque un sentiment de peur et de crainte chez lui.

Par ailleurs, M Farid nous a décrit que par rapport à son temps libre dans l'unité consiste à faire une remise en forme : *« je fais du sport, je regarde la télévision, on fait des jeux éducatifs avec les autres membres de mon équipe, en essaye de discuté sur les différent sujet soit qui concernant le travail au bien le d'hors de travail afin de faire un échange d'informations et oublie la fatigue du travail et rendre les heures de travail agréable ».*

Lorsqu'en la questionner s'est-il est confronter à des problèmes entre collègues sa réponse était : *« généralement ça se passe bien entre nous mais y'a des jours au des malles entendues et des conflits s'installe au sien de l'unité j'essaye en tant que chef d'équipe d'être objective pour faire appel à l'application du règlement et être sévère pour éviter les grands dépassements ainsi je remarque que certain collègue vois ça comme un abus de pouvoir et ces préjuger infecte directement mon comportement ça me rend stressent et très furieux ce genre de problèmes ».* On déduit travers son discours une instabilité émotionnelle.

Par rapport au problème confronté dans les sortie M Farid nous répond ainsi : *« effectivement on est soumis à des problèmes sois par rapport à la nature et la difficulté de l'intervention effectué au bien aux diverses réactions des citoyennes aller jusqu'à des agressions verbales notamment physique est tout ça me pousse à tout arrêté est refaire un autre métier ».* Il est possible que des facteurs environnementaux jouent un rôle dans le développement des symptômes du Burn out.

Axe 2 : Les informations sur le stress post-traumatique

Lorsqu'on a demandé à M Farid de décrire son parcours professionnel, sa réponse était ainsi : *« durent les 27 ans de mon service J'ai passé par plusieurs évènements dont je me souviens comme si c'était hier notamment certains évènements qui m'échappe, des beaux moments et des mauvais moments qui m'ont laissé des traces soit sur mon physique comme*

Analyse et discussion des hypothèses

les défectueux cicatrices et même des souvenirs qui me hante chèque fois que je me confronte à des situations similaire ». On constate que M Farid a vécu des scènes traumatisantes qui on bouleverser sa vie et il a des difficultés à les oublier.

Concernant son état physique il nous informe que :« *mon état de santé a diminué suite à des maladies organiques comme le diabète et hyper-tension artériel acquise durent toutes ces années* ». En vois donc que son parcours a influencé négativement à son état de sente.

Lorsqu'en lui a demandé Quesque il lui parait le plus pénible dans son travail.

M Farid nous répond : « *la mort des personnes que je connais durent l'exercice de mes fonctions* ». Il nous a répondu les larmes aux yeux, le regret de pas pu avoir sauver ces personnes-là.

En lui demandant quelle est la source du stress dans son travail : « *il nous répond ainsi les insultes et les agressions que je reçois soit par la victime elle-même ou bien par les citoyens bien que le travail que je fais principalement contribue à aider les personnes et non pas à leur faire du mal* ». D'après M Farid les insultes et les agressions sont à l'origine d'un certain nombre de changement dans sa vie, on déduit que ces scènes sont vécues comme une véritable crise existentiel et une rupture dans le parcours de sa vie, selon le (DSM5 d'autre trouble mentaux peuvent survenir après l'exposition à un facteur de stress)

Lorsqu'en à demander à M Farid comment il évalue son état de sommeil il nous a répondu :« *je ne dors pas trop, une moyenne de sommeil entre 3 à 4 heures dans les 24 heures* ». On remarque que M Farid souffre d'une mauvaise qualité de sommeil. Selon le (DSM5 une Altérations 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 : 6 Perturbation du sommeil (*p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité*)

Lorsqu'on pose la question a M Farid sur le fait des sautes d'humeur il répond par : « *ohh comment avez-vous pu remarquer cela, oui des fois, je me sens bien et positive avec une forte envie de travailler et faire mon devoir et d'un moment à l'autre tous change je me sens pessimiste et j'ai plus envie de travailler, je repense souvent au choqe et au réaction que je reçois des personne dans mon entourage et des personnes qu'on essaye de sauver et cela fait que je néglige mon travail* ». Il semble que M Farid présente des signe de trouble de l'humeur. (Selon le DSM5 une altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou

Analyse et discussion des hypothèses

plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques).

En posant la question à M Farid sur le fait de Contrôler ses émotions il nous répond par l'affirmative et ajoute : *« je ressens un sentiment de rage et de mal être enfui en mois qui peut surgir à tous moments et cela quand je vois les personnes négligeant leur sante en conduisant des motos sans casque ou détruire leur sante en consommant des substance illicites et dangereuses »*. Selon le DSM5 (Les individus souffrant d'un TSPT peuvent manifester des accès de colère voire un comportement verbal et/ou physique agressif avec peu ou pas de provocation (p. ex. crier sur autrui, commencer des bagarres, détruire des objets) (critère E1). En remarque chez monsieur Farid un degré de conscience de risque qui entoure les jeunes qui négligeant les mesures de sécurité routière et parrainant ces choses ci a la légères, et en remarque un comportement irritable.

En lui posent la question sur son sentiment avant , durant , et après l'intervention il nous répond : *« Avant d'arriver à une intervention j'ai des sentiments qui son confus au premier abord un sentiment de stress peut survenir et le taux d'adrénaline augmente considérablement ce qui cause une certaine euphorie et après cela un sentiment d'inquiétude et de stress survient de peur de mal faire mon travail et après l'intervention je ressens une certaine fierté vu la réussite de notre opération et de sauver des vies »*. En déduit que le principal facteur du stress chez M Farid sont les sorties.

Lorsqu'en la questionner c'est il reçoit des remarques négatives de la part de sa familles et amis sur son travail et c'est oui les quelles, M Farid nous disait à travers son discours :*« je reçois souvent des remarques sur mon travail qui se diffère des personnes, d'abord on trouve une catégorie de personne qui m'interpelle sur le fait que mon métier et un métier qui comporte plusieurs risques et sur le fait que je suis loin de ma famille et que je les néglige Et une autre catégorie de personne et cela sont les plus vérolant me font la remarque sur mon insensibilité dans les cas d'accident »*. Selon le DSM5 (Les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress regroupent des troubles pour lesquels l'exposition à un événement traumatique ou stressant est explicitement notée comme critère diagnostique). On constate par son discours que M Farid il n'est pas soutenu par sa famille, il ressent que ça famille et sont enterrage le vois qu'il n'a pas de sentiment et c'est la chose qui l'inquiète énormément.

Axe 3 : Information sur les stratégies de coping

En posant la question comment il gère son travail, M Farid nous a répondu par : « *Je gère mon travail difficilement car en sait pas ce qu'il nous attend durant les 24 heures et j'essaye de gérer mes efforts physique* ». En déduit qui a travers ces expériences il arrive à s'adapter aux situations difficiles.

En lui demandant comment il gère ces difficultés quotidiennes, M Farid nous disait : « *je gère problème par problème affronter les situations telles qu'ils sont je ne suis pas la réalité car fuir ces responsabilités ce n'est pas de mes qualités, je fais des diverses occupations je prends soin de mon grendin je fais de la Pache et d'autres choses* ». On constate que M Farid fait recourir à des stratégies d'adaptation pour faire face à ces problèmes.

Lorsqu'on lui pose la question comment il prend soin de lui, monsieur Farid nous a dit : « *je me prend de plaisir en faisant des sorties avec ma famille mes petits-enfants et ma femme car c'est ma source de motivation qui me rend vraiment heureux* ». D'après ce qu'on a vu dans la partie théorique M Farid a fait recourir à une stratégie d'adaptation c'est plutôt celle de l'émotion. Et pour les situations stressantes comment agit-il, M Farid nous dit qu'il n'est pas censé gérer son stress mais il est obligé de s'adapter et agir avec sang-froid pour dépasser tout ça, il raconte : « *à la fin de mon travail j'aime prendre du café, parler, rire faire des petites blagues parce que ça me soulage* ». D'après M Farid on peut constater la consommation d'une substance caféine afin de tenir le coup, lors des différentes interventions pour gérer son travail face à des situations stressantes et garder son sang-froid.

