



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

Université Abderrahmane Mira de Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département de Psychologie et d'Orthophonie

Mémoire Fin de Cycle

En vue d'obtention du Diplôme de Master en Psychologie

Option : Psychologie clinique

Thème

*Étude descriptive rétrospective chez les anciens
gardes-communaux victimes de la violence terroriste
en Algérie.*

*Cas du traumatisme psychique à long terme chez cinq
(05) cas*

Réalisé par :

M: AMER Lyes.

Encadré par :

Dr: BENAMSILI Lamia

Année universitaire : 2021 /2022

Remerciements

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribué à l'achèvement de notre travail et qui nous ont aidés lors de la réalisation de ce mémoire.

Nous voudrions dans un premier temps exprimé notre sincère et profonde gratitude à notre promotrice Docteur BENAMSILI Lamia pour avoir acceptée de nous encadrer, pour ses judicieux conseils, sa patience, sa disponibilité et surtout ses aides, ses encouragements, ses remarques et ses critiques qui nous ont éclairé et nous ont permis de surmonter bien des difficultés.

Aussi, nous aimerions exprimer notre gratitude aux membres du Jury qui nous ont consacré leur temps et ont accepté d'évaluer notre travail.

Nos plus vifs remerciements vont également aux enseignantes et enseignants de notre faculté qui ont veillé au bon déroulement de notre cursus pendant cinq ans, durant lesquels ils nous ont fait profiter de leurs grandes connaissances et nous ont transmis leurs savoirs.

Par ailleurs, nous exprimerions notre remerciement à tous les travailleurs de l'université sans exception.

Un grand merci à tous nos sujets de recherche, qui ont contribué à ce travail, qui nous ont accordé de leur précieux temps et qui ont fait preuve de bonne volonté, car sans eux cette recherche n'aurait pas été effectuée.

Enfin, nous remercions tous ceux ou celles qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce modeste travail.

Dédicaces

Au terme de toutes ces années d'étude, je dédie ce modeste travail en signe de respect et de remerciement :

À mon père (Que Dieu bénisse son âme), à ma mère, à mes frères et sœurs, à ma femme qui m'a toujours encouragé, soutenu et conseillé, à mes enfants : Ouardia et Boualem, ainsi qu'à tous mes collègues, et mes amis.

Lyes AMER

Table des matières

Introduction.....	01
-------------------	----

Partie théorique

Chapitre I : La garde communale à l'ère de la décennie noire

Préambule	06
-----------------	----

Section I –Le terrorisme

1. Aperçu historique du terrorisme	07
2. Définition du terrorisme	10
3. Types de terrorisme.....	11
3.1. Les classifications fondées sur les origines	11
3.2. Les classifications fondées sur les buts	11
3.3. Les classifications fondées sur les méthodes	11
4. Les stratégies du terrorisme	12
5. Le terrorisme en Algérie	12
5.1. Types de groupe armés.....	13
5.2. Stratégie du terrorisme en Algérie	14
5.3. Conséquence de la violence terroriste en Algérie.....	14
6. La lutte contre le terrorisme	16
6.1. Principaux moyens d'action du contre terroriste au monde	16
6.2. La stratégie Algérienne de lutte contre le terrorisme	16

Section II-Le métier de la garde communale

1. L'historique de la garde communale.....	18
2. Définition de la garde communale.....	19
3. La mise en place de la garde communale	19
4. La création du corps de la garde communale	20
4.1. Les missions (rôles) de la garde communale	21
4.2. L'organisation de la garde communale	22
4.3. Les horaires de travail et le règlement intérieur de la garde communale.....	22
5. Statut des personnels de la garde communale	23
5.1. Dispositions générales	23
5.1.1. Position administrative, emploi et modes de nomination	23
5.1.2. Droits et obligation	24
5.2. Recrutement-Avancement	24

5.2.1. Recurement.....	24
5.2.2. Avancement et promotion.....	24
5.3. Disponibilité relatives à la discipline	25
5.4. Classification	25
5.5. Disposition transitoire	25
6. Types de détachements de la garde communale.....	26
7. Nombre d'effectif de la garde communale.....	27
8. Nombre des victimes de la garde communale.....	32
9. Le redéploiement de la garde communale	32
10. Les revendications des gardes communaux	33
11. Impact psychologique du terrorisme.....	33
Synthèse	37

Chapitre II : Traumatisme Psychique

Préambule	39
1. Historique	39
2. Définition des concepts clés de la recherche.....	44
2.1.Définition de l'événement	44
2.2.Définition de l'événement traumatique.....	45
2.3.Définition du traumatisme psychique	45
3. Type de traumatisme psychique	47
4. Manifestations psychopathologiques du traumatisme psychique (le diagnostic).....	47
4.1.Manifestations cliniques du traumatisme psychique.....	48
4.1.1. Manifestations immédiates.....	48
4.1.1.1.Manifestations immédiates adaptées.....	48
4.1.1.2.Manifestations immédiates pathologiques	49
4.1.2. Manifestations post-immédiate du traumatisme.....	50
4.1.3. La phase à long terme - (période différée-chronique : névrose traumatique ou trouble stress post-traumatique).....	51
4.1.3.1. Les symptômes de reviviscence intrusive	51
4.1.3.2.L'altération de la personnalité	52
4.1.3.3. Les symptômes non spécifiques	55
4.2.Critères diagnostiques du DSM5 et La CIM10 et CIM 11.....	57
4.2.1. Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : DSM 5	57

4.2.2. La classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes : CIM 10	60
4.2.3. CIM-11 L'État de stress post-traumatique (6B40).....	61
5. Diagnostic différentiel.....	62
6. Étiopathogénie du traumatisme psychique.....	63
6.1. Facteurs tenant à l'événement.....	63
6.2.Facteurs tenant au sujet	63
6.3.Facteurs circonstanciels.....	64
7. Approches explicatives du traumatisme psychique	65
7.1.Approche athéorique du traumatisme psychique	65
7.2.Approche psychanalytique du traumatisme psychique	67
7.3.Approche phénoménologique du traumatisme psychique.....	67
8. Outils de mesure du traumatisme psychique	68
9. Prise en charge du traumatisme psychique.....	70
9.1. La prise en charge médicamenteuse (ou La chimiothérapie)	70
9.2. La prise en charge psychologique (ou psychothérapeutique).....	70
9.2.1. Le défusing.....	70
9.2.2. Le débriefing	71
9.2.3. La thérapie cognitive et comportementale (TCC).....	71
9.2.4. La thérapie d'inspiration psychanalytique (psychodynamiques).....	71
9.2.5. L'hypnose.....	72
9.2.6. L'EMDR : du protocole à une thérapie intégrative	72
9.2.7. Les groupes de paroles.....	73
10. Résilience	74
10.1. Origine et historique du concept de résilience	74
10.2. Définition	74
10.3. Les approches théoriques de la résilience.....	75
10.3.1. L'approche psychodynamique	75
10.3.2. L'approche phénoménologique.....	75
10.3.3. L'approche cognitivo-comportementale	76
11. Traumatisme psychique et violence terroriste	76
11.1. Des effets psychologiques et sociaux recherchés par les terroristes	76
12. Les études antérieures sur le traumatisme psychique à long terme	77
Synthèse	81

Problématique et hypothèse	84
---	----

Partie pratique

Chapitre III: La méthodologie de la recherche

Préambule.....	95
1. Les limites de la recherche	95
2. La méthode utilisée dans la recherche	96
3. Présentation du lieu de recherche	100
4. Groupe de recherche	101
4.1.Critères d'inclusion	101
4.2.Critères d'exclusion	102
5. Outils de recherche	103
5.1.L'entretien de recherche semi-directif	103
5.2.Le TRAUMAQ	108
6. Déroulement de la recherche	114
6.1.La pré-enquête	114
6.2.L'enquête	120
7. Attitude du chercheur.....	123
8. Difficultés de la recherche.....	125
Synthèse	126

Chapitre IV: Présentation, analyse des résultats et discussion de l'hypothèse

Préambule.....	128
I. Présentation et analyse des résultats	128
Cas N° 01 : Hocine	129
Cas N° 02 : Boualem	140
Cas N° 03 : Rabah	151
Cas N° 04 : Farouk	163
Cas N° 05 : Kaci	175
II. Discussions de l'hypothèse	185
Synthèse	194
Conclusion	195
Liste des références.....	200

Annexes

La liste des tableaux

N° du tableau	Titre	Page
N°01	Classement des personnels de la garde communale par grade	25
N°02	Répartition d'effectifs des gardes communaux au niveau de la wilaya de Bejaia	28
N°03	Effectifs des gardes communaux victimes du terrorisme de la wilaya de Bejaia	32
N°04	Séquence de réactions psychologiques après un attentat terroriste	37
N°05	Les caractéristiques des sujets de recherche	102
N°06	Grille de cotation des items à l'échelle J	112
N°07	Conversion des notes brutes en notes étalonnées, par échelle	112
N°08	Interprétation des scores obtenus au questionnaire	113
N°09	Caractéristiques du groupe de la pré-enquête.	115
N°10	Conversion des notes brutes obtenues par le cas de la pré-enquête en notes étalonnées	118
N°11	Résultats du TRAUMAQ du cas de la pré-enquête	119
N°12	Conversion des notes brutes obtenues par Hocine en notes étalonnées	134
N°13	Conversion des notes brutes obtenues par Boualem en notes étalonnées	145
N°14	Conversion des notes brutes obtenues par Rabah en notes étalonnées	156
N°15	Conversion des notes brutes obtenues par Farouk en notes étalonnées	168
N°16	Conversion des notes brutes obtenues par Kaci en notes étalonnées	179
N°17	Tableau récapitulatif des résultats de nos 05 cas au questionnaire TRAUMAQ	192

Liste des figures

N° de la figure	Titre	page
Figure 01	Symbole de la garde communale	18
Figure 02	Illustration du profil de Hocine	138
Figure 03	Illustration du profil de Boualem	149
Figure 04	Illustration du profil de Rabah	160
Figure 05	Illustration du profil de Farouk	172
Figure 06	Illustration du profil de Kaci	183

La liste des annexes

N° de l'annexe	Titre
Annexe n° 01	Le guide d'entretien
Annexe n° 02	Le questionnaire du TRAUMAQ
Annexe n°03	Feuille de résultats du TRAUMAQ
Annexe n° 04	Cas n°01 (Hocine) au TRAUMAQ
Annexe n° 05	Cas n°02 (Boualem) au TRAUMAQ
Annexe n° 06	Cas n°03 (Rabah) au TRAUMAQ
Annexe n° 07	Cas n°04 (Farouk) au TRAUMAQ
Annexe n° 08	Cas n°05 (Kaci) au TRAUMAQ

Liste des abréviations

- AIS** : Armée islamique du salut.
- ANP** : Armée nationale populaire
- CAPS** : Clinician administered PTSD scale
- CIDI** : Composite international diagnostic- interview.
- CIM** : Classification internationale des maladies.
- DSM** : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
- EMDR**: Eye-movement desensitization and reprocessing (Désensibilisation et Retraitement par les Mouvements Oculaires)
- ESPT** : Etat de stress post-traumatique.
- FMPK** : Fusil Mitrailleur Poulémot Kalachnikov
- GBSO** : Groupe sur la blessure de stress opérationnel
- GIA** : Groupe islamique armé
- IMAO** : Inhibiteurs de la mono amine oxydase.
- ITBS**: stimulation dite intermittent theta burst
- IRS** : Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine.
- IRSNA** : Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline.
- MIA** : Mouvement islamique armé
- OMS** : Organisation mondiale de la santé.
- PO** : Poste d'observation
- PTSD**: Post traumatic stress disorder.
- QIT** : Questionnaire international sur les traumatismes.
- SARP** : Société Algérienne de recherche en psychologie.
- TCC** : Thérapie cognitive et comportementale.
- TRAUMAQ** : Questionnaire d'évaluation du traumatisme psychique.
- TSA** : Trouble de stress aigu.
- TSPT** : Trouble stress post-traumatique.

Introduction

La survie de l'homme est liée principalement aux besoins primaires, tels que les besoins physiologiques et sécuritaires. Ces derniers sont des besoins primordiaux pour garantir la stabilité de la vie et se protéger contre les menaces éventuelles, mais également préserver l'intégrité physique et psychique. La plupart des individus recherchent la sécurité par tous les moyens, afin d'écartier les différents événements violents ou les traumatismes.

De ce fait, les symptômes du trauma ont été décrits depuis l'Antiquité, le plus souvent dans un contexte militaire, et ce n'est pas très loin de ce contexte que nous proposons de mener notre recherche.

Dans ce cadre, le danger peut être une maladie, un accident, un risque quelconque ou l'exposition à un environnement dangereux, comme le phénomène du terrorisme qui est le plus dommageable par ses divers violences extrêmes d'une manière surprenante au sein de la population, afin d'atteindre ses objectifs qu'ils soient politiques, idéologiques ou déstabiliser un État.

L'Algérie, comme d'autres pays n'a pas échappé au terrorisme, plus encore c'est le pays le plus touché durant les années 1990, suite aux conflits sociopolitiques et religieux, et ayant survécu après l'arrêt du processus électoral par l'armée en décembre 1991, ce qui pousse les membres du front islamiste du salut (FIS) à rejoindre le maquis. Depuis ce jour-là, l'Algérie est entrée dans la guerre civile pendant plus d'une dizaine d'années, période appelée communément « la décennie noire ».

Dans ce sens, la garde communale, corps de troupe chargé de surveiller, protéger la commune et ses villages. À cet effet, les gardes communaux, ont participé à la lutte antiterroriste, cette lutte a coûté de nombreuses victimes dans ses rangs, ainsi que des blessures physiques et psychologiques tels que les traumatismes psychiques.

Par ailleurs, le traumatisme psychique renvoie au choc émotionnel suite à l'événement traumatique, la symptomatologie psychotramatique peut perdurer à long terme qui se répartit sur trois volets ; reviviscences intrusives/anxiogènes, Altération de la personnalité et symptômes non spécifiques (que l'on peut observer aussi dans d'autres pathologies).

Dés lors, ce travail intitulé « *étude descriptive rétrospective chez les anciens gardes-communaux victimes de la violence terroriste en Algérie* » a été mené dans le but de déterminer le devenir psychologique des anciens gardes-communaux ayant activés durant la

décennie noire en Algérie. L'objectif principal était donc d'explorer les répercussions à long terme (voire à très long terme) de la violence terroriste subie par notre groupe de recherche et d'étudier les retentissements psychologiques sur le long terme du traumatisme de la décennie noire, alors que les objectifs partiels portent sur l'évaluation d'un traumatisme psychique probable au sein de cette population et la description de leur vécu passé et présent quant à l'événement traumatique, mais aussi à leur prise en charge, à leur indemnisation et à leur qualité de vie en général.

Nous avons décidé de travailler cette thématique car nous estimons que les blessures psychiques sont encore mal étudiées et mal connues, même dans le domaine de la psychologie clinique. Nous faisons ici allusion aux blessures psychiques consécutives à la lutte antiterroriste qu'a engagée notre pays durant les années 1990. Nous avons également ciblé la catégorie des gardes communaux car ils étaient d'un côté en première ligne dans cette lutte, mais depuis on entend plus parler. Parmi les raisons du choix de thème, nous pouvons également rajouter à celles citées-ci-dessus notre curiosité en matière de psychotrauma et notre connaissance du métier de garde-communal, étant nous même un retraité de ce corps.

À notre connaissance, il s'agit d'une première étude consacrée aux gardes communaux algériens impliquée dans la lutte antiterroriste. Nous avons choisi de travailler sur cette catégorie (garde-communale) car elle fut directement touchée par la violence terroriste et semble être la catégorie la plus marginalisée (en comparaison par exemple aux militaires) dans les études et recherches scientifiques, même si nous reconnaissons que d'une manière générale, les recherches sur le traumatisme psychique chez les militaires et paramilitaires ne sont pas très développées chez nous.

L'importance du thème et les objectifs fixés nous légitime éthiquement parlant, à interroger d'anciens vécus douloureux chez nos sujets. Même si le phénomène étudié ici, à savoir, le terrorisme est de nature socio-politique, cela ne veut pas dire qu'on ne doit pas s'intéresser en psychologie clinique à cela, en raison de ses conséquences psychiques.

En effet, il s'agit d'une étude descriptive visant à mettre en évidence de manière approfondie un phénomène au moment présent de l'étude, à savoir le traumatisme psychique et ses signes cliniques et résultant de l'exposition à la violence terroriste. C'est une étude qui est également de « nature » rétrospective c'est-à-dire « après coup » sans l'être complètement, car l'événement en question est assez ancien survenu dans le passé.

L'approche intégrative retenue permet de mettre en perspective les différentes approches et de retenir celles qui sont les plus pertinentes pour nos cas. Seront privilégiées dans notre mémoire les théories et méthodes actuelles, reconnues par la communauté scientifique.

Pour atteindre notre objectif, nous avons effectué notre recherche à la wilaya de Bejaia précisément aux domiciles, sur les lieux de travail ou aux bibliothèques communales, nous avons sollicité cinq gardes communaux d'une manière attentive, tout en employant la méthode clinique pour décrire les spécificités de chaque cas. Cette démarche est adoptée afin d'arriver à notre l'objectif principal et tester la fiabilité de notre hypothèse. En ce qui concerne la collecte des données, nous avons utilisé deux outils de recherche; l'entretien semi directif ainsi que le questionnaire du TRAUMAQ qui est à notre connaissance l'outil de mesure du traumatisme qui englobe les différentes approches, ces deux technique sont conçus dans une perspective intégrative-holistique, qui prend l'individu dans sa globalité. En outre, l'entretien semi directif nous permettra de recueillir le vécu des gardes communaux relatifs au traumatisme psychique, le TRAUMAQ sert quant à lui au témoignage de l'existence d'un traumatisme psychique et de son degré, mesurer aussi le trouble psychotraumatique consécutif à la confrontation à un danger mortel.

Notre recherche a donc porté sur les anciens grades communaux victimes de la violence terroriste en Algérie. Après une introduction, nous avons structuré notre travail en deux parties: la partie théorique et la partie pratique. D'abord, la partie théorique se compose de deux chapitres, le premier intitulé « *la garde communale à l'ère de la décennie noire* » divisé en deux sections, la première aborde le terrorisme, la deuxième est consacrée à la garde communale. Le deuxième chapitre théorique s'intitule « *Traumatisme psychique* ». Puis, s'en est suivie notre problématique, notre hypothèse de recherche et l'opérationnalisation des concepts.

Enfin la partie pratique, constituée de deux chapitres, nous avons présenté en premier lieu le chapitre de la méthodologie de la recherche dans laquelle nous avons cité les limites de notre recherche, la méthode sur laquelle nous nous sommes basés, ensuite présenter notre lieu de recherche, le groupe de recherche, puis les outils de recherche que nous avons utilisé tels que l'entretien semi directif et le questionnaire TRAUMAQ, ainsi le déroulement de la pré-enquête et de l'enquête pour terminer par l'attitude de chercheur. Le dernier chapitre a été consacré à la présentation des résultats et leur analyse ainsi qu'à la discussion des hypothèses. Vers la fin, nous avons présenté la conclusion, la liste des références, les annexes et le résumé.

PARTIE THEORIQUE

Chapitre I: La garde communale à l'ère de la décennie noire en Algérie

Préambule

Tout au long de l'histoire de l'humanité, le phénomène du terrorisme est présent presque dans le monde entier, comme acte de violence extrême qui frappe par surprise. Ce terrorisme à plusieurs formes, organisations et stratégies, afin d'atteindre un objectif que ce soit idéologiques, politiques, ou de renverser un État. Ces effets ont un impact psychologique sur les populations et sur les corps de sécurité qui veillent à protéger les citoyens, ce qui peut induire des séquelles psychopathologiques à long terme.

L'Algérie est parmi des pays les plus touchés par ce phénomène du terrorisme, celui-ci à une forme islamique qui proclame le deûin sacré a exercé ses violences durant plus d'une décennie. Les Algériens réclament la sécurité au sein des villages et communes, ce qui pousse l'État algérien à créer la garde communale à ce moment-là, pour faire face à ce phénomène.

À travers ce chapitre nous allons vous présenter la première section qui s'intitule le terrorisme, dans laquelle nous aborderons l'histoire du terrorisme, ses définitions, les types de terrorisme, les stratégies du terrorisme, le terrorisme en Algérie, la lutte contre le terrorisme. Ensuite, dans la deuxième section nous présenterons le métier de la garde communale comme étant; l'historique de la garde communale, la définition de la garde communale, sa mise en place, sa création et en déterminant ses missions et son organisation et les horaires de travail ainsi le règlement intérieur et ses grades, types de détachement, le nombre d'effectifs au niveau national et au niveau de la wilaya de Bejaia, le nombre de victimes au niveau national et au niveau de la wilaya de Bejaia, le redéploiement de la garde communale, ses revendications, l'impact psychologique du terrorisme. Enfin, on conclut ce chapitre par une synthèse.

Section I- Le terrorisme

Dans cette section, nous allons présenter le phénomène de terrorisme qui a touché le monde entier, y compris l'Algérie.

Nous aborderons ce phénomène car nos sujets de recherche ont travaillé pendant cette période.

1. Aperçu historique du terrorisme :

Nombreux situent l'apparition du terrorisme au règne du roi Hérode (37-4 Avant J-C). En réaction contre les Sadducéens, les Pharisiens et les Esséniens, naissaient une autre parti appelé les Zélotes, en raison de l'intransigeance de leur attachement au Judaïsme et de leur haine de l'étranger. En l'an VI de l'ère chrétienne, ils se soulevèrent contre le recensement, que les autorités Romaines avaient ordonné cette année-là, pour toute province de Syrie, y compris la Judée. La campagne d'assassinats qu'ils lancèrent fut d'autant plus terrible, qu'ils ne s'en prirent pas aux seuls représentants des autorités d'occupation, mais également à tous leurs coreligionnaires, qui avaient le malheur de ne pas partager leur vision de la fureur envoyée par Dieu(Yahvé). Nous connaissons tous, également, l'épisode des Assassins ; secte chiite, qui prospéra sous le règne des Abbassides et usa du meurtre comme mode d'action. D'autres remontent plus loin encore, à la préhistoire, où les archéologues découvrirent des traces de massacre collectifs. D'autres enfin, rétorquent que c'est par abus de langage, que nous parlons de terrorisme à propos des Zélotes et les « *Assassins* ». Ils considèrent le terrorisme comme un phénomène moderne, né en Europe, dans la « *sainte Russie* », avec le mouvement populiste *Norodnaïa Volia*. C'est autour de Michail Bakounine (1814-1876) et de Sergueï Netchaïev (1847-1882), que le mouvement populiste et/ou anarchiste inaugura ce qu'on a appelé le « *Terrorisme* » (Boukra, 2022).

L'essor du terrorisme au XIXe siècle :

Le terrorisme va désormais être caractérisé par la stratégie des « 3 s » : secret, surprise et symbole. L'organisation terroriste cherche à la fois à se dissimuler avant d'agir, à créer la confusion et l'affolement dans le camp ennemi (plutôt qu'à lui infliger un réel dommage matériel) et à transmettre un message. Le terrorisme à plusieurs formes :

Le terrorisme révolutionnaire

Le terrorisme dit révolutionnaire, vise à déstabiliser l'État.

C'est dans cette dynamique que s'inscrit le terrorisme moderne qui apparaît véritablement avec le terrorisme révolutionnaire russe, notamment avec l'assassinat du gouverneur de Saint-Petersbourg par le groupe *Narodnaïa Volia* (« La volonté du peuple ») qui s'oppose au gouvernement tsariste (après plusieurs essais infructueux, il assassina le tsar Alexandre II, en 1881) (Chaliand& Blin, 2015).

En Europe, les groupes anarchistes révolutionnaires se livrent à de nombreux attentats. Plusieurs dirigeants en seront victimes, comme le président français Sadi Carnot le 24 juin 1894. Elle est pourtant et surtout marquée par les multiplications d'actes anonymes d'ampleur variable suscitant une peur généralisée dans l'opinion publique.

- Attentat contre Bismarck & Guillaume I^{er} en Allemagne.
- 1898 assassinat du roi d'Italie Humbert I^{er}.
- Attentat contre le roi d'Espagne Alphonse XIII.

Le terrorisme d'extrême droite et d'extrême gauche

Des mouvements comme le KKK (1865) ou les Black Panthers (1966) aux États-Unis, les Loups gris turcs d'extrême droite (années 1970), ou les groupes islamistes actuels, font à la fois appel à un sentiment identitaire fort (ce qui les rapproche des groupes ethno-nationalistes) et à une idéologie (politique ou religieuse) les apparentant au premier type de terrorisme

Un premier type regroupe à mon sens les actions terroristes menées par les anarchistes du XIXe siècle et les mouvements d'extrême gauche des années 1970- 1980. Ce terrorisme est d'inspiration révolutionnaire, dans sa phraséologie comme dans ses objectifs déclarés.

Dans les années 1970, c'est l'Italie qui subit le terrorisme d'extrême droite et d'extrême gauche, dont l'objectif est de faire vaciller les institutions italiennes (Chaliand & Blin, 2015).

Le terrorisme nationaliste

Au même moment, au Pays basque espagnol, une autre forme de terrorisme fait parler de lui, par le biais de l'ETA. Le terrorisme dit nationaliste est principalement le fait de mouvements séparatistes, utilisant les attentats pour revendiquer l'indépendance d'un peuple ou d'un territoire (Chaliand & Blin, 2015).

C'est aussi le cas en Irlande du nord avec l'IRA, un autre modèle terroriste qui sera repris par de nombreux mouvements nationalistes de par le monde. Face à la démocratie britannique, et en pleine guerre, l'IRA arrache une victoire politique en obtenant l'indépendance de l'Irlande (Eire) au lendemain de la Grande Guerre. Les Irlandais sont les premiers à comprendre les mécanismes complexes qui définissent la disproportion entre le potentiel stratégique extrêmement faible de l'arme terroriste et les gains politiques

potentiellement très élevés. L'IRA et son stratège Michael Collins parviennent à déséquilibrer l'Angleterre avec des moyens limités mais une organisation de premier plan. C'est cette expérience qui va porter les espoirs de nombreux mouvements indépendantistes en Europe et ailleurs (Chaliand & Blin, 2015, p. 109).

Le terrorisme d'État

Il consiste en la pratique d'actions violentes apparentées à du terrorisme par un État. C'est le cas de la Libye de Kadhafi qui commandite un attentat sur un avion faisant la liaison Londres-NewYork, en 1988.

En Amérique latine, le terme de terrorisme d'État fait référence aux escadrons de la mort des décennies 1970-1980, créés par les pouvoirs militaires en place pour briser les mouvements révolutionnaires de gauche. (Exécutions sommaires, enlèvement d'activistes, opposants politiques).

Le terrorisme islamiste

En 1979, un espace d'opportunité s'ouvre aux islamistes au Moyen-Orient et en Afrique du Nord.

- 1979 - 1989 1^{er} guerre d'Afghanistan (AL-QAIDA)
- 1990 - 1991 guerre du Golfe Irak (AL-QAIDA)
- 1991 – 2002 guerre civile Algérie GIA (Groupe Islamique Armé)
- 2003 - 2011 guerre d'Irak (Daech).
- AQMI au Sahel.
- BOKO HARAM au Nigeria.
- Ansar Al-charia en Tunisie (Chaliand & Blin, 2015).

Le terrorisme d'extrême droite est le fait de mouvements suprémacistes blancs principalement dans les pays occidentaux. Exemple : attentats terroriste en Norvège en 2011, contre la mosquée de Québec en 2017 et contre deux mosquées en Nouvelle Zélande en 2019 (Bouzar & Coupenne, 2020)

2. Définitions du terrorisme

Le dictionnaire Le Robert illustré définit terrorisme comme étant « *Emploi systématique de la violence pour atteindre un but politique ; les actes de violence (attentats, destruction, prise d'otage)* (Le Robert, 2017, p. 1912)

Dictionnaire Larousse définit aussi le terrorisme comme suit « *Emploi systématique de la violence à des fins politiques ou par haine d'une communauté humaine, d'un système ; ensemble des actes de violence ainsi commis* » (Larousse, 2013, p. 1375).

Le mot est fixé pour la première fois dans le supplément de 1798 au *Dictionnaire de l'Académie française*. La révolution crée le mot car il y a quelque chose de nouveau à nommer. « Terrorisme » est un mot français (ainsi que ses dérivés : « terroriser », « terroristes »). Les autres langues nous l'ont emprunté : *terrorism, terrorismo*, etc (Gayraud & Sénat, 2006, p. 07).

Le secrétaire générale de l'ONU a proposé une définition en mars 2005 ; « *Tout acte destiné à tuer ou blesser des civils et des non-combattants afin d'intimider une population, un gouvernement, une organisation et l'inciter à commettre un acte contraire à s'abstenir de le faire* » (Blin, 2005, p. 19).

Boukra, définit le terrorisme de son côté comme étant « *une violence politique à caractère tyrannique, légale ou illégale, exercée à des fins de domination par la peur contre un groupe social détermine selon une logique d'insécurité généralisée de tout membres de ce groupe une victime potentielle* » (Boukra, 2006, p.202).

Josse, estime que Le « *terrorisme est une arme efficace. Une arme est utilisée dans l'intention d'infliger une blessure ou de tuer et le terrorisme blesse et tue délibérément. Et il est une arme efficace puisqu'il peut blesser et tuer un grand nombre de personnes en peu de temps* » (Josse, 2019, p.258).

À partir de ces différentes définitions ; le terrorisme peut donc être considéré comme un phénomène mondial, dont le but est de régner la terreur par divers actes ; attentats, massacres, carnages, prises d'otages...etc, afin d'atteindre ses objectifs.

Le terrorisme a différents types, ce que nous allons présenter dans ce qui suit.

3. Types de terrorisme

Du moment que le terrorisme à différentes classifications, nous allons citer quelques types :

3.1. Les classifications fondées sur les origines

Cette classification discrimine ainsi les terrorismes en fonction de leur lien étatique ou en fonction de leur champ d'intervention.

A) *Le lien étatique* : Elle vise les États qui, consciemment, offrent une aide à des organisations terroristes sous la forme d'une fourniture de moyens matériels ou d'un encouragement politique.

B) *Le champ d'intervention* : Il s'agit ici de distinguer le terrorisme *interne* et le terrorisme *international* (Gayraud & Sénat, 2006, p. 35).

3.2. Les classifications fondées sur les buts

Les classifications téléologiques représentent des catégories perméables. Le Hamas lutte ainsi autant pour la libération des Palestiniens que pour la diffusion d'un islam politique.

a)- *Le terrorisme révolutionnaire ou idéologique* : les mouvements anarchistes, partis communistes, les guérillas, marxistes, léninistes, brigades rouges (Italie), armée rouge (Allemagne, japonaise), antifasciste, Hezbollah.

b)- *Le terrorisme nationaliste ou séparatiste* : Ce terrorisme repose sur la doctrine révolutionnaire les guerres de décolonisation : FLN algérien, etc.

C)- *Le terrorisme eschatologique* : Ce terrorisme à vocation millénariste et apocalyptique est le fait de sectes et milices. Ainsi les attentats de la secte Aum et d'Oklahoma City en 1995(Gayraud & Sénat, 2006, p. 36).

3.3. Les classifications fondées sur les méthodes

a)- *Le terrorisme des isolés* : C'est le terrorisme des « loups solitaires », de *desperados* qui, loin des structures politiques classiques (États et organisations), commettent des attentats sous l'influence de références idéologiques radicales et parfois dans un certain désordre mental.

b)- *Le terrorisme nucléaire, radiologique, bactériologique et chimique (nrbc)* : Le premier est celui de la fabrication et de l'utilisation d'une arme de type (nrbc), le second consiste à apprendre

pour cible un objectif de type (nrbc) (centrale nucléaire, laboratoire, etc.) avec des moyens traditionnels (explosifs, lance-roquettes, etc.). Le troisième procédé possible est la dispersion directe d'agents toxiques : il s'agit d'une dissémination par contamination (local fermé, réservoir d'eau, etc.).

C)- *Le terrorisme informatique* : Des attaques informatiques pourraient ainsi paralyser les systèmes d'information de secteurs vitaux : transports (aérien, maritime...) banques, bourses, énergie centrales électriques et nucléaires...). De manière discrète et économique, nos sociétés se trouveraient ainsi désorganisées (Gayraud & Sénat, 2006, p. 39).

4. Les stratégies du terrorisme

Le terrorisme est une stratégie essentiellement basée sur l'impact psychologique. De nombreux auteurs ont noté l'importance de l'élément psychologique dans le terrorisme ; -La référence à l'intention, qui est d'« influencer un public », - de « provoquer la peur dans le public ou une fraction quelconque du public », vise d'un côté à miner le moral de l'ennemi en semant la peur dans ses rangs, et de l'autre côté à renforcer la confiance en soi de ses propres forces et son désir de se battre (Chaliand & Blin, 2015, p. 36)

La stratégie indirecte. – La stratégie indirecte consiste « à ne pas prendre le taureau par les cornes, c'est-à-dire à ne pas affronter l'ennemi dans une épreuve de force directe, mais à ne l'aborder qu'après l'avoir inquiété, surpris et déséquilibré par une approche imprévue, effectuée par des directions détournées » (Gayraud & Sénat, 2006, p.12).

Dans ce qui suit, nous aborderons le terrorisme en Algérie, et ses différents groupes armés, ses stratégies, ses conséquences ainsi que la stratégie algérienne de la lutte antiterroriste.

5. Le terrorisme en Algérie

Nous sommes en juin 1990 en Algérie, après une ouverture démocratique inédite dans le pays, qui a débouché sur une explosion sociale menant le (FIS) à remporter les élections municipales. Vainqueur lors du premier tour des législatives décembre 1991, il n'a pas eu le temps de crier gloire car les forces du pouvoir en place interrompent brutalement le processus électoral. La guerre entre le FIS, ses alliés et l'armée algérienne pousse l'Algérie dans une décennie sanguinaire. Cette guerre appelée « Jihad contre le pouvoir » par les groupes

islamistes déclenche en réponse une lutte le terrorisme par le corps armé (Abbassi& Gaillard, 2012, p. 137).

5.1. Types de groupe armés

1- Le premier est **MIA** « le Mouvement islamique armé ». Créé comme on l'a vu au début des années 1980 autour de M. Bouyali, il se serait reconstitué en février 1992 autour de son second, Abdelkader Chebouti, qualifié de « lion de la montagne » ou de « général ». Implanté dans la Mitidja, au sud d'Alger, au pied de l'Atlas blidéen, en particulier à Larbaâ dont ce dernier était natif. Le MIA ne tuait pas des civils anonymes, mais des représentants du pouvoir, militaires, policiers et gendarmes (Peyroulou, 2020, p. 62).

2- Le second est **GIA**, connu sous le nom de « groupes islamiques armés » (*GIA, Djamaate islamiyya mousallaha* en arabe), rassemblait différents groupes qui se constituèrent autour d'anciens « Afghans », en particulier Takfir wal Hijra. L'origine des GIA [Labat, 1995] : Mansouri Meliani, un ancien compagnon de Bouyali, Mohamed Leveilley et Abdelkader Layada, un tôlier de Baraki, dans la Mitidja. Les GIA s'implantèrent surtout dans l'Algérois et la Mitidja. L'arrivée de Zitouni à la tête des GIA en septembre 1994 marque un tournant dans son histoire, En effet, il n'y a pas un GIA mais une multitude de petits groupes armés, rassemblant entre 5 500 et 10 000 hommes en 1993. Des GIA assassinèrent des intellectuels et des journalistes réputés anti-islamistes : le 16 mars, le sociologue et ancien ministre de l'Enseignement supérieur Djillali Lyabès, premier d'une longue liste ; et le lendemain, le médecin Laâdi Flici. Puis sera assassiné Tahar Djaout, journaliste et auteur des *Vigiles*. Parmi eux, Mahfoud Boucebcî, professeur de médecine. et Le directeur du quotidien *Le Matin* Saïd Mekbel, assassiné le 3 décembre 1994. Toute l'année 1994, les assassinats ciblés se multiplièrent. Le 29 septembre, peu après l'enlèvement du chanteur kabyle Lounès Matoub, fut assassiné à Oran le chanteur de raï Cheb Hasni. Puis les GIA ont pratiqué des attentats ciblés ou aveugles, comme ceux à la voiture piégée. Enfin, l'égorgement fut largement répandu, avec souvent l'ablation du nez, signe de l'honneur, et l'exposition de la tête mutilée. Il s'agissait de susciter l'effroi, de montrer la toute-puissance des groupes armés et à quoi on s'exposait si on désobéissait ou si on ne leur payait pas tribut (Peyroulou, 2020).

3- Le troisième groupe est **AIS**, l'Armée islamique du salut, fut créée le 18 juillet 1994. Dans l'Ouarsenis, à l'ouest du pays, l'AIS était dirigée par Ahmed Benaïcha, un ancien élu du FIS de Chlef. Dans l'Est, l'AIS était commandée par Madani Mezrag, lequel devint en mars 1995

l'émir national de l'AIS. Il condamna les violences contre les civils, maintint sa fidélité à Abassi Madani et Ali Benhadj et entendit faire prévaloir une solution négociée à la guerre. Toutefois, l'AIS ne s'implanta jamais dans l'Algérois et la région centre, principal foyer des GIA (Peyroulou, 2020, p. 67).