Pour ce qui concerne les solutions pour résoudre ces problèmes il nous raconte qu'il aime parler et partager ces problèmes afin de trouver des solutions ce qui reflète une stratégie d'adaptation pour alléger son épuisement moral.

À propos de la dernière question, il nous a remercié et nous a dit que ça lui apporté énormément de plaisir de partager son vécu professionnel avec nous et de surcroît ces souvenirs.

Synthèse de l'entretien clinique de M Farid

D'après les données qu'on a recueillies à travers cet entretien, M Farid présente des indicateurs significatifs du stress post-traumatique dont il est victime, et ont se basent sur la

présence des signes de traumatisme et le recours à des stratégies de coping centrées sur l'émotion pour y faire face à ses situations stressantes.

Résultat de Farid du questionnaire (PCL5)

D'après les résultats obtenus de ce questionnaire qui est de 43, nous constatant que M Farid, manifeste des symptômes de stress post-traumatique en suivant les critères diagnostique du DSM-5, critère B items (1,2,3,4,5), souvenir répétitifs involontaires et envahissant de l'évènement traumatique, des rêves répéter et pénible de l'expérience stressante (un peu) le sujet se sent ou agit comme si le ou les évènements traumatiques allaient se reproduire, et il se sent soudainement comme si l'expérience stressante recommençait est ressent qu'il est bouleversé au moment de son rappelle de cette expérience. A l'item 1 il a obtenu une note de 2 l'item 2 et 5 il a obtenu une note de 1, l'item 3 il a obtenu une note de 3, l'item 4 il a obtenu une note de 4, critère C items (6 .7), évitement des stimuli associera l'évènement traumatique ayant débuté après ce dernier, comme en témoigne une ou deux manifestation. (Il a obtenu une note de 2 dans les deux item), critère D item (8.9.10.11.12.13.14) « Altérations négative des cognitions et de l'humeur associées à l'évènement traumatique, ayant débuté ou s'étant aggravé après ce dernier, comme en témoignant deux (ou plus) des manifestations à l'item (8.9.13.14) il a obtenu une note de 2, l'item (11) il a obtenu une note de 3, l'item (12.10) il a obtenu une note de 0, critère E items (15.16.17 .18.19.20). Altérations marquées dans l'activation et la réaction associées à l'évènement traumatique, ayant débuté ou s'étant aggravés après ce dernier, comme en témoignaient (deux ou plus) des manifestations à l'item (15.18.19), il a obtenu une note de 3, à l'item (16.17), il a obtenu une note de 2, à l'item 20 une note de 4.

Synthèse générale du cas M Farid

En se référant aux résultats obtenus dans l'entretien clinique, M Farid présente un stress post-traumatique en raison des évènements traumatiques vécu il a fait référence à des stratégies de coping. Il souffre d'une instabilité relationnelle, émotionnelle et comportementale marquée par un ou plusieurs évènements, on a déduit qu'il avait un stress post-traumatique très supérieur à la norme d'un score de 43, Donc à partir de l'entretien et de l'échelle on constate que, M Farid mobilise un type de stratégies copine centré sur le soutien sociale face à ses situations stressantes qui est inadapté et négatif.

Cas 2 : M Salah

- Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi directif M Salah

Il s'agit de monsieur Salah, un homme âgé 30 ans, il a un niveau d'instruction 2as au lycée, il est agent d'intervention à la protection civile de Bejaia, célibataire.

L'entretien avec Mr Salah, s'est déroulé l'après-midi à 14h du 22 avril 2021, dans la loge de l'administration et il a duré une quarantaine de minutes. Le premier contact s'est fait facilement et spontanément, il s'est montré calme et détendu durant l'entretien, mais il avait l'air fatigué, et il a eu beaucoup de difficulté pour parler sur sa maladie.

Axe 1 : Les informations sur la profession de sapeur pompiers

En posant la question sur la profession de sapeur-pompier, M Salah nous informe que le choix de ce métier est par un rêve d'enfance, et que il fait partie des sapeurs pompier depuis 2013 jusqu'à aujourd'hui, il nous a parler sur le rythme du travail que dés fois ça lui arrange pas et que ça dépend les horaires , il à travailler de système 3/8 et que la période d'été est trop serrée, il nous a dit : « *netghama deg lghava 4 wussan bla ahebus baçu ad tnesens times*, (on reste quatre jour sans arrêt dans la forêt pour éteindre le feu) ». Puis il nous a parler aussi sur les inconvénients du métier de sapeur pompiers tout comme le manque d'effectifs et des moyens, matériels pour travailler dans les normes ,on a parlé aussi sur le temps libre dans l'unité, il nous a dit que il se traine sur des interventions blanches et faire du sport pour être toujours en forme , il nous a dit que sa relation avec ces collègues marche bien , mais il a déclaré plusieurs problèmes à propos des sorties l'heure des intervention tout comme la circulation de la route et d'autre empêchement avec la société dés fois les gens se comporte mal dans les lieux d'interventions avec nous quand y a des grandes dégâts.

Axe 2 : Les informations sur le stress post-traumatique

M Salah nous a décrit le vécu de son métier par un choix et que c'est un métier noble il nous a dit : « *,khedmagh s wuliw ,tshossogh bien asma adessovigh hed* (je fais mon travail avec mon cœur et je me sens bien quand je sauve une vie) ». Et que il travaille comme il se doit chaque intervention ,il nous a dit que il a une maladie qui est l'hernie discale , mais malgré ça il se sent mieux et alaise même avec la pression du travail vu que les interventions

du l'été sont en désordres ,il se comporte des fois mal et en colère et stressé sur des choses bêtes et banal, aussi il a arrivé pas oublier un événement déjà vécu qui une accident d'une petite famille et l'image de petit enfant ne s'efface pas dans sa propre tête et des fois ça lui arrive à déconcentrer a force de la pression des interventions.

Axe 3 : Information sur les stratégies de coping

Quant à la question que nous lui avons posée sur la gestion de son travail il nous répond par : *« dans les interventions je vous ai déjà parlé sur sa, mais sinon je fais du sport dans mon temps libre ».*

En suit on lui a posé la question sur sa manier d'affronter ses difficultés il nous a dit que :*« je commence par les choses prioritaires pour mois est ma famille, et j'aime prendre l'avis de ma famille sure la manier de gère mes problèmes ».*

Just après on lui a demandé de sa manier d'agir dans les situations stressant il nous répond par : *«je dois être calme et me concentre sur la situation et avoir le sang-froid et de ne pas perdre le contrôle »,* et pour résoudre ses problèmes il prend l'avis de son entourage en particulier son père, il nous a dit que son père est sa source d'inspiration.

En fin on lui demande s'il veut ajouter quelque chose il nous répond par : *« je vous remercie, et je vous encourage à continuer votre projet sur le stress post-traumatique chez les pompiers car je connais des collègues qui ont vraiment besoin de vous ».*

Synthèse de l'entretien

D'après les résultats rassemblés, Salah présente des symptômes de stress post-traumatique. Et malgré toutes les difficultés qu'il a subies Salah reste optimiste et positif. Ce qui l'a aidé à dépasser cette situation sont ses bonnes relations avec son entourage, le soutien de sa famille et son intelligence.

Analyse des résultats du questionnaire (PCL-5)

Le score total élevé obtenu par Salah est de 35 supérieur à 31, marqué une presence de syndrome psycho-traumatique.