5.2. Stratégie du terrorisme en Algérie

Ce qui caractérise le terrorisme est le fait que sa principale arme est la psyché humaine ; c'est une guerre psychologique. « Le terrorisme, délibérément, part de la psyché pour atteindre la psyché ». L'aspect délibéré, construit, intentionnel, la nature de ses actes, le « choix » des victimes et celui des armes vont produire une véritable psychopathologie collective car il provoque l'effroi de la mort, un sentiment d'impuissance et surtout la destruction des liens communautaires et familiaux (Belarouci, 2010).

En effet, les terroristes, dans leur stratégie de destruction de la communauté, ont fabriqué un vécu d'impuissance chez tous les membres du groupe, mais plus particulièrement chez les hommes. Cette stratégie de la destruction de l'autre de l'intérieur, en provoquant honte et humiliation (Belarouci, 2010, pp. 109-111).

5.3. Conséquence de la violence terroriste en Algérie

La violence terroriste a eu des conséquences importantes à plusieurs niveaux :

- *Au niveau individuel :*

La violence terroriste a un impact direct sur la santé de l'individu par son taux de mortalité élevé au sein des populations quel que soit l'âge ou sexe ; elle a également occasionné des blessures physiques voire des incapacités durables et des traumatismes psychiques.

Le nombre de victimes de la violence terroriste en Algérie est évalué à 100.000 morts alors que le nombre de blessés est de l'ordre de 30700 blessés. Les femmes et les enfants n'ont pas été épargnés, ainsi selon Khiati (2001) sur les 5023 personnes tuées, il y a 12% d'enfants, 7,22 % de femmes et le reste ce sont des adultes de sexe masculin ; dans le même sillage et selon toujours Khiati lors d'une édition du journal El khabar du 25/05/1999, 1241 enfants ont été tués dont 189 nourrissons (Boussafsaf, 2013).

Chapitre I La garde communale à l'ère de la décennie noire en Algérie

En ce qui concerne le traumatisme psychique, rappelons une étude menée en 2002 par le ministère de la santé et de la population en collaboration avec l'UNICEF sur la prévalence du traumatisme psychique chez les enfants en Algérie : Alger 18,34% ; Blida 16,64 % ; Constantine 9,40% ; Jijel 17,26% ; Médéa 26,03% ; Tizi Ouzou 9,58% ; Bouira 4,16% ; Chelf 29,23% ; Tlemcen 9,24% (Boussafsaf, 2013).

Nous allons revenir sur l'impact psychologique du terrorisme sur la population, ainsi que sur les militaires et paramilitaires dans la seconde section de ce chapitre.

- Au niveau familial et sociétal :

La violence terroriste a provoqué un éclatement de la cohésion familiale et une destruction du lien social en Algérie, ainsi le nombre d'orphelins a atteint 250.000 selon le ministre du travail et des affaires sociales, et les violences sexuelles (viol) faites aux femmes ont eu des conséquences très lourdes : ces femmes ont été rejetées par leurs propres familles et non reconnues en tant que victimes du terrorisme (Boussafsaf, 2013).

Par le viol des femmes, la violence atteint la femme dans son corps et son identité, et piétine les référents sociaux.

Le terrorisme a provoqué également le déplacement et l'exode de plusieurs familles fuyant leurs terres, leurs maisons cherchant un peu de sécurité dans les villes, mais ces déplacements ont accentué la précarité et pauvreté de ces familles livrées à elle mêmes, selon le rapport de l'ONG Global IDP Project (2004), le nombre de déplacés se situe entre 500.000 et 1 million d'habitants (Boussafsaf, 2013).

- Au niveau économique :

Le terrorisme a procédé à la destruction des entreprises économiques et des institutions publiques, Selon Khiati, M. (2002) entre l'année 1995 et 1997, le nombre d'habitations détruites totalement ou partiellement est estimé à 2051 habitations, le nombre des établissements scolaires détruits est de 1258 établissements, 3040 entreprises publiques endommagées. Selon toujours le même auteur, le coût des destructions durant la décennie noire est évalué à 20 milliards de dollars.

Ainsi les travailleurs se sont retrouvés au chômage et par la même, plusieurs familles sont dépourvues de ressources, ce qui a exacerbé leur précarité et leur vulnérabilité (Boussafsaf, 2013, p. 69).

6. La lutte contre le terrorisme

6.1. Principaux moyens d'action du contre terrorisme au monde

Les principaux moyens d'action du contre terrorisme peuvent être résumés de la façon suivante :

- a- *Le renseignement* : il est le pivot de toute action contre terroriste efficace, que ce soit pour la protection ou la répression.
- b- *La mise à prix* : c'est le fait de donner les récompenses financières pour toute information sur les terroristes ou la préparation d'un attentat terroriste.
- c- *La persuasion* : elle est utilisée dans le but d'obtenir le repentir du terroriste et son aide pour parer à d'autres opérations terroristes éventuelles (Nasr, 2014).
- d- *L'infiltration* : elle est entreprise par un agent de renseignement dans un réseau terroriste pour manipuler en semant la discorde au sein de l'organisation et en délégitimer ses dirigeants
- e- *La décapitation* : elle vise l'instance de décision et le centre de commandement de l'ennemi par des frappes ciblées.
- f- *La technologie* : les détecteurs, caméras, écoutes, senseurs, systèmes d'information géographique font partie de moyens de protection passifs et d'action actifs.
- g- *La surveillance et filature de terroristes repérés* : il s'agit de la surveillance de leurs déplacements et de leurs contacts par moyens humains et par moyens technologiques (Nasr, 2014).

6.2. La stratégie Algérienne de lutte contre le terrorisme : se constitue en trois phases

- a- *Première phase (1992- 1997)*: était celle « du tout Sécuritaire », consistant à éliminer militairement les groupes terroristes armés actifs dans le pays.
- b- *Deuxième phase (1997- 2000)* : celle-ci commença par le dialogue avec les groupes armés sur un cessez-le-feu avec l'armée islamique du salut(AIS) et la ligue islamique pour Dawâa et le combat (LIDC). La « loi sur la concorde civile » en septembre 1999. Amnistiait tous combattants islamistes.

c- *La troisième phase* : aboutit à la « charte sur la paix et la réconciliation nationale » de septembre 2005, qui étendait la loi de 1999, en accordant l'absolution définitive aux combattants repentis « non coupable de crimes de sang » (Djallil, 2013, p. 148).

À cet effet, pour faire face à ce phénomène du terrorisme le plus dommageable, qui se propage d'une manière assez rapide dans ces dernières années et devient une préoccupation du monde entier. Chaque pays a mis ses stratégies dans la lutte antiterroriste. Aussi l'Algérie à ses propres stratégies en plus de celles citées ci-dessus, elle a intégré l'armée nationale populaire (ANP) et d'autres services de sécurité, même qu'ils ont renforcé la sécurité par les anciens moudjahidines surnommés (Patriotes). Néanmoins, la population dénonce l'insécurité dans des villages et communes isolés, ce qui pousse l'État algérien de créer un nouveau corps paramilitaire afin d'assurer la protection au sein des communes. Ce que nous allons voir dans la section suivante.

Section II : Le métier de la garde communale

Après avoir présenté le phénomène du terrorisme au niveau mondial et particulièrement en Algérie, maintenant nous allons mettre une lumière sur le métier de la garde communale.



Figure n° 01: Symbole de la garde communale

1. L'historique de la garde communale

Selon le récit de monsieur Lahlou Aliouet

Lahlou Aliouet, l'un des premiers membres fondateurs de la création de la garde communale, et chargé de la communication au niveau de la coordination des gardes communaux, il affirme dans un entretien que nous avons mené le 16/12/2021 à 13h 05, d'une durée de 01 heure, qui a eu lieu à son domicile dans la wilaya de Bouira. Lahlou Aliouet, affirme que la garde communale a été créée à la fin des années 1994. Ils ont installé deux détachements au niveau national, un à « Saharidj wilaya de Bouira », et l'autre au niveau de la wilaya de « Tipaza » comme un essaie.

Comme cette expérience à donner des bons résultats concernant la lutte antiterroriste et le retour d'équilibre, ainsi que la paix, elle s'est propagée au niveau national avec un effectif entre 95 000 à 120 000 gardes communaux. Il évoque aussi, que l'État algérien ne sait pas qu'est-ce que le terrorisme à cette époque-là, et la garde communale a été créé dans le provisoire et dans l'urgence ou l'état d'urgence pour s'attaquer à ce phénomène du terrorisme.

Il poursuit ses déclarations, ces gardes communaux ont pris les armes dans objectifs est d'écarter les violences dans leurs régions, et de sauvegarder la nation et défendre l'article numéro un (01) de la constitution Algérienne qui est la « République Algérienne démocratique et Populaire ». Ces gardes communaux ils ont pris les armes ce n'est pas à cause d'un salaire comme ils disaient les autres, sachez bien qu'un garde communal n'était

pas un mercenaire. Quand-on a pris les armes à ces moments-là, on n'est pas les seuls être menacés, même nos familles sont menacées.

À cette époque-là, des gens disaient qu'un groupe s'est révolté et sa dure pas longtemps. Mais il s'est avéré que la lutte a duré presque vingt ans.

Concernant le nombre de victimes dans les rangs de la garde communale, *Lahlou Aliouat*, déclare un chiffre de 4668 à la fin de 2012, avant la décision de redéploiement en 31 octobre 2012, sans compter les blessés physiques et d'autres maladies physiques et psychiques.

2. Définition de la garde communale

« Est un corps de troupe chargé de surveiller et protéger les communes en Algérie durant la décennie noire » (https://encyclopedie.fr/definition/Garde_communale).

3. La mise en place de la garde communale

L'arrêté n° 702 du 29 avril 1994 portant la mise en place de la garde communale.

Art 1 : Les personnels contractuels recrutés en qualité de gardes communaux conformément aux dispositions du décret exécutif complétant le décret exécutif 93/28 du 27 septembre 1993 portant statut de la police communale susvisé sont constitués en détachements appelés « détachement de la garde communale ».

Les articles 02,03,10, décrivent l'implantation des détachements au niveau des communes (Arrêté, 1994, p. 37).

L'arrêté n° 1803 du 08 septembre 1994 complétant l'arrêté n° 702 du mois d'avril 1994 portant sur la mise en place de la garde communale.

Article 3 - Alinéa 3 : à renforcer les unités de la gendarmerie nationale dans le cadre de l'exécution de leurs missions sur demandes verbales adressées au président de l'APC ou de la DEC ou chef de détachement des gardes communaux compétents et ce en zones rurale.

Les mêmes dispositions sont applicables en cas de demandes verbales formulées par les chefs de sûretés urbaines (Arrêté, 1994).

4. La création du corps de la garde communale

Le corps de la garde communale a été créé par le « décret exécutif n° 96-265 du 18 rabie el aouel 1417 correspondant au 3 août 1996, portant création d'un corps de la garde communale et déterminant ses missions et son organisation »

Sur le rapport du ministre de l'intérieur, des collectivités locales et de l'environnement.

Vu la constitution, notamment ses articles 81-4° et 116 (alinéa 2).

Vu l'ordonnance n° 66-155 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code de procédure pénal.

Vu la loi n° 90-08 du 7 avril 1990 relative à la commune.

Vu la loi n° 90-08 du 7 avril 1990 relative à la wilaya.

Vu la loi n° 91-23 du 6 décembre 1991 relative à la participation de l'armée nationale populaire à des missions de sauvegarde de l'ordre public hors les situations d'exceptions.

Vu le décret n°81- 275 du 17 octobre 1981 portant création d'une commission interministérielle permanente d'homologation des tenues et des leurs attributs pour les personnels autre que les personnels de l'armée nationale populaire (Décret, 1996, p. 09).

Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut-type des travailleurs des institutions et administrations publiques.

Vu le décret présidentiel n° 91-488 du 21 décembre 1991 portant mise en œuvre de la loi n° 91-23 du 6 décembre 1991 relative à la participation de l'armée nationale populaire à des missions de sauvegarde de l'ordre public hors les situations d'exception.

Vu le décret présidentiel n° 95-450 du 14 chaabane 1416 correspondant au 31 décembre 1995 portant nomination du chef du gouvernement

Vu le décret présidentiel n° 96-01 du 14 chaabane 1416 correspondant au 05 janvier 1996 portant nomination des membres du gouvernement.

Vu le décret exécutif n° 93-207 du rabie ethani 1414 correspondant au 22 septembre 1993 portant création d'un corps de la police communale et déterminant ses missions et les modalités de son action (Décret, 1996, p.09).

DECRETE :

Art 1^{er}: Le présent décret institue un corps de police communale, dénommé « corps de garde communale » et détermine ses missions et son organisation.

Art 2: Sous réserve des dispositions des articles 10,11 ,13 la garde communale est organisée en unités placées sous l'autorité du président de l'organe exécutif communal. Elle a la charge

de mettre en œuvre les règlements édictés au titre des prérogatives de police légalement dévolues à ce dernier.

4.1. Les missions (rôles) de la garde communale

Art 3 : la garde communale peut être appelée à participer à des missions de maintien ou de rétablissement de l'ordre public, de protection des personnes et des biens et de sécurité des édifices publics et équipements d'infrastructure (Décret, 1996, p. 10).

Art 4 : Les membres de la garde communale sont chargés d'assurer, au niveau de la commune, l'ordre, la salubrité et la tranquillité publics. Ils assurent :

- La protection des personnes et des biens.
- La police administrative générale.
- Le service d'ordre.
- La police de la voirie.
- La circulation devant les établissements scolaires et dans les zones dépourvues de service de police.
- Ils concourent à l'exercice de la police de la chasse, de l'urbanisme et celle relevant du domaine forestier.
- Ainsi qu'à la lutte contre la contrebande et le trafic illicite des stupéfiants (Décret, 1996, p. 10).

Art 5 : Dans le domaine de la police administrative générale, les membres de la garde communale assurent la prévention générale et l'exécution des lois et règlement.

Dans le cadre de prévention, ils

- Exercer une surveillance permanente et continue et renseignent les autorités compétentes et tout fait se rapportant à l'ordre public.
- Surveillent les phénomènes à l'origine des accidents et des événements calamiteux tels les incendies, les inondations, les éboulements de terre ou de rochers, les maladies épidémiques ou contagieuses, les épizooties et s'il y a lieu, provoquent l'intervention de l'administration concernée (Décret, 1996, p.10).
- Prennent les mesures conservatoires relatives aux aliénés mentaux menaçant l'ordre et la sécurité publics.
- Lutte contre la divagation des animaux malfaisants et nuisibles.
- Veillent à la tranquillité publique en faisant cesser les bruits, les tapages nocturnes et les rixes sur la voirie publique qui trouble le repos des habitants.

Dans le cadre de l'exécution des lois et règlements, ils

- Veillent à l'application des lois et règlements pris dans le domaine de la police administrative.
- Contribuent à la remise des pièces administratives et de convocation diverses.
- Participent à l'actualisation des fichiers ouverts au niveau de la commune, notamment le fichier électoral, le fichier de service national et le fichier des contribuables.
- Contribuent à la remise en œuvre d'enquêtes, dans le cadre la collaboration avec les services de sécurité (Décret, 1996, p.10)

4.2.L'organisation de la garde communale

Art 12 : La garde communale comprend :

- Une direction générale au niveau central relevant du ministère chargé de l'intérieur.
- Des organes extérieurs.
- Des organes de formation.
- Des détachements au niveau des communes.

4.3. Les horaires de travail et le règlement intérieur

Art 14 : Les membres de la gardecommunaleexercent leurs fonctions de jour comme de nuit, ils sont astreints au port de l'uniforme.

Art 15 : L'uniforme, les insignes de corps, de coiffe et de grade ainsi que les conditions d'établissement de la carte professionnelle et les conditions de dotation en armes et équipements individuels et collectifs sont fixés conformément à la réglementation en vigueur (Décret, 1996, p.10)

5. Statut des personnels de la garde communale

« Décret exécutif n°96-266 du Rabie el Aouel 1417 correspondant au 3 aout 1996 portant statut des personnels de la garde communale ».

Décrète :

5.1. Dispositions générales

5.1.1. Position administrative, emploi et modes de nomination

Art 1^{er} : En application de l'article 4 du décret n° 85-59 du 23 Mars 1985 susvisé, le présent décret a pour objet de préciser les dispositions spécifiques applicables aux personnels appartenant au corps de la garde communale et de fixer la nomenclature ainsi les conditions d'accès aux poste de travail et emplois audit corps (Décret, 1996).

Art 2 : les personnels de la garde communale peuvent être en position :

- D'activité.
- De détachement.
- De disponibilité.

Art 3 : les personnels de la garde communale sont en position d'activité lorsqu'ils sont mis dans les missions dévolues au corps dans les communes d'affectation.

Art 4 : la garde communale comprend les grades suivants :

- Chef de détachement.
- Adjoint au chef de détachement.
- Chef de groupe.
- Chef d'équipe.
- Garde (Décret, 1996).

5.1.2. Droits et obligations

Art 6 : les personnels de la garde communale sont soumis aux droits et obligations prévus par le décret n°85-59 du Mars 1985 susvisé.

Ils sont, en outre, assujettis aux règles prescrites par le présent statut (Décret, 1996, p. 15).

Obligations

Art 7 : les personnels de la garde communale sont tenus d'accomplir, sous l'autorité de leurs chefs hiérarchiques et dans le strict respect des lois et règlement en vigueur et des règles de

discipline qui les régissent, les missions dévolues au corps, conformément aux dispositions du décret exécutif n°96-265 du 18 rabie El Aouel 1417 correspondant au 03 Aout 1996 susvisé.

Les articles 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, définissent les obligations des gardes communaux.

Droits

Art 15 : les personnels de la garde communale sont protégés contre toutes formes de pression ou d'intervention de nature à nuire à l'accomplissement de leur mission.

L'État protège les personnels de la garde communale contre les menaces, outrage, diffamation ou attaques de quelque nature que ce soit dont ils peuvent être l'objet à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions. Dans ce dernier cas, l'État est subrogé aux droits de la victime.

La protection visée aux alinéas précédents s'exerce conformément à la législation en vigueur. Ministre de L'intérieur (Décret, 1996, p. 17)

5.2.Recrutement –Avancement

5.2.1. Recrutement :

Art 20 : Nonobstant les dispositions réglementaires en vigueur, nul ne peut être recruté au sien de la garde communale :

- S'il n'est pas de nationalité Algérienne.
- S'il n'est pas reconnu apte après un examen médical à un service actif de jour comme de nuit.
- S'il n'est pas satisfait à l'enquête de l'habilitation préalable effectuée par les services de sécurité.

Les articles 21, 22, 23, 24, 25, définissent les conditions de recrutement des différents grades (Décret, 1996, p. 18)

5.2.2. Avancement et promotion

Art 26 : Les rythmes d'avancement applicable aux personnels de la garde communale sont fixés conformément aux dispositions définies à l'article 75 du décret n° 85-59 du 23 Mars 1985 susvisé et celle du présent statut (Décret, 1996, p. 19).

Les articles 27, 28, définissent les avancements et promotions aux grades supérieurs.

5.3. Dispositions relatives à la discipline

Art 29 : Les dispositions disciplinaires applicables aux personnels de la garde communale sont fixées conformément à l'article 124 du décret n° 85-59 du 23 Mars 1985 susvisé et aux dispositions du présent statut.

Les articles 30, 31, 32, 33, 34, 35, définissent les règles de discipline de la garde communale

Les sanctions :

Art 36 : Les personnels de la garde communale encourent, en raison de la gravité des fautes commises, les sanctions suivantes classées en 3 degrés (Décret, 1996, p. 21).

5.4. Classification

Art 43 : En application des dispositions de l'article 69 du décret n° 85-59 du 23 Mars 1985 susvisé, le classement des personnels de la garde communale est fixé conformément au tableau ci-après :

Tableau n°01: Classement des personnels de la garde communale par grade

GRADE	CATEGORIE	SECTION	INDICE
Chef de détachement	16	1	482
Adjoint au chef de détachement	14	1	392
Chef de groupe	13	4	383
Chef d'équipe	13	2	364
Garde	10	3	274

Source : (Décret exécutif n°96-266 du 3 Aout, 1996, p. 22)

Art 44 : Les personnels de la garde communale bénéficient des primes, indemnités et indemnités spécifiques liées à leurs grades et fonctions (Décret, 1996).

5.5. Dispositions transitoires

Art 45 : Nonobstant les dispositions des articles 21, 23, 24, et 25, ci-dessus, les personnels de la garde communale peuvent, à titre transitoire, être recrutés par voie contractuelle sans condition d'âge ni de diplôme, sur la base de critères d'efficacité et de capacité à accomplir les tâches et missions assignées à ce corps, par référence à leurs aptitudes physiques et leur

Chapitre I La garde communale à l'ère de la décennie noire en Algérie

degré d'engagement à servir l'État, après enquête d'habilitation établie par les services de gendarmerie nationale territorialement compétente (Décret, 1996, p. 23).

« Décret exécutif n° 97/-50 du 5 Chaoual 1417 correspondant au 12 février 1997 portant mission et organisation de la direction générale de la garde communale »

Art1 : Dans le cadre des attributions dévolues au ministre de l'intérieur, des collectivités locales et de l'environnement, le présent décret a pour objet de définir les missions de l'organisation de la direction générale de la garde communale (Décret, 1997).

Les articles 2,...10, définissent les missions de la direction générale de la garde communale.

« Décret exécutif n° 98/311 du 09 jourmada ethania 1419 correspondant au 30 septembre 1998 fixant la liste, les conditions d'accès et la classification des postes supérieurs des services extérieurs de la direction générale de la garde communale ».

Art 1 : En application des dispositions de l'article 08 du décret exécutif n°98/35 du 26 Ramadhan 1418 correspondant au 24 janvier 1998, susvisé, le présent décret a pour objet fixer la liste, les conditions d'accès et la classification des postes supérieurs des services extérieurs de la direction générale de la garde communale

Art 2 : la liste des postes supérieurs des services extérieurs de la Direction Générale de la garde communale est fixée comme suit :

- 1- Pour la délégation de la garde communale de la wilaya :
 - Chef de service.
 - Chef de bureau.
- 2- Pour la section de liaison et de suivi de Daira :
 - Chef section.
 - Chef de bureau (Décret, 1998, p. 34)

Les articles 3 et 4 définissent les conditions d'accès.

Art 5 : La classification des postes supérieurs

Les articles 6 et 7 définissent le mode de nomination (Décret, 1998, p. 35).

6. Types de détachements de la garde communale

« Instruction n° 004 du 05 octobre 1998 définissant les règles du service et de discipline générale applicables au corps de la garde communale »

En termes d'organisation, il est à noter que les détachements sont constitués en trois types

- Type A : Avec un effectif de 24 éléments.
- Type B : Avec un effectif de 33 éléments
- Type C : Avec un effectif de 44 éléments (Instruction, 1998, p. 08).

7. Nombre d'effectif de la garde communale :

- *Au niveau national*

Le nombre d'effectif de la garde communale n'est pas précis il est relatif, car chaque année ou chaque mois y a des recrutements et des démissions. La fourchette elle est entre 95 000 à 120000 gardes communaux (Aliouat, 2012).

- *Au niveau de la wilaya de Bejaia*

Tableau n° 02 : Répartition d'effectifs des gardes communaux au niveau de la wilaya de Bejaia.

Au 07/03/2011

N °	S/ SECTEUR	DAIRA	DETACHEMENT	TYPE	CD	ACD	CG	GC	EFFECTIF REEL
1	AKBOU	TAZMALT	TAZMALT	33	1	0	3	18	22
			BENI MALIKECHE	33	1	1	3	18	23
			BENI MANSOUR	33	0	1	1	19	21
			BOUDJELLIL	44	0	1	3	22	26
		IGHIL ALI	AIT R'ZINE	33	1	0	2	18	21
			IGHIL ALI	33	1	1	2	17	21
		AKBOU	CHELLATA	33	1	1	3	20	25
			TAMOKRA	33	1	1	3	23	28
			IGHRAM	33	1	1	3	18	23
		IFRI OUZELLAGUEN	OUZELLAGUEN	33	0	1	3	23	27
		BENI MAOUCHE	BENI MAOUCHE	33	1	0	2	25	28
		SEDDOUK	SEDDOUK	33	1	1	3	22	27
			AMALOU	33	1	1	2	23	27
			BOUHAMZA	44	1	0	2	31	34
			M'CISNA	33	1	0	3	23	27
		S/ TOTAL					12	10	38
N °	S/ SECTEUR	DAIRA	DETACHEMENT	TYPE	CD	ACD	CG	GC	EFFECTIF REEL

Chapitre I

La garde communale à l'ère de la décennie noire en Algérie

2	SIDI AICH	ADEKAR	ADEKAR	33	1	1	2	21	25		
			TAOURIRT IGHIL	33	0	1	2	22	25		
		CHEMINI	CHEMINI	33	1	1	2	17	21		
			AKFADOU	44	0	1	3	21	25		
			TIBANE	33	1	1	2	13	17		
			RELAIS ENTV		1	1	7	78	87		
		SIDI AICH	EL FLAYE	33	1	0	3	24	28		
			SIDI AYAD	33	1	1	3	13	18		
			TIFRA	33	0	1	3	23	27		
			TINEBDAR	33	0	1	2	23	26		
		TIMEZRIT	TIMEZRIT	33	1	1	3	26	31		
		S/ TOTAL					7	10	32	281	330
		N °	S/ SECTEUR	DAIRA	DETACHEMENT	TYPE	CD	ACD	CG	GC	EFFECTIF REEL
		3	BEJAIA	BEJAIA	POSTE DOBSEVATION BOULIMAT	44	1	1	2	31	35
					OUED GHIR	33	1	0	3	27	31
AMIZOUR	AMIZOUR			33	0	1	3	23	27		
	BENI DJELLIL			33	1	1	2	27	31		
	FERAOUN			33	1	1	2	25	29		
	SMAOUN			33	1	1	3	21	26		
	AIT BOUZID			44	1	1	4	31	37		
EL KSEUR	EL KSEUR			33	1	1	3	18	23		
	TOUDJA			33	0	1	3	27	31		

Chapitre I

La garde communale à l'ère de la décennie noire en Algérie

			BOURBAATACHE	33	1	1	2	20	24
		BARBACHA	BARBACHA	44	1	1	4	29	35
			KENDIRA	44	1	1	4	37	43
		SOUK EL TENINE	SOUK EL TENINE	33	1	1	2	25	29
			MELBOU	33	1	1	3	23	28
		AOKAS	AOKAS	33	0	1	2	25	28
			TIZI N'BERBER	44	1	1	3	37	42
		TICHY	TICHY	33	1	0	3	24	28
			BOUKHELIFA	33	1	1	3	27	32
			TALA HAMZA	33	1	1	2	22	26
S/ TOTAL					16	17	53	499	585
N °	S/ SECTEUR	DAIRA	DETACHEMENT	TYPE	CD	ACD	CG	GC	EFFECTIF REEL
4	KHERRATA	DARGUINA	DARGUINA	33	1	1	3	23	28
			AIT FEELKAI	33	1	0	2	27	30
			TASKRIOUT	33	1	0	3	20	24
			AIT SMAIL	33	1	1	3	25	30
		SOUK EL TENINE	TASSEFSAFT	33	1	1	3	23	28
			TAMERIDJET	44	1	1	4	29	35
			LAALEM	33	1	1	3	21	26
		KHERRATA	KHERRATA	33	1	1	3	25	30
			MEROUAHA	24	1	1	3	19	24
			DRAA EL GAID	33	1	1	2	20	24

Chapitre I

La garde communale à l'ère de la décennie noire en Algérie

			ADJIOUAN	44	1	1	4	35	41
S/ TOTAL					11	9	33	267	320
5	BENI KSILA	ADEKAR	DJEBLA	44	0	1	4	29	34
			AIT MENDIL	33	1	0	3	19	23
S/ TOTAL					1	1	7	48	57
TOTAL GENERAL					47	47	163	1415	1672

Source : (Délégation de la G-C de la wilaya de Bejaia, 2011)

8. Nombre des victimes de la garde communale

- *Au niveau national*

D'après Lahlou Alouat, le chargé de la communication au niveau de la coordination des gardes communaux. Le nombre des victimes de la garde communale au niveau national est de 4668 décès avant la décision de redéploiement (Aliouat, 2019).

- *Au niveau de la wilaya de Bejaia*

Tableau n° 03 : Effectifs des gardes communaux victimes du terrorisme de la wilaya de Bejaia

Effectifs selon le grade	Effectifs global	Agent	Chef d'équipe	Chef de groupe	Adjoint chef détachement	Chef de détachement
Victimes du terrorisme (blessés physiques)	14	6	2	2	3	1
Victimes du terrorisme (décès)	6	2	2	0	2	0

Source : (Délégation de la G-C de la wilaya de Bejaia)

9. Le redéploiement de la garde communale

Les gardes communaux ont une nouvelle dénomination « les fonctionnaires de la garde communale » après la décision de redéploiement, officiellement le 31 octobre 2012. Il est certes vrai que trois options alternatives ont été proposées aux gardes communaux :

1. Départ volontaire à la retraite, option qui a séduit près de 54 000 agents.
2. Intégration à l'ANP en tant qu'auxiliaires, avec des vœux exprimés par pas moins de 22 000 agents.
3. Le reste des effectifs ayant préféré se reconvertir en agents de sécurité dans les entités économiques ou administratives publiques, sont en attente d'un poste de travail et continuent, semble-t-il, à percevoir leur salaire (Kebci, 2012).

10. Les revendications des gardes communaux

Le lundi 07 mars 2011, entre 10 000 et 20 000 gardes communaux réclamant une hausse salariale, ont forcé des cordons de police à Alger pour marcher vers l'Assemblée nationale. Pour rappel, ce sont les gardes qui suppléent la gendarmerie dans les zones rurales (France 24, 2011).

La plateforme de revendications des gardes communaux.

- Un statut officiel.
- Une revalorisation de leur salaire avec effet rétroactif,
- Des primes de rendement et de risque
- Une retraite anticipée
- Réparation matérielle et morale en cas de dissolution du corps (Tazerout, 2011)

11. Impact psychologique du terrorisme :

En France un mémoire a été réalisé en 2021 par *Truchet Lisa*, sur « *Ergothérapie et résilience : Accompagnement du soldat souffrant de stress post-traumatique* ». Le stress post-traumatique (SPT) touche 25% des soldats ayant participé à une guerre. Il est caractérisé par la reviviscence du traumatisme, l'isolement social, l'évitement, des troubles de la cognition et de l'humeur, du stress ou de l'anxiété et peut être associé à d'autres troubles tel que la dépression. L'objectif de cette étude est de mesurer l'impact d'une intervention en ergothérapie basée sur le développement de la résilience sur le rendement occupationnel chez le soldat souffrant de SPT. Ainsi, un protocole de recherche a été réalisé à partir de notions et concepts existants. Les résultats attendus sont une évolution favorable du tableau clinique du soldat atteint de SPT et l'amélioration de l'offre de soin pour cette population. Son expérimentation permettra d'enrichir la pratique en ergothérapie dans le domaine du SPT et du développement de la résilience.

En 2021, un mémoire de fin d'étude réalisé par *Halin Sophie* à l'université de Liège, qui porte le thème suivant « *Approche psychodynamique du vécu de soldats après une intervention sur le terrain* ». L'objectif de cette étude est d'explorer le vécu des militaires après une intervention sur le terrain. Ils ont interrogé les traumatismes qui peuvent résulter de missions qui mettent leur vie en danger. La réalité du terrain montre que les traumatismes psychiques tels que le DSM les décrits n'étaient pas d'actualité pour ces hommes, mais un

autre type de traumatisme, celui du traumatisme identitaire. Ils ont remarqué qu'ils peuvent faire des liens entre ce choix professionnel et le traumatisme identitaire. Les résultats sont comme étant l'organisation état-limite semble être commune à tous ces soldats par une angoisse d'abandon massive, une impulsivité, un manque de culpabilité et des mécanismes de défense servant à étayer cette peur de la perte. Les mêmes mécanismes de défense et les mêmes éléments latents se sont retrouvés tant dans l'analyse du TAT que dans l'analyse du récit de vie.

Un autre mémoire réalisé à l'université d'Ottawa Septembre 2018, par Sylviane Gratton, porte un titre « *Le trouble de stress post-traumatique chez les militaires canadiens* ». Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) frappe certains militaires qui sont confrontés à des situations difficiles. Le TSPT est le résultat de la rencontre avec une situation menaçante, au cours de laquelle la vie ou l'intégrité physique d'une personne ont été mises en jeu. Des symptômes tels que l'hypervigilance, l'anxiété, l'isolement, la colère, les flashbacks, les difficultés de sommeil peuvent survenir après l'événement traumatisant ou même plusieurs années après qu'il se soit produit.

Un mémoire réalisé par ; Marine Delhalle en 2018 à l'université de Lège, sous un titre « *L'impact de la personnalité et des médias sur la perception du terrorisme* », dans lequel elle a citée l'impact du terrorisme ; cognitif, comportemental et émotionnel. Les attentats sont des désastres causés par une intention humaine qui peuvent provoquer, par la suite, un haut risque de psychopathologie.

Impact cognitif

Ils ont parlé de la rumination comme étant une mal-adaptation cognitive majeure employée par les êtres humains pour faire face à la menace anticipatrice du terrorisme. Ce processus cognitif va avoir comme effet d'intensifier et de prolonger les symptômes dépressifs et anxieux à la place de les soulager.

Impact comportemental

La menace terroriste représente un événement extrême pouvant amener des hauts niveaux d'anxiété mais aussi d'agressivité, d'autres effets sur la santé comportementale tels que le trouble de stress post-traumatique, la dépression mais aussi des abus de substances tel

que l'abus d'alcool fort associé au sexe masculin. Ce n'est pas tout, des signes et symptômes somatiques (asthme, maladie cardio-vasculaire, etc.)

Impact émotionnel

Concept du partage social des émotions, l'être humain ressent un besoin de communiquer après un événement fort en émotion tel qu'un attentat. Les réseaux sociaux représentent un endroit approprié pour ce genre de partage social car les personnes connectées en ligne apportent un soutien émotionnel pour les personnes qui partagent leurs vécus sur les réseaux.

Un article publié en avril 2017, sous le titre « secours psychologique aux victimes d'attentats terroristes », 1^{ère} partie, réalisé par le médecin général ; Louis Crocq. Les tableaux cliniques des victimes d'attentats terroristes sont différents se caractérisent par trois périodes ;

1. La réaction immédiate (inférieure à 24 heures) ;

Réaction aigüe à un facteur de stress, selon la CIM 10. Le DSM 5 n'a rien prévu pour la désigner, ce qui est lacune notable. Elle ne dure que quelques heures (de une à six heures, de tout façon moins 24 heures), c'est le stress adapté. Mais peut s'avérer pathologique inadaptée, il est sous le nom de *stress dépassé* qui se présente en quatre formes ; 1) sidération, 2) l'agitation, 3) la fuite panique, 4) l'activité d'automate.

2. La période post-immédiate (du 2^{ème} au 30^{ème} jour) :

La CIM 10, inclut implicitement cette période post-immédiate dans les états de stress post-traumatiques, transitoires ou durables. Mais le DSM5, l'identifie sous le vocable d' « *état de stress aigu* ». La réaction de stress adaptative évolue pendant la phase post-immédiate vers le retour à la normale, soit émaillé de décharges émotionnelles différées. La deuxième période post-traumatique est la persistance des symptômes dissociatifs, accompagné de l'apparition de symptômes traumatique tels que reviviscence intrusives, cauchemars, état d'alerte, sursauts et phobie spécifique (en rapport avec l'événement). Dans ses deux variantes ; soit le retour à la normale, soit phase de latence d'une névrose traumatique. Le retour à la normale peut s'effectuer en quelques journée ou plusieurs jours, voire une semaine rarement plus. La phase de latence d'une névrose traumatique présente une variabilité beaucoup plus large.

3. La période différée- chronique : névrose traumatique ou trouble de stress post-traumatique.

La névrose traumatique est un syndrome différé et durable apparaissant chez des sujets qui ont été soumis à un événement potentiellement traumatisant et qui l'ont réellement vécu comme un trauma. Cela implique non seulement un critère concernant le fait d'avoir été exposé à un événement potentiellement psycho-traumatisant (c'est-à-dire un événement exceptionnel violent et menaçant pour la vie ou l'intégrité physique ou psychique de l'individu, tel qu'un événement de guerre), mais aussi critère bêta l'avoir vécu sur le mode du *trauma*, dans l'effroi. L'horreur, le sentiment d'impuissance et l'impression d'absence de secours.

Le tableau clinique de la névrose traumatique comprend trois volets. Qui sont : A/les reviviscences intrusives. B/1 'altération de la personnalité et C/les symptômes non spécifiques (Crocq et al., 1988, Crocq, 1974, 1999, 2012).

En Algérie, une étude a été réalisée à l'université de Beskra en 2015 par A.H, Djedou et s. Hadj Cheikh, sur « *l'impact du traumatisme psychique sur les membres des forces spéciales exposés à la violence terroriste* ». L'objectif de cette recherche est d'étudier l'impact du traumatisme psychique à travers la connaissance des tendances suicidaires, introversion, manifestations dépressives. Ils ont commencé la recherche en émettant par trois hypothèses, ils ont utilisé l'approche clinique et deux outils de la recherche ; l'entretien et l'observation, le deuxième outil est l'échelle de BECK. Les résultats de la première hypothèse sont comme suit ; les hommes des forces spéciales exposés à la violence terroriste souffrent de manifestations dépressives. Les résultats de la deuxième hypothèse sont ; les hommes des forces spéciales exposés à la violence terroriste souffrent d'introversion. Les résultats de la troisième hypothèse comme étant ; les hommes des forces spéciales exposés à la violence terroriste souffrent de tendance suicidaire.

Toujours en Algérie, un mémoire de Master psychologie clinique a été réalisé par Manel Benaiyache en 2012, sous le thème « *l'étude des après choc chez les policiers victimes du terrorisme* ». L'objectif est d'aider psychologiquement les policiers pour qu'ils puissent continuer leurs vies normalement. Car le rôle de policier est d'assurer la protection des personnes et des biens, ce qui pousse le policier à affronter le terrorisme et devient une victime. La confrontation du terrorisme est considérée comme l'un des chocs psychologiques les plus difficiles surtout si ce policier ne bénéficie pas des soins psychologiques nécessaires.

Chapitre I La garde communale à l'ère de la décennie noire en Algérie

L'auteur a constaté que la famille, le travail, les soins médicaux et psychologiques peuvent aider le policier à s'adapter et à s'équilibrer psychologiquement.

Tableau n° 04 : Séquence de réactions psychologiques après un attentat terroriste

Phases	Délais	Caractéristiques
Réaction immédiate	Heures-quelques jours	Anxiété, stress, peur, confusion. Activation du système nerveux autonome.
Réaction intermédiaire	Une semaine-plusieurs mois	Reviviscence, cauchemar, insomnie, hyper-vigilance, agressivité, troubles somatiques (vertiges, céphalée, asthénie, nausées).
Réaction à long terme	≥ une année	Dépression, trouble anxieux et somatoforme, syndrome de stress post-traumatique, abus de substance, trouble de sommeil.

Source ; (Carron et al, 2008)

Synthèse

En guise de conclusion, le phénomène du terrorisme a touché presque le monde entier, en particulier l'Algérie qui est un pays très touché par ce phénomène surtout entre les années 1992 à 2002, surnommé la décennie noire en Algérie. Pour faire face à ce phénomène chaque pays a sa propre stratégie de lutte contre le terrorisme.

Le corps de la garde communale a contribué dans la lutte contre le terrorisme en Algérie pendant la décennie noire. Ce qui a fait de nombreuses victimes, blessés physiques et psychiques dans ses rangs. Enfin, d'après ces différentes études citées précédemment, nous constatons que les conséquences psychologiques dues au terrorisme sont nombreuses comme des symptomatologies traumatiques à long terme. C'est ce que nous allons illustrer dans le chapitre suivant.

Chapitre II : Traumatisme psychique

Préambule

L'individu dans sa vie quotidienne est confronté à de nombreux événements, le métier et certaines circonstances peuvent tracer le chemin de vie, comme des travaux à risque face aux dangers et aux violences, tel que le métier de la garde communale, qui a été créé au moment de la décennie noire en Algérie. Ce corps a subi des terreurs et de terribles violences, ce qui peut engendrer des troubles psychologiques tels que le traumatisme psychique.

À travers ce chapitre, nous aborderons le traumatisme psychique en détail, en commençant par la présentation de l'historique de trauma, puis les définitions des concepts clés de la recherche tel que l'événement, événement traumatique et le traumatisme psychique. Ensuite, nous allons aborder les types de traumatisme psychique, les différentes manifestations psychopathologiques du traumatisme psychique et particulièrement (à long terme), ainsi que les critères diagnostiques du DSM5, la CIM10, et la CIM11, puis le diagnostic différentiel. Nous allons toucher l'approche qu'on adopte dans notre recherche celle de l'approche intégrative qui nous permis d'aborder de manière exhaustive les approches explicative du traumatisme psychique, cheminé avec les différents outils mesurant le traumatisme dont le TRAUMAQ qui est l'outil utilisé dans ce présent travail. Après, nous aborderons les différents types de prise en charge du traumatisme psychique. Puis, nous allons présenter le concept de résilience liée au trauma, traumatisme psychique et violence terroriste. Enfin, les études antérieurs sur le traumatisme psychique à long terme qui ont un lien avec la violence et le terrorisme. Nous clôturerons ce chapitre par une synthèse.

1. L'historique du traumatisme psychique

Le mot « TRAUMA » nous vient du grec ancien (*trauma*), où il signifiait « blessure », et où l'adjectif *traumatikos* désignait ce qui a rapport avec la blessure. Transposé à la pathologie chirurgicale, le mot « traumatisme » a conservé sa signification de blessure, parfois sous sa forme abrégée de « trauma » (exemple les « traumatismes crâniens », avec blessure ou contusion). Transposé ensuite à la pathologie psychiatrique, sous les vocables « traumatisme psychique » et « trauma », il se rapporte aux « blessés psychiques », qui se distinguent des autres malades psychiatriques par le caractère de violence et d'effraction de leur étiopathogénie. Et c'est sous la plume de Charcot, d'Oppenheim, de Janet et de Freud qu'on le voit apparaître dans les publications psychiatriques, dans les années 1884-1895 (Crocq, 2012, p. 175).

L'histoire du trauma est vieille comme la violence et l'angoisse des hommes. La question du trauma est sans doute aussi ancienne que l'humanité. Depuis que l'homme existe, il est en permanence confronté à la souffrance des autres ainsi qu'à la sienne. On en trouve la trace dans nos plus vieux récits légendaires (les mythes à partir de 2200 av.J.C). À côté des récits légendaires, les récits historiques et scientifiques de l'antiquité nous livrent de véritables observations cliniques, notamment par Hérodote (450 av.J.C) (le cas Epizelos) et Hippocrate (vers 400 av.J.C) (Dans son Traité des songes) (Crocq, 2001, p.23).

Quelques siècles plus tard, Lucrèce (40 av.J.C) décrit dans son ouvrage (*De natura rerum*) des rêves traumatiques. Les songes traumatiques sont également rapportés dans la chanson de Roland (vers 1100 après J.C) qui offre une description réaliste des blessures infligées par les armes. Quatre siècles plus tard, on relate des cauchemars somnambuliques dans « les chroniques de Froissart » (1325-1400). On va retrouver les rêves traumatiques pendant les guerres de religion (1572, 1577), ou le jeune roi Charles IX confia à son médecin Ambroise Paré après le massacre de la Saint-Barthélemy la présence récurrente de rêves traumatiques en lien avec les horreurs perpétrées cette nuit-là (Crocq, 2001, pp.23-24).

Quelques décennies plus tard, vers 1600, trois pièces de Shakespeare attestent que le cauchemar traumatique était chose connue à l'époque, de même que les reviviscences hallucinatoires diurnes, visuelles, auditives et même olfactives (Crocq, Bouchard, 2018, p.306).

Pour avoir failli être versé dans la Seine avec son carrosse au pont de Neuilly par ses chevaux emballés, en 1630, le philosophe Pascal a souffert de ce qu'on l'on pourrait appeler de nos jours « *une névrose traumatique* » (Philippe Pinel rapporte son observation) (Crocq, 2001).

Aux XVII^e et XVIII^e siècles, dans les armées de l'Ancien Régime et dans toute l'Europe, la « nostalgie » faisait des ravages dans les esprits des jeunes soldats (Basques et Bretons) enrôlés de force, arrachés à leur village et dépérissant loin de leurs parents. Et, parmi ces cas de nostalgie, beaucoup étaient dus à la frayeur éprouvée au combat ou à la détresse d'avoir vu camarade ou pays fauché dans le rang par les boulets et la mitraille. Cette version du diagnostic de « *nostalgie* » sera longtemps maintenue dans la tradition militaire, jusqu'au milieu du XIX^e siècle (Crocq, 2001) (Cité par, Benamsili, 2021).

Les événements de la Révolution et de l'Empire ont fourni à l'aliéniste Philippe Pinel ample matière à observation. Dans les deux éditions (1798-1808) de sa *nosographie philosophique*, il fait état de troubles psychiques déterminés par des chocs émotionnels de guerre. Desgenettes, Larrey, Percy, chirurgiens des armées napoléoniennes, ont dénommé « vent du boulet » les états

stuporeux aigus déterminés par la seule frayeur chez les combattants qui avaient senti passer les projectiles de près sans avoir été blessés (vers 1850). Toutefois, on voit émerger d'autres propositions formulées par des médecins aux armées ; ce sont « *coeur du soldat* » ou « *coeur irritable* » et « *hystérie post-émotionnelle chez l'homme* » (Crocq, 2001).

Les guerres du milieu du XIX^e siècle se sont avérées particulièrement meurtrières et vulnérantes. C'est aussi à cette époque que certaines personnalités ont attiré l'attention sur les souffrances psychiques des blessés abandonnés sur les champs de bataille (à l'exemple du suisse Henri Dunant dans son récit un souvenir de Solferino en 1862 qui va émouvoir le public et servir de point de départ à la fondation de la Croix rouge) (Crocq, 2001) (Cité par, Benamsili, 2021).

De même, Jean Martin Charcot en France a opté pour l'hypothèse émotionnelle et parle de « hystéro-traumatisme ». En 1889, Pierre Janet avait soutenu sa thèse de doctorat sur *l'automatisme psychologique* présentant 21 cas de névrose dus pour la plupart à un traumatisme psychique. Sigmund Freud, entre 1892-1896, suit le principe postulant que les attaques hystériques sont dues à la réminiscence d'un état psychique antérieur et traumatique. Puis en 1896, il abandonne l'idée des traumas réels au profit de la théorie du fantasme. A partir de 1897, Freud s'était provisoirement désintéressé des névroses traumatiques et des névroses actuelles pour se consacrer aux seules névroses de transfert. Mais les guerres qui ont jalonné la première moitié du XX^e siècle ont à nouveau attiré l'attention sur les névroses traumatiques et relancé la réflexion théorique à leur sujet, Freud (à partir de 1920), Ferenczi, Abraham, Kardiner et beaucoup d'autres ont été ainsi amenés à élaborer diverses théories du trauma. En effet, En 1916, Ferenczi est mobilisé et devient chef du service de neurologie de l'hôpital militaire Marie-Valeria. Cet endroit fut pour lui un champ d'expérimentation très riche qui fit grandement évoluer son approche du psychotraumatisme (Crocq, 2001) (Cité par, Benamsili, 2021).

C'est le psychiatre allemand Herman Oppenheim qui, à la fin du XIX^e siècle, a introduit le concept de « *traumatisme psychique* » dans la psychopathologie dans son ouvrage *Die Traumatische Neurosen (les névroses traumatiques)* paru en 1888. L'ouvrage d'Oppenheim, illustré par 42 cas de névrose, consécutifs à des accidents du travail ou des accidents de chemin de fer, crée le terme de « traumatisme psychologique », et opte au début pour la thèse psychogénique, mais il optera à partir de 1916 pour une hypothèse « psycho-organique » faisant intervenir les deux chocs (organique et émotionnel = commotion +

émotion) avec atteinte organique (indécélable). C'est à Kraepelin (1889), que l'on doit le terme de « *névrose d'effroi* » ou *Schreckneurose* (effroi=schreck) (Cité par, Benamsili, 2021).

La guerre russo-japonaise (1904-1905) fut l'occasion d'observer des états confusionnels consécutifs aux explosions d'obus, mais aussi des « *hystéries de guerre* ». Le français Georges Milian parle d'« *hypnose de batailles* » (1915) (Crocq, 2001).

Au cours de la première guerre mondiale, de nombreux psychiatres français et allemands s'attacheront davantage à détecter les soldats simulateurs qu'à les soulager de leurs souffrances traumatiques. L'« *hystérie de guerre* » met ainsi en perspective la question de la volonté du patient : en Allemagne en particulier, les soldats traumatisés sont considérés comme des faibles manquant de volonté (on parle même de « *maladie de la volonté* »). En Allemagne, dans un entre-deux-guerres au nazisme naissant, l'état décide de ne plus accorder de compensations financières aux soldats traumatisés, estimant que cela revient à les maintenir dans cet état pathologique et que la faiblesse et la lâcheté ne doivent pas être récompensées (Crocq, 2014) (Cité par, Benamsili, 2021).

Mais très vite, d'autres médecins, et notamment le psychiatre anglais Charles Samuel Myers, observent le « *shell shock* » (*choc des tranchées/ obusite ou vent de l'obus* en France) qui se manifeste chez des soldats qui n'ont jamais été exposés directement aux tirs, Myers rejette alors la théorie exclusivement organiciste (Crocq, 2001).

Il faut attendre la Seconde Guerre mondiale pour que la conceptualisation du trauma opère un réel changement. Pour la première fois émergent des recherches sur les facteurs de protection au trauma comme l'entraînement, la cohésion du groupe, le leadership ou la morale. On parlera alors de « *exhaustion* » (épuisement), d'« *anxiété flottante* », de « *réaction de combat* », de « *combat de fatigue* », de « *névrose de guerre* » et du « *syndrome du vieux sergent* » (Crocq, 2012).

Mais c'est la guerre du Vietnam, menée par les Américains de 1964 à 1973, qui a reproduit à grande échelle cette pathologie de faible intensité de combat, où la nostalgie interfère avec le trauma et où des conduites addictives (alcoolisme, toxicomanie) viennent compliquer les tableaux cliniques. Le nombre élevé des *post-Vietnam syndromes* (Shatan, 1972, 1974) observés après le retour en métropole (700 000 cas sur les 3 millions d'hommes envoyés au Vietnam, soit presque un sur quatre) a conduit les auteurs de la nouvelle nosographie psychiatrique américaine *DSM* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental*

Disorders) à réintroduire la névrose traumatique dans un catalogue d'où elle avait disparu dès le lendemain de la première guerre mondiale, mais en la dénommant *Posttraumatic Stress Disorder*, ou *PTSD* (Crocq, 2012, p. 184).

L'hégémonie de la langue anglaise y aidant, le vocable de *Posttraumatic Stress Disorder* a connu un immense succès dans le monde des cliniciens, y compris en Europe, malgré son inadéquation à la réalité clinique et son incapacité à rendre compte du phénomène trauma. Deux révisions successives (DSM-III-R en 1987 et DSM-IV en 1994) ont toutefois rapproché ses critères de ceux de la névrose traumatique ; et la *Classification internationale des troubles mentaux*, dans sa dixième révision dite CIM-10 en 1992, a avalisé le diagnostic d'état de stress post-traumatique, en le distinguant toutefois de la « réaction aiguë à un facteur de stress » (pour la pathologie immédiate des premières heures) et de la « modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe » (qui correspond aux névroses traumatiques véritables où l'impact du trauma a provoqué une altération profonde de la personnalité). Le diagnostic de PTSD s'est étendu aux traumas du temps de paix (accidents, catastrophes et violence quotidienne) (Crocq, 2012, p. 184).

La dixième révision de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) éditée par l'organisation mondiale de la santé (OMS) et parue en 1992, a emboité le pas aux américains, et propose le diagnostic « d'état de stress post-traumatique » (calqué sur le PTSD américain) classé dans la catégorie « *Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes* » sous la notion « état de stress post-traumatique » (F 43.1). Par ailleurs, la CIM 9 proposait déjà le diagnostic suivant « états réactionnels aigus à une situation très éprouvante » (308). Quant à la CIM 11, le chapitre 6 « troubles mentaux, comportementaux et neurodéveloppementaux » propose dans « Troubles spécifiquement associés au stress » le « *trouble stress post-traumatique* » (Josse, 2019) (Cité par, Benamsili, 2021).

En 2013, la cinquième version du DSM introduit finalement des changements importants dans la conceptualisation du trouble. Le PTSD passe ainsi de la catégorie « troubles anxieux », à une nouvelle catégorie appelée « troubles liés au traumatisme et au stress », comportant également les diagnostics de « trouble réactionnel de l'attachement », « trouble d'engagement social désinhibé », « trouble lié aux traumatismes et au stress spécifié » et « trouble lié aux traumatismes et au stress non spécifié ». Cette nouvelle catégorie revient sur la distinction anxiété/stress et tient mieux compte des conséquences développementales du stress

et du trauma, notamment à travers les diagnostics de PTSD et de trouble réactionnel de l'attachement. En 2018 en revanche, la Classification internationale des maladies (CIM-11), intègre le diagnostic de PTSD complexe (CPTSD) dans le groupe des huit « troubles spécifiquement associés au stress » (Kedia & Alleaume, 2020, p.10).

En France, les recherches récentes sur les pathologies traumatiques sont essentiellement menées par des psychiatres militaires, notamment Louis Crocq, Claude Barrois et François Lebigot. Ainsi, Barrois est considéré comme étant le fondateur de la psychotraumatologie en France en 1988. Le diplôme de victimologie à l'université de Paris V a popularisé la discipline mais sans individualiser réellement la psychotraumatologie. Le plus souvent ces auteurs (Barrois, 1998 ; Lebigot, 2001 ; Crocq, 1999) se sont opposés à l'incontournable « *état de stress post-traumatique* », lui préférant celui de « *syndrome psychotraumatique* ». Cet avis est partagé par de nombreux cliniciens en Europe (Crocq, 2001) (Cité par, Benamsili, 2021).

Enfin, les années 2010 sont particulières en France, dans la mesure où elles se sont avérées riches en événements traumatiques divers. Les attentats terroristes de 2015 semblent avoir secoué aussi bien la population générale que la communauté des intervenants en santé mentale (Kedia & Alleaume, 2020, p.13).

Dans ce qui suit, nous allons aborder les définitions des concepts clés de la recherche.

2. Définitions des concepts clés de la recherche

Les concepts qui nous ont paru importants à notre présent travail sont : l'événement, l'événement traumatique et le traumatisme psychique.

2.1. Définition de l'événement :

La définition de l'événement paraît simple. C'est, selon Littré, « tout ce qui arrive », ou même un « incident dramatique », avec pour étymologie *evenire*, advenir (Bourgeois, 2007). La notion d'événement fait depuis longtemps et de façon récurrente l'objet d'études et de débats en psychopathologie, concernant en particulier les effets pathogènes de certains événements et par conséquent leur pouvoir causal et, à ce titre, explicatif des troubles. De façon plus générale, on peut considérer que cette notion d'événement, fréquemment invoquée en psychopathologie où elle renvoie à des situations très diverses, intervient schématiquement soit en amont des troubles, soit en aval, soit enfin au titre de l'événement que constitue la

survenue même des troubles. En amont des troubles, on pense d'abord à l'événement comme facteur déclenchant (Pachoud, 2005).

2.2. Définitions de l'événement traumatique

Un événement traumatique est défini comme « *un événement au cours duquel le sujet ou d'autres personnes ont pu être menacé(e)s de mort, trouver la mort, subir des blessures graves ou des violences sexuelles. L'exposition peut se faire de différentes façons : en étant directement victime, en étant témoin direct, en apprenant que cela est arrivé* » (Khalifa, 2019, p.267).

La personne peut avoir été sujet, témoin ou acteur de l'événement traumatisant. Elle peut encore être concernée par lui et/ou par ses conséquences du fait de sa proximité émotionnelle avec la victime directe (famille et amis proches) ou avoir été confrontée de manière extrême ou répétée à des détails sordides concernant des faits traumatisants (par exemple, en raison de ses activités professionnelles) (Josse, 2019, p.39).

À travers ces deux données nous pouvons considérer le terrorisme et le métier de la garde communale comme des événements traumatisants. Effectivement, d'après ce que nous avons vu au chapitre précédent, le terrorisme comme un acte de violence extrême qui frappe par surprise. Le métier de la garde communale qui assure la protection des personnes dans des communes isolées, ainsi que sa lutte antiterroriste, peuvent développer des traumatismes psychiques dans ses rangs.

2.3. Définitions du traumatisme psychique

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 transitoire 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).

Le dictionnaire de la psychologie définit le traumatisme comme « *(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 sont souvent nécessaires*» (Larousse, 2003, p.272).

Laplanche et Pontalis définissent le traumatisme psychique comme « *un événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité ou se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique. En termes économiques, le traumatisme se caractérise par un afflux d'excitations qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations* » (Laplanche & Pontalis, 1967, p.499).

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

En somme, le traumatisme psychique donc peut-être considéré comme un choc émotionnel ou un état psychopathologique survenir après l'exposition un l'événement traumatisant.

Le traumatisme psychique à différents types, ce que nous allons voir dans ce qui suit.

3. Types de traumatisme psychique

Terr en 1991, différencie deux types de traumatismes: l'un soudain et violent, l'autre répété et souvent de moindre importance. Dans les attaques terroristes répétées, les deux dimensions sont présentes et alimentent sans cesse la blessure psychique profonde des victimes (Cartier& Ciccone, 2020, p.117).

En effet, c'est à Lenore Terr (1991) que l'on doit la première typologie des traumatismes. Elle distingue deux catégories : les traumatismes de type I et de type II. Elle entend par **traumatisme de type I** un traumatisme induit par un événement unique, limité dans le temps, présentant un commencement net et une fin claire. Une agression, un hold-up, un incendie, une catastrophe naturelle sont quelques illustrations de ce genre d'incidents critiques. Elle parle de **traumatisme de type II** lorsque l'événement à l'origine des troubles s'est répété, lorsqu'il a été présent constamment ou qu'il a menacé de se reproduire à tout instant durant une longue période. La violence intrafamiliale, les abus sexuels, la violence politique, le terrorisme et les faits de guerre répondent à cette définition (Josse, 2019, p. 54).

Les psychologues Américaines Eldra Solomon et Kathleen Heide (1999) spécifient une troisième catégorie, **le traumatisme de type III**, pour décrire les conséquences d'événements multiples, envahissants et violents débutant à un âge précoce et présents durant une longue période, cas typique des abus. Nous avons aussi Judith Herman (1997), professeur à la Harvard Medical School, qui a donné une autre appellation aux types de traumatisme et l'a classé en deux catégories : les traumatismes simples et complexes (Josse, 2019, p. 54).

Nous allons maintenant présenter les différentes manifestations psychopathologiques (le diagnostic) du traumatisme psychique.

4. Manifestations psychopathologiques du traumatisme psychique (le diagnostic)

Les pathologies traumatiques sont regroupées dans différentes approches et comme nous sommes dans l'approche intégrative cela nous permet d'aborder les différentes manifestations cliniques pathologiques à travers diverses écoles, nous commençons par les manifestations cliniques du traumatisme psychique selon l'approche phénoménologique présenter notamment par Crocq et d'autres auteurs, puis vers les manifestations

symptomatiques du TSPT à travers les critères diagnostiques établis par le DSM 5 et la CIM 10, CIM 11.

4.1. Manifestations cliniques du traumatisme psychique:

4.1.1. Manifestations immédiates :

Pour une meilleure compréhension des manifestations cliniques du traumatisme psychique, nous avons abordé les réactions immédiates propres au trauma, puis post-immédiate et à long terme.

4.1.1.1. Manifestations immédiates adaptées

D'après Louis Crocq (2014), ce type de réaction également appelée « stress adapté » se caractérise par l'alerte sur le plan biophysique ce qui induit une accélération du rythme cardiaque mais aussi respiratoire, une élévation du taux de sucre dans le sang ainsi qu'une fuite de la masse sanguine de la périphérie vers les organes (Crocq, 2014, p. 18).

Sur le plan psychologique, l'alerte et la mobilisation se manifestent dans les quatre sphères cognitive, affective, volitionnelle et comportementale.

- Dans la *sphère cognitive* : d'une manière spontanée, il se produit une élévation du niveau de vigilance, une focalisation de l'attention et une exacerbation des capacités d'évaluation et de raisonnement, Le tout aboutit à l'élaboration d'une ou de plusieurs décisions.
- Dans la *sphère affective* il se produit une bourrasque émotionnelle relativement perturbante mais qui entretient l'état d'alerte du narcissisme menacé le porte à la conscience et inspire des sentiments d'appréhension ou de peur (contrôlée), et aussi de combativité, voire d'indignation et de colère. Toujours sur le plan affectif, la relation à autrui demeure normale et adéquate à la situation : soit (vis-à-vis des covictimes) empathie, altruisme et entraide, soit (contre l'agent menaçant) agressivité et hostilité.
- Dans la *sphère volitionnelle*, la réaction immédiate se traduit par un désir impérieux de passer à l'action. Le sujet ressent une tension interne désagréable qui ne sera réduite que par le passage à l'acte ; il s'arrache à son indécision, son apathie et son hésitation pour entrer dans l'action, à commencer par le choix d'une décision (Crocq, 2014).
- Dans la *sphère comportementale* nous constatons un ensemble des gestes adaptés qui se manifeste par une attitude d'alerte et de préparation à la défense et de combat et de

retrait afin de réduire ou faire disparaître la menace. Tous ces gestes sont rapides et sont harmonieux et efficaces (Crocq, 2014, p. 19)

4.1.1.2. Manifestations immédiates pathologiques

Suite à l'exposition à un événement qui sort de l'ordinaire, les modalités de réactions péri traumatiques ou réactions immédiates, ou conséquences traumatiques initiales se déclinent en une classification psycho traumatique spécifique qui inclut la dissociation péri traumatique, la détresse péri traumatique et le trouble de stress aigu (Birmes et al, 2019).

a). La dissociation péri traumatique

La dissociation péri traumatique est une réaction neurobiologique connue, visible notamment en imagerie fonctionnelle. Lorsqu'un sujet est confronté à un événement traumatique, l'hyperstimulation des amygdales cérébrales enclenche une réaction neurobiologique qui coupe les afférences du cerveau émotionnel vers le cortex cérébral. Le vécu du sujet reste piégé dans le cerveau émotionnel et va entraîner des troubles psychotraumatiques (Lopez & Bouasker, 2020, p. 07).

b). La détresse péri traumatique

La détresse péri-traumatique se traduit par la perception d'une menace vitale et par des émotions dysphoriques intenses telles que vécu d'impuissance et sentiment de perte de contrôle, horreur, terreur et peur pour soi et/ou pour la sécurité d'autrui, sentiment de culpabilité et de honte, impression de solitude et d'abandon, tristesse et chagrin, frustration et colère, etc (Josse, 2019, p.141).

c). Le trouble stress aigu

Les nomenclatures internationales décrivent un « état de stress aigu », devenu « trouble de stress aigu » dans le DSM-5, qui risque de survenir après un événement traumatique. Il ne dure par définition qu'un mois au-delà duquel il devient un trouble de stress post-traumatique auquel il est sémiologiquement très semblable (Lopez & Bouasker, 2020, p. 11).

4.1.2. Manifestations post-immédiate du traumatisme (du 2^{ème} au 30^{ème} jour)

La 10e révision de la Classification internationale des maladies mentales (CIM-10, 1992) inclut implicitement cette période post-immédiate dans les états de stress post-traumatiques, transitoires ou durables. Mais le DSM américain (DSM-IV, 1994 et DSM-V, 2013) l'identifie sous le vocable d'« *état de stress aigu* » (*acute stress disorder*), avec des critères cliniques combinant la persistance de symptômes dissociatifs apparus dans l'immédiat et l'éclosion de symptômes d'état de stress post-traumatique, ainsi que des critères temporels d'apparition des symptômes dans les 4 semaines suivant l'événement et de persistance pendant un créneau de durée de 2 jours à 4 semaines (Crocq, 2014, p. 29).

La deuxième période post-traumatique est la persistance des symptômes dissociatifs, accompagné de l'apparition de symptômes traumatique tels que reviviscence intrusives, cauchemars, état d'alerte, sursauts et phobie spécifique (en rapport avec l'événement). Dans ses deux variantes ; soit le retour à la normale, soit phase de latence d'une névrose traumatique. Le retour à la normale peut s'effectuer en quelques journée ou plusieurs jours, voire une semaine rarement plus. La phase de latence d'une névrose traumatique présente une variabilité beaucoup plus large (Crocq, 2017).

Nous avons vu les deux phases de réaction au trauma, maintenant, nous allons mettre la lumière sur la phase à long terme, parce que c'est la phase qu'on veut étudier chez les anciens gardes-communaux victimes de la violence terroriste durant la décennie noire en Algérie.

4.1.2. La phase à long terme - (période différée-chronique : névrose traumatique ou trouble stress post-traumatique)

Les psychiatres militaires ont l'habitude de repérer chez les soldats l'un de ces éléments qui prolongent la phase de latence, c'est-à-dire renforcent le déni : l'illusion groupale. Tant qu'il est dans son unité, avec ses camarades, le sujet participe de cette illusion collective que le groupe est vulnérable et le protège de la mort. C'est lorsqu'il prend la retraite, qu'il se retrouve sans soutien du groupe, que ce déclenche sa névrose traumatique. C'est parfois quelques années après que l'image productrice d'effroi vient « exploser dans sa tête ». Il est alors rarement capable d'affronter seul cette image incrustée dans son appareil psychique et à ce moment-là que nous voyons ce précipiter à la consultation dans un hôpital militaire. S'il ne fait pas cette démarche, c'est souvent un destin d'exclu, d'alcoolique, de suicide qui l'attend (Lebigot, 2021, p. 38).

La phase à long terme s'amorce en moyenne un mois après la situation traumatogène et se prolonge plusieurs mois, voire plusieurs années selon les individus et le type d'événement (Josse, 2019, p. 200).

Le syndrome psychotraumatique chronique survient chez des sujets qui ont été soumis à un événement potentiellement traumatisant et qui l'ont réellement vécu comme un trauma. Son tableau clinique se répartit sur trois volets : les reviviscences anxigènes de l'événement (pathognomoniques), l'altération de la personnalité (pathognomoniques), et les symptômes non spécifiques (que l'on peut observer aussi dans d'autres pathologies) (Crocq, 2014, p.38)

La névrose traumatique est un syndrome différé et durable apparaissant chez des sujets qui ont été soumis à un événement potentiellement traumatisant et qui l'ont réellement vécu comme un trauma. Cela implique non seulement le fait d'avoir été exposé à un événement potentiellement psycho-traumatisant (c'est-à-dire un événement exceptionnel violent et menaçant pour la vie ou l'intégrité physique ou psychique de l'individu, tel qu'un événement de guerre), mais aussi de l'avoir vécu sur le mode du *trauma*, dans l'effroi. L'horreur, le sentiment d'impuissance et l'impression d'absence de secours (Cartier & Ciccone, 2020, p. 54).

4.1.3.1. Les symptômes de reviviscence intrusive

La reviviscence intrusive et répétitive du trauma, c'est-à-dire le fait pour le patient de revivre son expérience traumatique intensément, contre sa volonté et de manière itérative, est pathognomonique de la névrose traumatique. Où il est dénommé «syndrome de répétition». La reviviscence du trauma peut se manifester sous sept modalités cliniques, qui sont :

1/*La reviviscence hallucinatoire* : s'impose souvent comme une hallucination visuelle subite qui reproduit la scène de l'événement traumatisant, et dans laquelle le patient se voit (il croit y être). Les images sont très précises, c'est la reproduction du même décor. Des mêmes personnages, de leurs attitudes et gestes. C'est une scène dynamique, non figée, qui se déroule « comme un film ». Parfois, cette hallucination visuelle est accompagnée d'hallucination auditive (les mêmes bruits, les mêmes cris). D'hallucination olfactive (l'odeur de la poussière ou du sang), d'hallucination sensitive (la chaleur de l'incendie) et même d'hallucination gustative (le goût du thé sur la langue).

2/*La reviviscence par illusion* se démarque de l'hallucination pure en ce sens que le sujet hallucine la scène traumatique ou l'agresseur sur un paysage ou une silhouette réellement perçue. Par exemple : il croise un passant dans la rue et il le perçoit comme son agresseur venant sur lui.

3/*Le souvenir forcé* se distingue des reviviscences par hallucination ou illusion en ce sens que c'est l'idée de l'événement qui surgit à l'esprit, sans image ni son: ou encore c'est le nom d'un camarade tué au combat.

4/*La rumination mentale* au sujet de l'événement, de ses causes ou de ses conséquences, peut également être une forme de reviviscence; « Pourquoi moi? Si j'étais arrivé cinq minutes plus tôt ou plus tard, j'y aurais échappé») et les lamentations répétées (« Depuis que cela m'est arrivé, je ne suis plus comme avant. Les autres ne me comprennent pas et ne me soutiennent pas. »)

5/*Le vécu comme si l'événement allait se reproduire* est une autre forme du syndrome de répétition : subitement, le sujet a l'intuition que l'événement va survenir à nouveau, et il éprouve la même alerte et la même détresse.

6/*L'agir comme si l'événement se reproduisait*, peut-être un agir élémentaire, tel que réaction de sursaut ou l'impulsion à se recroqueviller; mais il peut consister aussi en un agir plus complexe : fuite panique, récit répétitif (toujours les mêmes mots, lassant l'entourage) ou mises en scène itératives, et contemplation obstinées de photographies-souvenirs de la vie au front (Cartier& Ciccone, 2020, p. 55).

7/Enfin, le cauchemar de répétition, intensément vécu plutôt que simplement contemplé, fait revivre l'événement au sujet. Suscitant la même frayeur et les mêmes gestes de défense : sous le coup de ces cauchemars, le traumatisé s'agite dans son sommeil, crie, réveillé en sursaut, en sueur et le cœur battant fort (Cartier& Ciccone, 2020, p. 55).

Le syndrome de répétition est la manifestation directe de l'image traumatique incrustée. Il est pathognomonique de la névrose traumatique mais il est accompagné d'un ou plusieurs symptômes associés qui témoignent de la réaction névrotique à la présence de celle-ci. Est qui se caractérise par des cauchemars qui sont accompagnés de la certitude effrayante que l'événement est en train de se reproduire. Et des reviviscences diurnes, pendant la journée, dans des circonstances qui peuvent s'y prêter le sujet revit la scène traumatique, ces reviviscences ont une allure purement hallucinatoire (Lebigot, 2021, p. 58).

4.1.3.2. L'altération de la personnalité

Le soldat souffrant de névrose de guerre déclare avoir « changé de personnalité » depuis son trauma. En fait, il ne s'agit pas d'un changement total de personnalité, car déclarer avoir changé de personnalité implique que l'on se souvienne de l'ancienne, que l'on s'y réfère, et donc qu'on l'ait peu ou prou conservée. En fait, ces patients traumatisés précisent qu'ils ne sont plus comme avant, qu'ils ne se reconnaissent plus et que leur entourage les trouve changés. Dans leur manière de se comporter et dans leur relation à autrui (Cartier& Ciccone, 2020, p. 57).

Ces changements dans la personnalité rencontrés dans les syndromes psychotraumatiques, en particulier s'ils sont constitués en névrose traumatique organisée, se signalent par des altérations du caractère, de la relation à soi, à autrui, au monde et à la temporalité (Josse, 2019, p.221).

1- *Les altérations du caractère*: Les modifications de la personnalité sont fréquemment accompagnées par une altération de la capacité à exprimer et à gérer les émotions. Les sujets traumatisés alternent entre débordement et abattement.

2- *Le débordement émotionnel et pulsionnel* : Ce dérèglement émotionnel prend la forme d'irritabilité, d'hyperréactivité, crise de colère, d'opposition à l'autorité, d'attitudes provocatrices, de comportements querelleurs, asociaux et délinquants, de comportements sexuels inappropriés et agressifs, de prises de risque inconsidérées, sports extrêmes,, de

conduites autodestructrices, troubles du comportement alimentaire, abus d'alcool, prise de toxiques et consommation abusive de médicaments psychotropes, etc.).

3- *L'abattement* : Il se traduit par des accès de tristesse et de désespoir, une dépression majeure, l'isolement, l'inhibition, l'asthénie, explosé soudainement de manière violente et inattendue, colère.

4- *Une altération du rapport à soi-même* : personnes traumatisées disent qu'elles ont changé, que l'expérience les a brisées, qu'elles ne se reconnaissent plus par leur entourage.

5- *Une altération de la relation aux autres* : Le psychiatre français Patrick Clervoy nomme « syndrome de Lazare » les dérèglements prolongés rencontrés par une victime qui a cru qu'elle allait mourir dans ses relations au niveau social, familial et professionnel avec autrui.

6- *L'altération de l'intérêt porté aux autres* : Elle interagit de moins en moins avec son entourage et lui marque un désintérêt progressif, voire manifeste des conduites d'évitement relationnel.

7- *L'impression de ne plus appartenir au même monde* : Les victimes ont le sentiment d'être différentes de leur entourage dont elles ne partagent plus l'intérêt axé vers le plaisir, la réussite, le succès, la séduction, etc (Josse, 2019, p. 227).

8- *La méfiance* : les victimes sont généralement empreintes de réserve, de méfiance et de crainte, incapables d'accorder leur confiance à quiconque.

9- *Une attitude régressive de dépendance ou de repli sur soi* : Les victimes manifestent fréquemment de détresse dans les relations affectives, une augmentation des demandes émotionnelles auprès de l'entourage, ou au contraire, un repli sur soi, comme refus de parler, recherche d'isolement.