En suivant les critères diagnostic du DSM-5, critères B items 1.2.3 souvenir répétitifs, involontaires et envahissants de l'événement traumatique, réactions dissociatives au cours de

quelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. PCL-5 item1, des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ? Salah a obtenu une note de 0, PCL-5 item2 des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ? Aussi dans cet item il a obtenu une note de 0, cela signifie l'absence de ce symptôme chez Salah.

Avec le critère C qui comporte l'item 6 et 7 du questionnaire PCL-5 (essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiment liés à l'événement ? il a obtenu une note de 1, essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent de l'expérience, lieux, personnes, activités, objets ? il a obtenu une note de 2 cela veut dire qu'il présente une seule manifestation du critère D selon le DSM-5.

Le critère D'altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, item8 des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ? Il a obtenu 2, item 14 avoir du mal à éprouver des sentiments positifs ? Il a obtenu un 0, avec le critère E, item 15 comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?, Il a obtenu une note de 2.

Synthèse du questionnaire (PCL-5)

En nous appuyant sur les résultats que Salah a obtenus nous pouvons conclure que ce dernier présente des manifestations relatives au stress post-traumatique.

Cas 3 : M Mahmoud

-Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi-directif de M Mahmoud

Suite à notre présentation à M Mahmoud, qui a été compréhensif et coopératif avec nous, on a pu lui poser les questions de notre guide d'entretien et récolter des informations, en vue de vérifier nos hypothèses.

M Mahmoud est un homme, âgé de 30 ans, doté d'un niveau d'instruction universitaire, célibataire, c'est un sapeur-pompier d'un grade agent au sein de l'unité principale de protection civile de Bejaia.

L'entretien avec M Mahmoud s'est déroulé en une séance dans le bureau de la psychologue pendant la matinée après la fin du regroupement, nous étions face à un sujet calme, attentif et concentré avec nous.

Axe 1 : Informations sur la profession de sapeur-pompier

Lorsqu'on a demandé à M Mahmoud quel est le motif du choix du métier, sa réponse était ainsi : « *c'est la profession de mes rêves, je crois que je suis fait pour exercer ce métier* ». En constate d'après ces paroles et ces gestes mimiques qu'il est bien déterminé et content de son choix de son du métier.

Lorsqu'on a demandé à Mahmoud de nous parler du rythme de son travail, sa réponse était ainsi : « *après ces 8 ans de services j'ai constaté que malgré le rythme de travail est très élevé et il y un manque d'effectifs et des moyens, j'ai pu gérer les interventions au quelle j'ai participé avec mon équipe* ». D'après la réponse de M Mahmoud en remarque qu'il est plein d'énergie et optimiste dans son travail bien qu'il sait qu'il y des difficultés dans les jours avenir.

Lorsqu'en lui à demander ; Depuis quand exerce ils sont métier M Mahmoud nous a répondu par : « *à l'âge de 22 ans j'ai commencé à exercer ce métier, j'ai 8ans d'expérience* ».

Questionnant M Mahmoud sur son emploi du temps durant les heures du travail s'est-il lui convienne il nous a répondu : « *l'emploi de temps du travail me convient énormément je gérer mon travail notamment mon temps libre* ».

Passent à une question qu'en a posé par M Mahmoud sur les inconvénients du métier sa réponse était : « *pour une 24 h de travail je vois 48 h de repos ne suffit pas* ».

Par ailleurs, M Mahmoud nous a décrit que par rapport à son temps libre dans l'unité consiste à faire de sport « *je fais du sport et des manuvres de simulations* ».

Lorsqu'en lui a demandé s'est-il est confronter à des problèmes entre des collègues M Mahmoud nous a répondu par : « *des fois ça dépend des circonstances dans les lieux d'intervention* ».

Par rapport au problème confronté dans les sortie M Mahmoud nous répond ainsi : « *généralement non, mais y des sorties dont en trouve des difficultés, comme le blocage de la route (les bouchons) des fausses adresses au des adresses non précises* ».

Axe 2 : Les informations sur le stress post-traumatique

M Mahmoud nous a aussi parler du vécu de son métier il nous a dit : *« j'ai hâte de venir travailler car ce métier me fait vivre de nouvelle expérience, chaque jour on découvre des nouvelles choses »*. On peut remarquer que ce métier est une source de motivation pour M Mahmoud. Parlent des maladies notre sujet nous a affirmer qu'il est en bonne santé.

En posent la question du sentiment qu'il ressent à la cour de son travail à l'intérieur de l'unité il nous répond : *« c'est vrai je suis guidé par des supérieur mais je me sens alaise et bien entourée »*.

En demandant la chose la plus pénible dans son métier, il nous répond par : *« le fait de faire le travail des autres, par ex dans les accidents de la route on fait le travail des policier et sa nous empêche d'avancer dans notre travaille »*.

Par rapport à la question sur la source de stress dans son travail il nous répond par : *« je ne trouve pas que ce métier peut être une source de stress vu que on fait qu'aidée les autre »*. Par rapport au changement de comportement M Mahmoud il n'a pas remarque de changement.

Lorsque on lui a demandé la qualité de sommier il nous répond en souriant : *« j'ai hâte de finir mon travail Just pour dormir car je me repose »*.

M Mahmoud nous répond : *« non »*. Concernent les questions sur la déconcentration au travail et au sot d'humeur, et il nous répond aussi la même réponse sur la difficulté de contrôler ses émotions.

Ensuite on lui pose la question sur son sentiment avent, durent, et après l'intervention, il nous répond par : *« sa dépend du message mais je me prépare moralement, et pendant l'interversion je ressens une excitation je veux à tout prix aider les personnes en détresse et de faire mon mieux pour les sauver »*. Aussi à son retour il se sent fier d'accomplir son travail.

D'après sa réponse sur la question des remarques négative de la part de sa famille il nous répond : *« non, ma famille est très fière de mois, elle aime quand je raconte les sauvetages que j'ai accomplis »*. On déduit que M Mahmoud est très bien entouré et sa famille l'aide énormément, l'estime beaucoup.

Axe 3 : Information sur les stratégies de coping

Quant à la question que nous lui avons posée sur la gestion de son travail il nous répond par : « *Dans les interventions je vous ai déjà parlé sur ça, mais sinon je fais du sport dans mon temps libre* ».

En suit on lui a posé la question sur sa manier d'affronter ses difficultés, il nous a dit que : « *je commence par les choses prioritaires pour mois est ma famille, et j'aime prendre l'avis de ma famille sure la manier de gère mes problèmes* ».

Just après on lui a demandé de sa manier d'agir dans les situations stressant, il nous répond par : « *je dois être calme et me concentre sur la situation et avoir le sang-froid et de ne pas perdre le contrôle* », et pour résoudre ses problèmes il prend l'avis de son entourage en particulier son père, il nous a dit que son père est sa source d'inspiration.

En fin on lui demande s'il veut ajouter quelque chose, il nous répond par : « *je vous remercie, et je vous encourage à continuer votre projet sur le stress post-traumatique chez les pompiers car je connais des collègues qui ont vraiment besoin de vous* ».

Synthèse de l'entretien clinique de M Mahmoud

D'après les données qu'on a recueillies à travers cet entretien, M Mahmoud ne présente pas des indicateurs significatifs du stress post-traumatique.

Résultat de M Mahmoud du questionner (PCL5)

D'après les résultats obtenus de se questionner qui est de 29 nous constatant que M Mahmoud ne manifeste pas des symptômes de stress post-traumatique en suivant les critères diagnostique du DSM-5, critère B items (1,2,3,4,5), pas de souvenir répétitifs involontaires et envahissant, on retrouve pas des rêves répéter et pénible d'expérience stressante, mais juste que le sujet a répondu par modérément a l'item 3. (L'item (1. 4 .5) il a obtenu une note de 1, l'item 2 il a obtenu une note de 0, l'item 3 il a obtenu une note de 2)critère C item (6.7), évitement des stimuler à associer à l'évènement traumatique ayant débuté après ce dernier, comme en témoigne une ou les deux manifestations, (il a obtenu une note de 1 a l'item 6 est obtenu une note de 3 a l'item 7, critère items (8.9.10.11.12.13.14), on remarque une forte estime de soi, à litem (8.9.12) il a obtenu une note de 1, et a l'item (10.13.14) il a obtenu une note de 3 par contre à l'item 11 il a obtenu une note de 0), critère E items (15.16.17.18.19.20)

il a obtenu une note de 0 sur la moitié des items telle que la (15.18.20), et à l'item 16, il a obtenu une note de 3, à l'item 17 il a obtenu une note de 4, l'item 19 il a obtenu une note de 1.

Synthèse générale du cas M Mahmoud

D'après les résultats et les informations que nous avons rassemblés de l'entretien clinique de recherche et de l'échelle PCL-5. Nous voyons que notre sujet est un homme positif et le pessimisme n'a pas eu lieu dans son discours. Nous avons constaté qu'il a fort estime de soi. Toutefois, nous avons constaté que notre sujet est soutenu par sa famille, car globalement ses réponses montrent qu'il présente un aide psychologique de la part de son entourage, et aussi il possède des capacités d'adaptation à de défèrent situation. Dans ce sens, le métier de sapeur-pompier na pas influencé sur son état psychique.

Cas 4 : M Cherif

-Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi-directif

Monsieur Cherif est un jeun âgé de 29 ans, il a un niveau d'instruction universitaire, d'un grade agent, 9 ans de service, célibataire. Notre entretien c'est déroulé dans le bureau de la psychologue a l'unité principal de la protection civile de Bejaia. Au cours de l'entretien, qui a duré 45 minutes, M Cherif était un peu mal à l'aise, stresser mais il a essayé toutefois de se coopérer avec nous, et nous n'avons eu recours à la traduction des questions de l'entretien, car il comprend et il parle le français couramment. Nous lui avons expliqué notre but et que toutes les informations qui va nous donner resteront confidentielle et anonyme.

Axe 1 : Les informations sur la profession de sapeur pompiers

Lorsqu'en à demander à M Cherif de motif de choix de son métier il nous a répondu : *« je le voyer que c'est le travail que j'ai rêvé de faire quand j'éte enfant, un métier noble une fierté pour moi de porter cette tenue, et de sauver des vies ».*

Passent au rythme de son travail, M Cherif nous dit ainsi : *« j'ai passé par plusieurs postes durent mes 9ans de services, j'ai débuté à l'administration je le voyer comme la mauvaise expérience pendant 1ans puis je me suis réintégré a l'équipe ma 1^{er} expérience a l'administration ma vraiment angousser car j'ai été mal alaise je me vois que je ne fais pas le bulot que j'ai volo faire, et durent mes 9ans dans l'équipe j'ai passé par des bonne et mauvaise moments ».*

Passent à son expérience de travail M Cherif nous a répondu par : *« j'exerce ce travail de puis 2012 donc en tout j'ai 9 ans d'expérience »*. En continuant à nous raconter sur son emploi de temps s'est-il lui convienne-t-il, et pour quoi, il nous a répondu : *« il ne me convienne pas puis que 24h c'est trop chargé manque de sommeil, 24 h je dors pas puis le lendemain aussi je dors pas, Alor cheque fois je souffre de manque de sommeil »*.

En parlent sur les inconvénients de ce métier M Cherif nous a dit *« ce travail est plein de risque, aucune intervention ne ressemble à l'autre, en peut pas s'avoir ce qu'il nous attend durent nous sortit, danger d'agression, explosion, les sur-accédant, des maladies contagieuse, extra ... »*.

Passent à son temps libre à l'unité M Cherif nous a dit : *« mon temps libre à l'unité généralement je le passe à regarder des programmes télévisés, des matches de foot, aussi faire du sport, discuté avec des collègues »*.

Axe 2 : les informations sur le stress post-traumatique

En décrément le vécu de métier M Cherif nous a dit : *« un métier dure plain de risque j'ai passée par des moments dure telle que les incendie de forêts dans les déférents forêts de Bejaia telle que les fortes de colle de chelata à Akbou et celle de toudja, des moments difficile telle que la mort de mon collègue en 2018 a la plage d'oued Ddass en plain interventions »*.

En lui posent la question s'est-il a des maladies, M Cherif nous a répondu par : *« oui un Ernie d'escale suite au sauvetage des poids des victimes qu'en transporte »*. En lui posent la question sur son sentiment durent son travail, il nous a dit : *« une joie leur de sauvetage des victimes, et de la tristesse quand en les perdes »*.

Passent à la question suivant, le plus pénible dans son travail, il nous a répondu par : *« la non reconnaissances des gens et des supérieures après tant de sacrifice établir dans la déférente intervention »*.

En lui demandent s'est-il a eu des changements dans son comportement M Cherif nous a dit que : *« oui il Ya des changements dans mon comportement »*.

Axe 3 : Information sur les stratégies de coping

En posant la question comment il gère son travail, M Chérif nous a répondu par : « *Je gère mon travaille difficilement car en sait pas ce qu'il nous attend durent les 24 heures et j'essaye de gérer mes efforts physique* ». En déduit qui a travers ces expériences il arrive à s'adapter au situations difficile.

En lui demandant comment il gère ces difficultés quotidiennes, M Chérif nous disait : « *je gère problème par problème affronter les situations telles qu'ils sont je ne fuis pas la réalité car fuir ces responsabilité ces pas de mes qualités, je fais des diverses occupations je prends soin de mon grebin je fais de la Pache et d'autres choses* ». En constate que M Chérif fait recoure à des stratèges d'adaptation pour faire face à ces problèmes.

Lorsqu'en la questionner comment il prend soin de lui, monsieur M Chérif nous a dit : « *je me prend de plaisir en fessent des sorties avec ma famille mes petits-enfants et ma femme car c'est ma source de motivation qui me rend vraiment heureux* ». D'apert ce qu'en a vu dans la partie théorique M Chérif a fait recoure à une stratège d'adaptation c'est plutôt celle de l'émotion.

Et pour les situations stressent comment agit-il, il nous a dit qu'il n'est pas sensé gérer son stress mais il est obligé de s'adapter et agir avec sang-froid pour dépasser tout ça, il raconte : « *à la fin de mon travail j'aime prendre du café, parler, rire faire des petites blagues parce que ça me soulage* ». D'apert M Chérif en peut constat la consommation d'une substance caféine afin de tenir le coup, lors des différentes interventions pour gérer son travail face à des situations stressent et garder son sang-froid.

Pour ce qui Concerne les solutions pour résoudre ces problèmes M Chérif nous raconte qu'il aime parler et partager ces problèmes afin de trouver des solutions ce qui reflet une stratège d'adaptation pour alléger son épuisement moral.

A propos de la dernier question M Chérif nous a remercier et nous a dit que ça lui apporté énormément de plaisir de partager son vécu professionnel avec nous et de surgir ces souvenirs.

Synthèse de l'entretien clinique de M Chérif

D'après les données qu'on a recueillies à travers cet entretien, M Chérif présente des indicateurs significatifs du stress post-traumatique dont il est victime, et ce on se base sur la présence des signes de traumatisme et le recours à des stratégies de coping centrées sur l'émotion pour y faire face à ses situations stressantes.