10- *L'irritabilité et de l'agressivité* : les victimes peuvent manifester de l'irritabilité et de l'agressivité (crises de colère, propos ou actes agressifs) ainsi que des tendances à répéter des actes de maltraitance, notamment envers les proches (identification à l'agresseur).

11- *L'adaptation relationnelle pathologique* : Dans certains cas, les victimes établissent des liens pathologiques de confiance, d'empathie, de complicité ou de compassion avec l'auteur de leur malheur comme « syndrome de Stockholm ».

12- *Une altération de la relation au monde extérieur* : Les victimes peuvent éprouver un sentiment prolongé et récurrent de perte de sens, de détachement et/ou d'insécurité, manifester moins d'intérêt pour leurs activités (loisirs, activités professionnelles, etc.) et présenter des troubles dissociatifs.

-La perte de sens : Le traumatisme remet en question l'ordre du monde et les valeurs fondamentales de l'humanité, privant les individus de repères et les plongeant dans le chaos de l'incompréhensible, de l'absurde et du non-sens.

-Les sentiments de détachement : Les victimes réduisent leurs activités et perdent leur curiosité et leur motivation pour leur travail, les tâches qui leur incombent et leurs loisirs.

Un sentiment d'insécurité : La remise en question du sens de la vie et de la logique du fonctionnement du monde aboutit à l'effondrement du sentiment de cohérence et de sécurité interne.

-Les troubles dissociatifs : Certaines personnes connaissent des épisodes transitoires de dépersonnalisation et/ou de déréalisation.

-Une altération de la relation au temps : Pierre Janet (1919a) parle du symptôme de l'accrochage : les sujets traumatisés restent accrochés à un obstacle qu'ils ne parviennent pas à franchir (Josse, 2019, p.232).

4.1.3.3. Les symptômes non spécifiques

Les symptômes non spécifiques sont ainsi dénommés car on peut les observer aussi dans d'autres affections mentales. Mais le DSM américain les considère comme « symptômes associés », extérieurs au diagnostic propre du PTSD. Il s'agit de l'asthénie, de l'anxiété, des symptômes psychonévrotiques, des troubles psychosomatiques, des troubles des conduites et des troubles caractériels.

Tous les traumatisés sont devenus asthéniques, fatigués, épuisés. Il s'agit d'un triple asthénie, physique, psychique et sexuelle. Les patients se plaignent de fatigue physique anormale. Ils se plaignent aussi de « fatigue mentale », d'incapacité à maintenir leur attention sur une conversation ou une lecture, de baisse de la mémoire d'acquisition, d'oublis et de difficulté de concentration. Enfin, la fatigue sexuelle et de baisse de la libido (Crocq, 2014. p. 43).

Les traumatisés sont devenus des anxieux, avec des crises d'angoisse et un état de tension anxieuse inter-critique. Ils appréhendent toujours le pire. Et, de temps à autre, sans raison ni motif déclenchant (et en cela ces crises anxieuses se distinguent des reviviscences), ces sujets sont en proie à des accès d'angoisse, à la fois psychiques (impression de danger imprécis mais imminent) et somatiques (sensation de resserrement laryngé et de striction

thoracique. tachycardie, pâleur, sueur. tremblement, spasmes viscéraux, etc.) (Crocq, 2014. p. 43).

Beaucoup de patients traumatisés émettent par la suite des plaintes somatiques (céphalées, dorsalgies, gastralgies, etc.), et une proportion non négligeable d'entre eux présente dans les jours ou les semaines qui suivent leur trauma des troubles « psychosomatiques » caractérisés, avec lésion d'organe: asthme, hypertension, angor, ulcère d'estomac, eczéma, urticaire, psoriasis, canitie, alopecie, et même goitre et diabète. La lésion psychosomatique serait un langage, un appel à l'aide. La quasi-totalité des traumatisés présente ensuite des troubles des conduites et des troubles caractériels. Il s'agit d'abord de conduites alimentaires : anorexie ou boulimie, avec modification pondérale importante, il s'agit ensuite d'autres conduites orales de consommation excessive de tabac, d'alcool ou de drogues diverses (toxicomanie post-trauma). Il s'agit enfin de conduites d'auto-agressivité (tentatives de suicide) ou d'hétéro-agressivité (altercations, rixes) et même de conduites d'agression criminelle. Chez les anciens combattants du Vietnam, Boman (1990) a dénommé « syndrome de Rambo » cette agressivité sauvage qui conduisait certains vétérans à commettre des agressions armées dans des banques, ou même à vivre à la sauvage dans la forêt californienne, armés d'une carabine, et tirant sur les promeneurs (Crocq, 2014. p. 44).

Aussi, *Chahraoui* décrit quelques symptômes non spécifiques comme ; 1) - *Des troubles névrotiques* avec développement de phobies ou des rituels protecteurs verificateurs. 2)- *Des troubles dépressifs* qui se manifestent au travers d'épisodes dépressifs majeurs, de deuils traumatiques ou d'idées suicidaires, la co-morbidité avec la dépression est très fréquente, elle peut voiler la spécificité du tableau traumatique. 3)- *Des délires post-traumatiques* que l'on peut retrouver dans des situations très spécifiques (Chahraoui, 2014, p. 18).

Dans ce qui suit, nous allons exposer les différentes manifestations symptomatiques du traumatisme psychique posé selon les critères diagnostiques de DSM 5 et la CIM10, CIM11.

4.2. Critères diagnostiques du DSM5 et La CIM10 et CIM 11:**4.2.1. Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : DSM 5**

Le DSM 5 distingue le Trouble de Stress Aigu (TSA) dont les symptômes durent de trois jours à un mois, et le TSPT, lorsqu'ils persistent au-delà d'un mois.

Les critères diagnostiques du trouble stress post-traumatique dans le DSM-5 (2015) sont les suivants :

N.B. : Les critères suivants s'appliquent aux adultes, aux adolescents et aux enfants âgés de plus de 6 ans. Pour les enfants de 6 ans ou moins, cf. les critères correspondants ci-dessous.

A. 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 (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

N.B. : Le critère A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle (DSM5, 2015, p. 350).

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

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

N.B. : Chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme (DSM5, 2015, p. 350).

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

N.B. : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

3. Réactions dissociatives (p. ex. flashbacks [scènes rétrospectives]) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.)

N.B. : Chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu (DSM5, 2015, p. 350).

4. Sentiment intense ou prolongé de 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.

Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant 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 sentiments 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. 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, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).

2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p. ex. : je suis mauvais, on ne peut faire confiance à personne, le monde entier est dangereux, mon système nerveux est complètement détruit pour toujours).

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

4. Etat émotionnel négatif persistant (p. 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 rapport aux autres.

7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux) (DSM5, 2015, p. 351).

E. 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 :

1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.

2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.

3. Hypervigilance.

4. Réaction de sursaut exagérée.

5. Problèmes de concentration.

6. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

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 du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament, alcool) ou à une autre affection médicale.

Spécifier le type :

Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un trouble stress post-traumatique ; de plus et en réponse au facteur de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants :

1. Dépersonnalisation : Expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (p. ex.

sentiment d'être dans un rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel).

2. Dérealisation : Expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (p. ex. le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné, ou déformé).

N.B. : Pour retenir ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. période d'amnésie [blackouts], manifestations comportementales d'une intoxication alcoolique aiguë) ou à une autre affection médicale (p. ex. épilepsie partielle complexe).

Spécifier si :

À expression retardée : Si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats) (DSM 5, 2015, p. 352).

4.2.2. La classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes : CIM 10 :

Le trouble état de stress post-traumatique est présenté, dans la CIM 10, comme suit :

Ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Des facteurs prédisposant, tels que certains traits de personnalité (par exemple compulsive, asthénique) ou des antécédents de type névrotique, peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son évolution ; ces facteurs ne sont pas toutefois nécessaires ou suffisants pour expliquer la survenue du syndrome. Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants (« flashbacks »), des rêves ou des cauchemars ; ils surviennent dans un contexte durable « d'anesthésie psychique » et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'un hyperveil neuro-végétatif, avec hypervigilance, état de « qui-vive » et insomnie. Ils sont fréquemment associés à une anxiété, une dépression ou une idéation suicidaire. La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la

guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années et entraîner une modification durable de la personnalité (F62.0). *Comprend* : Névrose traumatique (CIM10, 2012, p.246).

Modification durable de la personnalité, persistant au moins deux ans, à la suite de l'exposition à un facteur de stress catastrophique. Le facteur de stress doit être d'une intensité telle qu'il n'est pas nécessaire de se référer à une vulnérabilité personnelle pour expliquer son effet profond sur la personnalité. Le trouble se caractérise par une attitude hostile ou méfiante envers le monde, un retrait social, des sentiments de vide ou de désespoir, par l'impression permanente d'être « sous tension », comme si on était constamment menacé, et par un détachement. Un état de stress post-traumatique (F43.1) peut précéder ce type de modification de la personnalité. *Comprend* : Modification de la personnalité après: • captivité prolongée avec une possibilité imminente de se faire tuer • désastres • expériences de camp de concentration • exposition prolongée à des situations mettant en danger la vie d'une personne, tel qu'être victime de terrorisme • torture prolongée (CIM10, 2012, p. 261).

4.2.3. CIM-11 L'État de stress post-traumatique (6B40)

Le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) est un trouble qui peut se développer à la suite d'une exposition à un événement ou une série d'événements extrêmement menaçants ou horribles. Elle se caractérise par toutes les caractéristiques suivantes :

1) revivre l'événement ou les événements traumatisants dans le présent sous la forme de souvenirs intrusifs, de flashbacks ou de cauchemars. Elles s'accompagnent généralement, d'émotions fortes ou accablantes, en particulier la peur ou l'horreur, et de sensations physiques fortes ; 2) l'évitement des pensées et des souvenirs de l'événement ou des événements, ou l'évitement des activités, des situations ou des personnes rappelant l'événement ou les événements ; et 3) des perceptions persistantes de menace actuelle crue, par exemple par hypervigilance ou une réaction accrue à un stimulus tel que le bruit imprévu. Les symptômes persistent pendant au moins plusieurs semaines et entraînent des troubles importants sur le plan personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou dans d'autres domaines importants du fonctionnement (Josse, 2019, p. 242).

5. Diagnostic différentiel :

Selon le DSM-5 Diagnostic Différentiel (2016), le diagnostic différentiel lié aux troubles stress post traumatique inclut une panoplie de troubles. Tout d'abord, le trouble de l'adaptation qui lui contrairement au trouble stress post traumatique est caractérisé par un facteur de stress qui peut avoir toutes sorte de niveau de sévérité , et n'a pas un mode de réponse spécifique (p. ex . les symptômes de reviviscences) son diagnostic est posé lorsque la réponse à un facteur de stress extrême ne répond pas aux critères du TSPT ni a ceux d'un trouble mental , quand le mode symptomatique du TSPT survient en réponse à un facteur de stress qui n'est pas extrêmement traumatisant (p.ex. départ du conjoint , licenciement). Ensuite le deuil complexe persistant , trouble qui se trouve dans la section III du DSM-5 fait , lui aussi , parti du diagnostic différentiel du TSPT , il est caractérisé par des pensée et des souvenirs intrusifs concernant la personne décédée qui persistent au moins pendant 12 mois après le décès . Néanmoins a la différence du TSPT, ou les symptômes intrusifs et envahissants concernent les événements traumatiques liés à la perte, dans le deuil complexe persistant les symptômes intrusifs se focalisent sur plusieurs aspects du défunt, y compris des aspects positifs de la relation avec lui, et sur la détresse de la séparation (DSM5, 2016)

De plus, il existe également d'autres troubles mentaux qui peuvent survenir après l'exposition à un facteur de stress extrême. Ils sont caractérisés par un mode de réponse qui réponds aux critères d'un autre trouble mental dans le DSM-5 (p.ex. trouble psychotique bref, trouble dépressif caractérisé). Le trouble obsessionnel-compulsif est lui aussi habituellement caractérisé par des pensées intrusives récurrentes, mais ces dernières sont vécu comme inappropriées et elles ne sont pas en lien avec un événement traumatique vécu. Aussi le trouble panique peut être caractérisé par un hyperérétisme et des symptômes dissociatifs, mais ceux -ci surviennent durant les attaques de panique et ne sont pas associés à un facteur de stress traumatique (DSM5, 2016)

6. Étiopathogénie du traumatisme psychique

Le traumatisme psychique lié souvent aux facteurs d'événements, telle que sa violence et sa soudaineté, ainsi les facteurs qui sont liés au sujet, comme sa personnalité, sa biographie, aux antécédents personnels et familiaux, et à son fonctionnement inconscient. En outre, les facteurs circonstanciels, qui renvoient à l'état physique et psychique au moment de l'événement, et à la blessure physique, ainsi à la déchéance morale, ainsi que au mauvais fonctionnement d'un groupe.

6.1. Facteurs tenant à l'événement :

- La violence

La violence de l'événement a une grande importance de déclenché un traumatisme psychique, une étude de tremblement de terre à San Francisco a éprouvé cela, 90 % de ceux qui trouvaient à l'épicentre ont présenté par la suite un PTSD, tandis que seulement 5 % de ceux qui étaient à la périphérie en ont développé les symptômes, ainsi les pompiers qui ont intervenu à l'accident de la gare de Lyon, ont présenté une névrose traumatique (Lebigot, 2021, p. 80).

- La soudaineté

Ce facteur est généralement plus facile à dégager que celui de la violence. On le retrouve dans la très grande majorité des cas, mais, parfois, il faut savoir le chercher. Par exemple un soldat tendu par l'action lors d'un assaut voit se pointer sur lui une arme de là où il ne l'attendait pas, ou un prisonnier d'un camp de concentration, qui sait toutes les horreurs qu'il s'y pratique, se trouve tout à coup pris au dépourvu par le spectacle même d'une de ces horreurs ou par une brusque menace sur lui, dont il est certain qu'elle va l'anéantir (Lebigot, 2021, p. 81).

6.2. Facteurs tenant au sujet

- La personnalité :

La personnalité a un lien direct à l'apparition de traumatisme ou de développer une résilience. Nous avons des types de personnalité fragile ou pathologique qui sont vulnérable à l'atteinte d'une névrose traumatique telle que des personnalités hystériques ou obsessionnelles, des états-limites ou de grands immatures. À l'inverse l'événement traumatisant engendre une pathologie chez une personne (Lebigot, 2021, p. 81).

- La biographie

La biographie du sujet, nous facilite connaissance de l'apparition de traumatisme les patients, Ces derniers peuvent se partager en deux catégories, ceux dont la vie est précocement marquée par la violence, violence subie dans l'enfance puis agie à l'adolescence et à l'âge adulte, et ceux qui ont connu une succession importante de deuils (les deuils récents de personnes proches, frère ou sœur par exemple, sont les plus fragilisants). Ainsi les événements de vie, antécédents personnels et familiaux ayant un rapport avec le traumatisme. En effet, l'histoire de sujet (anamnèse) afin de connaître le sujet de pour un diagnostic (Lebigot, 2021, p. 82).

6.3. Facteurs circonstanciels**- États physiologiques et psychologiques au moment de l'événement**

Fenichel (1945) fait de la fatigue un des éléments les plus déterminants pour que puisse se constituer un traumatisme psychique. Selon lui, à l'époque, c'était surtout l'observation du milieu militaire qui fournissait ces constatations, il s'agissait pour lui de la fatigue physique, mais dans les armées, on constate aussi l'importance de la fatigue morale, de l'ennui, de la position passive ou défensive de la troupe. Plus généralement le stress est, bien évidemment, un facteur déterminant, depuis le stress banal et passager dû à une journée éprouvante jusqu'au stress majeur des camps de concentration ou des prises d'otage de longue durée. Les périodes dépressives sont un facteur de vulnérabilité que les intéressés savent très bien repérer après coup (Lebigot, 2016).

- La blessure physique

Les maladies physiques ou une convalescence après une opération chirurgicale peuvent également favoriser l'advenue d'un traumatisme, de même que les blessures physiques. C'est évidemment le cas pour les soldats en période de guerre. Une blessure physique, pas forcément importante, entame leur « illusion d'immortalité ». Ils comprennent tout d'un coup que leur enveloppe corporelle ne les protège pas de grand-chose, si parfaite qu'elle leur soit un jour lointain apparue (Lebigot, 2021, p. 84).

- La déchéance morale

Des personnes dans des circonstances dures avec une chute morale sont vulnérables au traumatisme. Comme nous avons déjà eu l'occasion de le dire, le moment traumatique a donné au sujet le sentiment puissant et amer d'être devenu un animal ou un objet. Dans certaines circonstances, ce sentiment précède le trauma et constitue un facteur de

vulnérabilité. Les psychiatres des prisons connaissent bien ce phénomène dans la population carcérale. Cela s'observe aussi chez des gens en situation d'humiliation individuelle, voire de dégradation. Leur parole ne vaut plus rien et sans doute, pour cette raison, va-t-elle plus facilement les désertir en cas de menace vitale (Lebigot, 2016).

- **Mauvais fonctionnements d'un groupe**

Cette observation s'impose particulièrement dans les armées. Dans un groupe démoralisé, qui n'a pas confiance en son chef, et qui est traversé de conflits interpersonnels, les individus deviennent vulnérables. Chez « les soldats de la paix », la démoralisation est d'autant plus prompte à s'installer que la mission a perdu son sens : ces jeunes hommes venus pour protéger les victimes s'aperçoivent que les règles mêmes de leur engagement leur interdisent de faire quoi que ce soit d'efficace comme de tirer sur les agresseurs (les bourreaux) (Lebigot, 2021, p. 85).

Maintenant, nous allons présenter les approches explicatives du traumatisme psychique.

7. Approches explicatives du traumatisme psychique

Du fait que, nous sommes dans l'approche intégrative, on est censé d'apporter quelques approches explicatives du traumatisme psychique, comme il existe différentes approches qui tendent à enrichir davantage le traumatisme psychique, nous avons eu recours de cité trois approches qui nous semble adéquates à la description symptomatologique du trouble et une présentation des hypothèses qui tentent d'expliquer le traumatisme psychique. Telle que l'approche psychanalytique, l'approche athéorique développée dans les classifications psychiatriques internationales DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) et CIM (Classification internationale des maladies), en fin l'approche phénoménologique. Nous avons suivies l'ordre cité dans l'historique du traumatisme psychique. En effet, le choix de ces approches est dû au fait que ce sont les approche connues et conviennent à l'outil TRAUMAQ.

7.1. Approche athéorique du traumatisme psychique

Le DSM ou *Diagnosis and Statistical Manual of mental disorders* se fonde sur la reconnaissance de groupements de symptômes cliniques en laissant de côté l'hypothèse pathogénique. En effet, il est incontestable aujourd'hui que diagnostiquer un trouble psychiatrique repose sur la reconnaissance d'invariants, afin d'identifier une configuration de

signes et symptômes parmi d'autres configurations, définies selon un système de classification (Schulz, 2016, p. 1).

En 2013, le DSM 5 introduit quelques changements plus larges liés à la classification des troubles. Par exemple, le système axial a été abandonné, bien que les composantes individuelles fassent toujours partie du cadre de l'évaluation clinique.

Dans le DSM 5, les troubles liés aux traumatismes et aux stress constituent une catégorie distincte. 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 (Tarquinio&Montel, 2014, p. 38).

En 1992, la CIM 10 introduit pour la première fois la réaction aiguë à un facteur de stress et l'état de stress post-traumatique dans sa nosographie. Elle décrit d'abord la « réaction aiguë à un facteur de stress » apparaissant dans les minutes suivant l'incident critique et disparaissant en quelques heures, tout à plus, en quelques jours. En plus, dans le chapitre V de la CIM 10, « troubles mentaux et du comportement » (F00-F99), le traumatisme psychique trouve place dans la catégorie intitulée Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-F48), dans « réaction à un facteur de stress sévère, et trouble de l'adaptation » (F43) et plus précisément sous le code F43.1 (Cité par Benamsili, 2020).

Quant à la CIM 11, le chapitre 6 « troubles mentaux, comportementaux et neurodéveloppementaux » propose dans « Troubles spécifiquement associées au stress » le « trouble de stress post-traumatique » (6B40) et « trouble de stress post traumatique complexe » (6B41). Dans ce cadre, le groupe de travail chargé de réviser la classification des affections post-traumatiques relève le caractère réactionnel normal de certaines de manifestations émotionnelles, somatiques, cognitives et comportementales survenant dans la foulée d'un événement délétère. Le but principal de la catégorie « réaction aiguë à un facteur de stress » est de permettre aux professionnels de la santé de mieux identifier et aider les personnes présentant ce syndrome sans toutefois les considérer comme des cas pathologiques. Il s'agit d'une réponse normale au regard des événements vécus (Josse, 2019) (Cité par Benamsili, 2020).

7.2. Approche psychanalytique du traumatisme psychique

Avec l'abandon de la *Neurotica*. Le traumatisme connaît deux temps dans la théorie freudienne. Un premier moment, de 1895 à 1900 / 1905, pendant lequel Freud démontre que l'action du traumatisme lié à une séduction est celui du modèle en deux temps « après-coup » Un second moment entre 1905 et 1920 : Freud élabore la métapsychologie, retrace le développement psychosexuel infantile et pose la théorie de la libido. Les situations traumatiques posent de nouveaux paradigmes étant liés aux « fantasmes originaires » et aux angoisses afférentes : angoisse de castration, complexe d'OEdipe. Freud envisage deux destins possibles du trauma : l'un positif et organisateur, par à-coups, permettant la répétition, la remémoration et l'élaboration ; l'autre négatif et désorganisateur, qui crée une enclave psychique (« un État dans l'État »), véritable clivage qui empêche la modélisation des processus psychiques ; le traumatisme devient alors destructeur (Sajus, 2020).

Pendant la première guerre mondiale, Ferenczi a, du point de vue clinique, une position privilégiée pour étudier les névroses traumatiques puisqu'étant médecin chef d'un service de neurologie ; il a l'occasion d'analyser quelque 200 cas de névroses de guerre. Selon Ferenczi (1916, 1919), le traumatisme psychique à l'origine des névroses de guerre se traduit par sa soudaineté, sa brutalité et l'incapacité du sujet à défendre contre un choc qui implique une menace vitale (Chahraoui, 2014, p. 11).

7.3. Approche phénoménologique du traumatisme psychique

Barrois est le fondateur de la psychotraumatologie, soutenu en cela par L. Bailly, G. Briole ou M. de Clercq (qui, à vrai dire, est de nationalité belge). L'article de Lebigot (2009) résume très bien la pensée de ce courant. Pour eux et à la suite du postulat de Freud, le psychisme peut être considéré comme une « vésicule vivante », c'est-à-dire une sorte de cellule vivante dont la frontière entre l'intérieur et l'extérieur est matérialisée par une membrane nommée « pare-excitation ». Dans ce contexte, le trauma représente l'effraction d'images traumatiques de l'événement, une véritable « *rencontre avec le réel de la mort* ». Bien qu'il évoque des conséquences liées au stress comme des « plaintes somatiques et maladies psychosomatiques », il est patent de voir que le trauma est considéré comme un trouble principalement psychologique : l'effroi et l'angoisse sont bien distincts cliniquement, le « syndrome de répétition » désignant en vérité les phénomènes intrapsychiques de reviviscence est considéré comme central (Kédia & Alleaume, 2020, p. 12).

Les « syndromes psychotraumatiques » désignent l'ensemble des états séculaires consécutifs à un traumatisme psychique (Barrois, 1988 ; Crocq, 1998). Ils sont décrits classiquement dans les suites d'une catastrophe collective (bombardements de guerre, attentats, tremblements de terre, catastrophes naturelles ou technologiques, déportations) ou individuelle (accidents et agressions physiques ou sexuelles). Ces syndromes ont connu différentes terminologies selon les époques et les classifications nosographiques (Chahraoui, 2014, p .5).

Le traumatisme psychique comme les différents troubles psychopathologies ont des outils de mesures, ce que qu'on va présenter dans ce qui suit.

8. Outils de mesure du traumatisme psychique :

Le PDEQ et Le PDI

Le Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire (PDEQ) et le Peritraumatic Distress Inventory (PDI) sont deux questionnaires permettant d'évaluer les réactions immédiates soit péri-traumatique. Le PDEQ a été développé par Marmar et al en 1997, traduit et validé en 2002 en France par Brunet et al, il est composé de dix items qui permettent d'évaluer l'intensité de la réaction dissociative péri-traumatique. Le PDI, quant à lui, a été développé par Brunet e 2001 et traduit et validé en français par Jehel et al, il est doté de treize items allant d'une cotation de 0 à 4 décrivant et mesurant ce qui est ressenti par le sujet pendant la situation traumatique et directement après (DeFoulcault, 2013).

Le PCL-5

Le Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) est une échelle d'évaluation établie par Weather et al en 2013. Elle correspond à la mise à jour des critères diagnostiques du trouble stress post-traumatique proposés dans la cinquième édition du DSM, cette échelle d'auto-évaluation de vingt items permet de mesurer la sévérité et l'intensité des symptômes du PTSD. Ces items sont répartis en quatre catégories de symptômes (clusters), correspondant aux quatre groupes de symptômes du PTSD qui sont les reviviscences, les évitements, l'altération négative de la cognition et de l'humeur et l'hyperéveil. La validation et l'établissement de la version française a été effectuée par Ashbaught et al en 2016 (Ait Aoudia, 2020).

Le CAPS et L'IES-R

Le Clinician Administred PTSD Scale (CAPS) et l'Impact of Event Scale Revised (IES-R) sont deux questionnaires qui permettent d'évaluer les conséquences psychopathologiques d'un événement traumatique. Le CAPS a été développé en 1990 par Blake et al, il a pour but l'évaluation de la fréquence et de l'intensité des symptômes de L'ESPT tel décrit dans le DSMIV. L'IES-R, lui, est un auto-questionnaire qui a été mis en place par Weiss et Marmar en 1997 dont la version française validée est établie par Brunet et al en 2003. Il comprend vingt deux items repartis en trois sous- échelles qui concernent les symptômes de reviviscences, ceux d'évitements et l'hyper activation (De Foulcault ,2013).

Le QIT

Le questionnaire internationale sur les traumatismes permet une auto-évaluation du PTSD et du PTSD complexe selon les critères de la CIM-11 et a été développé par Cloitre et al en 2013. Ce dernier est constitué de dix huit items reparti selon les symptômes du trouble (reviviscences, évitements, activations neurovégétative, altérations du fonctionnement..). Aussi la partie destinée à l'évaluation du PTSD complexe comporte six items suivant les symptômes le concernant (Ait Aoudia, 2020).

Le TRAUMAQ

C'est l'ambition de compenser les lacunes ou les faiblesses des outils existants que Damiani et Pereira-Fradin, en 2006 ont élaboré le questionnaire de mesure du traumatisme (TRAUMAQ) L'ensemble du questionnaire est constitué de dix échelles qui mesurent : les réactions physiques et psychiques pendant l'événement ; le symptôme pathognomonique de répétition : les reviviscences, l'impression de revivre l'événement, les flashes et l'angoisse attachée à ces répétitions ; les troubles du sommeil ; l'anxiété, l'état d'insécurité et les évitements phobiques ; l'irritabilité, ma perte de contrôle, l'hypervigilance et l'hypersensibilité ; les réactions psychosomatiques, physiques et les troubles addictifs ; les troubles cognitifs (mémoire, concentration, attention) ; les troubles dépressifs (désintérêt général, perte d'énergie et d'enthousiasme, tristesse, lassitude, envies de suicide) ; le vécu traumatique : culpabilité, honte, atteinte de l'estime de soi, colère ; la qualité de vie (Pereira& Damiani , 2007, p.137).

Enfin, le TRAUMAQ est l'outil à utilisé dans notre recherche, donc, nous revenons un peu plus loin dans le chapitre méthodologique afin de mettre une lumière sur cet outil. Maintenant nous passerons à la présentation des prises en charge du traumatisme psychique.

9. Prise en charge du traumatisme psychique

9.1. La prise en charge médicamenteuse (ou La chimiothérapie)

Les médicaments de référence aujourd'hui reconnus dans le traitement de l'ESPT sont les antidépresseurs sérotoninergiques : IRS (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine), IRSNA (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline), antagonistes alpha2.

Les antidépresseurs de première génération. Les tricycliques et les inhibiteurs de la mono amine oxydase (IMAO) auraient également une efficacité sur les symptômes post-traumatiques, mais leur mauvaise tolérance les relègue à une indication de seconde intention.

Les anxiolytiques et les hypnotiques. Ils ne doivent être utilisés, dans le TSPT constitué, qu'en traitement adjuvant du traitement de fond. Des associations d'antidépresseurs peuvent être envisagées (notamment la mirtazapine peut fréquemment être associée à la venlafaxine), et d'autres molécules peuvent être utilisées (toujours en association avec les IRS) : molécules anti-adrénérgiques (prazosine pour les troubles du sommeil résistants), buspirone (pour les cauchemars), antipsychotiques atypiques (olanzapine, aripiprazole, quétiapine... pour les symptômes anxieux résistants et les symptômes dissociatifs), humeurs régulateurs (lamotrigine, valproate) (Morali, 2020, p. 204).

9.2. La prise en charge psychologique (ou psychothérapeutique)

9.2.1. Le défusing

Le soin psychologique immédiat aussi nommé « defusing » consiste à atténuer les effets du stress et de l'angoisse. Il permet aux rescapés d'exprimer leurs sentiments d'impuissance et leur impression d'être sortis de l'humanité (Barrois, 1988). Il s'agit d'aider les rescapés à réordonner et réorganiser leur parole en tentant ainsi de limiter les effets de « blanc de la pensée » que génère chez eux une rencontre avec le « réel de la mort » (Lebigot, 2005). En retrouvant un espace de parole. Il est important, à cette étape de la prise en charge, de respecter les mécanismes de défense (clivage, identification projective, idéalisation) qu'elles ont mis en place et qui les protègent d'une désorganisation psychique plus importante. Avant qu'ils regagnent leur domicile, il est nécessaire de s'assurer que les rescapés peuvent se projeter dans un futur immédiat, retrouvant leurs repères spatio-temporels et un discours cohérent qui leur assurent une certaine autonomie psychique. Un rendez-vous leur est proposé dans les deux ou trois jours suivants avec l'intervenant qui vient de les prendre en charge. À l'inverse, quand on observe chez les rescapés la persistance d'un vécu de déréalisation et du processus de dépersonnalisation, parfois d'un état de « stress dépassé » ou de détresse

majeure, il est alors indispensable de les orienter et les accompagner vers un service d'urgence psychiatrique (Coq, 2018, p.91).

9.2.2. Le débriefing :

La période post-immédiate se situe approximativement du deuxième au trentième jour après l'événement, les soins psychiques qui y sont proposés peuvent être les premiers ou s'inscrire dans la suite des soins immédiats. Il s'agit d'entretiens collectifs ou individuels proposés aux rescapés, aux témoins, parfois aux proches des victimes. Si les interventions immédiates s'insèrent dans le cadre plus large des plans de secours d'urgence, les interventions psychologiques post-immédiates ont des modalités d'organisation autonome qui se situent dans une temporalité différente (Coq, 2018, p. 94).

9.2.3. La thérapie cognitive et comportementale (TCC)

Les TCC ont les techniques évaluées dans le cadre du TSPT ce sont l'exposition, la désensibilisation systématique, la restructuration cognitive, la gestion de l'anxiété, (repérage des émotions, relaxation) les techniques relationnelles (affirmation de soi). Ainsi des procédures thérapeutiques qui ce sont ; **1. Psychoéducation** : apprendre ce qu'est le TSPT, ce que sont les évitements, les réactions émotionnelles, les raisons de leur persistance, expliquer ce que sera la thérapie, établir une alliance thérapeutique. **2. Exposition** : affronter les situations évitées mais non dangereuses où la peur est très forte (action sur les idées intrusives, les cauchemars, les flash-back). **3. Restructuration cognitive** : travailler sur les schémas de croyance (repérer les croyances modifiées, améliorer les sentiments dépressifs). **4. Gestion de l'anxiété** à travers les situations interpersonnelles rencontrées, acceptation des émotions ressenties dans ces situations (honte colère peur, dégoût). **5. Affirmation de soi** pour exprimer ses émotions (ex : colère) avec contrôle. **6. Aides spécifiques** : pour les problèmes comorbides existants (dépression, alcoolisme...), pour l'entourage familial si nécessaire et pour les démarches d'ordre social et judiciaire (secteur associatif) (Séguin-Sabouraud, 2020, pp. 83-88).

9.2.4. La thérapie d'inspiration psychanalytique (psychodynamiques)

Les thérapies psychodynamiques sont une bonne indication pour le traitement d'un TSPT moyennant les aménagements du cadre thérapeutique.

L'analyse du scénario traumatique après un accident ou une agression est beaucoup moins complexe que lors d'événements traumatiques répétés. La dimension relationnelle est

évidemment déterminant mais il est en général plus facile d'établir une bonne position transférentielle (à moins que le thérapeute présente des caractéristiques proches de l'agresseur par exemple), et contre transférentielle fondée sur l'empathie malgré les mouvements d'humeur caractéristiques du TSPT. Ce serait infliger une « survictimation » de se laisser aller à répondre à une provocation du traumatisé en répétant le scénario traumatique. Mieux vaut là encore tenter de lui apprendre à gérer ses émotions (Lopez, et Kadi, 2020, p. 65).

9.2.5. L'hypnose

L'hypnose est un outil permettant l'établissement d'un autre type de communication et un accès aux sensations et émotions sollicitées lors du traumatisme. De plus, le sentiment d'impuissance et de perte de contrôle est au cœur de la problématique du TSPT. La reprise d'un sentiment de maîtrise par le biais de la modification du scénario traumatique représente un levier thérapeutique essentiel dans le traitement du TSPT.

L'hypnose aide le sujet à développer un sentiment de sécurité et de compétences par la mobilisation des ressources nécessaires pour faire face aux souvenirs traumatiques. Retrouver un sentiment de contrôle là où le sujet se sentait vulnérable et impuissant, entraîne une restructuration cognitivo-émotionnelle permettant l'intégration et la métabolisation du souvenir traumatique. L'hypnose ré-ouvre ainsi au sujet les champs du possible et lui permet de reprendre une nouvelle direction de sa vie (Fareng, 2020, p. 137).

9.2.6. L'EMDR : du protocole à une thérapie intégrative

L'eye movement desensitization reprocessing (EMDR) est une méthode thérapeutique inaugurée par Francine Shapiro en 1989 et qui consiste à utiliser les mouvements oculaires contrôlés pour décharger la conscience de ses affects pathologiques. En une dizaine d'années, l'EMDR a trouvé son indication privilégiée dans le traitement de l'état de stress post-traumatique (ESPT), donnant lieu à un grand nombre d'études. Aux États-Unis, il y a en effet aujourd'hui plus de publications d'études contrôlées sur le traitement de l'ESPT par la thérapie EMDR que par tout autre type d'interventions cliniques, y compris les traitements médicamenteux. Les recommandations pour l'usage de cette approche thérapeutique ne manquent pas, provenant des plus éminentes sociétés savantes reconnues sur le plan international pour leurs compétences en ce qui concerne la question du syndrome de stress post-traumatique (Crocq, 2014, p. 211).

9.2.7. Les groupes de paroles

Ce type de groupes s'est surtout développé dans le cadre d'associations d'aide aux victimes (en particulier victimes d'agressions sexuelles, de violences conjugales), et s'inscrit à l'origine dans la mouvance féministe (Kédia, et al, 2020, p. 502).

Les groupes de parole permettent de réécrire le scénario traumatique.

Ils tendent à favoriser la solidarité du groupe et à rompre les liens de dépendance qui entravent l'autonomie des participants. La mise en commun des épreuves, humiliations, émotions, permet de reconnaître en l'autre une personne semblable à soi, confrontée à des problèmes personnels, familiaux sociaux, souvent assez proches. Ce qu'on pensait inutile pour soi apparaît dès lors nécessaire pour l'autre et, en s'aidant, chacun (e) s'aide elle-même à retrouver l'estime de soi.

L'entraide et la création des liens sociaux constituent une dimension importante des groupes ; les participants apprennent à fonctionner ensemble et à se faire mutuellement confiance.

Les groupes luttent contre les sentiments de culpabilité, fréquents chez les personnes traumatisées, en attribuant les responsabilités aux autres et circonstances véritables, ils permettent de transformer la honte en colère qui, bien dirigée, constitue une motivation puissante pour inverser le cours des choses (Lopez, 2014, p. 222).

Comme on a vu dans la notion de traumatisme psychique que certains sujets peuvent faire de trauma et d'autres non, on a pensé directement au concept de la résilience, ce dernier nous allons le présenter dans ce qui suit.

10. Résilience

La résilience est liée au trauma, nous abordons les points essentiels de ce concept, on commence par un petit aperçu historique puis vers la définition enfin les approches théoriques de la résilience.

10.1. Origine et historique du concept de résilience

À l'origine de « résiliation » et de « résilience », il y a le mot latin *resilire*, fabriqué à partir du verbe *salire*, qui veut dire « sauter », et du préfixe « re » qui indique un mouvement vers l'arrière. D'où le sens pris par le mot en français au Moyen Âge : se rétracter, se dégager d'un contrat par une sorte de saut en arrière. La « résiliation » désigne ainsi le geste de se délier d'obligations préalablement contractées et de s'en libérer. Mais, parallèlement à cette évolution française, le participe présent du latin *resilire* – *resiliens* – est absorbé au XVII^e siècle par la langue anglaise qui retient du saut l'idée de la réaction après un choc : le rebond. Ce n'est plus le saut en arrière pour se délier qui importe, comme en français, mais l'importance du choc et le fait de reculer pour mieux sauter (Tisseron, 2017, p. 11).

L'utilisation du concept de résilience en psychologie et psychopathologie demeure encore assez récente en France, ou elle est connue surtout depuis les années 1990. Les premiers travaux en appui sur ce concept viennent des anglo-saxons et nord-américains. Nous pouvons citer, parmi les précurseurs de cette approche, des chercheurs anglo-saxons comme Werner (1982 ; 1992) ; Rutter (1983 ; 1992) ; Garmezy (1983, 1996) ; Fonagy (1994 ; 2001) ; Haggerty, Sherrod et al. (1996) ; mais également francophones comme Cyrulnik (1999 ; 2001 ; 2006) ; Guedeney (1998) ; Manciaux (1999 ; 2001) ou Lemay (1999) au Québec (Anaut, 2008, p.37).

10.2. Définition

La résilience psychologique a sa propre définition, « *il s'agit de la capacité de surmonter un traumatisme et/ou de continuer à se construire dans un environnement défavorable* » (Tisseron, 2017, p. 05).

La définition de la résilience est comme étant ; « *c'est un processus biologique, psychoaffectif, social et culturel qui permet un nouveau développement après un traumatisme psychique* » (Cyrulnik & Jorland, 2012).

La résilience peut se définir comme un processus de protection et d'élaboration qui permet la reprise d'un nouveau développement après un traumatisme. Ce processus met à contribution des ressources relevant de compétences internes et de compétences externes à l'individu, ce qui permettra de réunir les conditions pour la reconstruction psychique et la reprise d'un néo-développement malgré l'adversité. Ainsi, le processus de résilience peut être appréhendé comme un phénomène multifactoriel, qui comprend des dimensions individuelles (caractéristiques de l'individu), des dimensions socio-affectives (familiales, amoureuses, amicales) et enfin des dimensions contextuelles ou socio-environnementales (Anaut, 2008) (Anaut, 2012, p. 4).

10.3. Les approches théoriques de la résilience

L'approche retenue dans notre travail est l'approche intégrative, ce qui nous permet de comprendre en profondeur la résilience, cette dernière elle est considéré comme un modèle transdisciplinaire dont ses origines prennent racines de différentes approches, Dans ce cadre, nous allons présenter les approches théoriques de la résilience, en commençant d'abord par l'approche psychodynamique, puis l'approche phénoménologique et enfin, l'approche cognitivo-comportementale.

10.3.1. L'approche psychodynamique

Dans une perspective psychodynamique, le modèle de fonctionnement de la résilience est intimement lié à l'expérience traumatique. C'est le traumatisme psychologique et la menace de désorganisation psychique qui se trouve à l'origine de l'entrée en résilience, ainsi ce processus de résilience renvoie donc à la capacité de l'individu à surmonter le traumatisme et reprendre un autre type de développement malgré la menace d'effraction psychique. Ces personnes développent des processus qui leur permettent de remanier favorablement l'expérience traumatique, d'échapper à la répétition mortifère et à la pathologie psycho-traumatique (Anaut, 2015, p.102).

10.3.2. L'approche phénoménologique

La résilience est le retour à une vie mentale quasi normale (si cela possède un sens) ou correctement adaptée après un traumatisme psychique majeur. Elle est le témoignage de «l'élan vital» concernant la vie mentale. Elle est une sorte de re-naissance de la vie mentale et relationnelle, par comparaison à ce que serait une ré-animation du corps mondain. Elle s'opposerait ainsi à la dépression posttraumatique, qui bien qu'étant reprise de conscience,

contient dans son processus cette altération de l'élan vital, et la présence de processus mortifères, qui finalement peuvent conduire à la mort psychique. Re-prise de conscience de soi-même, retour de l'auto-affection, elle s'inscrit forcément dans le temps vécu (durée) et dans la possibilité de l'être-au-monde et à l'autre (Vion-Dury, 2007, p. 238).

10.3.3. L'approche cognitivo-comportementale

Cette approche fait aussi référence au concept de stress et à celui d'agents stressants et traduit les possibilités adaptatives de l'individu en termes de stratégies de « *coping* » face à ces situations stressantes auxquelles le sujet doit faire face en mettant en place les stratégies d'adaptation, qui sont de nature cognitives (Lighezzolo & De Tychev, 2004, p. 34).

Dans le titre suivant, nous allons mettre un lien entre traumatisme psychique et violence terroriste.

11. Traumatisme psychique et violence terroriste

Le terrorisme est une arme efficace. Une arme est utilisée dans l'intention d'infliger une blessure ou de tuer et le terrorisme blesse et tue délibérément. Et il est une arme efficace puisqu'il peut blesser et tuer un grand nombre de personnes en peu de temps. Efficace encore car il contient en lui-même le présage funeste d'autres drames possibles à venir. Efficace aussi car il impacte non seulement les victimes directes et leurs proches mais également la population civile d'un pays et plus globalement, du monde occidental, voire émeut la planète entière par le biais des communications médiatiques. Efficace parce qu'il ébranle les civils mais secoue également le monde politique contraint de prendre des mesures pour protéger sa population. Efficace enfin parce qu'il laisse des traces durables (Josse, 2019, p. 258).

11.1. Des effets psychologiques et sociaux recherchés par les terroristes

Le terrorisme cherche moins à tuer qu'à tuer abominablement ; il vise moins à tuer en masse qu'à propager l'effroi. Son but est d'inspirer l'horreur, l'indignation, la répulsion et la terreur dans l'opinion publique en infligeant aux victimes une mort horrible qui remet en question l'ordre social et la morale. La stratégie du terrorisme, c'est moins le meurtre que la visibilité du meurtre. Le terrorisme, disait Aron, « ne veut pas que beaucoup de gens meurent, il veut que beaucoup de gens sachent » (Josse, 2019, p. 259).

Dans ce qui suit, nous allons présenter les études antérieures algériennes et étrangères en lien avec notre thème.

12. Les études antérieures sur le traumatisme psychique à long terme.

En mai 2021, une thèse de doctorat effectuée en France, par Léonard Nguimfack, et Guy-Bertrand Ovambe Mbarga, qui s'intitule « *Comprendre le psycho-traumatisme de guerre en milieu socioculturel africain : une analyse socio-culturelle des symptômes du psycho-traumatisme chez les soldats de la guerre de Boko Haram au Cameroun* ». Cet article traite la symptomatologie du psycho-traumatisme de guerre en contexte culturel Africain. Ils voulaient étudier et comprendre les symptômes de trouble chez les soldats camerounais psycho-traumatisés de la guerre contre Boko Haram. Ils retiennent que chez ces derniers, la symptomatologie psycho-traumatique est l'expression d'une atteinte de la « la personnalité totale » du soldat par les forces surnaturelles : l'atteinte du principe biophysique, qui s'apparente aux syndromes d'évitement et de reviviscence ; l'atteinte du principe vital qui s'apparente au syndrome neurophysiologique ; l'atteinte du principe spirituel qui s'apparente aux symptômes dissociatifs retrouvés dans plusieurs tableaux d'ESPT.

En 2020, cette fois-ci en Algérie une thèse de doctorat réalisé par Anas Bahmed, qui à étudié « *Les spécificités cognitive et émotionnelles de 15 membres des forces de l'ordre victimes d'attaques terroristes au cours de la décennie noire en Algérie lors de l'exercice de leurs fonctions* ». La méthode utilisée pour étudier le fonctionnement psychique est le test projectif Rorschach. L'étude a conclu que la majorité des sujets de recherche souffrant de PTSD présentent une rigidité cognitive, un évitement expérientiel ils ont des difficultés à moduler leurs affects. Ces facteurs contribuent et/ou contribué dans le maintien symptomatologie traumatique.

Aussi, en 2020 une thèse de doctorat réalisé réalisée en Algérie par Kh, Boukerzaza, sur un thème « *Entre traumatisme adaptation et résilience chez les policiers acteurs de la décennie* ». Dans la vie l'être humain passe par des changements culturels, sociaux et des situations conflictuels voire stressantes ; des épreuves et des expériences difficiles vécues. Toutes ces conditions peuvent influencer sur la personnalité de l'individu citant en particulier une époque dans laquelle notre pays l'Algérie avait passé : la décennie noire qui a fait naitre, a laissé des séquelles négatives, des réactions post-traumatiques associées à des conséquences défavorables sur la santé physique et psychique. L'objectif de cette étude est de présenter un cas d'une population impliquée à des scènes sanglantes ; les policiers témoin, victimes de la violence terroristes qui ont développé des symptômes d'état de stress aigu, des traumatismes néanmoins que d'autres ont présenté, éprouvé des stratégies adaptatives, du coping grâce à

une prédisposition de facteurs de risque et de protection pouvant faciliter l'émergence d'une résilience.

En 2020, un mémoire réalisé au Belgique par ; Halin, et Sophie, dans but « *d'explorer le vécu des militaires après une intervention sur le terrain* ». Ils ont décidé de mener ce travail par une approche qualitative d'orientation psychodynamique afin de vivre au plus près le vécu personnel et professionnel de ces militaires. A cette fin, ils ont voulu comprendre leur fonctionnement et leur subjectivité par la passation du (TAT) Thematic Apperception Test, ainsi que de connaître leur vécu par le récit de vie. Ces deux éléments lui ont alors permis, par l'analyse de contenu, de percevoir leur vécu et leur fonctionnement après une mission à l'étranger. Les résultats obtenus est les différents aspects du vécu de ces militaires. L'organisation état-limite semble être commune à tous ces soldats par une angoisse d'abandon massive, une impulsivité, un manque de culpabilité et des mécanismes de défense servant à étayer cette peur de la perte. Les mêmes mécanismes de défense et les mêmes éléments latents se sont retrouvés tant dans l'analyse du TAT que dans l'analyse du récit de vie.

En Algérie 2019, un chapitre d'ouvrage réalisé par A, Bahmed et N, Beddad sous le nom de « *séquelles et bribes d'un passé présent. Récits traumatique et mémoire collective chez les militaires et paramilitaires* », dans l'objectif de mettre en lumière les conduites psychologiques observées chez les victimes d'actes terroristes ayant exercé en qualité de forces de l'ordre durant les années noires. Autrement dit, les conséquences chez les militaires et paramilitaires confrontés à la violence terroristes durant les années noires. Ils ont constaté chez les militaires et paramilitaires de multiples trouble psychopathologique tel (ESPT) suite à leur vécu traumatique. Ils ont observé chez ces personnels des séquelles qui persistent à long terme comme des conduites comportementales telles que les passages à l'acte, l'isolement social, état de somatisation, et de déni perdurant face à la symptomatologie traumatique, angoisse, ainsi les troubles de caractère de type ; agressivité, hostilité, ressentiment, haine, désir de vengeance. Aussi des conduites addictives ; drogues, tabacs. Et d'autres symptômes tels que la dépression, l'anxiété, la peur, culpabilité, l'insomnie, fatigue, et d'autres troubles psychosomatiques liés à l'estomac, à la tête et à l'appareil digestif, anxio-dépressif, ruminations mentales. Et des conduites compensatoires c'est-à-dire obsédé au travail, perte de confiance à qui que ce soit et emprisonnes sur leur lieu de travail. Ils ont aussi observé les changements du trait personnalité, les militaires et paramilitaires sont devenu nerveux, plus

émotifs, impulsifs, rigides, sensible aux critiques, irritable, évitement du discours, refusent de parler sauf qu'avec leurs collègues.

En 2018, au Canada une thèse de doctorat réalisée par J-L Moreau qui porte un titre « *L'utilisation de la stimulation cérébrale non-invasive pour réduire les symptômes de stress post-traumatique chez les militaires* ». L'objectif est d'approfondir les connaissances sur les effets de la iTBS chez des patients avec PTSD. Pour ce faire, ils ont testé les effets de la iTBS sur des variables cliniques, cognitives et neurobiologiques chez des militaires avec PTSD. Ils ont mené une étude randomisée en double aveugle et contrôlée par condition placebo, testant les effets de 5 jours consécutifs de iTBS, à raison d'une session par jour, administrée au même moment de la journée (entre 7h00 et 10h00) active ou placebo au niveau du cortex préfrontal dorsolatéral droit chez 28 patients militaires avec PTSD. Les mesures cliniques consistaient en des échelles standardisées auto-rapportées mesurant 1- les symptômes de PTSD ; 2- les symptômes d'anxiété ; 3- les symptômes de dépression ; et 4- la qualité de vie. Les résultats sont comme suite ; La iTBS s'est avérée sécuritaire et bien tolérée par les patients avec PTSD. Ils ont rapporté aucune différence statistiquement significative quant aux symptômes de PTSD, de dépression et d'anxiété entre le groupe ayant reçu la iTBS active et le groupe ayant reçu la iTBS placebo. Ils ont toutefois rapporté une diminution significative de la sévérité des symptômes au fil du temps pour ces trois échelles cliniques chez les deux groupes de iTBS. Ils ont rapporté une différence significative au niveau de la qualité de vie entre les deux groupes à différents moments pour chacun des groupes par rapport au temps de mesure.

Toujours, en 2018, aussi au Canada une thèse de doctorat réalisée par P, Roberge, une étude menée sur la participation des Forces armées canadiennes en Afghanistan au sein de l'OTAN, sur 91 militaires de retour d'Afghanistan, sous titre « *Évaluation de l'effet d'un traitement psychoéducatif chez des militaires souffrant de blessures de stress opérationnel* ». Cette étude porte trois objectifs ; la première est de mesurer l'effet du GBSO sur les symptômes de stress post-traumatique ainsi que sur la qualité de vie générale, y compris une variété de symptômes associés à de la détresse psychologique et à des difficultés dans les relations interpersonnelles et dans les rôles sociaux. Le deuxième objectif est d'explorer l'expérience subjective des participants quant à leur trajectoire vers le GBSO et à leur participation à celui-ci, afin de saisir les changements dans leurs symptômes. Un troisième et dernier objectif vise à connaître les difficultés vécues par les participants au

GBSO ainsi que leur appréciation de ce dernier afin de dégager des recommandations visant à améliorer ce programme. Les outils utilisés sont (PCL-M) ainsi que de l'Outcome Questionnaire (OQ-45.2) et une l'entrevue semi-dirigée. Les résultats sont ; la psychoéducation peut améliorer la qualité de vie chez les participants. Les symptômes associés à l'évitement et à l'émoussement se sont avérés être persistants aux effets du GBSO. Reconnaître leur condition et ses répercussions et d'en avoir une perception plus juste en effet une minimisation.

En 2017, Hammi Karim, dans sa thèse de doctorat, effectuée en Algérie, a étudié « *Etat de stress post traumatique (PTSD) chez les militaires victimes d'événement traumatisants au niveau de la 2^{ème} région militaire* ». L'objectif de cette thèse était d'étudier les séquelles post traumatique auprès des militaires victimes de la tragédie nationale, il adopté une méthode : Etude descriptive rétrospective de 2002 et 2012. Au premier temps il a recensé les cas d'ESTP parmi les victimes présentant des séquelles post traumatiques afin de déterminer l'ampleur cette affection. Dans le second temps il a étudié rétrospectivement l'évolution des symptômes de l'ESPT dans deux sous échantillons de la population. L'un englobe les cas expertisés et indemnisés précocement, et l'autre comprend les cas d'expertise et l'indemnisation sont tardives. Le troisième temps consacré sur l'impact de l'ESPT par l'étude du nombre d'arrêt au travail. Les résultats démentirent une prévalence de l'ESPT par rapport aux autres séquelles traumatiques à 10%. Une moyenne d'arrêt de travail de 838 jours soit 28 mois témoigne d'une longue évolution de la pathologie et seulement 8.3 % de cas n'ont pas eu de répercussions professionnelles lors de la décision définitive. L'étude des symptômes de l'ESPT montre une influence assez intéressante de l'expertise médico-légale dans le processus évolutif de cette pathologie. Pour conclure, il a estimé qu'en milieu militaire, l'ESPT constitue un grand problème de santé par ses répercussions professionnelles et économiques. Sa prise en charge n'est pas uniquement psychiatrique, mais doit être adaptée à l'ampleur de ses conséquences incluant une expertise médico-légale précoce et équitable afin de garantir des résultats satisfaisants.

Toujours en 2017, cette fois-ci une thèse de doctorat réalisée en France par ; C, Sider sous le titre, « *la relation entre le trouble de stress post-traumatique et le risque suicidaire en Algérie. Résultats de l'enquête Santé Mentale en Population Générale (SMPG)* ». L'objectif est d'étudier la relation entre trouble de stress post-traumatique et le risque suicidaire, sur une population Algérienne de nombre 899. Les résultats comme suites ; 61 % de la population a été exposée à des événements traumatisants. La prévalence du PTSD est à 13.5 % échantillon

global, 13.6 % présentent un risque suicidaire. Toutefois, le PTSD augmente le risque suicidaire chez les sujets non pratiquants en comparaison avec les sujets pratiquants. Le risque suicidaire est 10 fois plus élevé chez les sujets pratiquants souffrant de problème d'alcool. La prévalence est relativement élevée du risque suicidaire et de PTSD.

En Algérie, une thèse de doctorat réalisée par ; Roukia Azzag en 2014, elle a étudiée les anciens militaires qui avaient été victimes d'agressions terroristes. Dans l'objectif est de chercher les effets du traumatisme psychique chez eux après une période qui excède les dix ans de cette exposition à l'événement traumatique. Elle a utilisé le CIDI comme outil d'évaluation mentale adopté à la population Algérienne, créé par l'équipe (SARP). Dans ses résultats, elle a constatée que les anciens militaires souffrent de trouble psychique post-traumatique, tels que la dépression, l'anxiété, et les troubles psychosomatiques. Elle fait une comparaison de ces membres de (l'ANP), ceux qui ont subi de l'agression et les autres non subi. Elle a constatée qu'il n'y a pas de différences entre eux concernant les troubles psychosomatiques. Elle a découvert que le support social atténue l'intensité des traces psychiques, ainsi que le rôle de réseau social dans la capacité de la réinsertion sociale de ces soldats Algériens. Les éléments de l'ANP sont gravement atteints, ils ont besoin de la prise en charge psychologique.

Synthèse

Pour conclure le traumatisme psychique existe depuis l'antiquité. Peut être considéré comme un choc émotionnel survenir après l'exposition à un événement traumatisant, en effet la brutalité de cet événement est due à sa surprise et à l'effroi, aussi de l'avoir vécu sur le mode du trauma. Ce qui provoque chez les sujets des conséquences psychopathologiques comme des manifestations cliniques telles que les réactions immédiates, post-immédiats, et à long terme qui se caractérise par : les reviviscences anxiogènes de l'événement (pathognomoniques), l'altération de la personnalité (pathognomoniques), et les symptômes non spécifiques. Ainsi que les différentes descriptions des manifestations symptomatiques du traumatisme psychique posé par les critères diagnostiques de DSM 5 et la CIM 10, CIM 11.

Pour mesurer le trauma nous avons plusieurs outils psychométriques, parmi ces outils il nous a apparu que le questionnaire « TRAUMAQ » est adéquat pour mesurer le traumatisme psychique sur le long terme chez les anciens gardes communaux victimes de la violence terroriste en Algérie. Concernant la prise en charge de traumatisme psychique on a plusieurs

psychothérapies, ainsi le recours aux traitements médicamenteux. En outre, la résilience est liée au traumatisme, ce qui fait l'individu résiste au choc. Enfin, les études qui sont faite précédemment montrent que, les métiers comme militaire et paramilitaire ainsi que les effets de terrorismes engendrent le traumatisme psychique.

Problématique et hypothèse

Depuis l'existence de l'homme sur terre, celui-ci vit dans une matrice de violence que ce soit des violences de l'ordre naturelles, ou bien humaines. Ces hommes, l'un montre sa puissance sur l'autre, ce qui provoque des conflits entre les individus qui se développent en différentes guerres ; guerre entre nations, guerre civiles et guerres religieuses. Ces conflits peuvent se transformer en phénomène du terrorisme, ce dernier est le plus dangereux, car il a plusieurs formes ; terrorisme révolutionnaire, nationaliste, d'État, islamiste. Chaque forme se divise en plusieurs entités.

Ainsi, le terrorisme est un phénomène mondial, dont l'objectif est de faire régner la terreur par divers actes ; attentats, massacres, carnages, prises d'otages...etc. Afin de déstabiliser ou de renverser un État ou d'imposer une idéologie au sein d'une population.

À cet effet, presque le monde entier est touché par le phénomène du terrorisme, ce dernier a causé de nombreuses pertes humaines et matériels, concernant la perte humaine, récemment un site internet a publié, des statistiques sous le titre;« *Classement des pays ayant subi le plus de décès dus au terrorisme au monde 2019* », d'après la graphique qui représente la répartition des décès causés par le terrorisme dans le monde par pays en taux de pourcentage, on constate que le Mozambique est le pays moins touché avec 2%, R-D- Congo 4%, Somalie 4%, Mali 4%, Syrie 4%, Burkinafaso 4%, Irak 4%, Nigéria 9%, Reste du monde 20%, Afghanistan 41% qui représente un quart de toutes les morts (Statista, 2022).

Toujours au monde, la fondation pour l'innovation politique (Fondapol) a recensé les attentats islamistes dans les quarante (40) dernières années entre (1979-2019), plus de 33 796 actes terroristes islamistes ont été perpétrés aux quatre coins du globe, faisant au total 167 096 morts et 151431 blessés sur 81 pays. Par ailleurs, les attentats du World Trade Center en USA le 11 septembre 2001, étaient l'acte terroriste le plus meurtrier à ce jour en laissant derrière 3001 morts et 16493 blessés. Après la bataille de « Mossol » entre les forces de l'État islamique et l'armée Irakienne avaient engendré la mort de 1570 personnes entre le 6 et le 10 juin 2014. En France, lors des attentats du 13 novembre 2015, il y a eu trois fois plus de blessés (413) que de morts (137). L'État islamique est responsable de la mort de 52 619 personnes et s'adjuge la première place du groupe terroriste le plus meurtrier. Les Talibans ont quant à eux, fait 39 733 morts. Al Qaida dont la filiale en Irak a donné naissance à l'Etat islamique, est à l'origine de la mort de 14 680 personnes. Les « Shabab » sont placés 5^e pour avoir occis 10 392 personnes. Le Front Al Nosra (2 978morts), Hezbollah (1 335) et le Hamas (881) ferment le tableau macabre (Fondapol, 2019).

Au continent africain, le Nigeria occupe la première place avec 2 260 attentats enregistrés pour 18 525 morts, soit une moyenne de 8 morts par attaque. Premier pays africain et quatrième au monde, le Nigeria doit ce rang aux actions du groupe Boko Haram qui y a perpétré en 2009 et 2019, 2 260 attaques. En outre, le terrorisme a fait plus de 4000 morts en 2019 dans le Sahel, par les attaques des Jihadistes en Mali, Niger et Burkina Faso, qui paie le plus lourd tribut (Fondapol, 2019).

En Algérie, le 26 décembre 1991, après l'annulation de processus électoral par l'armée Algérienne, le parti islamiste FIS décide de prendre les armes et de rejoindre le maquis. Depuis ce jour-là, l'Algérie a connu des événements terroristes qui ont duré plus d'une dizaine d'années (la décennie noire). Elle a déjà fait plus de 100 000 morts et 200 000 à 300 000 blessés. Un million de personnes ont été déplacées. Des dizaines d'écoles ont été détruites. Des dizaines de milliers de personnes se sont exilées (Stora, 2001).

Dans ce cadre, la stratégie du terrorisme islamiste en Algérie est d'instaurer un État islamique par la violence sacrée. Ce qui a donné comme résultats, une mort omniprésente, un état de terreur et d'horreurs, des cadavres étêtés, mutilés, jetés sur la route, assassinats, viols, kidnappings, carnages, faux barrages ainsi que des bombes à n'importe quel moment. L'exode de la population à la fuite de l'ordre de la terreur, plusieurs familles ont quitté leurs villages pour chercher la sécurité dans des grandes villes ou dans des villes en paix. Ainsi que, la destruction de la communauté par enlèvement et viol des femmes et des filles afin de déstructurer l'honneur des familles, et de détruire l'identité et de porter la honte et l'humiliation.

Dés lors, le terrorisme à un impact sur la santé mentale des victimes. Les conséquences psychotraumatiques ont un impact particulièrement grave sur la santé psychique et physique de la victime ; et si elles ne sont pas prises en charge spécifiquement, elles se chronicisent et durent des années, voire toute une vie. Elles sont responsables d'une souffrance mentale très importante, incontrôlable, due à la mémoire traumatique des violences subies : réminiscences, flash-backs, cauchemars. Elles sont aussi responsables de troubles dissociatifs qui représentent un risque important d'emprise et de revictimisation pour la victime, de troubles de l'humeur avec risque suicidaire, de troubles anxieux majeurs (crises d'angoisses, phobies, TOC, avec une sensation de danger permanent, hypervigilance), de troubles des conduites (addictives, conduites auto-agressives et conduites agressives), de troubles du comportement (troubles de l'alimentation : anorexie, boulimie, de la sexualité et du sommeil), de troubles

cognitifs sévères et de troubles somatiques liés au stress très fréquents (fatigue et douleurs chroniques, troubles cardio-vasculaires et pulmonaires, diabète, troubles digestifs, troubles gynécologiques et obstétricaux, neurologiques, endocriniens, dermatologiques, etc.) (kédia, et al, 2020).

Ainsi, l'impact du terrorisme peut se résumer en réactions immédiates comme ; choc, peur et l'empathie, panique, rituels, remueurs alarmistes, fausses alertes à la bombe et théorie complotistes. Réactions à court terme ; la peur. Les réactions à moyen et long terme comme ; les réactions individuelles (l'insécurité) et les changements positifs. Les comportements collectifs ; mouvements de panique, une remise en question du vivre ensemble, changement de mentalité, la désignation de boucs émissaires, agressions de personnes en raison de leurs signes identitaires, apparition de dérives sécuritaires, etc (Josse, 2019).

À cet effet, une étude épidémiologique réalisée par la société algérienne de recherche en psychologie (SARP) le 5 avril 1999, sur 652 échantillons femmes et hommes d'une population d'adulte de deux localités ; Sidi-Moussa et Dely-Brahim qui ont subi les violences terroristes pendant la décennie noire en Algérie. Les résultats sont les suivants: L'ESPT représente des troubles psychiatriques le plus fréquent puisqu'il touche 37,4 % de la population étudiée. Il est de 48,2 % à Sidi-Moussa et de 26.7 % Dely-Brahim. La prévalence est de 43,8 % chez les femmes et de 32,1 % chez les hommes (Bouatta, 2007).

Toutefois, nous n'avons trouvé aucune étude épidémiologique concernant la prévalence de traumatisme psychique chez les militaires et paramilitaires en Algérie.

En effet, à ce moment-là, ce n'est pas seulement la population civile qu'a soufferte, mais aussi les intervenants, secouristes, militaire et paramilitaire, dans notre recherche on a choisi de s'intéresser aux gardes-communaux qui ont servi durant la décennie noire.

La garde communale est un corps d'État armé créé en 1994 au moment de la décennie noire, exerce son travail dans des communes, et qui a le rôle de protéger les personnes, leurs biens et les biens d'État, ainsi que la lutte antiterroristes.

Le corps de la garde communale a joué un rôle très important dans le rétablissement de la sécurité et de la paix surtout dans les zones isolées et rurales, ils étaient dans les premiers rangs de la lutte antiterroristes, car d'autres corps de sécurité à ces moments-là, ont connu de nombreuses désertifications dans leurs rangs. Ces gardes communaux ont payé cher cette

protestation, ils ont perdu dans leurs rangs plus de 4668 victimes et sans compter les blessés physiques et psychiques (Aliouat, 2019).

La wilaya de Bejaia, dans les premières années du terrorisme, était considérée comme une région de paix, elle a enregistré peu d'événements terroristes, mais il s'est avéré que c'est une zone dans laquelle ces groupes terroristes se replier. Néanmoins, dans les années 2000, cette wilaya a connu divers attentats terroristes surtout dans les zones isolées, dans lesquelles se trouvent les éléments de la garde communale. Ce qui a mené aux confrontations entre les gardes communaux et ces groupes terroristes, causant des morts et des blessés.

À ce propos, le DSM5 (2015) cite explicitement les attaques terroristes comme événement traumatique. La CIM 11 (2022) quant à elle indique dans la catégorie « facteur influant sur l'état de santé, les victimes de terrorisme. Ces derniers peuvent présenter une souffrance traumatique.

Dans ce sens, le traumatisme psychique, est liée à l'événement violent qui menace l'intégrité physique ou psychique de l'individu et ce dernier a rencontré le réel de la mort, l'image de la scène traumatique déborde le pare excitation de l'appareil psychique, cet événement s'incruste au sein de cette appareil psychique. Pour faire trauma il faut que la personne selon le DSM5 (2015) soit exposée à la mort effective ou à une menace de mort, une blessure grave ou à des violences sexuelles, soit témoin, soit un membre de l'entourage ou un membre de secours, de police.

Comme il n'existe pas des études qui traitent cette catégorie de « garde communale », nous avons eu le recours à d'autres études qui ont une similitude à notre population de recherche, autrement dit, nous allons dans ce qui suit survoler les plus importantes études ayant porté sur les militaires et paramilitaires.

En Algérie, un chapitre d'ouvrage réalisé par A, Bahmed et N, Beddad en 2019, sous le titre «*séquelles et bribes d'un passé présent. Récits traumatique et mémoire collective chez les militaires et paramilitaires*», dans l'objectif était de mettre en lumière les conduites psychologiques observées chez les victimes d'actes terroristes ayant exercé en qualité de forces de l'ordre durant les années noires. Ils ont constaté chez les militaires et paramilitaires de multiples trouble psychopathologique tel un (ESPT) suite à leur vécu traumatique. Ils ont observé chez ces personnels des séquelles qui persistent à long terme comme des conduites comportementales telles que les passages à l'acte, l'isolement social, état de somatisation, et

de déni perdurant face à la symptomatologie traumatique, angoisse, ainsi les troubles de caractère de type ; agressivité, hostilité, ressentiment, haine, désir de vengeance. Aussi des conduites addictives ; drogues, tabacs. Et d'autres symptômes tels que la dépression, l'anxiété, la peur, culpabilité, l'insomnie, fatigue, et d'autres troubles psychosomatiques liés à l'estomac, à la tête et à l'appareil digestif, anxio-dépressif, ruminations mentales.

Un mémoire réalisé à l'université d'Ottawa, en septembre 2018, par Sylviane Gratton, porte un titre « *Le trouble de stress post-traumatique chez les militaires canadiens* ». Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) frappe certains militaires qui sont confrontés à des situations difficiles. Le TSPT est le résultat de la rencontre avec une situation menaçante, au cours de laquelle la vie ou l'intégrité physique d'une personne ont été mises en jeu. Des symptômes tels que l'hypervigilance, l'anxiété, l'isolement, la colère, les flashbacks, les difficultés de sommeil peuvent survenir après l'événement traumatisant ou même plusieurs années après qu'il se soit produit.

En Algérie une thèse de doctorat réalisé par, Karim Hammi, en 2017, qui porte un titre « *État de stress post traumatique (PTSD) chez les militaires victime d'événement traumatisants au niveau de la 2^{ème} région militaire* ». L'objectif de cette thèse était d'étudier les séquelles post traumatique auprès des militaires victimes de la tragédie nationale, il adopté une méthode descriptive rétrospective de 2002 et 2012. Les résultats démentirent une prévalence de l'ESPT par rapport aux autres séquelles traumatiques à 10%. Une moyenne d'arrêt de travail de 838 jours soit 28 mois témoigne d'une longue évolution de la pathologie et seulement 8.3 % de cas n'ont pas eu de répercussions professionnelles lors de la décision définitive. L'étude des symptômes de l'ESPT montre une influence assez intéressante de l'expertise médico-légale dans le processus évolutif de cette pathologie. Pour conclure, en milieu militaire, l'ESPT constitue un grand problème de santé par ses répercussions professionnelles et économiques.

En juin 2017, une thèse de doctorat réalisée en France par ; Cherifa Sider sous le titre, « *la relation entre le trouble de stress post-traumatique et le risque suicidaire en Algérie. Résultats de l'enquête Santé Mentale en Population Générale (SMPG)* ». L'objectif était d'étudier la relation entre trouble de stress post-traumatique et le risque suicidaire, sur une population Algérienne de nombre 899. Les résultats comme suits ; 61 % de la population a été exposée à des événements traumatisants. La prévalence du PTSD est à 13.5 % échantillon global, 13.6 % présentent un risque suicidaire. Toutefois, le PTSD augment le risque

suicidaire chez les sujets non pratiquants en comparaison avec les sujets pratiquants. Le risque suicidaire est 10 fois plus élevé chez les sujets pratiquants souffrant de problème d'alcool.

Une autre thèse de doctorat effectuée en Algérie, par Sabrina Gahar en 2015, l'objectif était d'étudier le rôle de la pertinence de quelques variables de personnalité (lieu de contrôle, estime de soi et coping) dans le développement du PTSD, chez des militaires en activité. Les résultats obtenus indiquent l'importance de la personnalité comme facteur de risque et de protection dans le développement du PTSD.

Encore en Algérie, une étude a été réalisée à l'université de Beskra en 2015 par A.H, Djedou et s. Hadj Cheikh, sur « *l'impact du traumatisme psychique sur les membres des forces spéciales exposés à la violence terroriste* ». L'objectif de cette recherche était d'étudier l'impact du traumatisme psychique à travers la connaissance des tendances suicidaires, introversion, manifestations dépressives. Les résultats de la première hypothèse montrent que les hommes des forces spéciales exposés à la violence terroriste souffrent de manifestations dépressives. Les résultats de la deuxième hypothèse indiquent la souffrance d'une introversion. Les résultats de la troisième montrent la souffrance de tendance suicidaire.

Toujours en Algérie, encore une autre thèse de doctorat cette fois-ci réalisée par Roukia Azzag en 2014, ou elle a étudiée les anciens militaires qui avaient été victimes d'agressions terroristes. L'objectif de la recherche était de retrouver les traces psychiques à long terme et de façon différée suite à l'exposition aux agressions terroristes, après une période qui a excédé les dix ans de cette exposition à l'événement traumatique. Dans ses résultats, elle a constaté que les anciens militaires souffrent de trouble psychique post-traumatique, tels que la dépression, l'anxiété, et les troubles psychosomatiques.

À travers ces différentes études, nous avons remarqué que les séquelles post traumatique persistent à long termes chez les sujets qui ont lutté contre le terrorisme surtout pendant la décennie noire en Algérie. En outre, ces sujets présentent la pathologie séquellaire c'est-à-dire pathologie post-traumatique malgré qu'ils n'ont pas subi des blessures physique, mais il suffit d'avoir vécu ces événements terroristes, mais aussi de l'avoir vécu sur le mode du trauma, dans l'effroi, l'horreur, et se sentir incapable de faire quoi que ce soit et d'absence de secours.

Nous avons dans le cadre de cette recherche décider d'adopter l'approche intégrative, c'est-à-dire de prendre en considération la symptomatologie du trauma telle qu'elle est décrite

dans le DSM-5 (TSPT, 309.81 (F.43-10)) et l'approche psychodynamique avec l'intérêt qu'elle porte au vécu, au sentiment, au ressenti et à l'éprouvé subjectif du sujet. Cette approche se prête particulièrement à nos outils de recherche, à savoir, l'entretien et le questionnaire TRAUMAQ, tous deux conçus dans une perspective intégrative-holistique. C'est en raison de cette approche adoptée, que nous avons choisi d'utiliser la terminologie « traumatisme psychique » plutôt que « syndrome psychotraumatique » ou « trouble de stress traumatique », car étant plus neutre et plus générale que les autres citées. En plus, elle nous permet de comprendre et de s'adapter à la subjectivité de l'individu, en utilisant tout ce qui peut être pertinent, intéressant et complémentaire. C'est également une occasion de prendre en compte l'individu dans sa globalité ; son environnement, son milieu professionnel, sa culture, ses relations, ses désirs, ses intérêts, ses croyances, et sa subjectivité. L'intégration est donc pertinente ici dans notre recherche. Elle est la clef qui va nous permettre d'interroger et d'explorer le vécu subjectif de nos sujets. Nous estimons qu'une seule approche ne permet pas ou seulement partiellement d'interpréter nos résultats. Il ne s'agit nullement d'un mélange à tout prix.

Selon Josse « *Les signes du traumatisme peuvent se perpétuer plusieurs mois ou années, voir toute la vie de sujet* » (Josse, 2019, p. 254). Également le DSM 5 « *certaines individus restent symptomatiques pendant plus de 12 mois et parfois pendant plus de 50 ans* » (DSM 5, 2015, p. 357).