Analyse des résultats du questionnaire (PCL-5)

D'après les résultats obtenus de ce questionnaire qui est 50, nous constatons que M Chérif, manifeste des symptômes de stress post-traumatique en suivant les critères diagnostic du DSM-5, critère B items (1.2.3.4.5), souvenir répétitifs, involontaires et envahissants de l'évènement traumatique, réactions dissociatives au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les évènements traumatiques allaient se reproduire, (A l'item 1 et 4 il a obtenu une note de 4, à l'item 2 il a obtenu une note de 2, à l'item 3 il a obtenu une note 2, item 5 il a obtenu une note de 0), critère C items (6.7), Évitement persistant des stimuli associés à l'évènement traumatique ayant débuté après ce dernier, comme en témoigne(nt) une ou les deux manifestations, (il a obtenu une note de 1 à l'item 6 et une note de 0 à l'item 7), critère D items (8. 9. 10. 11. 12. 13. 14). Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à l'évènement traumatique, ayant débuté ou s'étant aggravées après ce dernier, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations, (à l'item 9, 11, 12,14 il a obtenu une note de 4, l'item 8 et 13 il a obtenu une note de 1, et une note de 0 pour l'item 10), critère E items (15.16.17.18.19.20). Altérations marquées dans l'activation et la réactivité associées à l'évènement traumatique, ayant débuté ou s'étant aggravées après ce dernier, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations, (à l'item 15, 16,17 il a obtenu une note de 4, l'item 19, 20 il a obtenu une note de 3, et une note de 0 à l'item 18).

Synthèse du questionnaire (PCL-5)

D'après les résultats d'analyse de questionnaire PCL-5, M Chérif présente un stress post-traumatique avec des symptômes sévères. Ceci a été confirmé à travers ses réponses où il a coché sur la dimension extrêmement et beaucoup a dit : « *Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?* », « *l'évènement Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle?* », « *Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?* », « *Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?* », « *Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?* », « *Être en état de*

« *super-alerte* », *hyper vigilant ou sur vos gardes ?* ». Donc, toutes ces réponses renvoient à l'impact violent de l'évènement vécu.

Cas 5 : Bachir

-Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi-directif

Bachir est un homme âgé de 29ans, il a un niveau d'instruction secondaire, Bachir est un homme aimable et souriant, c'est un sapeur-pompier d'un grade agent, sept (7) ans de service au sein de l'unité principale de protection civile de Bejaia. Tout au long de l'entretien, qui a duré 45 minutes, notre sujet s'exprimait calmement, le contact était marqué par un climat de confiance. Après que nous lui avons expliqué les principes et le but de notre recherche, il était d'accord pour parler. Nous illustrons cela avec les propos suivants : « *Je répondrais à toutes vos questions, n'hésitez pas à me demander ce que vous voulez* ».

Axe 1 : Les informations sur la profession de sapeur pompiers

On a commencé notre questionnaire sur la profession de sapeur-pompier, M Bachir nous a dit : « *c'est un métier noble, un rêve d'enfance, un matie que j'apprécie beaucoup, j'aime porter aide au gents. Alor je vois que je suis fait pour ce métier* ». Et pour le rythme du travail nous a déclaré que : « *c'est défirant d'une journée à une autre et d'une saison à une autre, d'une unité à une autre* ». Puis il nous a parler aussi sur les inconvénients du métier de sapeur pompiers tout comme : « *les maladies contagieuses tels que covid-19, affronté la mort durent la lutte contre les incendies le manque d'effectifs et des moyens, matériels pour travailler dans les normes* ». On a parlé aussi sur le temps libre dans l'unité, il nous a dit : « *pratiquer le sport pour une remis en forme manouvre de simulations pour se préparer et être toujours vigilant* ».

Axe 2 : Les informations sur le stress post-traumatique

Durant mes sept ans de service, Bachir à passer par des moments agréables et aussi des moments difficiles qui on marquer ces propres pensées tels que : « *les accidents de la circulation, les suicides, les feux des appartements, feux d'usines, les noyers* ». Passent à une autre question s'est-il a des maladies, il nous a répondu que : « *oui tout comme l'hypertension artérielle acquise durant ces propres années du service* ». En posant la question sur son

sentiment pendant ce travail et il nous a répondu que : *« parfois une certitude en moi et parfois de la panique sur tout dans les événements qui nous dépasse. »*. Et la chose la plus pénible de son travail c'est : *« la mort de certaines collègues durant les interventions »*. Et on passe à une autre question sur le changement de son comportement il nous a dit que : *« c'est évident qu'il y'a un changement dans mon comportement ce travail et son rythme et les déférentes interventions mon montré une autre vision de vie »*.

Axe 3 : Information sur les stratégies de coping

En posant la question comment il gère son travail, M Bachir nous a répondu par : *« Je gère mon travail difficilement car on sait pas ce qu'il nous attend durant les 24 heures et j'essaye de gérer mes efforts physique »*. En déduit qui a travers ces expériences il arrive à s'adapter aux situations difficiles. En lui demandant comment il gère ces difficultés quotidiennes, M Bachir nous disait : *« je gère problème par problème affronter les situations telles qu'ils sont je ne fuis pas la réalité car fuir ces responsabilités ce n'est pas de mes qualités, je fais des diverses occupations je prends soin de mon gredin je fais de la Pache et d'autres choses. On constate que M Bachir fait recourir à des stratégies d'adaptation pour faire face à ces problèmes. Lorsqu'on le questionne comment il prend soin de lui, monsieur Bachir nous a dit « je me prend de plaisir en faisant des sorties avec ma famille mes petits-enfants et ma femme car c'est ma source de motivation qui me rend vraiment heureux »*. D'après ce qu'on a vu dans la partie théorique M Bachir a fait recourir à une stratégie d'adaptation c'est plutôt celle de l'émotion. Et pour les situations stressantes comment agit-il, monsieur Bachir nous dit qu'il n'est pas censé gérer son stress mais il est obligé de s'adapter et agir avec sang-froid pour dépasser tout ça, il raconte : *« à la fin de mon travail j'aime prendre du café, parler, rire faire des petites blagues parce que ça me soulage »*. D'après M Bachir on peut constater la consommation d'une substance caféine afin de tenir le coup, lors des différentes interventions pour gérer son travail face à des situations stressantes et garder son sang-froid.

Pour ce qui concerne les solutions pour résoudre ces problèmes M Bachir nous raconte qu'il aime parler et partager ces problèmes afin de trouver des solutions ce qui reflète une stratégie d'adaptation pour alléger son épuisement moral.

À propos de la dernière question M Bachir nous a remercié et nous a dit que ça lui a apporté énormément de plaisir de partager son vécu professionnel avec nous et de surmonter ces souvenirs.

Synthèse de l'entretien clinique de M Bachir

D'après les données qu'on a recueillies à travers cet entretien, M Bachir présente des indicateurs significatifs du stress post-traumatique dont il est victime, et on se base sur la présence des signes de traumatisme et le recours à des stratégies de coping centrées sur l'émotion pour y faire face à ses situations stressantes.

Analyse des résultats du questionnaire (PCL-5)

D'après les résultats obtenus de ce questionnaire qui est 53, nous constatons que M Bachir, manifeste des symptômes de stress post-traumatique en suivant les critères diagnostiques du DSM-5, critère B items (1.2.3.4.5), souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants de l'évènement traumatique, réactions dissociatives au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les évènements traumatiques allaient se reproduire, (A l'item 1 et 4 il a obtenu une note de 4, à l'item 2 il a obtenu une note de 2, à l'item 3 il a obtenu une note 3, item 5 il a obtenu une note de 0), critère C items (6.7). Évitement persistant des stimuli associés à l'évènement traumatique ayant débuté après ce dernier, comme en témoigne(nt) une ou les deux manifestations, (il a obtenu une note de 1 à l'item 6 et une note de 0 à l'item 7), critère D items (8.9.10.11.12.13.14). Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à l'évènement traumatique, ayant débuté ou s'étant aggravées après ce dernier, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations, (à l'item 9, 11, 12, 14 il a obtenu une note de 4, l'item 8 et 13 il a obtenu une note de 1, et une note de 0 pour l'item 10), critère E items (15.16.17.18.19.20). Altérations marquées dans l'activation et la réactivité associées à l'évènement traumatique, ayant débuté ou s'étant aggravées après ce dernier, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations, (à l'items 15, 16, 17 il a obtenu une note de 4, l'items 19, 20 il a obtenu une note de 3, et une note de 0 à l'item 18).