Ces extraits montrent bien que nous avons toute la légitimité d'explorer la présence d'un traumatisme psychique plusieurs années, après l'événement traumatique ayant touché ces gardes-communaux dans l'exercice de leur métier.

À travers ce que nous avons énoncé ci-dessus sur notre thème intitulé « *Étude descriptive rétrospective chez les anciens gardes-communaux victimes de la violence terroriste en Algérie* », et l'issue de la revue de la littérature internationale et nationale, ainsi que l'appui de notre pré-enquête que nous avons effectuée auprès d'un sujet qui a été exposé directement à la mort dans une embuscade terroriste lors de l'exercice de son métier, et en utilisation d'un entretien semi-directif et la passation de questionnaire de TRAUMAQ, nous avons émis la question et l'hypothèse suivante :

Question :

Existe-t-il un traumatisme psychique sur le long terme chez les anciens gardes-communaux victimes de la violence terroriste en Algérie ?

Hypothèse :

Oui, il existerait un traumatisme psychique sur le long terme chez les anciens gardes-communaux victimes de la violence terroriste en Algérie.

Opérationnalisation des concepts

1). Les gardes communaux :

- Personnels qui travaillent dans un organisme qui s'appelle la garde communale.
- Corps d'État armé créé au moment de la décennie noire en Algérie
- Corps paramilitaire.
- Corps qui assure la sécurité dans des zones isolés (rurales).
- Corps chargé de veiller sur la protection des personnes leurs biens et des biens de l'État.
- Corps qui a lutté contre le terrorisme.

2). Terrorisme :

- Acte barbare et sauvage.
- Violence extrême/ terreur.
- Acte contraire aux mœurs sociales et constituant une violation de la dignité de l'homme.
- Emploi systémique de la violence pour atteindre un but, idéologique.
- Actes de violences (attentats, assassinats, enlèvements, sabotages, tortures, viols, kidnappings, kamikaze,...etc.) menées contre des civils, et destinées à frapper l'opinion publique et l'attention de renversé ou déstabilisé un État.

3). Décennie noire en Algérie :

- Une période d'environ dix ans (1992-2002) de conflit entre le pouvoir Algérien et des groupes terroristes islamistes,
- Une période d'assassinats de militaires et de civils.
- Massacres collectifs.
- Actes de violence tels que ; des faux barrages, des bombes, viols, kidnapping...etc.

4). Victimes :

- Personnes qui ont subi des violences physiques et/ou psychiques.
- Celui qui a été tué ou blessé dans un accident, dans un crime, dans une épidémie, dans une catastrophe, guerre....etc.
- Individu qui a subi un dommage ou un mal corporel, matériel ou moral.
- Personne qui souffre ou qui meurt par la faute d'autrui, ou par sa faute propre.

5). Traumatisme psychique :

- Choc émotionnel très violent
- Blessure psychique
- Réaction émotionnelle persistante
- Événement violent dans lequel la personne a vu la mort.
- Réaction de détresse.
- Reviviscence (souvenirs forcées sans volonté) tels que les cauchemars...etc.

6). À long terme

- Réponse ou réaction prolongée chronique et persistante à l'événement traumatique.
- Sur une longue période de temps
- Sur une grande durée
- Reviviscence intrusive et/ou anxiogène, depuis plusieurs semaines, mois ou années.
- Altération de la personnalité
- Symptôme non spécifique, tels que dépression, anxiété, idéation suicidaire.

PARTIE PRATIQUE

Chapitre III

La méthodologie de la recherche

Préambule

La méthodologie est comme un berceau de toute recherche scientifique, surtout en psychologie clinique, car elle regroupe une méthode et des techniques avec lesquelles le chercheur produit ses connaissances, d'une manière méthodique et d'atteindre son objectif tracé. Par ailleurs, le chercheur doit exposer la démarche de son travail ainsi que la méthode utilisée et les outils auxquels il a eu recours. À cet égard, à travers ce chapitre intitulé « *la méthodologie de la recherche* », nous illustrerons la forme que prend notre travail de recherche.

Dans ce chapitre, nous allons présenter les limites de la recherche, puis la méthode que nous avons adoptée, après nous présenterons le lieu de la recherche ainsi que notre groupe de recherche avec les critères d'inclusion et d'exclusion que nous avons sélectionnés. Ensuite, nous allons exposer les outils que nous avons utilisés et qui nous ont permis de collecter les informations nécessaires et leurs analyses, par la suite nous illustrerons le déroulement de la pré-enquête et l'enquête. Enfin, nous parlerons de l'attitude du chercheur et les difficultés rencontrés lors de la réalisation de la recherche. Nous terminerons ce chapitre par une synthèse.

1. Les limites de la recherche

- Limite spatiale : la recherche s'est déroulée au niveau de la wilaya de Bejaia, soit au lieu de travail, bibliothèque municipale ou à domicile des sujets.
- Limite temporelle : du 06 février 2022 au 30 avril 2022
- Limite du groupe : l'étude est réalisée auprès de cinq (05) anciens gardes-communaux victimes de la violence terroriste en Algérie, ils sont tous des hommes.
- Outils de recherche : nous avons optés pour un entretien de recherche semi directif ainsi qu'un questionnaire de mesure du traumatisme : le TRAUMAQ.
- L'approche que nous avons adoptée est l'approche intégrative.

Dans ce qui suit, nous allons exposer la méthode que nous avons utilisée dans notre travail de recherche.

2. La méthode utilisée dans la recherche

Avant de commencer la recherche, nous allons mettre un point de repère sur notre travail, qui est la méthode elle peut-être définie comme étant. « *L'ensemble de procédures, des démarches précises adoptées pour arriver à un résultat* » autant comme « *une démarche, une manière de procéder précise et exacte, ordonnée suivant une logique inflexible, en autre mots, une démarche rigoureuse, des étapes à suivre de façon systématique* » (Angers, 1997, p. 09).

Donc, on peut dire que toute recherche scientifique que ce soit en psychologie clinique ou dans d'autres domaines scientifiques, nécessite une démarche pour une bonne organisation et une meilleure conduite. La méthode est un chemin à suivre avec certains principes, règles et selon certains ordres afin d'atteindre un objectif. En ce sens, nous allons dans ce qui suit, tenter de présenter la méthode qui nous a paru la plus adéquate dans l'étude du traumatisme psychique à long terme chez les gardes-communaux victimes de la violence terroriste en Algérie.

Dans ce fait, notre démarche adoptée est une démarche qualitative. Elle est vraiment la plus appropriée à cette thématique visant à explorer et à décrire les éprouvés subjectifs de nos sujets quant à leur expérience vécue dans le cadre de l'exercice de leur métier dans un contexte socio-politique particulier. L'étude était donc purement qualitative et non quantitative avec une population d'étude assez restreinte.

Dans ce cadre, la méthode qualitative s'attache à expliquer un phénomène, à lui donner une signification voire un sens. Les résultats sont exprimés en mots (analyse à la suite d'entretiens, observations cliniques...). La recherche qualitative va quant à elle s'attacher à comprendre des faits humains et sociaux en les considérant comme étant porteurs de significations véhiculées par des acteurs (sujets, groupes, institutions...), parties prenantes de relations interhumaines. Plutôt que de tendre vers la généralisation de données, la démarche qualitative va ainsi viser avant tout la compréhension et la profondeur en s'immergeant dans la complexité d'une situation (moins de cas, plus de détails). La construction de la problématique demeure large et ouverte, ce qui confère à la recherche qualitative une dimension souvent exploratoire. Il ne s'agit pas ici de tester un cadre théorique préétabli, mais bien de générer de nouvelles connaissances. Les étapes de recueil et d'analyse des données qualitatives (mots, récit, images...) ne se réalisent pas de manière linéaire, mais peuvent se chevaucher dans la mesure méthodologique n'est jamais complètement déterminé par avance,

mais évolue au fil des résultats obtenus. La recherche qualitative va, quant à elle, être profondément ancrée dans le contexte. Le chercheur va se placer dans une situation d'immersion dans la complexité du vécu ou de la situation étudiée. L'individu n'est donc pas considéré comme un réceptacle passif d'information reflétant une réalité objective mais comme un acteur qui participe pleinement à la construction du réel à travers une activité continue d'interprétation de son « monde vécu » (Bioy et al, 2021)

En ce sens, nous estimons que l'approche qualitative est particulièrement adéquate dans notre travail de recherche, elle nous permet d'atteindre notre objectif principal qui est d'explorer, comprendre et de décrire le traumatisme psychique à long terme chez les gardes-communaux victimes de la violence terroriste en Algérie.

En outre, dans l'approche qualitative d'investigation, le chercheur part d'une situation concrète comportant un phénomène particulier intéressant et ambitionné de comprendre le phénomène et non de démontrer, de prouver, de contrôler quoi que ce soit. Il veut donner sens au phénomène à travers ou au-delà de l'observation, de la description, de l'interprétation et de l'appréciation du milieu et du phénomène tels qu'ils se présentent. L'intention (but, objectif) de la recherche est de reconnaître, de nommer, de découvrir, de décrire les variables et les relations découvertes, et par-là, de comprendre une réalité humaine ou sociale complexe et mal connue. La recherche qualitative en sciences humaines et sociales a comme but premier de *comprendre* des phénomènes sociaux (des groupes d'individus, des situations sociales, des représentations...). Comprendre, c'est en produire les *sens*. Ainsi de rendre compte de la réalité sociale telle qu'elle est vraiment vécue et perçue par les sujets, La recherche qualitative recourt à des techniques de recherche qualitatives pour étudier des faits particuliers (étude de cas, observation, analyse qualitative de contenu, entretien semi-structuré ou non structuré, etc.) (N'da, 2015, p. 22).

Dans cette présente recherche, nous allons adopter la méthode clinique « est *une méthode particulière de compréhension des conduites humaines qui vise à déterminer, à la fois, ce qu'il y a de typique et ce qu'il y a d'individuel chez un sujet, considéré comme un être aux prises avec une situation déterminée* » (Sillamy, 2003, p.58). Autant, elle envisage « *la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits* » (Benony & Chahraoui, 2003, p.11). Nous saisissons, que la

méthode clinique à une particularité a part entier, elle-même est une démarche qui vise à comprendre l'individu dans sa globalité.

La méthode clinique avant tout destinée à répondre à des situations concrètes de sujets souffrants et elle doit se centrer sur le cas, c'est-à-dire l'individualité, mais sans pour autant s'y résumer. La « méthode clinique » s'insère dans une activité pratique visant la reconnaissance et la nomination de certains états, aptitudes, comportements. La spécificité de cette méthode réside dans le fait qu'elle refuse d'isoler ces informations et qu'elle tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle. La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires: le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelles, entretiens...) de recueil *in vivo* des informations (en les isolant le moins possible de la situation « naturelle » dans laquelle elles sont recueillies et en respectant le contexte) alors que le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas. La différence entre le premier et le second niveau ne tient pas aux outils ou aux démarches mais aux buts et aux résultats : le premier niveau fournit des informations sur un problème, le second vise à comprendre un sujet, ce qui n'impliquent pas toutes les situations cliniques, notamment celles qui concernent la recherche sur des faits psychopathologiques ou d'adaptation (Fernandez & Pedinielli, 2006, p. 43).

Du moment que la psychologie clinique attribue une grande importance à l'individu, comme elle le prend dans sa singularité et sa totalité, sa situation et de sa conduite, en plus elle est interpersonnelle, elle travaille dans la relation (interaction). Elle s'intéresse aussi au fonctionnement psychologique de l'homme dans ses dimensions implicites et explicites, objectives et subjectives. C'est pour cette raison que nous avons eu recours à « la méthode clinique » qui nous semble appropriée de conduire bien notre travail et de répondre à notre question de recherche.

Dans ce cadre, nous avons opté pour la méthode clinique, car elle nous permet de décrire et d'explorer des événements ou des phénomènes dans leur contexte réel, et d'appréhender le vécu des sujets de recherche dont il est question .Autrement dit, la description des réactions émotionnelles, des ressentis au présent après une longue période de l'événement traumatisant.

La méthode du cas s'inscrit dans une démarche et une pensée cliniques. Partant de l'observation clinique qui s'intéresse à la réalité psychique et à la subjectivité, elle accède à

l'étude de cas dont l'intérêt porte sur le travail de présentation et d'analyse du sujet en situation.» (Bioy & al, 2021, p. 98).

Donc, l'étude de cas est l'une des méthodes principales en psychologie clinique. Elle est au cœur de la pratique clinique, mais elle est également utilisée dans le domaine de la recherche scientifique notamment dans les études qualitatives et exploratoires.

En plus, l'étude de cas vise alors à dégager la logique d'une histoire de vie singulière, aux prises avec des situations complexes, nécessitant des lectures à différents niveaux, et mettant en œuvre des outils conceptuels adaptés. De ce fait, elle n'est plus essentiellement référée à l'anamnèse et au diagnostic, et se dégage des contraintes d'une psychologie médicale, tout en restant clinique et psychopathologique (Douville, 2014, p. 103).

À travers ces données, nous avons opté pour l'étude de cas, qui nous semble la plus adéquate pour mener notre travail de recherche, car elle nous permet d'utiliser la technique de l'entretien afin de recueillir au sein des sujets les différentes manifestations. Ainsi de comprendre le sujet dans sa propre langue, dans son propre univers en référence à son histoire, ainsi que d'appréhender l'expression émotionnelle relative aux événements du passé.

Par ailleurs, l'étude de cas s'accorde à notre objectif de recherche, vu que notre étude est descriptive et exploratoire, notamment, elle nous permet d'explorer et décrire les séquelles traumatiques qui persistent sur le long terme chez les nos sujets. En plus, cette méthode nous permet de mettre en évidence le devenir psychologique de ces derniers.

Plus précisément, l'étude de cas comme méthode de recherche est approprié pour la description, l'explication, la prédiction et contrôle de processus inhérent à divers phénomène, que ces derniers soient individuels, de groupe ou d'une organisation. La description répond aux questions qui, quoi, quand et comment, et l'explication vise à éclairer le pourquoi des choses (Gagnon, 2012, p. 02).

En guise de récapitulatif, dans notre recherche nous avons choisi la méthode clinique et l'étude de cas comme des éléments d'une démarche qualitative, qui nous permettent de mettre en épreuve notre hypothèse et d'atteindre notre objectif de recherche, en explorant le vécu des gardes-communaux victimes de la violence terroriste en Algérie. Par conséquent, la méthodologie requiert un haut degré de discipline et de rigueur pour réaliser une étude exploratoire.

Dans ce qui suit, nous présentons notre lieu de recherche.

3. Présentation du lieu de recherche

Notre enquête de terrain est effectuée à la wilaya de Bejaia, auprès des anciens gardes-communiaux victimes de la violence terroriste en Algérie, En raison de la sensibilité du thème, nous nous sommes déplacés en fonction de la disponibilité et de la convenance des sujets soit au sein de leur domicile ou dans leur lieu de travail.

La wilaya de Bejaia est située au nord-est de l'Algérie dans la région de la Kabylie. Elle compte 915 836 habitants sur une superficie de 3 261 km². La wilaya de Bejaia est limitée au nord par la mer méditerranée, au sud par les wilayas de Bouira et Bord Bou-Argeridj, à l'ouest par la wilaya de Tizi-Ouzou et à l'est par les wilayas de Sétif et Jijel. La wilaya de Bejaia compte 19 daïras et 52 communes. Les 19 daïras sont réparties comme suite; 01/ d'Adekar , 02/Akbou, 03/Amizour , 04/Aokas , 05/ Barbacha , 06/ Bejaia , 07/ Beni Maouche , 08/ chemini , 09/ Darguina , 10/ Elkseur , 11/ Ighil Ali , 12/ Kherrata , 13/ Ouzellaguen , 14/ Seddouk, 15/ Sidi Aich , 16/ Souk El Tnine ,17/ Tazmalt , 18/ Tichy, 19/ Timezrit. Les 52 communes sont réparties aussi de cette manière ; 01/ Béjaia, 02/ Amizour, 03/ Ferraoun, 04/ Taourirt Ighil, 05/ Chellata, 06/ Tamokra, 07/ Timezrit, 08/ Souk El Ténine, 09/ M'cisna, 10/ Tinabdher, 11/ Tichy, 12/ Semaoune, 13/ Kendira, 14/ Tifra, 15/ Ighram, 16/ Amalou, 17/ Ighil Ali, 18/ Fenaia Ilmaten, 19/ Toudja, 20/ Darguina, 21/ Sidi Ayad, 22/ Aokas, 23/ Beni Djellil, 24/ Adekar, 25, Akbou, 26/ Seddouk, 27/ Tazmalt, 28/ Ait-R'zune, 29/ Chemini, 30/ Souk-Oufféla, 31/ Taskriout, 32/ Tibane, 33/ Tala Hamza, 34/ Barbacha, 35/ Beni ksila, 36/ Ouzellaguen, 37/ Bouhamza, 38/ Beni Mellikeche, 39/ Sidi-Aich, 40/ El Kseur, 41/ Melbou, 42/ Akfadou, 43/ Leflaye, 44/ Kherrata, 45/ Draâ El-Kaid, 46/ Tamridjet, 47/ Ait-Smail, 48/ Boukhlifa, 49/ Tizi N'berber, 50/ Beni Maouche, 51/ Oued Ghir, 52/ Boudjellil (<http://www.algerie-monde.com/wilayas/bejaia/>).

Donc, nous avons réalisé cette recherche dans différentes communes et daïras de la wilaya de Bejaia.

Nous allons dans ce qui suit présenter notre groupe de recherche.

4. Groupe de recherche :

Pour constituer notre groupe de recherche, nous avons contacté certaines instances officielles et plusieurs associations afin de leur demander de diffuser notre projet de recherche.

Notre travail de recherche s'est focalisé sur les anciens gardes-communaux victimes de la violence terroriste en Algérie, notre groupe de recherche se compose de cinq (05) anciens gardes-communaux. Afin de préserver l'anonymat des sujets ayant participé à la recherche nous avons évidemment changé leurs noms et nous les avons remplacés par d'autres noms.

Concernant les critères de sélection, notre groupe de recherche est exclusivement masculin. Nous l'expliquons par l'absence d'effectif féminin dans toutes les unités (de tous types) engagés dans la lutte anti-terroriste chez nous. En outre, nous avons opté délibérément pour un choix large car certains sujets semblent réticents à participer à notre recherche et en plus il a été difficile de mobiliser un groupe consistant. Nous avons alors formulé les critères d'inclusion et d'exclusion présentés comme suit:

4.1. Critères d'inclusion

Les critères sur lesquels nous nous sommes basés pour la sélection des sujets constituant notre groupe de recherche sont les suivants :

- Être un ancien garde communal, c'est-à-dire lié au corps de troupe chargé de surveiller et de protéger la commune ses villages.
- Avoir servi lors de la période de décennie noire en Algérie
- Avoir été directement confronté à la violence terroriste, car le TRAUMAQ est un questionnaire qu'aux personnes présents sur les lieux de l'événement et qui en ont une perception directe (visuelle, auditive...etc), et une confrontation avec un danger mortel. C'est-à-dire une personne répondant au critère A du DSM 5 (2015) et plus précisément au point 1 de ce critère signant une exposition directe à l'événement.
- Ayant donné son consentement de participation à l'étude après avoir reçu une information claire et appropriée.

4.2. Critères d'exclusion

1. Appartenir à un autre corps que celui de la garde communale (militaire, gendarme, policier, etc).
2. N'avoir pas servi lors de la période de décennie noire en Algérie.
3. N'avoir pas été directement confronté à la violence terroriste.
4. N'ayant pas donné son consentement de participation à l'étude.

Maintenant, nous allons présenter nos sujets de recherche.

Tableau n° 05 : Les caractéristiques des sujets de recherche

Informations Prénom	Âge	Niveau d'instruction	Situation matrimoniale	Situation professionnelle	Période d'activité	Date d'exposition à l'événement ¹
Hocine	52	7 ^{eme} AF	Marié	Retraité	1994-2012	2011
Boualem	54	4 ^{eme} année moyenne	Marié	Retraité	1997-2020	2008
Rabah	46	1 ^{er} Année secondaire	Marié	Retraité	2003-2019	2007
Farouk	52	9 ^{eme} AF	Marié	Retraité	1995-2012	2004
Kaci	55	6 ^{eme} Année Primaire	Marié	Retraité	1995-2012	2004

(Source : nous-mêmes).

À partir du tableau ci-dessus, nous constatons que notre population de recherche se compose de cinq anciens gardes-communaux, sont tous étaient exposés directement à l'événement traumatique (violence terroriste) les dates sont variées. Leurs âges respectifs varient entre 46 ans et 55 ans, aussi les sujets sont tous mariés. Les situations professionnelles sont tous des retraités. Leurs niveaux d'instruction sont variés, ainsi que leur période d'activité au sein de la garde communale est variée entre 18 ans à 23 ans.

¹Selon le rappel temporel énoncé par le sujet dans son discours, la date d'exposition à l'ère peut-être incomplète ou imprécise.

5. Outils de recherche :

Dans ce qui suit, nous allons présenter les différents outils que nous avons utilisé afin d'accomplir notre recherche. Premièrement, nous avons commencé la recherche par l'entretien, précisément, l'entretien semi-directif, ce dernier nous a permis d'être en contact direct avec nos sujets de recherche et d'installer une relation de confiance avec eux, avant la passation du deuxième outil de recherche qui est le questionnaire TRAUMAQ. De ce fait, l'entretien de recherche nous permet de recueillir des informations sur le traumatisme à long terme chez des gardes-communaux victimes de la violence terroriste en Algérie, quant au TRAUMAQ il nous permet de mesurer le vécu traumatique éventuel.

Ci-dessous, nous allons exposer les données de l'entretien de recherche.

5.1.L'entretien de recherche semi-directif :

L'entretien clinique à visée de recherche, s'appelle aussi « interview » (en français, traduction littérale de l'anglo-saxon *interview*). Mais alors que l'interview, dans le langage courant, revêt souvent un aspect journalistique et spectaculaire, l'entretien de recherche conserve un critère sérieux et approfondi (Chiland, 2015, p. 139).

Ainsi, selon Maurice Angers, l'entrevue de recherche est comme une « *Technique directive visant à interroger quelques individus, de façon semi-directive, pour faire un prélèvement qualitatif* » (Angers, 2014, p.44). Également, « *L'entretien semi directif ou le chercheur dispose d'un guide de questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance ce guide constitue une trame à partir de laquelle le sujet déroule son récit* » (Chahraoui & Benony, 2003, p. 65). On comprend alors, que l'entretien semi-directif nous permet d'avoir un entretien riche en informations.

Dans cette recherche, on souhaite décrire et appréhender un ressenti, un vécu, on souhaite étudier les sentiments et les affects du sujet concerné, on souhaite également évaluer la symptomatologie post-traumatique, c'est pour cela que l'entretien de recherche nous a semblé être l'outil le plus adapté à nos objectifs. Ce dernier permet une approche nécessaire pour obtenir la confiance du sujet de recherche afin qu'il exprime du mieux que possible son ressenti vis-à-vis de la situation vécue et ce ressenti authentique et vrai permet de s'assurer de la fiabilité de notre étude.

Par ailleurs, nous avons opté dans notre présente recherche pour l'approche intégrative car il s'agit d'une approche synthétique qui nous permettra d'appréhender le phénomène complexe étudié, à savoir le traumatisme psychique consécutif à une exposition à la violence intentionnelle et humaine, d'une manière globale, et à plusieurs niveaux (émotionnel, cognitif, comportemental et relationnel). Les théories associées ici sont: la psychodynamique, la phénoménologie, la cognitivo-comportementale et l'athéorisme. Ce choix a pour but de combiner chaque courant, en les utilisant d'une manière complémentaires visant la description, la compréhension et l'explication du vécu de nos sujets de recherche, quant à l'évènement subi. En plus, elle nous permet comprendre la subjectivité de l'individu, et de le prendre dans sa globalité ; son environnement, son milieu professionnel, sa culture, ses croyances...etc.

En effet, dans cette étude, nous avons eu donc, recours à un entretien semi-directif pour recueillir des éléments biographiques et socio-démographiques et familiaux du sujet (comme l'âge, le niveau d'instruction, la situation matrimoniale, le nombre d'années de service, etc), mais aussi et surtout pour ramasser des informations sur le vécu à long terme de la violence terroriste subie dans le cadre de l'exercice de son métier (données concernant le traumatisme psychique et son évolution et ses répercussions). Cet entretien nous a permis d'accéder à des renseignements subjectifs tels que les émotions et les éprouvés du sujet depuis l'évènement à ce jour, ses représentations de l'évènement ainsi que son vécu et le sens donné aux choses. Nous estimons que seul l'entretien de recherche, en tant que technique nous permettra de respecter la singularité de chaque sujet de notre groupe de recherche et sa complexité également.

En plus, pour collecter les informations suffisamment nécessaires permettant d'enrichir son étude, le chercheur doit se servir de l'observation clinique pendant la passation de l'entretien de recherche semi-directif, car c'est une technique complémentaire qui se représente comme un appui pour décrire et expliquer les résultats obtenus à partir des autres outils méthodologiques utilisées. Elle est définie comme : « *l'action de regarder avec attention les phénomènes, pour les décrire, les étudier, les expliquer. L'acte d'observation commence par le regard, la perception fine d'un individu dans une situation, une concentration de l'activité psychique sur un objet particulier qu'elle distingue* », aussi elle est un « *processus incluant l'attention volontaire et l'intelligence, orienté vers un objectif terminal ou organisateur et dirigé vers un objet pour en recueillir des informations*» (Pedinielli & Fernandez, 2020, p. 7).

En outre, on ne pourrait comprendre des comportements que si on les observe d'une façon rigoureuse, c'est ainsi que pendant l'entretien clinique semi-directif, l'observation est considérée en elle-même comme un outil indispensable, portant sur un certain nombre d'éléments qui sont autant des effets de la réalité psychique. La réalité psychique n'est pas observable en soi, elle est reconstruite à partir de l'observation de ses effets : les signes, les symptômes, le langage, les messages verbaux et non verbaux, les comportements, les conduites, les interactions, les productions diverses, etc (Ciccone, 2014, pp. 65-78).

Précisément, dans l'entretien clinique, les informations ne sont pas seulement véhiculées à travers le discours (communication verbale) mais aussi à travers la communication non verbale. Les manifestations non verbales peuvent donner des précieuses informations. Exemples : les mimiques du visage, le regard, les gestuelles, les postures, la communication tactiles, aspect vocal, les manifestations neurovégétatives (rougeur, pâleur, etc), l'investissement de l'espace, etc (Bényon & Chahraoui, 2013, pp. 22-23).

A cet effet, nous avons eu recours alors, à l'observation dans notre recherche au cours de l'entretien, pour enrichir les informations apportées. L'observation vise surtout à répondre à des situations concrètes du sujet souffrant, elle se focalise sur le cas, c'est-à-dire l'individu. Dans notre recherche, durant le déroulement de l'entretien, notre attention s'est spécialement portée sur la parole du sujet (sur ce qui est verbalisé par le sujet mais aussi sur ses comportements).

Par ailleurs, cette recherche relève d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés.

Concernant, notre guide d'entretien semi-directif comprenait au début une partie introductive, composée de questions d'ordre socio-démographique, suivi ensuite d'une trame de questions reparties en axe pour explorer le vécu de nos sujets.

En outre, pour élaborer notre guide d'entretien, nous avons suivi le fil temporel avant, pendant, après l'événement traumatique (attaque terroriste). En effet, nous avons tenu à faire une appréciation qu'on peut qualifier de longitudinale, c'est-à-dire, nous avons porté un intérêt à l'état antérieur du sujet, puis ce qui s'est passé au cours de l'événement traumatique, notamment les émotions ressenties, les pensées et les réactions, puis ce qui s'est passé depuis la survenue de l'événement. Le guide d'entretien cherche aussi à relever les éléments symptomatiques spécifiques au traumatisme éventuel du sujet. En plus, la temporalité vise à

décrire rétrospectivement (vécu pré, péri, et post-traumatique). Autrement dit, une forme diachronique qui permet de restituer une histoire, non pour revenir à une conception causalité du passé, mais dans le sens que le passé est dans le présent et continue à y vivre, et une forme synchronique en cherchant la situation actuelle du sujet et ses caractéristiques cliniques actuelles.

Notre guide d'entretien a été modifié au fur et à mesure de la pré-enquête, ainsi de nos lectures réalisées sur la revue de la littérature. Il a été ensuite lu et validé par notre encadrante. Le contenu des entretiens a été enregistré à l'aide d'un magnétophone après accord verbal du sujet de recherche.

Précisément, notre guide d'entretien semi-directif que nous avons élaboré se compose de trente (30) questions, réparties sous cinq axes (voir l'annexe N° 01).

Premièrement, nous avons consacré cinq questions sur « *les informations personnelles du sujet* » dans le but d'avoir des informations sur la biographie du sujet. Ensuite, le premier axe est intitulé « *informations sur le métier de la garde communale* » regroupe sept questions, qui nous permettent de recueillir des informations sur le motif du choix de métier, le grade et la situation actuelle de sujet c'est-à-dire retraité ou fonctionnaire. Deuxièmement, nous avons mis trois axes sur l'événement, avant, pendant et après. Dans l'enchaînement des axes « *informations avant l'événement* » s'est placé dans le deuxième axe, qui se compose de quatre questions, il nous renseigne sur le climat qui régnait à ce moment-là et la relation entre les gardes-communaux. Puis, le troisième axe « *informations pendant l'événement* » contenant quatre questions, pour avoir des informations sur l'endroit où s'est déroulé l'événement. Après, le quatrième axe qui s'intitule « *informations après l'événement* », comportant cinq questions dont l'objectif était de recueillir plus d'informations sur les sentiments et ressentis actuels de l'événement. Le cinquième et le dernier axe intitulé « *informations sur la reconnaissance* » se constitue de quatre questions, pour fournir des renseignements sur la reconnaissance de l'État et de la société envers ces gardes-communaux. Enfin, nous avons conclu ce guide d'entretien par la question « *Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez ajouter et que nous n'avons pas abordé dans notre entretien ?* ». Afin d'ouvrir le champ au sujet pour s'exprimer encore mieux.

Cependant, après avoir le consentement éclairé auprès de nos sujets, nous avons explicitement énoncé une consigne qui est la suivante: « *nous allons vous poser quelques*

questions sur la violence terroriste que vous avez vécu au sein de la garde communale pendant la décennie noire en Algérie, pour savoir comment vous vivez cet événement». Cette consigne a été traduite de manière spontanée en langue kabyle.

L'entretien clinique de recherche est un outil à la fois de recherche et de production d'informations. Il s'agit d'un dispositif par le quel une personne A favorise la production d'un discours d'une personne B pour obtenir des informations inscrites dans la biographie de la personne B. L'entretien permet d'étudier les faits dont la parole est le vecteur principal (étude d'actions passées, de savoirs sociaux, des systèmes de valeurs et normes, etc.). Ou encore d'étudier le fait de parole lui-même (analyse des structures discursives, des phénomènes de persuasion, argumentation, explicitation) (Chahraou& Benony, 2003, p. 64).

En effet, pour interpréter les résultats de nos entretiens, nous avons sélectionné et extrait les données susceptibles de permettre la confrontation de notre hypothèse aux faits. Nous avons effectué cela sur l'ensemble des entretiens de notre enquête, plus précisément sur le corpus ou discours des sujets.

De ce fait, les entretiens effectués nous ont livré un matériau spontané et on a ensuite traité ce matériau en essayant de lui donner du sens en fonction de nos objectifs de recherche, de notre hypothèse et de notre arrière plan théorique. Autrement dit, on fait parler le texte du sujet de recherche, c'est donc une interprétation entretien par entretien en raison de la singularité de chaque cas.

Enfin, pour les données qui ont été recueillies avec le guide d'entretien, ce sont des données qualitatives, et par conséquent peu quantifiables. Nous avons procédé alors à une interprétation s'étayant sur l'approche retenue. Il s'agit alors de tirer les informations pour étayer nos analyses et nos discussions.

Maintenant, nous allons mettre une lumière sur l'outil psychométrique à savoir le questionnaire « TRAUMAQ », qui nous semble plus approprié dans notre recherche.

5.2. Le TRAUMAQ :

Les questionnaires ou échelles d'évaluation sont « *des outils cliniques standardisés permettant de répondre à des questions que le clinicien est amené à se poser après l'entretien clinique* » (Bénony, 2005, p.73). L'intérêt de ces techniques (échelles, questionnaires, etc) est de faire apparaître des éléments difficiles à percevoir dans un entretien. En outre, ces techniques donnent des résultats chiffrés qui permettent des comparaisons (Pedieli, 2016, p. 52).

À la suite de l'entretien, nous avons eu recours à l'utilisation du questionnaire TRAUMAQ. Ce dernier permet de rendre compte des séquelles du traumatisme psychique, plus précisément l'existence du traumatisme psychique à long terme chez les anciens gardes-communaux victimes de la violence terroriste en Algérie, ce qui est l'objectif principal de notre recherche. En outre, ce questionnaire permet d'évaluer le stress post-traumatique à l'état aigu, à l'état chronique, autrement dit, à long terme, voire même des modifications de la personnalité après l'évènement violent et traumatique subi par les anciens gardes-communaux. Nous avons choisi le TRAUMAQ parmi de nombreux autres outils psychométriques pour l'évaluation du traumatisme psychique parce que ce dernier nous permet non seulement de vérifier l'existence du traumatisme psychique et ses degrés, néanmoins, il nous permet également d'explorer le vécu traumatique à travers les items investiguant la honte, l'irritabilité, la qualité de vie, ainsi la dépression et les somatisations, conduites addictives, troubles de la mémoire...etc. Nous avons ensuite conclu, en accord avec notre promotrice, que ce questionnaire convenait bien à notre population d'étude (à ses caractéristiques) et à la thématique de notre recherche. Il sera donc possible de répondre à nos questions sur la présence ou non d'un traumatisme psychique à long terme chez nos sujets de recherche. Il convient aussi à l'approche adoptée, à savoir, l'approche intégrative.

Le questionnaire TRAUMAQ est un questionnaire qui évalue le syndrome post traumatique après l'exposition à un événement qui comporte une menace de mort pour le sujet ou pour d'autres personnes (ce qui constitue le critère A du DSM-IV). Le traumatisme, à travers ce questionnaire, y est envisagé de manière globale contrairement à la plupart des outils psychométriques actuels qui sont généralement construits à partir de la classification du DSM. En effet outre les symptômes généralement observés, à savoir le syndrome de répétition qui est pathognomonique au traumatisme ainsi que les évitements phobiques et les symptômes neurovégétatifs, il évalue les symptômes qui y sont fréquemment associés, notamment l'état

dépressif et les somatisations , mais également le vécu traumatique , la honte , la culpabilité l'agressivité et les répercussions sur la qualité de vie (Damiani & Pereira , 2009) .

Aussi, le TRAUMAQ a pour objectif d'évaluer les troubles traumatiques aigus et chroniques, voire des modifications de personnalité suite à un événement traumatique. Il contribue également à la recherche épidémiologique et participe à la validation d'un traitement thérapeutique. Celui-ci est donc autant intégré à la pratique du clinicien en raison d'une aide au diagnostic , qu'être un outil de recherche en vue d'études épidémiologiques ou de contrôle de l'effet d'un traitement psychothérapeutique (Damiani & Pereira , 2009).

Il convient de mettre à l'évidence le fait que le TRAUMAQ soit un outil qui s'adresse aux adultes, à partir de 18 ans qui sont confrontés directement et de façon brutale avec le réel de la mort. Ce sont également des sujets qui ont eu une perception direct de l'événement comme les adultes qui ont été victimes directes ou témoins d'une infraction pénale (agression sexuelle, viol, agression, coups, blessures volontaires, agression à mains armée, prise d'otage, séquestration, etc.). Ceux qui ont été victimes ou témoins d'un sinistre majeur avec une menace de mort ou d'un accident de la voie publique (Damiani & Pereira, 2009).

Le TRAUMAQ se compose de deux parties ; une première qui représente la mesure du vécu durant l'événement et des réactions postérieures à l'événement. Elle constitue la base du questionnaire permettant d'établir le diagnostic. La deuxième partie mesure le délai d'apparition et de la durée des troubles décrits, elle représente une échelle facultative qui donne des informations complémentaires qui peuvent être utiles au clinicien, à l'expert ou au chercheur. Aussi, étant donné le fait qu'il permet de recueillir un grand nombre d'informations de façon à réaliser un bilan complet il comporte également des informations générales concernant le sujet sous forme de rubriques situées sur les deux premières pages du questionnaire (Damiani & Pereira, 2009).