Synthèse du questionnaire (PCL-5)

D'après les résultats d'analyse de questionnaire PCL-5, M Bachir présente un stress post-traumatique avec des symptômes sévères. Ceci a été confirmé à travers ses réponses où il a coché sur la dimension Extrêmement et beaucoup, « *Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?* », « *l'évènement Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle?* », « *Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?* », « *Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?* », « *Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?* », « *Être en état*

de « *super-alerte* », *hyper vigilant ou sur vos gardes ?*». Donc, toutes ces réponses renvoient à l'impact violent de l'évènement vécu.

2- Synthèse des résultats et discussion des hypothèses

Cette dernière partie de notre chapitre, va nous permettre de procéder à une discussion des hypothèses, celles émises au départ, et sur l'éventuelle possibilité d'être confirmées ou infirmées à travers l'analyse des résultats des outils que nous avons utilisé, à savoir l'entretien clinique semi directif, l'échelle post-traumatique stress disorder checklist version DSM-5 (PCL-5). Notre objectif étant de décrire le stress post-traumatique chez les sapeurs-pompiers.

Nous allons commencer par discuter les deux hypothèses partielles étant donné qu'elles sont opérationnelles et concrètes comportant des indicateurs précis et quantifiés, puis discuterons l'hypothèse générale globalisante.

Cas	Farid	Mahmoud	Salah	Cherif	Bachir
Résultat					
Score total	43	29	35	50	53
Signification	Présence de stress post-traumatique	Absence de stress post-traumatique	Présence de stress post-traumatique	Présence de stress post-traumatique	Présence de stress post-traumatique

Tableau réduplicatif des résultats des cas à PCL5

La première hypothèse qui porte l'intitulé suivant : « *il existe un stress post-traumatique chez les sapeur-pompier*».

Dans l'analyse d'échelle post-traumatique stress désordre checklist version DSM-5, Monsieur Farid, Salah, Chérif et Bachir présentent un stress post-traumatique, par contre Monsieur Mahmoud ne le présente pas.

La deuxième hypothèse intitulée : « *le type de stratégie de coping mobilisé par le sapeur-pompier* ».

Monsieur Farid, Chérif et Bachir mobilisent une stratégie de coping centré sur l'émotion, alors que Salah et Mahmoud mobilisent une stratégie de coping centré sur le soutien social.

Analyse et discussion des hypothèses

On résume, d'après l'analyse des résultats de nos cas, que trois cas présentent un stress post-traumatique, et deux cas ne le présente pas. Et que trois cas démontrent que les stratégies de coping mobilisé par le sapeur-pompier est centré sur l'émotion et deux cas est centré sur le soutien social.

À travers cette distinction on arrive à dire que notre hypothèse générale qui porte l'intitulé : « la nature du vécu du métier de sapeur-pompier est mauvaise» est confirmée par l'existence du stress post-traumatique chez les sapeurs-pompiers.

Conclusion générale

L'être humain est régi par plusieurs sentiments qui surgissent au quotidien notamment le bonheur, la tristesse, l'excitation et tant d'autres émotions mais il y a tout de même une notion relative à tout cela il s'agit du stress, ce dernier est présent dans quasiment toutes les situations de la vie sociale et professionnelle de l'homme.

En effet, le travail s'avère être la source phare du stress, tous les métiers suscitent l'anxiété et ce en raison des situations stressantes qui s'y opèrent entre la pression, l'exigence, la charge du travail et la nature du processus d'interaction entre le sujet et son environnement, l'ensemble de ces facteurs provoquent chez les fonctionnaires des phases plus au moins stressantes.

Cependant, il y a une catégorie de travail qui fait face au stress de manière fréquente, récurrente et intensive, ce qui nous a incités à s'intéresser d'avantage aux métiers de secouristes plus particulièrement les services d'incendies, il est indéniable de dire que c'est l'un des métiers les plus nobles de par son titre humanitaire. Néanmoins, par tâche est souvent un foyer de stress, car il s'agit d'une fonction à haut risque et donc à haute tension ainsi, le stress au travail dans secourisme est fortement présent. Dans ce cadre, le DSM 5 (2015) reconnaît que les intervenants d'urgence médico-psychologiques sont officiellement reconnus comme à risque de développer un trouble de stress post-traumatique des suites de leurs activités professionnelles.

Notre recherche intitulée « *le stress post-traumatique et les stratégies de coping chez les sapeurs-pompiers* » a été effectuée au sein de la direction de protection civile de Bejaia, auprès d'une population d'étude composée de 05 sapeurs-pompiers. Cette recherche que nous avons menés avait pour but de décrire le vécu du métier de sapeur-pompier en Algérie. Elle vise à évaluer et à estimer les conséquences psychologiques de l'exercice du métier cité. Ce travail se propose donc d'aborder le métier de sapeur-pompier et de ses risques en termes de traumatisme psychique, mais aussi d'explorer les capacités de faire-face de ces sujets à travers l'identification du coping et des stratégies de coping mobilisées en cas de situations stressantes relatives aux différentes missions assurées.

Pour se faire, nous avons opté pour l'approche cognitivo-comportementale (TCC), comme modèle théorique sur lequel notre travail de recherche a pris une forme conceptuelle. Ce référent nous a permis de décrire et d'interpréter les émotions et les cognitions inhérentes à l'exercice du métier de sapeur-pompier. Quant à la collecte de données, nous avons eu recours

à certains outils de recherche qualitatifs et quantitatifs qui nous ont assuré une cueillette d'informations pertinentes. Ces outils sont l'entretien clinique semi-directif, qui nous a permis d'assembler des renseignements relatifs à l'état d'esprit de notre groupe d'étude, notamment une éventuelle symptomatologie relative au stress post-traumatique et explorer les stratégies d'adaptation aux situations stressantes. Et l'échelle (PCL-5) à travers laquelle nous avons évaluées degré et la mesure dans laquelle les sujets sont affectés par les événements en lien avec l'exercice de leur métier. Ces outils de recherche ont été appliqués sur l'intégralité de notre population d'étude, afin d'affirmer ou d'infirmer nos hypothèses. En effet, les ressources mobilisées pour faire face aux stressseurs chez nos sujets de recherche ont été investiguées dans cette recherche grâce à l'entretien clinique et l'interprétation qualitative de ses données. Le traumatisme psychique est quant à lui décrit et ensuite évalué grâce à l'entretien clinique et l'échelle PCL-5.

En s'appuyant sur notre documentation et en se référant aux résultats obtenus dans notre recherche, nous avons constatés que notre première hypothèse partielle intitulée « oui, il existe un stress post traumatique chez le sapeur-pompier », on confirme la présence d'un **PTSD** chez **SP**.

Pour ce qui est de notre deuxième hypothèse partielle intitulée « le type de stratégies de coping mobilisé par le sapeur-pompier », elle est centrée sur l'émotion à partir de nos résultats, on constate que la recherche de soutien social et la résolution de problème apparaissent comme les processus de *coping* les plus fréquemment utilisés.

Ainsi, notre hypothèse générale intitulée « la nature du vécu du métier de sapeur-pompier est mauvais », est confirmée par nos résultats obtenus.