Elles se repartissent en informations concernant l'événement et le sujet .celles qui concernent l'événement en lui-même, aborde en premier lieu, le fait que ce danger qui est à l'origine des troubles observés doit représenter un danger potentiel de mort, une menace de mort réelle pour les sujets qui en sont victimes directes ou qui en sont témoins. Cet événement peut être soit individuel, s'il ya une seule victime comme est le cas de viol commis sur une personne, ou collectif s'il implique plusieurs personnes en même temps. La nature de l'événement y est également abordée à savoir s'il est question d'une catastrophe naturelle (

inondation avalanche, tremblement de terre , raz de marrée, etc.) , de catastrophes aériennes, maritimes ou ferroviaires (crash aérien , naufrage , accident de train ,etc.) d'accident de la voie publique ,d'attentats , d'accidents domestiques , de Hold-up ou vols a main armée , coups et blessures involontaires , tentative d'homicide ,agressions sexuelles , viols ,Rackets, conflits armés , tortures , menaces de mort , autres . On y trouve aussi la date et la durée de l'événement, l'intervention de la cellule medico psychologique. Les informations qui concernent le sujet impliquent sa situation familiale et professionnelle, ses problèmes de santé antérieurs à l'événement, s'il suivait un traitement médical et s'il en suit depuis l'événement, la forme de psychothérapie antérieure ou postérieure à l'événement ainsi que les événements antérieurs qui ont profondément marqué la personne (Damiani & Pereira, 2009).

Si nous nous attardons sur les deux parties du questionnaire, il nous sera important de préciser que les items qui les composent ont été établis par des psychologues cliniciens, des psychiatres spécialisés en victimologie. Les items ont évidemment fait l'objet d'étude réexpérimentales afin de supprimer les ambiguïtés et es items non pertinents. La partie 1 concernent les réactions immédiates pendant l'événement et les troubles psycho-traumatiques depuis l'événement, elles se composent de dix échelles et est reparties comme suit :

Pendant l'événement : une échelle « A » qui comprends 8 items à savoir les réactions immédiates, physiques et psychiques pendant l'événement. Depuis l'événement les neufs échelles restantes ; l'échelle « B »qui comprend 4 items à savoir les symptômes pathognomoniques de répétition : les reviviscences, l'impression de revivre l'événement, les flashes et l'angoisse attachée à ces répétitions. L'échelle « C » qui comprend 5 items qui concernent les troubles du sommeil. L'échelle « D » qui comprend 5 items traitant de l'anxiété et l'état d'insécurité et les évitements phobiques. L'échelle « E » qui comprend 6 items a savoir l'irritabilité, la perte de contrôle, l'hypervigilance et l'hypersensibilité. L'échelle « F » qui comprend 5 items qui traitent des réactions psychosomatiques, physiques et les troubles addictifs. L'échelle « G » qui comprend 3 items a savoir les troubles cognitifs (mémoire, concentration, attention). L'échelle H qui comprend 8items concernant les troubles dépressifs à savoir le désintérêt général, la perte d'énergie et d'enthousiasme, la tristesse la lassitude et les envies suicidaires. L'échelle I comprend 7items qui concernent le vécu traumatique à savoir la culpabilité , la honte , l'atteinte de l'estime de soi , sentiment violent, colère et l'impression d'avoir fondamentalement changé et l'échelle J qui comprend 11 items concernant la qualité de vie (Damiani & Pereira , 2009 , p. 13).

La partie 2 traite du délai d'apparition et de la durée des troubles décrits, elle représente une échelle facultative. Ainsi cette partie permet de rendre compte des manifestations qui peuvent avoir disparu au moment de l'administration du questionnaire. Elle se compose de 13 items qui répondent aux grands groupes de symptômes évalués dans la première partie du questionnaire (Damiani & Pereira, 2009).

La consigne générale est la suivante « *Vous devez répondre à toutes les questions. Vous pouvez revenir en arrière passer une question si vous avez du mal à y répondre sur le moment mais il faudra y revenir par la suite* » (Damiani & Pereira, 2009, p. 15).

La passation l'administration du questionnaire se fait en hétéro-passation et le temps d'administration varie d'une personne à l'autre. Il est possible d'avoir recours à l'auto passation dans des conditions rigoureuses ce qui permet d'envisager une passation collective. Néanmoins avant d'utiliser ce mode d'administration, il faut s'assurer que les personnes concernées comprennent les consignes données et les questions posées. Il faut également que leur état émotionnel soit suffisamment stable pour que le recueil des réponses soit valide. Il est essentiel, qu'un professionnel soit présent (Damiani & Pereira, 2009).

La cotation s'effectue pour la partie 1 du questionnaire (exceptée pour l'échelle J), le sujet choisit parmi quatre modalités de réponses correspondant à l'intensité ou la fréquence de la manifestation : nulle échelon 0, Faible échelon 1, Forte échelon 2 très forte échelon 3. L'échelle J comporte neuf items pour lesquels le sujet doit répondre par oui ou par non, la nature du comportement mesuré ne permettant pas une évaluation nuancée. Certains items sont inversés : il convient pour la cotation d'utiliser la grille présentée dans le tableau qui va suivre pour lesquelles la réponse oui va dans le sens du syndrome post traumatique et ceux pour lesquels c'est la réponse non qui va dans ce sens. Les notes brutes par échelle se présentent comme suit : pour les échelles A à I, la note par échelle s'obtient en additionnant les réponses du sujet à chaque item (0, 1, 2 ou 3 points). Les notes varient de 0 à 24 pour les échelles A et H, de 0 à 12 pour l'échelle B, de 0 à 15 pour les échelles C, D et F de 0 à 18 pour l'échelle E et de 0 à 9 pour l'échelle G. Pour l'échelle J, il convient d'utiliser le tableau ci dessous et de compter 1 point par case grisée cochée et 0 point pour une case blanche (Damiani & Pereira, 2009, p. 16).

Tableau n° 06 : Grille de cotation des items à l'échelle J

Réponse	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11
OUI											
NON											

Source : (Damiani & Pereira, 2009, p. 16)

La note brute totale s'obtient en additionnant les notes aux différentes échelles. L'étendue théorique des notes brutes va de 0 à 164. Le calcul d'une note totale est rendue possible par l'homogénéité élevée du questionnaire. Aussi concernant la deuxième partie, les informations recueillis sont de nature qualitative et destinées à compléter le bilan clinique. Les échelles utilisées sont des échelles en neuf points qui permettent d'apprécier le délai et la durée des troubles depuis l'événement. L'étalonnage normalisé s'effectue en cinq classe. En effet afin de faire apparaître les différents niveaux de gravité du syndrome post- traumatique et compte tenu des distributions des notes brutes aux différentes échelles et pour la note totale , un étalonnage normalisé en cinq classes a été construit pour les notes brutes par échelles et pour la note totale de la partie 2. Le choix du nombre de classes correspond au niveau de lisibilité idéal pour l'utilisateur du questionnaire (Damiani & Pereira, 2009).

Le tableau qui suit permet de rendre compte de la conversion des notes brutes en notes étalonnées par échelle.

Tableau n° 07 : Conversion des notes brutes en notes étalonnées, par échelle

Echelles	1	2	3	4	5
Echelle A	0-6	7-12	13-18	19-23	24
Echelle B	0	1-4	5-7	8-9	10 et +
Echelle C	0	1-3	4-9	10-13	14 et +
Echelle D	0	1-4	5-9	10-14	14 et +
Echelle E	0-1	2-4	5-9	10-14	15 et +
Echelle F	0	1-3	4-6	7-9	10 et +
Echelle G	0	1-2	3-5	6-7	8 et +
Echelle H	0	1-3	4-11	12-17	18 et +
Echelle I	0-1	2-5	6-9	10-16	17 et +
Echelle J	0	1	2-5	6-7	8 et +
Total	0-23	24-54	55-89	90-114	115 et +

Source : (Damiani & Pereira, 2009, p. 22)

Aussi dans le tableau qui va suivre nous allons exposer **l'interprétation** des différents scores obtenus à travers les dix échelles réunies :

Tableau n° 08 : Interprétation des scores obtenus au questionnaire

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

Source : (Damiani & Pereira, p. 22)

La validité de ce questionnaire a été étudiée à partir de deux critères concourant la note de l'impact Event scale Revises (Weiss et Marmar) et une évaluation clinique. Les données ont été établies à partir d'un sous échantillon de 125 sujets constitué de 42 hommes et 83 femmes âgées de 18 à 85ans (âge moyen de 40,7 ans). Le diagnostic établi à partir du TRAUMAQ a également été confronté à une évaluation clinique réalisée par les psychologues en contact avec les sujets. Afin d'obtenir une évaluation quantitative standardisée, chaque psychologue chargé du suivi des victimes a été sollicité pour évaluer l'intensité du traumatisme psychique à partir des entretiens réalisés et des différentes procédures de prise en charge mises en place. À cet effet les échelles citées précédemment dont les échelons vont de 0 à 4 Les deux indices de validité externe se sont avérés être satisfaisant et indiquent une cohérence entre l'évaluation réalisée avec le TRAUMAQ et les autres mesures (corrélation significative au seuil de 05) (Damiani & Pereira, 2009).

Toutefois, le questionnaire TRAUMAQ issu de DSM IV, à l'apparition du DSM5 n'a pas vu des modifications.

À cet effet, les méthodes psychométriques offrent un éclairage complémentaire, il s'agit de confirmer des éléments pressentis ou bien encore, de découvrir véritablement un aspect du fonctionnement psychologique que l'entretien n'avait pu mettre en évidence. L'approche psychométrique peut contribuer à modéliser des phénomènes complexes et apporter une certaine rationalité dans la compréhension de l'insondable.

Par ailleurs, les outils psychométriques peuvent permettre d'obtenir des informations qui ne peuvent être observées ou faire l'objet de questions directes lors des entretiens semi-directifs.

Pour les données quantitatives c'est-à-dire celles qui ont été réunies à partir de l'outil psychométrique, nous avons procédé à une interprétation quantitative des données et les résultats ont été présentés sous forme de tableaux avec une lecture clinique selon l'approche retenue.

Enfin, le questionnaire « TRAUMAQ » nous permet de compléter la collecte de données sur traumatisme psychique à long terme, à travers ses différents items qui relève les symptômes pathognomoniques comme des reviviscences intrusives et l'altération de la personnalité. Ainsi que des symptômes non spécifiques. Etant donné le questionnaire contient un ensemble d'items descriptifs en relation à la symptomatologie et au phénomène étudié. Le problème nosologique de ce test ne se pose pas dans le contexte algérien car, les symptômes du phénomène étudié peuvent être observés dans toutes les cultures. À notre connaissance on ne voit pas l'inconvénient à son utilisation auprès de la société étudier (Algérienne)

Au suivant, nous allons exposer le déroulement de notre recherche.

6. Déroulement de la recherche

Pour avoir un bon déroulement de notre recherche, nous avons d'abord effectué une pré-enquête qui est une phase cruciale dans la recherche scientifique, car elle nous permet d'explorer le terrain ainsi que l'entraînement sur les outils de recherche, elle nous permet aussi d'entamer notre enquête dans de bonnes conditions. Dans ce qui suit, nous allons présenter les deux phases principales dans une recherche ; la pré-enquête et l'enquête.

6.1. La pré-enquête

La pré-enquête est une première étape pour entamer une recherche scientifique, cette étape nous permet de s'assurer sur la faisabilité de la recherche, la disponibilité de la population de recherche, ainsi que la possibilité d'obtenir le consentement auprès des sujets, ainsi d'améliorer le guide d'entretien et de tester les outils de recherches. Dans l'objectif principal sont la construction de la problématique et l'élaboration de l'hypothèse.

À cet effet, nous allons présenter quelques définitions de la pré-enquête, ensuite nous décrirons comment nous avons effectué cette étape.

« La pré-enquête Il s'agit d'une prise de contact avec le terrain, destinée à évaluer les difficultés de la recherche. Réalisation des premières observations et entretiens spontanés.

Analyse et réflexion sur ces contacts et les diverses situations rencontrées » (Mucchielli, 2009, p. 266).

Dans cette recherche, nous avons réalisé notre pré-enquête au mois de février au niveau de la wilaya de Bejaia, en parallèle avec la revue de la littérature. Cette dernière nous a permis d'avoir des assises théoriques pour cerner notre thème de recherche et formuler notre problématique.

En premier lieu, nous avons sollicité quelques psychologues au niveau de la wilaya de Bejaia sur l'impact ou les répercussions psychologique du terrorisme sur les gardes communaux. Ils nous ont affirmé qu'ils n'ont jamais reçu aucun élément de cette population. Ensuite, nous avons effectué une tournée aux différentes communes et daïras dans la wilaya de Bejaia, afin de s'assurer sur la disponibilité des gardes-communaux qui ont confronté le terrorisme et qui ont été victime ou témoin d'un ou plusieurs événements traumatiques lors de la violence terroriste.

En second lieu, comme nous sommes des retraités de la garde communale nous connaissons quelques collègues qui ont subi la violence terroriste au cours de leurs fonctions, ainsi nous avons eu recours à demander les numéros de téléphone des gardes communaux qui ont subi des violences terroristes ou des blessés balistiques auprès des collègues.

En suite, nous nous sommes renseignés auprès de la délégation de la garde communale de la wilaya de Bejaia sur le nombre des victimes terroristes, ils ont recensé que les décès et les blessés physiques.

Après avoir eu des renseignements sur la disponibilité de la population de recherche, nous avons entamé notre pré-enquête avec un garde communal qui était exposé directement à la violence terroriste. Nous allons présenter les caractéristiques du sujet de la pré-enquête dans le tableau suivant :

Tableau n° 09 : Caractéristiques du groupe de la pré-enquête.

Informations Prénom	Âge	Niveau d'instruction	Situation matrimoniale	Situation professionnelle	Période d'activité	Date d'exposition à l'événement
Abdellah	55	4 ^{ème} année Primaire	Marié	Retraité	1994-2012	2008

(Source : nous-mêmes).

Ce tableau ci-dessus représente notre groupe de la pré-enquête. On constate qu'il se compose d'un homme âgé de 55 ans marié, ayant un niveau d'instruction de 4^{ème} année primaire, il est retraité, a exercé 18 ans de service au sein de la garde communale. La date de son exposition à l'événement c'était en 2008.

Dans ce sens, nous avons effectué notre pré-enquête avec un sujet qui est un agent de la garde communale ayant été exposé directement à l'événement traumatisant (attentat terroriste) dans une embuscade pendant la décennie noire en Algérie. Cette rencontre s'est déroulée à son domicile, précisément dans une chambre éclairée, calme et la porte fermée.

Ensuite, nous nous sommes présentés comme étudiants en Master 2 psychologie clinique, nous lui avons exposé l'objectif de notre recherche, aussi nous avons demandé son consentement libre et éclairé qui rentre dans le respect de règles inhérentes à l'éthique et à la déontologie.

Enfin, nous avons obtenu le consentement éclairé clairement formulé oralement de la part du sujet de recherche. Nous avons envisagé un consentement écrit duquel nous nous sommes munis, mais nous avons remarqué une certaine réticence du sujet quand il s'agissait de signer, nous avons donc, par crainte de perdre notre sujet de recherche ou d'installer un climat de méfiance, on a décidé de se contenter à un consentement oral.

Le déroulement de la pré-enquête avec notre sujet de recherche a été dans de bonnes conditions. Nous avons observé au début de notre entretien que le sujet avait une certaine méfiance (Josse, 2019), mais au fil du temps le sujet développe une confiance et une motivation, il raconta son expérience avec confiance, nous avons pu noter tous les comportements observés que ce soit les mimiques, expressions du visage et des sanglots. Cette pré-enquête a été dotée par un guide d'entretien que nous avons construit à travers nos lectures, et à l'aide de notre encadrante que nous avons sollicitée afin de rectifier et d'ajuster ce guide d'entretien semi-directif. Ensuite nous avons présenté le questionnaire qui mesure le traumatisme psychique à savoir le TRAUMAQ que nous avons jugé adéquat pour notre thématique, en vue de le tester avant notre enquête.

Concernant le déroulement de l'entretien nous avons respecté les mesures sanitaires liées à la covid-19, le port du masque et le respect des mesures de distanciation sociale. Avec l'accord du sujet, nous avons eu recours à un enregistreur audio qui nous a été utile dans la rédaction de notre entretien.

Avant de passer à l'entretien, nous avons explicitement énoncé une consigne qui est la suivante: « *nous allons vous poser quelques questions sur la violence terroriste que vous avez vécu au sein de la garde communale pendant la décennie noire en Algérie, et pour savoir comment vous vivez cet événement* », cette consigne que nous avons annoncée a été traduite de manière spontanée en langue kabyle.

Aussi, nous avons procédé au cours de l'entretien à une observation de notre sujet, on a alors noté toutes les informations verbales et non verbales découlant de l'entretien.

Au moment de l'entretien avec notre sujet, Abdellah, nous raconte son histoire avec une tristesse concernant l'attentat terroriste qu'il a vécu, il nous a dit « *ur nebni ara fell-as surprise kan* » (on, ne s'attendait pas à cet événement à ce moment-là, c'était une surprise) ce qui renvoie à l'événement inopiné imprévu. Il nous a dit aussi, « *ur nwiɣ ara ad d-qley yer ddunit akked warraw-iw* » (Je n'étais pas sûr de revenir à la vie et à mes enfants) ce qui nous amène à connaître que le sujet a rencontré le réel de la mort. (le sujet était exposé directement à l'événement critère A1 cité par le DSM-5 (athéorique) aussi a vécu l'événement dans l'effroi et horreur comme sont cités dans la névrose traumatique (psychanalytique) et syndrome psychotraumatique (phénoménologique), En plus, il nous a dit, « *ur zriɣ ara anida illiy, amek i tedduɣ, amek i d-hedrey, dacu i d-nniɣ* » (Je ne savais pas où j'étais, comment j'ai marché, et comment j'ai parlé et qu'est-ce que j'ai dit), ces énoncés renvoient directement à la manifestation immédiate du traumatisme psychique celle de la sidération et de l'incapacité à réagir d'une manière adéquate., Abdellah, présente les trois volets du traumatisme psychique à long terme tel que ; des reviviscences intrusives qui est un critère pathognomonique au traumatisme psychique à long terme, « *jusqu'à présent tettayal-iyi-d l'image thiswi3in as-thinidh dinna illiy, ur ganney ara tekkareɣ-d ttarguy thadyant-nni uyaleydh wayey* » (jusqu'à présent l'image me revient de temps en temps on dirait que j'étais là-bas, je n'arrive pas à dormir j'ai des réveils nocturnes et j'ai des rêves sur cet événement, ces manifestations sont citées dans la névrose traumatique (psychanalytique) et syndrome psychotraumatique (phénoménologique) par Le souvenir forcé, cauchemar de répétition, ainsi que dans le DSM 5(309-81) et CIM10 (F43.1)(athéorique) par souvenirs envahissants, reviviscences, des rêves, cauchemars et rêves répétitifs. L'altération de la personnalité qui est aussi un critère pathognomonique du traumatisme à long terme, « *d'ailleurs tawacult-iw t-ivitiniyi ttwexxiren fell-i. Tlumuy iman-iw ala khatar ur lliy ara yid-sen akken illiy zik. Ayidihder yiwen awal as-rrey (10) eecra s lefqaeat, tikwal tekkareɣ-d ar umenyi, eelmen belli ur lliy ara deg lebyi-w* » (je suis devenu une autre personne, d'ailleurs ma famille m'évite et s'éloigne de moi. Je me

culpabilise parce que je ne suis pas la personne que j'étais avant. Si un membre de ma famille me dit un mot, je lui réponds par dix mots d'une manière agressive, de temps en temps je passe à l'acte avec violence. Ils savaient que ce n'est pas de mes habitudes). Ces manifestations sont citées aussi dans la névrose traumatique et syndrome psychotraumatique par l'altération du caractère, ainsi dans le DSM 5 et CIM10 par, irritabilité, sentiment de détachement des autres, anhédonie. Ainsi que par le dernier volet celui des symptômes non spécifiques, «*uyaley deg yidh tagadey, dheg zal tnirviy agressif,*» (je suis devenu ; à la nuit j'ai de la peur et pendant la journée je suis très nerveux plein de colère et agressif, (signes d'hyper activation neurovégétative), ces manifestations sont signalées aussi dans la névrose traumatique et syndrome psychotraumatique, troubles des conduites, ainsi que dans le DSM 5 et CIM10 par, peur, crises d'angoisse. Ainsi que, la non-reconnaissance de l'État

Après une pause, nous avons passé au deuxième outil psychométrique à savoir TRAUMAQ. En premier lieu, nous avons prononcé la consigne suivante « *Vous devez répondre à toutes les questions. Vous pouvez revenir en arrière passer une question si vous avez du mal à y répondre sur le moment mais il faudra y revenir par la suite* ». Nous avons demandé aussi à Adbellah de remplir le questionnaire TRAUMAQ traduit spontanément avec la consigne par nous mêmes, car le sujet à un niveau d'instruction un peu moyen.

Dans ce qui suit, nous allons convertir les notes brutes obtenues par Abdelah aux échelles du questionnaire TRAUMAQ en notes étalonnées :

Tableau n°10: Conversion des notes brutes obtenues par le cas de la pré-enquête en notes étalonnées

Echelle	Notes brutes obtenues	Notes étalonnées
A	23	4
B	12	5
C	13	4
D	13	4
E	17	5
F	13	5
G	09	5
H	18	4
I	16	4
J	11	5
Total	145	5

(Source : nous-mêmes).

Nous pouvons déduire qu'à l'échelle A, Abdellah a obtenu la note brute de 23 ce qui équivaut à la note étalonnée de 4, à l'échelle B la note obtenue est celle de 12 ce qui équivaut à la note étalonnée de 5, à l'échelle C, il a obtenu la note de 13 ce qui revient à la note étalonnée de 4, à l'échelle D, la note obtenue est de 13 ce qui équivaut à la note étalonnée de 4, à l'échelle E, la note obtenue est celle de 17 ce qui équivaut à la note étalonnée de 5. La note obtenue à l'échelle F est de 13 ce qui revient à la note étalonnée de 5, à l'échelle G Abdellah a obtenu la note de 09 ce qui revient à la note étalonnée de 5. La note obtenue à l'échelle H est de 18 ce qui équivaut à la note étalonnée de 4, à l'échelle I la note obtenue est de 16, elle équivaut à la note étalonnée de 4. Enfin, Abdellah à l'échelle J a obtenu la note 11, qui renvoie à la note étalonnée de 5.

Tableau n°11: Résultats du TRAUMAQ du cas de la pré-enquête.

Prénom	Score brut obtenu	Note étalonnée	Interprétation des résultats
Abdellah	145	5	Traumatisme très fort

Source : nous-mêmes).

Le tableau ci-dessus présent, les résultats d'Abdellah obtenus au questionnaire TRAUMAQ, d'après ses résultats, on constate qu'il présente un traumatisme très fort, avec un score total de 145, soit une note étalonnée de 5. En référence à ces données et au manuel, Abdellah présente un profil (A) à savoir un syndrome psychotraumatique intense.

En se référant aux informations recueillies de l'entretien de recherche semi-directif, et aux données relatives des échelles du TRAUMAQ, qui nous ont bien permis d'explorer le traumatisme psychique à long terme chez Abdellah, on vient de conclure qu'il présente un traumatisme psychique à long terme à travers ses verbatims de l'entretien de recherche qui correspondent aux trois volets du tableau clinique à savoir les reviviscences intrusives/anxiogènes (pathognomoniques), altération de la personnalité (pathognomoniques) et symptômes non spécifiques. Ainsi qu'aux résultats obtenus illustré dans le tableau, nous pouvons conclure qu'Abdellah présente un traumatisme psychique de très forte intensité suite à son exposition à violence terroriste en Algérie. Ce traumatisme persiste à long terme, à l'origine était d'un événement du passé daté de 2008.

Dans ce cadre, on voit que les résultats obtenus dans l'entretien et dans notre outil utilisé sont en convergence et de complémentarité, c'est-à-dire il y a un lien (concordance) entre le verbatim et les résultats d'outil destiné à mesurer le trauma, ainsi l'un complète l'autre afin d'explorer la présence du traumatisme psychique à long terme chez nos sujets.

En plus, nous avons observé chez notre sujet des manifestations non verbales telles que les tremblements des membres du corps, les plus fréquents sont des tremblements des mains, pieds et la mâchoire. Aussi il éclate en sanglots après un moment de silence. (Le rappel de l'événement se met la personne aussitôt en alerte) (Josse 2019).

En somme, cette pré-enquête nous a permis, après une interprétation de nature qualitative des données obtenues, nous nous sommes rendus compte que notre recherche est faisable et les outils permettent la vérification de notre hypothèse.

Dans ce qui suit, nous allons exposer le déroulement de notre enquête.

6.2. L'enquête

Avant de commencer, nous allons mettre quelques définitions de l'enquête, puis nous passons à la présentation du déroulement de notre enquête.

L'enquête peut être définie comme étant « *une quête d'informations réalisée par interrogation systématique de sujets d'une population déterminée favorisant l'utilisation du questionnaire, du sondage et de l'entretien (interview)* » (N'da, 2015, p.120). Également comme « *l'ensemble des opérations par lesquelles les hypothèses vont être soumises à l'épreuve des faits, et qui doit permettre de répondre à l'objectif qu'on s'est fixé* » (Blanchet & Gotman, 2014, p. 35).

Donc, on peut dire que l'enquête sert au recueil des données sur un sujet ou un groupe de sujets, en utilisant les techniques de collecte des données avec des questions soigneusement formulées et qu'elles soient précises et choisies au préalable par le chercheur afin de répondre à l'objectif de la recherche.

Dans cette recherche, notre enquête de terrain s'est déroulée aux différentes communes de la wilaya de Bejaia, d'une période qui a duré trois mois et demi, du 06 février 2022 au 30 avril 2022. Certains cas que nous avons sollicités au cours de cette enquête, ont été communiqués par d'autres collègues, en premier lieu, nous les avons contactés par téléphone

afin d'obtenir leur accord. Certains ex-gardes-communaux furent d'accord pour partager leur expérience, ils ont été très coopératifs, la majorité faisait de son mieux pour nous apporter les informations désirées. Au début ils étaient hésitants pour y participer, mais au fil de temps ils ont fait preuve d'empathie et d'implication. Parmi, ces gardes-communaux certains voulaient avoir leurs résultats. Toutefois, certains n'ont pas donné suite. Le fait était de laisser libre choix à la personne sans l'influencer d'aucune manière ou d'une autre façon vu la délicatesse que représente le sujet de recherche.

Un nombre important de ces ex-gardes communaux ont préféré de garder le silence, sans étaler leurs expériences à que ce soit. Par contre, d'autres ont eu le courage de partager leurs expériences douloureuses. De même, la plupart de ces gardes-communaux ont déclaré « *si vous n'étiez pas notre collègue de profession on ne parle pas* ».

En outre, les lieux de rencontre (lieu de recherche) s'adaptaient en fonction de la demande du sujet de recherche. Certaines investigations ont lieu au domicile de l'enquêté, et d'autres sur leur lieu de travail actuel, d'autres à la bibliothèque municipale.

Précisément, nous avons cheminé le même parcours que la pré-enquête, car avant de démarrer notre enquête, on s'est présenté comme des étudiants en master 2 psychologie clinique, l'objectif de la recherche est purement scientifique et de revenir sur le vécu du métier à une période sensible de l'histoire. Ensuite, nous avons demandé le consentement libre et éclairé auprès des sujets pour participer à notre recherche. On a assuré les sujets sur l'anonymat, respect et la confidentialité de tous renseignements ainsi que ces données servaient uniquement pour la recherche scientifique.

En effet, pour avoir des données fiables nous avons bien demandé le consentement « *Un consentement éclairé implique que le participant doit être informé des buts de la recherche, des risques qu'il encoure (les désagréments possibles)* » (Pedielli & Fantini, 2009, p.387). Ce consentement renvoie aussi aux règles déontologiques dans la recherche scientifique particulièrement en psychologie clinique.

Dans ce sens, nous avons respecté toutes les décisions prises par notre population de recherche, soit de participer ou de s'abstenir c'est-à-dire éviter de participer. Aussi, les entretiens ont été réalisés en face à face, afin de réaliser des entretiens individuels semi-dirigés et la passation des tests. Le déroulement de la recherche (pré-enquête et enquête) s'est fait en présentiel mais en respectant les mesures sanitaires dues à la pandémie Covid-19. Nous

avons aussi demandé l'enregistrement auprès d'eux, ainsi que nous sommes dotés d'un bloc notes si l'un des sujets refuse l'enregistrement ou bien pour noter les choses observées.

Les entretiens semi-directifs étaient individuels car explorer le vécu du sujet reste un sujet personnel et intime, cette individualité a permis à la population d'étude de s'exprimer librement avec profondeur et sincérité sur le thème traité dans notre recherche.

En premier lieu, nous avons commencé notre enquête par la passation de guide d'entretien semi-directif, que nous avons élaboré puis rectifié par notre promotrice. Nous avons prononcé la consigne. La durée de l'entretien est variée d'un sujet à un autre, avec une moyenne d'une vingtaine de minutes.

En outre, nous avons eu le recours à la traduction des outils en langue kabyle dans la plupart du temps. Car, la majorité de nos sujets ont un niveau d'instruction très moyen. Donc, les entretiens se sont déroulés principalement en deux langues (Française et Kabyle). Le verbatim issu des entretiens a été retranscrit, mot à mot à partir des enregistrements ou noté tous sur le bloc note (prise de notes). Nous avons tenté de repérer les indices permettant une réponse à nos questionnements.

En deuxième lieu, nous avons procédé à la passation de l'outil psychométrique, questionnaire « TRAUMAQ » que nous avons choisi avec l'aide de notre encadrante, afin d'explorer le vécu traumatique de nos sujets de recherche. La passation du questionnaire s'est déroulée, comme conseillé dans le manuel en hétéro-passation, nous avons, réalisé une lecture à haute voix de chaque item afin de garantir une bonne compréhension pour chaque sujet, on a aussi lu la consigne aux sujets et nous sommes restés à proximité afin de nous assurer que tous les items étaient remplis, compris et que le sujet ne trouvait pas de difficulté à y répondre. Pour certains sujets, nous avons assuré des relances par des paraphrases et des reformulations.

Nous avons procédé pour analyser les résultats de l'outil psychométrique comme suit: Réaliser une interprétation globale des scores obtenus: évaluation du niveau global, évaluation des niveaux partiels, analyse clinique des données, analyse des items, décrire précisément et avec honnêteté les scores obtenus.

À la fin de chaque passation de l'entretien semi-directif et le questionnaire « TRAUMAQ », nous avons remercié les sujets pour leur contribution à notre enquête et pour le temps qui nous ont accordé afin de répondre à nos questions de recherche.

Par ailleurs, nous sommes tout à fait conscients que cette enquête et ces entretiens peuvent réveiller des choses douloureuses chez nos sujets. Ils peuvent provoquer également une souffrance et une détresse psychologique chez les enquêtés, car nous traitons un événement assez difficile dans la vie de ces personnes. C'est alors que nous avons adopté une posture de recherche très attentive aux réactions des sujets lors des deux investigations menées (entretien et questionnaire) et nous avons veillé à ce que les sujets ne se retrouvent pas dans une position de fragilité pouvant leur nuire et les mettre en danger émotionnellement parlant. Nous leur avons assuré l'anonymat et la confidentialité et nous leur avons également dit qu'ils pouvaient arrêter à tout moment l'entretien ou prendre une pause si cela devenait pour eux difficile. Nous avons également demandé auprès d'eux pour savoir comment ils allaient après quelques jours de l'investigation.

Nous avons donc tout fait pour pouvoir étudier le traumatisme sans le raviver, un véritable défi scientifique et éthique.

Après l'illustration du déroulement de la pré-enquête et de l'enquête, nous discuterons l'attitude adoptée par le chercheur.

7. Attitude du chercheur

Dans le cadre d'une collecte de données qualitatives, demeurent deux attitudes essentielles l'écoute et l'empathie. Paille définit la première comme étant « *l'écoute initiale complète et totale des témoignages pour ce qu'ils ont à nous apprendre, avant que nous soyons tentés de les faire parler. Cela consiste à donner la parole, d'accorder de la valeur à l'expérience de l'autre. Les propos des personnes ne sont pas la réalité du chercheur. C'est pour cette raison qu'il doit donner la parole aux autres puisque c'est eux qui connaissent leur réalité* ». Il décrit ensuite l'empathie de cette manière: Eviter un jugement hâtif ou interprétation puisqu'on ne veut pas parler de soi, mais bien des personnes que l'on a questionnées. Toute notre attention est portée vers les *verbatim* d'autrui (Corbière & Larivière, 2014, p. 33).

Aussi, il s'agit d'un entretien clinique produit à l'initiative du clinicien chercheur, car ici, le chercheur dispose d'un guide d'entretien qui correspond à ses hypothèses et il intervient dans une institution au titre de chercheur. La demande émane donc du chercheur et non pas du patient (Chahraoui & Benony, 2003, p. 62).

L'attitude du chercheur consiste à se doter d'une attitude non directive, du respect, la neutralité bienveillante et de montrer une empathie envers les sujets.

En effet, dans le cadre de notre recherche, nous avons respecté toutes ces attitudes, on a commencé par l'attitude non directivité c'est-à-dire à partir du moment où la question est donnée, on a laissé le sujet s'exprimer librement sans l'interrompre ni l'influencer, ni suggérer aucune réponse, on a montré au sujet qu'il est bien écouté, nous sommes intervenus justes pour des relances et des reformulations afin d'aider le sujet à s'exprimer sa façon de voir, ses émotions, ses sentiments sans porter aucun jugement ni avis.

Concernant le respect de sujet, d'abord on a demandé le consentement libre et éclairé auprès des sujets, ce qui renvoie au code de l'éthique et à la déontologie de la recherche. Ensuite, nous avons respecté le sujet tel qu'il est, veut-dire toutes ses dimensions physiques, psychologiques et socio-culturelles ; comme ses croyances, sa religion ...etc.

Ainsi, nous avons manifesté une neutralité bienveillante, mais pas loin des préoccupations des sujets, avec une écoute bienveillante par des hochements de tête, des mots tels que « ok », « oui », « d'accord », « je vous écoute » afin d'instaurer le climat de confiance, promouvoir la richesse des données discursives, indispensables quand il s'agit de victimes de traumatisme.

Enfin, Nous avons montré notre empathie et notre compréhension, nous avons aussi assuré les sujets sur l'anonymat et la confidentialité.

Maintenant, quant à nous-mêmes en tant que chercheur, nous avons essayé également d'être le plus attentif que possible au contre-transfert (dans le cadre de la recherche). Etant soi-même un ancien garde communal et ayant servi durant cette période de violence terroriste, cela n'a pas été très facile également pour nous. Toutefois, notre formation dans le domaine de la psychologie clinique, notre connaissance du psychotrauma, ainsi que le soutien de notre entourage et de notre promotrice a permis de nous confronter plus aisément aux témoignages de nos sujets et à leurs récits.

Cependant, même si nous sommes nous-mêmes entant que chercheur d'anciens gardes-communiaux et qu'il existe donc un lien entre le chercheur et sa recherche, nous n'avons pas d'intérêts personnels, professionnels ou financiers qui nous animent, sauf un intérêt scientifique.

Dans ce qui suit, nous allons présenter les difficultés de la recherche.

8. Difficultés de la recherche

Dans toute recherche scientifique, le chercheur peut avoir certaines difficultés à mener à bien ses travaux de recherche. Ces difficultés peuvent entraver la recherche sur le bon déroulement ainsi que les conditions de travail. Toutefois, ces contraintes ne créent pas d'obstacles infranchissables qui risqueraient de bloquer la recherche, mais elles conduisent le chercheur à trouver des solutions adéquates pour les surmonter.

En effet, «*Chaque recherche est une expérience singulière. Chacune est un processus de découverte qui se déroule dans un contexte particulier au cours duquel le chercheur est confronté à des contraintes, doit s'adapter avec souplesse à des situations imprévues au départ, est amené à faire des choix qui pèseront sur la suite de son travail.*» (Campenhoudt et al, 2017, p. 27).

Dans notre recherche, nous avons rencontré la difficulté d'accéder à la population de recherche, nous pouvons aussi signaler que quelques sujets ont annulé leur participation, autrement dit, dans les premiers contacts les sujets nous donnent leurs accords pour participer à la recherche, mais dès que l'arrivée de l'entretien, ils changent d'avis. Ainsi que des retraits à la dernière minute de notre recherche.

En fait, dans notre recherche, nous avons enquêté sur six cas, et nous avons mentionné que cinq, car on a annulé un sujet suite à sa demande après sa participation a la recherche. Ce cas présente des manifestations du traumatisme psychique à long terme d'après ses verbatims, en plus, il présente des sensations fantômes dû à l'amputation de sa jambe gauche. Les résultats obtenus par ce cas au questionnaire TRAUMAQ sont comme suite ; score total brut de 142 soit une note étalonnée de 5 ce qui renvoie au traumatisme de très forte intensité, suite à une confrontation directe (corps à corps) avec un terroriste.

Synthèse

La méthodologie représente un élément-clé dans la réussite de toute recherche scientifique, car elle constitue un cheminement intellectuel organisé, par le respect de certaines règles et étapes du processus de la recherche.

Nous avons assuré la faisabilité de notre recherche sur « *traumatisme psychique à long terme chez les gardes-communaux victimes de la violence terroriste en Algérie* », à l'aide de la pré-enquête, ainsi que à l'utilisation des deux outils de recherche, guide d'entretien semi-directif et le questionnaire « TRAUMAQ », qui nous a permis de recueillir les informations nécessaires afin de confirmer ou d'infirmer notre hypothèse de recherche.