De ce fait, en se référant aux témoignages qu'on a eu de la part des sapeurs-pompiers, nous pouvons attester de l'exposition constante de ce métier au stress, notamment en raison de leurs interventions dangereuses au service des civiles et de la communauté en général. Nous avons également pu noter à partir de notre enquête et ses résultats, que le métier de sapeur-pompier est un métier éprouvant et exigeant tant sur le plan physique que mental. Parmi les facteurs qui mettent la santé de nos sujets de recherche à rude épreuve, on cite notamment la charge et le rythme de travail, les différentes responsabilités, le poids des décisions à prendre surtout au cours d'une opération sur le terrain, etc. Toutefois, certains sujets nous ont rapporté qu'ils vivent ce métier comme une source de fierté en raison des

nobles valeurs humaines inhérentes à ce type de travail. Il s'agit tout simplement de consacrer sa vie au service des autres. On peut dire donc ici que notre recherche nous a révélé des portraits différents concernant le vécu du métier de sapeur-pompier. Nous avons eu des portraits qui nous laissaient entrevoir une détresse, un épuisement et un stress post-trauma et puis des portraits dans lesquels la souffrance semble un peu plus voire très nuancée.

C'est pour cela qu'il faut impérativement leur garantir une écoute psychologique de qualité pour optimiser leur bien être et dans le but d'éviter toute éventuelle détresse psychologique et de leur garantir des conditions de travail adéquates. Parmi les recommandations que nous formulons également à la fin de cette recherche est de former les psychologues intervenant auprès de notre population d'étude à ce type d'intervention et d'aide (on pense notamment au débriefing psychologique) dans le but de permettre aux sapeurs-pompiers d'assimiler leurs expériences traumatogènes et de gérer le stress traumatique relatif aux différentes missions effectuées sur le terrain, car comme nous venons de le dire, le métier de pompier est un métier à risques et se déroulant le plus souvent dans l'urgence. Nous recommandons également la mise en place de cellule de soutien psychologique pour les intervenants qui ressentent le besoin. L'objectif final étant de permettre à ces sapeurs-pompiers de renforcer leurs capacités à faire face aux interventions stressantes et leurs éventuelles conséquences psychologiques.

À la fin nous estimons que des études approfondies doivent être menées pour évaluer et prendre en charge les traumatismes secondaires à l'exercice du métier de sapeur-pompier.

Malgré les difficultés que nous avons rencontrés, notre modeste étude nous a permis tout de même d'enrichir nos connaissances, de mettre en œuvre les informations acquises tout au long de notre formation universitaire, mais pas que, car grâce à ce travail nous avons vécu une expérience unique notamment sur le plan humain puisque nous étions en contact avec le personnel de la protection civile avec lesquels nous avons appris le sens du courage et de l'héroïsme mais aussi d'un point de vue professionnel ou nous avons pu avoir un avant-gout de notre future profession. En effet, si dans le futur, nous avons l'occasion, nous souhaitons exercer auprès de cette population et aussi aller plus loin dans la recherche.

Nous espérons, qu'à partir de ce travail mené auprès d'une population qui nous tient particulièrement à cœur, nous avons pu illustrer de façon générale le stress post traumatique et les stratégies de coping chez les sapeurs-pompiers, d'avoir mis la lumière sur l'impact du

stress sur l'état psychique des sujets. Néanmoins, ce travail peut contenir certaines lacunes, nous incitons donc les étudiants qui liront ce travail à s'intéresser à ce sujet dans le but de le perfectionner et le compléter vu que c'est un thème très vaste et captivant.

Concernant les perspectives de recherches ultérieures, nous proposons les deux thèmes suivants :

- La qualité de vie chez les sapeurs-pompiers.
- Le burn out chez les sapeurs-pompiers.

Liste bibliographique

Liste bibliographique

1. American Psychiatric Association. (1994). DSM-4, « *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* », 4^{ème} édition. Traduction française par JD Guelfi et al. Paris : Masson.
2. American Psychiatric Association. (2015)– DSM-5, « *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* », 5^{ème} édition. Traduction française par JD Guelfi et al. Paris : Masson.
3. Anaut, M. (2007). « *surmonter les traumatismes* ». Barcelone : Armand Colin.
4. Anaut. M, (2005), « *La résilience, surmonter les traumatismes* », Paris, Armand colin.
5. Bloch, H. (1999). « *Grand dictionnaire de la psychologie* ». Paris : Larousse.
6. Boudoukha,A. (2009). « *Burn-out et traumatisme psychologiques* ». Paris : Dunond.
7. Boullier, D et Chevrier, S. (2000). « *Les sapeurs-pompiers : des soldats du feu aux techniciens du risque* ». France : PUF.
8. Chahraoui, Kh et Benoney, H. (1999). « *L'entretien clinique* ». Paris : Dunod.
9. Chahraoui, Kh et Bénony, H. (2003). « *Méthode, évaluation et recherche en psychologie clinique* ». Paris : Dunond.
- 10.Chahraoui, Kh et Bénony, H. (2013). « *L'entretien clinique* ». Paris : Dunond.
- 11.Chiland, C. (2008). « *L'entretien clinique* ». Paris : PUF.
- 12.Cottreaux, J. (2001). « *les thérapies comportementales et cognitives*». Paris : Masson.
- 13.Cottraux, J. (2007). « *Thérapies cognitive et émotion* ». Paris : Masson.
- 14.Crocq, L . (2005). « *16 leçons sur le trauma* ». Paris : Odile Jacob.
- 15.Crocq, L. (2012). « *16 leçons sur le trauma* ». Paris : Odile Jacob.
- 16.Crocq, L. (2013). « *Les paniques collectives* ». paris : Odile Jacob.
- 17.Crocq, L. (2014). « *Traumatismes psychiques : prise en charge des victimes*», Paris : Masson.
- 18.Crocq, L. et al. (2007). « *traumatisme psychique ; prise en charge psychologique des victimes* ». Paris : Masson.

Liste bibliographique

19. Cyrulnik, B. (2001). « *Famille et résilience* ». Paris : Odile Jacob.
20. De soir, E. (1999). La gestion du stress traumatiques chez les sapeurs-pompiers et les ambulanciers. Exigences avec le débriefing psychologique en Belgique. 2, pp.139-152
21. Declercq, M et Lebigot, F. (2001). « *Les traumatismes psychiques* ». Paris : Masson.
22. Décret exécutif n° 11-106 de l'Aouel Rabie Ethani 1432 correspondant au 6 mars 2011 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant au corps spécifique de la protection civile, Journal officiel de la république algérienne.
15. Récupère de <https://www.joradp.dz/FTP/jo-francais/.2011/F2011015.pdf>
23. Delarue, M. (2020). Récupéré de <https://www.laas.fr>
24. Douesnard, J. (2010). « *La santé psychologique des pompiers : portrait de situation et éclairage de la psychodynamique du travail* ». (Thèse de doctorat, Université de Québec, Canada).
25. Douesnard, J. Saint-Arnaut, L. (2011). Le travail des pompiers. Un métier au service de l'autre, n°26, pp.35-53. Récupérer de www.cairn.info/revue-travailler.2011.2-Page-35.him
26. Douesnard, J. Saint-Arnaut, L. (2011). Le travail des pompiers. Un métier au service de l'autre, n°26, pp.35-53. Récupérer de www.cairn.info/revue-travailler.2011.2-Page-35.him
27. Ducrocq, F. Lestavel, P et Vaiva, G. (2008). « *Quand traumatisme psychologique doit être traité* ». Presse Med.
28. Ferenczi, S. (2006). « *le traumatisme* ». Paris : Payot.
29. Fischer, G-N. (2002). « *Traité de psychologie de la santé* ». Paris : Dunod.
30. Freud, S. (1920). « *Au-delà du principe de plaisir. In Essais de psychanalyse* ». Paris: Payot.
31. Grawittz, M. (2001). « *Méthodes des sciences sociales* ». Paris : Dalloz.
32. <http://www.doubs.gouv.fr/Politiques-publiques/Securite-et-protection-de-la-population/Securite-civile/Definition-et-organisation-de-la-securite-civile>

33. <http://www.protectioncivile.dz/?controller=article&action=contenu&ida=346&idr=-1>
34. <http://www.protectioncivile.dz/?controller=article&action=contenu&ida=2&idr=1>
35. Kanzari, R. (2008). « *Les sapeurs-pompiers, une identité temporelle de métier* ». (Thèse de doctorat, Université de Toulouse, France).
36. Kédia, M. (2013). « *L'aide-mémoire de psycho-traumatologie* ». Paris : Dunod.
37. La direction générale de la protection civile. Règlement de service opérationnel de la protection civile Algérie janvier 1989.
38. Laplanche, J et Pontalis, J-B. (1967). « *Vocabulaire de la psychanalyse* ». Paris : Univ française.
39. Lazarus, R-S et Folkman, S. (1984). « *Stress, appraisal, and coping* ». New York: Springer.
40. Le petit Larousse Illustré. (2014). Paris : Larousse.
41. Lebigot, F. (2005). « *Traiter les traumatismes psychiques, Clinique et prise en charge* ». Paris : Dunod.
42. Mariane, K et al. (2019). « *L'aide-mémoire de psycho-traumatologie* ». Paris : Dunod.
43. N'Da, P. (2015). « *recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines* », Paris, L'Harmattan.
44. Parrochetti, J- P. (2012). « *stress, coping et traits de personnalité névrosisme et lien de contrôle chez des sauveteurs et des conseillers du Pôle emploi* ». (Thèse de doctorat, Université d'Aix-Marseille , France).
45. Parrochetti, J- P. (2012). *stress, coping et traits de personnalité névrosisme et lien de contrôle chez des sauveteurs et des conseillers du Pôle Emploi*. thèse de doctorat, mention psychologie : université d'Aix-Marseille.

Liste bibliographique

46. Romano, H et Verdinal-Gauteur, É. (2011). « *Sauveteurs et événements traumatiques* ». Paris : Masson.
47. Samuriel, S. (2012). « *Trauma et résilience* ». Paris : Dunod.
48. Senon, L. (2012). « *Trauma et résilience* ». Paris : Dunod.
49. Sillamy, N. (2003). « *Dictionnaire de psychologie* ». Paris : Larousse.
50. Tremblay, S. (2009). « *Méthodologie des sciences humaines* ». Québec : renouveau pédagogique Inc.

Annexes

Annexe 1- Guide d'entretien semi directif

Les informations personnelles

1. Quel est votre Age ?
2. Quel est votre Niveaux d'instruction ?
3. Quelle est votre grade ?
4. Quelle est votre situation matrimoniale ?

Axe 1 : les informations sur la profession de sapeur pompiers

5. Quel est le motif du choix du métier ?
6. Pouvez-vous nous parler du rythme de votre travail ?
7. Depuis quand exercer vous se métier (l'expérience sans compter le stage) ?
8. Votre emploi du temps vous convient-il ? pourquoi ?
9. Pouvez-vous nous rapporter les inconvénients de votre métier ?
10. Comment gérer votre temps libre dans l'unité ?
11. Etes-vous confronter à des problèmes entre collègues ?
12. Etes-vous confronter à des problèmes dans vos sorties ?

Axe 2 : les informations sur le stress post-traumatique.

13. Pouvez-vous nous décrire le vécu de votre métier ?
14. Avez-vous des maladies ? si oui les quelle ? depuis quand ?
15. Que ressentez-vous au cours de l'exercice de votre travail à l'intérieur de l'unité ?
16. Qu'est-ce qui vous parait le plus pénible dans votre travail ? pour quoi ?
17. Quelle est la source du stress dans votre travail ?
18. Avez-vous remarqué un changement dans votre comportement ?
19. Comment évaluez-vous la qualité de votre sommeil ? (Dans le travail et en dehors du travail)
20. Avez-vous des sceaux d'humeurs ?
21. Vous arrive-il de vous déconcentrée dans votre travail ? si oui pour quoi ?
22. Avez-vous des difficultés à contrôler vos émotions ?
23. Que ressentez-vous avant d'arriver à une intervention ?
24. Pouvez-vous nous parler de vos sentiments pendant l'intervention ?
25. Que ressentez-vous après le retour d'une intervention ?
26. Est-ce que vous recevez des remarques négatives de la part de votre famille et amis sur votre travail ? Si oui lesquelles ?

Axe 3 : information sur les stratégies de coping

27. Comment gérez-vous votre travail ?
28. Comment affrontez-vous vos difficultés quotidiennes ?
29. Comment vous prenez soin de vous ?
30. Face à une situation stressante, comment agissez-vous ?
31. Comment trouvez-vous les solutions pour résoudre vos problèmes ?
32. Avez-vous des choses à rajouter ?

Annexe 2- Post-traumatique stress disorder-Checlist version DSM-5

Consignes : Voici une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois suite à une expérience vraiment stressante. Veuillez lire chaque énoncé attentivement et cocher la case pour indiquer dans quelle mesure ce problème vous a affecté **dans le dernier mois**.

<i>Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :</i>	<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Modérément</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>Extrêmement</i>
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?					
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?					
3. Se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?					
4. Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement ?					
5. Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation) ?					
6. Essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'événement ?					
7. Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objets) ?					
8. Des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ?					
9. Des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (des croyances comme : je suis mauvais, j'ai quelque chose qui cloche, je ne peux avoir confiance en personne, le monde est dangereux) ?					
10. Vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?					
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?					
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?					
13. Vous sentir distant ou coupé des autres ?					
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?					
15. Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?					
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?					
17. Être en état de « super-alerte », hyper vigilant ou sur vos gardes ?					
18. Sursauter facilement ?					
19. Avoir du mal à vous concentrer ?					
20. Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?					

Résumé :

L'objectif principal de cette recherche est d'explorer le vécu du travail de pompier. Autrement dit, il s'agit dans cette étude d'apprécier la présence éventuelle d'un stress post-traumatique et d'étudier les différentes stratégies de coping mobilisées par les sujets pour faire face aux exigences du métier, tant au niveau physique que psychologique. Pour réaliser ce travail, nous avons constitué un groupe de recherche composé de dix agents de grade différent exerçant au niveau de l'unité centrale de la protection civile de Bejaia. Nous avons eu recours à entretien semi-directif et à l'échelle PCL-5.

Les résultats obtenus indiquent que les sapeurs-pompiers souffrent d'un stress post-traumatique de différentes intensités et qu'ils ont recours de (5) cinq cas. Ces résultats suggèrent la nécessité d'un accompagnement, notamment de type débriefing psychologique, dans le but de permettre aux sapeurs-pompiers d'assimiler leurs expériences traumatogènes et de gérer le stress traumatique relatif aux différentes missions effectuées sur le terrain. Nous recommandons également la mise en place de cellule de soutien psychologique pour les intervenants qui en ressentent le besoin. L'objectif final étant de permettre à ces sapeurs-pompiers de renforcer leurs capacités à faire face aux interventions stressantes et leurs éventuelles conséquences psychologiques.

Mots clés : pompier ; stress post-traumatique ; stratégies de coping ; protection civile.

Abstract :

The main objective of this research is to explore the experience of working as a firefighter. In other words, in this study, the aim is to assess the possible presence of post-traumatic stress and to study the different coping strategies mobilized by the subjects to cope with the demands of the profession, both physically and psychologically. To carry out this work, we set up a research group made up of ten officers of different ranks working at the central unit of civil protection in Bejaia. We used semi-structured interview and the PCL-5 scale.

The results obtained indicate that firefighters suffer from post-traumatic stress of different intensities and that they resort to (5) five cases. These results suggest the need for support, particularly psychological debriefing type, in order to allow firefighters to assimilate their traumatic experiences and to manage traumatic stress relating to the various missions carried out in the field. We also recommend setting up a psychological support unit for workers who feel the need. The ultimate goal is to enable these firefighters to strengthen their capacities to cope with stressful interventions and their possible psychological consequences.

Keywords: firefighter; post-traumatic stress; coping strategies; civil protection.