Dans le chapitre suivant, nous allons présenter les cas de la recherche et nous allons aussi procéder à la discussion de l'hypothèse.

Chapitre IV :
Présentation, analyse des données et
discussion de l'hypothèse

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

Préambule

Dans ce dernier chapitre, nous allons présenter la partie pratique de notre recherche, dans laquelle nous procéderons à la présentation et l'analyse des données obtenues par nos sujets. Celles-ci ont été réalisées en utilisant une approche intégrative, fondée sur la méthode clinique et l'étude de cas comme éléments d'une démarche qualitative, ainsi qu'aux deux outils utilisés à savoir l'entretien clinique semi directif ainsi qu'un questionnaire TRAUMAQ, ces deux outils vont nous permettre de confirmer ou d'infirmer notre hypothèse, que nous avons formulée dans la problématique.

Premièrement, nous commençons par la présentation et l'analyse détaillée des données de nos cinq cas, que nous avons collectées au cours de l'entretien semi-directif. Pour ce faire, nous présenterons et analyserons les résultats du guide d'entretien, tout en gardant les intitulés des axes et en mettant à l'intérieur le récit du sujet et son interprétation basée sur l'approche intégrative-holistique de S. Ionescu (2019) « *15 approches de la psychopathologie* », en combinant plusieurs approches dans l'interprétation des données. Il convient aussi de signaler, que la plupart de nos cas se sont exprimés dans leur langue maternelle « *kabyle* », nous allons donc, présenter d'abord leurs discours en leur langue maternelle l'en mit entre guillemets, puis nous allons apporter une traduction en langue française de leurs discours mis entre parenthèses. Ensuite, nous passerons à la présentation et l'interprétation des résultats du TRAUMAQ.

Deuxièmement, nous allons discuter les résultats obtenus par rapport à notre hypothèse soit en les confirmant ou en les infirmant, ensuite nous irons vers la comparaison des résultats entre nos cas. Enfin, nous comparons nos résultats avec celle de différentes études antérieures qui sont faites dans ce sens, et on conclut ce dernier chapitre par une synthèse.

I. Présentation et analyse des résultats

Cette première partie de ce chapitre est réservée à la présentation et l'analyse des données de nos cinq cas d'une manière détaillée. Ces cas seront présentés suivant l'ordre chronologique de leur l'entretien. Nous commençons par Hocine, puis Boualem, Rabah, Farouk, enfin Kaci.

Cas n° 01 : Hocine

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

Hocine est un homme âgé de 52 ans marié, il a trois (03) enfants, deux garçons et une fille, son niveau d'instruction est de 7^{ème} années. Il est le dernier d'une fratrie de trois frères, maintenant il est à la retraite depuis 10 ans. Concernant ses antécédents médicaux, Hocine nous a dit qu'il n'a aucune maladie physique ou psychiatrique.

L'entretien s'est déroulé à la bibliothèque communale précisément dans une salle bien éclairée, la porte fermée, dotée de deux chaises et une table, dans la matinée du 13 février 2022 d'une durée de 1 heure et 20 minutes. Hocine, au départ se présentait calme, mais il était méfiant (Josse, 2019), il ne cessa de nous poser la question suivante « *Est-ce que ça ne me cause pas de problème, si je parle ?* », on a rassuré encore une autre fois Hocine, que ce n'est qu'un entretien pour la recherche universitaire, et de garder l'anonymat et le secret, et tous ce qui est relatif à la déontologie et l'éthique de la recherche. Toutefois, en psychotraumatologie la méfiance est une caractéristique souvent rencontrée chez les victimes. Nous avons observé chez Hocine tout au long de l'entretien une inquiétude et des tremblements de ses membres, il balançait sa jambe de l'avant en arrière surtout quand on a commencé à lui poser des questions sur l'événement. (Le rappel de l'événement se met la personne aussitôt en alerte) (Josse 2019). Hocine, est accompagné de son fils, ce dernier voulait assister à l'entretien, mais on n'a pas accepté, on lui a expliqué que l'entretien concerne juste l'intéressé (se fait entre le chercheur et le sujet).

Hocine nous a dit, « *ur ttefyey ara wahdi axxam-iw ttagaden fell-i anda ruhey teddun yidi warraw-iw, atan ass-a yeddad-d yidi mmi ameqqran* » (je ne sors pas tout seul, ma famille s'inquiète toujours pour moi, je suis toujours accompagné par l'un de mes fils, voilà maintenant je suis accompagné de mon fils aîné). Enfin, on lui a demandé de nous attendre dans le hall de la bibliothèque. Nous avons demandé un enregistrement à Hocine, ce dernier a refusé, ce qui nous a conduit à écrire tout verbatim et les observations sur notre bloc-notes. Nous avons aussi assuré Hocine qu'il peut s'arrêter à n'importe quel moment s'il ressent un mal aise. Au fil de l'entretien Hocine, a répondu à toutes nos questions d'une façon positive.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

Axe I : Informations sur le métier de la garde communale

Hocine, a choisi le métier de la garde communale pour deux raisons, la première est de protéger son village qui se trouve à la frontière d'une grande forêt ainsi sa famille, seconde raison est de travailler. Hocine, nous raconte une histoire, dans laquelle, il nous a dit, à cette époque-là nous avons eu un enlèvement d'un citoyen par les terroristes dans notre village, ils lui ont coupé la tête, c'est à ce moment-là qu'on a signé le P-V d'installation d'engagement dans le corps de la garde communale.

Hocine, nous a dit aussi, j'étais parmi les premiers qui sont engagés dans ce corps, c'était en fin 1994, à ce moment-là je n'avais que 24 ans. Normalement nous sommes la première équipe au niveau de la wilaya de Bejaia, nous avons fait le stage accéléré à Bordj-Bou Arreridj. Mon grade était agent, j'ai exercé 18 ans dans ce corps, maintenant je suis à la retraite depuis 10 ans.

Axe n° II : Informations avant l'événement :

Hocine, nous raconte, « *yueer lhal yesteb mlih, deg lwaqt-nni litirorist, lxuf, lhasun ussan berrikit* » (c'est dure, même difficile à ces moments-là ; le terrorisme, la peur, de toute façon c'est des moments noirs). Concernant les relations entre ses collègues et ses supérieurs, Hocine nous a dit, elles étaient bien entre mes collègues même avec mes supérieurs, car j'étais sociable avec tout le monde. Dans cette période je ne souffrais d'aucune maladie.

Axe n° III : Informations pendant l'événement :

Au moment que nous avons posé la question sur l'événement, on a observé chez Hocine, une grande tristesse reflétée par son visage, ses yeux brillaient par les larmes, comme il était assis les jambes croisées, sa jambe droite balançait d'une façon très forte de l'avant en arrière. Hocine nous raconte son histoire avec une sensation amère, il nous a dit, « *ljar-iw d nekki nxeddem lwahid deg yiwen n ditacmon, imi nruh aneqqel yer lxedma apri repo, neddukel apyi nhedder deg ubrid, nelheq yer yiwet n teewint nehbes iwakken ad nessired axatar ihma lhal rnu d remtan nzum aseggas-nni isebhed jwiyi 2011. Imi id nekker ankemmel avrid. Imir kan wwten-ay-d s rrsas, ljar-iw lehqent-id swaswa deg ul-is, yemmut surplass, nekki uzley kra n lmitrat bla ma eelmey, yliy yer daxl unajel tbarrihey daya iyijjan meneay. Ambaed iban-d belli d leylad lumbuskad-nni xedment leesker* » (mon voisin et moi, nous travaillions ensemble, on était dans le même détachement. Quand on est parti pour rejoindre

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

nos postes après une récupération, on discutait tout au long du trajet à pied. Quand on est arrivé à une fontaine après un long trajet, on s'arrêtait pour se laver, parce qu'il faisait chaud et nous avions jeûné, c'était le mois du ramadhan qui correspondait exactement au mois de juillet 2011. Après on s'est levé pour continuer notre chemin. Tout d'un coup des rafales sont tirées sur nous « *confrontation soudaine et brutale avec la mort* », mon voisin a reçu directement une balle dans le cœur, il est décédé sur place. (Le sujet était exposé directement à l'événement critère A1 et A3 cité par le DSM-5 (athéorique) aussi a vécu l'événement dans l'effroi et horreur comme sont cités dans la névrose traumatique (psychanalytique) et syndrome psychotraumatique (phénoménologique). J'ai couru quelques mètres sans me rendre compte, puis je me suis jeté dans une ronce, et je criai grâce à ça que je suis maintenant en vie. Plus tard, il s'est avéré que c'était une embuscade faite par l'armée ANP, c'était une erreur). Hocine nous a dit, « *imir-nni ur zriy ara anda illiy, zriy-d lmut-iw, imir uzriy ara akk dacu ixedmey, uzley kan* » (à ce moment-là je ne savais pas où j'étais), ce qui renvoie à l'état second, mais aussi « *fuite de panique* » indice d'une dissociation péri-traumatique (la personne impliquée fuit sans savoir ni où ni pour quoi). « *J'ai vu la mort* » cet énoncé renvoie directement à la rencontre avec le réel de la mort, « *je ne sais pas ce que j'ai fait* » ici renvoie à la réaction de dissociation, juste j'ai couru, c'est ça. Il dit aussi « *lxuf yessazal amyār, ahh aka ney xati* » la peur fait courir le vieux, c'est ça non. Ici l'impact psychologique est fort, car la personne est directement exposée à l'événement et en plus elle a été témoin d'un proche.

Axe n° IV: Informations après l'événement :

Quand on a lui posé les questions concernant ses réactions, et ses sentiments après avoir vécu cet événement. Hocine, prend un peu de silence il a secoué sa tête, il s'éclate en sanglots « *ooff... netteic deg longwas surtu ama zrey arraw ljar-iw* » (on vit dans l'angoisse, surtout quand je vois les enfants de mon voisin) ici renvoie au sentiment de culpabilité ou indice externe lui rappelant l'événement. Il nous a dit aussi, « *ur zmiry ara adegney selleytujur ssut n rrsas-nni, ttarguy ala yir tirga* » (je n'arrive pas à dormir j'entends toujours le son des balles, que des cauchemars dans mes rêves), ce qui renvoie directement à des reviviscences intrusives (pathognomoniques), « *aqlin sava pa, tteicey am omexlul uyaley mxelley* » (je ne vais pas bien, je vis comme un fou, je suis devenu un malade mental). Ce qui renvoie aussi à l'altération de la personnalité qui est un critère pathognomonique au traumatisme psychique à long terme. Il continue son récit, cette fois-ci, il nous a dit, je me suis soigné en cachette chez les psychologues et psychiatres plus deux ans, parce que nous

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

n'avions pas le droit d'être un malade psychiatrique au sein de notre organisme, sinon on serait exclu (radie) ou d'être à la longue malade avec un salaire minable, j'étais sous traitement psychiatrique « antidépresseur, anxiolytique » pour alléger mon angoisse que j'ai développée après cet événement. Concernant les types de médicaments qu'il consomme, Hocine nous a confié, qu'il ne se rappelle pas de quelle marque, ce sont des gouttes et des comprimés. « *Tout le temps je me sens absent et isolé du monde* » ce qui renvoie au détachement, déréalisation dépersonnalisation et vécu traumatique dissociation. Hocine continue son récit, il nous a dit, « *seg wassen qley settey crab s watas, ma swiy ad iliy sava si non cava pa yettuyal-iyi-d ssut n rrsas-nni* » (depuis ce jour-là je suis devenu un grand consommateur d'alcool, quand je bois ça va, sinon ça ne va pas, toujours le son des balles dans ma tête). La présence de la comorbidité entre addiction et TSPT est un facteur de risque élevé de rechute" (Boumendjel& Benyamina, 2020), ces verbatims nous renvoient vers les symptômes non spécifiques. Hocine boit pour tenir le coup. Tous ces verbatims renvoient au critère du traumatisme psychique à long terme. Qui sont citées par différentes approche, névrose traumatique (approche psychanalytique), syndrome psychotraumatique (Approche phénoménologique), trouble stress post-traumatique DSM 5(309-81)/ Etat de stress post-traumatique CIM10 (F43.1) (Approche athéorique).

Axe n° V : Informations sur la reconnaissance.

Dans ce dernier axe Hocine, nous a déclaré « *nexdem deg lwaqt yueren, maena ddula ur testaeref s wayra, ma nebya andawi ur nezmir ara lexlax-nney drus-it. ulac dayen kra n lemeawna syur ddula* » (on a travaillé pendant les moments difficiles, mais aucune reconnaissance de l'État, même si on veut se soigner on n'arrive pas, car notre salaire est minable. Aussi aucune aide, ni indemnité, ni rien auprès de l'État). Nous les éléments de la garde communale « *nekkni s lagard cuminal nexdem lgirra macci d lxedma, nettef-d licuk nxeddem idh azal i wakken anhader tamurt, nebya lexlax i rebhen akked taewidat i swayee i nexdem, nekkni nexdem lwajeb-nney* » (on a fait la guerre, pas le travail, on a subi des chocs, on a travaillé 24/24 jours comme nuits juste pour sauver notre pays). Enfin, Hocine a dit, on demande que nos droits : un salaire digne, des indemnités sur les heures supplémentaires qu'on a travaillé. Nous avons fait notre devoir.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

Synthèse de l'entretien semi directif de Hocine :

À travers le récit de Hocine, nous constatons que ce dernier présente du traumatisme psychique à long terme, à partir de ses verbatims qui correspondent aux trois volets du tableau clinique ; les reviviscences intrusives/anxiogènes qui est un critère pathognomonique du traumatisme psychique à long terme tel que ; la persistance des images et scènes violentes qu'il a vécues durant son exercice dans le corps la garde communale, (*je n'arrive pas à dormir j'entends toujours le son des balles, que des cauchemars dans mes rêves*), ces manifestations sont citées dans la névrose traumatique et syndrome psychotraumatique par des reviviscences hallucinatoires, ainsi que dans le DSM 5 (309-81) et CIM10 (F43.1) par des rêves, cauchemars et rêves répétitifs. L'altération de la personnalité aussi est un critère pathognomonique du traumatisme à long terme, dans laquelle Hocine a déclaré (*je ne vais pas bien, je vis comme un fou, je suis devenu un malade mental*), ces manifestations sont citées aussi dans la névrose traumatique et syndrome psychotraumatique par altérations du caractère, ainsi que dans le DSM 5 et CIM10 par impression de détachement du monde, sentiment de détachement des autres, anhédonie. Et par le dernier volet celui des symptômes non spécifiques, (*depuis ce jour-là je suis devenu un grand consommateur d'alcool, quand je bois ça va, sinon ça ne va pas, toujours le son des balles dans ma tête*) ces manifestations sont signalées dans la névrose traumatique et syndrome psychotraumatique par troubles des conduites, et dans le DSM 5 et CIM10 par évitement des stimuli évocateurs, troubles du comportement, abus d'alcool. Ainsi que, la non-reconnaissance de l'État.

À la lumière de toutes ces données nous pouvons conclure que Hocine présente un vécu traumatique. Maintenant, nous allons voir les données du questionnaire TRAUMAQ qui va suivre, elles nous permettent d'appuyer sur la présence du traumatisme psychique à long terme.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

2. Présentation et analyse des résultats du TRAUMAQ de Hocine:

Dans ce qui suit, nous allons convertir les notes brutes obtenues par Hocine aux échelles du questionnaire TRAUMAQ en notes étalonnées :

Tableau n° 12 : Conversion des notes brutes obtenues par Hocine en notes étalonnées

Echelle	Notes brutes obtenues	Notes étalonnées
A	24	5
B	12	5
C	13	4
D	13	4
E	16	5
F	12	5
G	09	5
H	14	4
I	16	4
J	08	5
Total	137	5

Le tableau ci-dessus présente, les résultats de Hocine obtenus au questionnaire TRAUMAQ (voir l'annexe N° 04), d'après ses résultats, on constate que Hocine présente un traumatisme de très forte intensité, avec un score total de 137 soit une note étalonnée de 5.

Nous pouvons déduire qu'à l'échelle A, Hocine a obtenu la note brute de 24 ce qui équivaut à la note étalonnée de 5, à l'échelle B la note obtenue est celle de 12 ce qui équivaut à la note étalonnée de 5, à l'échelle C, il a obtenu la note de 13 ce qui revient à la note étalonnée de 4, à l'échelle D, la note obtenue est de 13 ce qui équivaut la note étalonnée de 4, à l'échelle E, la note obtenue et celle de 16 ce qui équivaut la note étalonnée de 5. La note obtenue à l'échelle F est de 12 ce qui revient à la note étalonnée de 5, à l'échelle G Hocine a obtenu la note de 09 ce qui revient à la note étalonnée de 5. La note obtenue à l'échelle H est de 14 ce qui équivaut à la note étalonnée de 4, celle obtenue à l'échelle I est de 16, elle équivaut à la note étalonnée de 4. La note obtenue à l'échelle J est de 08, elle revoit à la note étalonnée de 5.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

Dans ce qui suit, nous allons présenter les résultats obtenus par Hocine dans chaque échelle d'une manière détaillée.

Nous commençons par l'échelle A, qui représente les réactions immédiates physiques et psychiques pendant l'événement, aux items A1 « avez-vous ressenti de la frayeur ? » A2 « Avez-vous ressenti de l'angoisse ? » A3 « Avez-vous eu le sentiment d'être dans un état second ? » A4 « Avez-vous eu des manifestations physiques comme, par exemple, des tremblements, des suées, une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération des battements de cœur » A5 « Avez-vous eu l'impression d'être paralysé(e), incapable de réactions adaptées ? » A6 « Avez-vous eu la conviction que vous alliez et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ? » A7 « Vous êtes vous senti seul(e), abandonné(e) par les autres ? » Et A8 « Vous êtes vous sentis impuissant(e) ? ». Hocine a coché la case 3 dans tous les items, ce qui correspond à une très forte intensité de ses manifestations.

Aussi à l'échelle B, qui représente le symptôme pathognomonique de répétition à savoir les reviviscences, l'impression de revivre l'événement, les flashes et l'angoisse attachée à ces répétitions, aux items B1 « Est-ce que des souvenir ou des images reproduisant l'événement s'imposent à vous durant la journée ou la soirée » B2 « revivez –vous l'événement dans des rêves ou des cauchemars ? » B3 « Est il difficile pour vous de parler de l'événement » et B4 « Ressentez- vous de l'angoisse lorsque vous repensez à l'événement » Hocine a coché aussi la case 3 dans tous les items, ce qui correspond à une fréquence très forte de ses manifestations.

À l'échelle C, qui représente les troubles du sommeil, aux items C2 « Faites vous d'avantage de cauchemars ou de rêves terrifiants (au contenu sans apport direct avec l'événement) » et C4 « Avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout ? », C5 « êtes-vous fatigué au réveil ? » Hocine a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de ses manifestations. Aux items C1 « Depuis l'événement avez-vous plus de difficultés d'endormissement qu'auparavant ? » et C3 « Avez-vous plus réveils nocturnes ? » Hocine a coché la case 2 qui correspond à une forte fréquence de ses manifestations lié aux troubles du sommeil.

Ainsi à l'échelle D qui représente l'anxiété, l'état d'insécurité et les évitements, aux items D1 « Etes-vous devenu anxieux (se), tendu(e) depuis l'événement ? », D2 « Avez-vous des crises d'angoisse ? » et D3 « Craignez vous de vous rendre sur des lieux en rapport avec

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

l'événement ?» Hocine a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de ses manifestations. Concernant les items D4 « Vous sentez vous en états d'insécurité ?» et D5 « Evitez vous des lieux, des situations ou des spectacles (TV, cinéma) qui évoquent l'événement ?» Hocine a coché la case 2 qui correspond à une forte intensité de ses manifestations.

À l'échelle E qui représente l'irritabilité, la perte de contrôle, l'hypervigilance et l'hypersensibilité, aux items E1 « Vous sentez vous plus vigilant (e), plus attentif (ve) aux bruits qu'auparavant, vous font-ils sursauter ? »,E2 « Vous estimez vous plus méfiant qu'auparavant ? » et E3 «Etes-vous plus irritable que vous ne l'étiez avant ? »,E4 «Avez-vous plus de mal a vous maitriser (crise de nerfs, etc.) ou avez-vous d'avantage tendance à fuir une situation insupportable ? » Hocine a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de ses manifestations. Dans les items E5 « Vous sentez vous plus agressif (ve) ou craignez vous de ne plus contrôler votre agressivité depuis l'événement ? » et E6 « Avez-vous eu des comportements agressifs depuis l'événement ? » Hocine a coché la case 2 correspond à une forte fréquence de ses manifestations.

À l'échelle F qui représente les réactions psychosomatiques, physiques et les troubles addictifs. Hocine a coché la case 3 dans les items F1 « Lorsque vous y repensez ou que vous êtes dans des situations qui vous rappellent l'événement avez-vous des réactions physiques telles que par exemple maux de tête, nausées, palpitations, tremblements, sueurs, respiration difficile ? » F3 « Avez-vous constaté une détérioration de votre état physique général ? » et F5 « Avez-vous augmenté la consommation de certaines substances (café, cigarette, alcool, médicaments, nourriture, etc.) ? » qui correspond à une très forte intensité de ses manifestations. Dans l'item F4 « Depuis l'événement avez-vous des problèmes de santé dont la cause a été difficile à identifier ?» Hocine a coché la case 2 qui correspond à une forte intensité de sa manifestation. Enfin a l'item F2 « Avez-vous observé des variations de votre poids ? » ? » Hocine a coché la case 1 qui correspond à une faible intensité de sa manifestation.

À l'échelle G qui représente les troubles cognitifs soit la mémoire, la concentration et l'attention, aux items G1 « Avez-vous plus de difficulté à vous concentrer qu'auparavant ?», G2 « Avez-vous plus de trous de mémoire qu'auparavant ? » et G3 « Avez-vous des difficultés à vous rappeler l'événement ou certains éléments de l'événement ? »Hocine a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de ses manifestations.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

À l'échelle H qui représente les troubles dépressifs, aux items H3 « Avez-vous des impressions de lassitude, de fatigue et d'épuisement ? » et H4 « êtes vous d'humeur triste et /ou avez-vous des crises de larmes ? » Hocine a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de ses manifestations. Aux items H1 « Avez-vous perdu l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'événement ? », H2 « Manquez vous d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement ? », H7 « Depuis l'événement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ? » et H8 « Avez-vous tendance à vous isoler ou à refuser les contacts ? » Hocine a coché la case 2 qui correspond à une forte fréquence de ses manifestations. Enfin, aux items H5 « Avez-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, voire des idées suicidaires ? » et H6 « éprouvez vous des difficultés dans vos relation affectives et/ou sexuelles ? » Hocine a coché la case 0 qui correspond à une nulle intensité de ses manifestations.

À l'échelle I qui représente le vécu traumatique, aux items I2 « Vous sentez vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'événement ? » et I7 « pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ? » Hocine a coché la case 3 qui correspond à une très forte fréquence de ses manifestations. Aux items I1 « Vous arrive-t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour éviter certaines conséquences ? », I3 « vous sentez-vous humilié (e) par ce qui s'est passé ? », I4 « Depuis l'événement vous sentez-vous dévalorisé(e) ? », I5 « Ressentez vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ? » et I6 « Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même, ou de voir les autres ? » Hocine a coché la case 2 qui correspond à une forte intensité de ses manifestations.

À l'échelle J qui représente la qualité de vie Nous pouvons constater que Hocine ne poursuit pas son activité professionnelle à l' « item J1 », et qu'il a l'impression que ses capacités ne sont pas équivalentes à avant à l' « item J2 ». Ainsi il ne continue pas à voir ses amis avec la même fréquence dans l' « item J3 » il rompu aussi des relations avec des proches depuis l'événement à l' « item J4 ». Ainsi que Hocine sent incompris par les autres à l' « item J5 » et abandonné par eux dans l' « item J6 ». Hocine a trouvé du soutien auprès de ses proches à l' « item J7 ». Il recherche davantage la compagnie d'autrui à l' « item J8 », ne pratique pas autant de loisir qu'auparavant dans l' « item J9 » et n'y trouve pas le même plaisir qu'auparavant à l' « item J10 ». Enfin Hocine n'avait pas l'impression d'être moins concerné par les événements qui touche son entourage à l' « item J11 ».

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

En somme de ces données relatives aux échelles du TRAUMAQ, ainsi qu'aux résultats obtenus illustrés dans le tableau, nous pouvons conclure que Hocine présente un traumatisme psychique très fort suite à son exposition à violence terroriste en Algérie, et ce traumatisme persiste à long terme.

Analyse typologique : Suite à des données précédemment citées, Le schéma ci-dessous illustre le profil de Hocine.

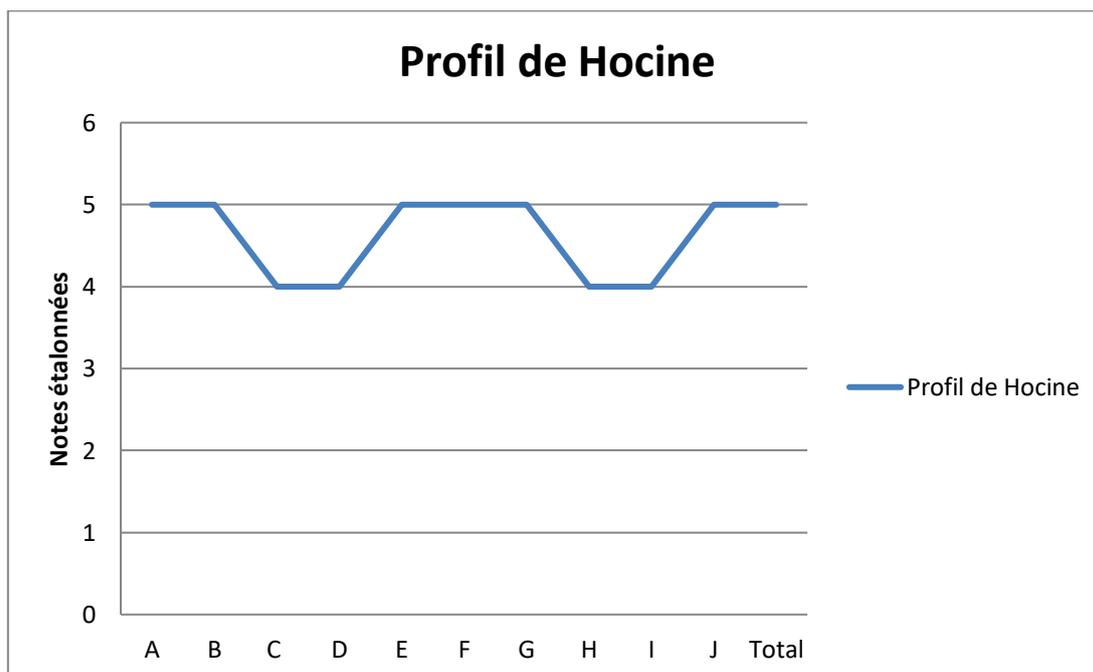


Figure 02 : Illustration du profil de Hocine

Le graphique de Hocine, montre que la fréquence elle est variée de très forte à forte, et dans des notes étalonnées sont variées aussi de 4 à 5. Dans les échelles A et B la fréquence est de très forte équivalent aux notes étalonnées de 5. Aux échelles C et D la fréquence est de forte équivalent aux notes étalonnées de 4. Dans les échelles E, F et G la fréquence est de très forts équivalents aux notes étalonnées de 5. Aussi aux échelles H et I la fréquence est de forte équivalent aux notes étalonnées de 4. Enfin, à l'échelle J la fréquence est de très forte, équivalent à la note étalonée de 5. En référence à ces données et au manuel, Hocine présente un profil (A) à savoir un syndrome psychotraumatique intense.

Synthèse des données du questionnaire TRAUMAQ de Hocine :

À partir des résultats de l'analyse du TRAUMAQ, nous pouvons déduire que le score total enregistré par Hocine est de 137 équivalents à une note totale étalonée de 5, selon le

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

manuel le traumatisme est de très forte intensité suite à son exposition à la violence terroriste en Algérie. En effet, Hocine présente un syndrome psycho traumatique intense selon le manuel, le questionnaire met en évidence la présence de réaction immédiate, physique et psychique d'une très forte intensité étant donné le score à l'échelle A. Aussi en référence à l'échelle B de très forte fréquence de la manifestation pathognomoniques de reviviscences sont observées, ainsi qu'une forte symptomatologie concernant les troubles du sommeil transmis par le score à l'échelle C. Aussi Hocine présente également une forte anxiété, un état d'insécurité et des évitements phobiques comme le témoigne le score à l'échelle D, une très forte intensité de l'hypersensibilité traduite par un score très élevé à l'échelle E, de très fortes réactions psychosomatique et physiques vu le score très élevé à l'échelle F, une très forte manifestation des troubles de la mémoire de la concentration et de l'attention observées à l'aide du score très élevé à l'échelle G, une forte symptomatologie dépressive traduite par l'échelle H, aussi une forte fréquence de la manifestation d'un vécu traumatique comme en témoigne le score à l'échelle I. Enfin, une très forte intensité de l'altération de la qualité de vie mis à l'évidence grâce au score à l'échelle J.

Synthèses de cas N°01 : Hocine

En se référant aux données recueillies de l'entretien de recherche semi-directif, et les résultats obtenus du questionnaire TRAUMAQ, qui nous ont bien permis d'explorer le traumatisme psychique à long terme chez Hocine, on vient de conclure qu'il présente un traumatisme psychique à long terme à travers ses verbatims de l'entretien de recherche qui correspondent aux trois volets du tableau clinique; les reviviscences intrusives/anxiogènes (pathognomoniques) par des reviviscences hallucinatoires, rêves, cauchemars et rêves répétitifs. Ainsi que l'altération de la personnalité (pathognomoniques) au traumatisme psychique à long terme dans laquelle Hocine présente l'altération du caractère, impression de détachement du monde, sentiment de détachement des autres, anhédonie. Aussi, les symptômes non spécifiques avec la présence de trouble des conduites, évitement des stimuli évocateurs, troubles du comportement, abus d'alcool. Ainsi, la non-reconnaissance de l'État

À travers les résultats obtenus par le questionnaire TRAUMAQ, Hocine présente un traumatisme de très forte intensité expliquée par un score total de 137 soit une note étalonnée de 5. Dans les dix échelles Hocine a exprimé par forte et de très forte intensité de ses

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

manifestations. En effet, Hocine présente un profil (A) à savoir un syndrome psychotraumatique intense selon le manuel.

Dans ce cadre, on voit que les résultats obtenus dans l'entretien et dans notre outil utilisé sont en convergence et de complémentarité, c'est-à-dire il y a un lien (concordance) entre le verbatim et les résultats d'outil destiné à mesurer le trauma, ainsi l'un complète l'autre afin d'explorer la présence du traumatisme psychique à long terme chez nos sujets.

Cas n°02 : Boualem

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

Monsieur ; Boualem est un homme âgé de 54 ans marié, il a deux (02) enfants une fille et un garçon, son niveau d'instruction est de 4^{ème} années moyenne, Il est le deuxième d'une fratrie de six frères et sœurs, maintenant il est à la retraite depuis 2020 ça fait 02 ans. Concernant ses antécédents médicaux, Boualem nous a dit, qu'il n'avait rien comme maladie physique ni psychiatrique.

L'entretien s'est déroulé à la bibliothèque communale précisément dans une salle bien éclairée la porte fermée, elle contient deux chaises et un bureau, dans la matinée du 28 février 2022 d'une durée de (01) heure. Boualem, était calme, coopératif tout au long de l'entretien, a répondu à toutes nos questions, il n'a pas accepté l'enregistrement ce qui nous a conduit à écrire tous sur notre bloc-notes. Boualem nous a dit, qu'il jeûnait, car c'est un lundi, et quelques musulmans jeûnent les journées du lundi et jeudi. Au même temps pendant l'entretien, Boualem nous a confié, qu'il a exercé comme un « *Imam* » avant de s'engager dans le corps de la garde communale. Ces verbatims renvoient à la culture et aux croyances de sujet.

Axe I : Informations sur le métier de la garde communale

Boualem, a choisi le métier de la garde communale afin de protéger son village et de la nécessité de travailler, il nous dit, à ce moment-là « *nugad litirorist ad zedmen yer yexxammenney, yerna deg lawan-nni ulac axeddim* » (on a peur que les terroristes envahissent nos maisons, aussi à l'époque, il n'y avait pas de travail). C'était en 1997 quand je me suis engagé dans ce métier, on n'a pas passé le concours, mais il fallait que tu répondes à quelques critères d'avoir passé le service national et d'être en bonne santé physique et psychique. On a fait

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

aussi des recyclages au sein de la garde communale. À ce moment-là j'avais 29 ans, mon grade était agent, j'ai servi 23 ans dans ce corps.

Axe II : Informations avant l'événement

Boualem nous a dit, « *deg lweqt-ni yuser lhal, litirorist zgan kecmen-d yer taddart, ur neggan ara surtu ama nili deg uxxam deg wussan n usteefu, nugad ay-zlun wad ad d-nawi risk i twacul-nney, llan dayen wussan ur d-ttayaley ara axxam iwakken udetawiy ara liproblam* » (En ce temps-là la situation était difficile les terroristes entraient toujours au village, et nous ne dormions pas, surtout quand-on était à la maison c'est-à-dire dans des journées de récupération, on ressentait de la peur d'être égorgé et de risquer la vie nos familles, y a des moments où je ne rentre pas à la maison pour ne pas causer des problèmes à ma famille). Il a dit aussi, « *achal tikkal i nezra litirorist mi ara anroh yer lxedma s lebsa n lagard kuminal ney læesker, yiwet n tikelt nwalaten yef libeid ssiriden lqec-nsen* » (on a vu plusieurs fois les terroristes quand-on allait au travail avec l'uniforme (costumes) de la garde communale et militaire. Une fois on les a vu de loin laver leurs vêtements. Concernant les relations entre collègues et nos supérieurs, elles étaient bonnes, car nous sommes tous pareils, on était tous dans le même pétrin, à ce moment-là j'étais en bonne santé je n'avais aucune maladie physique ou psychique.

Axe III : Informations pendant l'événement :

Boualem, nous raconte son histoire en détendu « *imi inruh yer lxedma i yellan deg udrar (titacmon akked PO) apri repo. nekk d umdakkal-iw nuli, zriy sin yirgazen, amdakkal-iw yexdem likitman nniy-as : ma tezrid sin yergazen-nni ? yenna-yi-d ur zriy walu, cittuh kan nezra sebea (7) n yirgazen s llebsa n læesker s icumar, nniy-as ur ttalay ara yer deffir axatar d litirorist, ncehhed nkemmel abrid bla ma nugad, nerra iman-nney d imeksawen nettqellib tisita-nney. imi nelheq yer ditacmon nenna-yasen dacu i nwala* » (on est parti pour rejoindre nos postes travail qui se trouvait à la montagne exactement c'est un détachement au même temps un P-O (poste d'observation) après le repos, mon collègue et moi suivions le chemin qui montait, j'ai vu deux hommes, mon collègue a mis des Kit mens, je lui ai dit « avez-vous vu les deux hommes ? », il m'a répondu non je n'ai rien vu. Après un moment, on a vu sept hommes barbus en uniforme militaire, j'ai dit à mon collègue ne regarde pas en arrière parce qu'il y a des terroristes on a prononcé la chahada « *ncahed* ». On a continué le chemin sans

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

faire aucun geste, on s'est pris des bergers qui cherchaient leurs vaches. Quand-on est arrivé au détachement on a déclaré la situation à nos supérieurs).

Boualem, nous a dit, « *imi indiclari litirorist-nni, nexdem lumbuscad deg umkan-nni i tenwala akken. nella deg sin yid-nney d ligard cominu d 28 limilitir, neqqi din 48 swayæ ur d-iban walo, imi tfuk lumbuscad-nni apipri f 20 :30 ney 21 :00 nettedu anuyal yer ditacmon, akken kan lkeccaf-nney iwala litirorist ttdiplassin awakken ay-d-sirklin, nehsel gar sin ligrup litirorist, ttirin-d fell-anney maena hawlend rssas yef win irifden akken FMPK seblisin-t meskin mlih, lemziya kan yella umdakkal-is yehrec yettef FMPK iriposti fell-asen yerna ikuvri winna i blisin akken, litiroristnni tberrihen Allahou Akabar i wakken anagad, nnwiyas deg watas i yellan. s likspiryens n læesker nerra tiyita rnu sseblisin yiwen utirorist » (après avoir déclaré ces terroristes, nous avons fait une embuscade à l'endroit dans lequel on a vu ces terroristes. On était deux gardes communaux avec 28 militaires des forces spéciales, on a passé 48 heures dans l'embuscade sans rien à signaler, à la fin de l'embuscade à peu près 20 h30 à 21h on s'est déplacé pour rejoindre notre détachement. Soudainement, notre éclaireur a vu les terroristes qui se déplaçaient pour nous encercler. On s'est trouvé coincé entre deux groupes terroristes, ces derniers tiraient sur nous. « *Confrontation soudaine et brutale avec la mort* ». Ils multipliaient leurs tirs sur le soldat qui portait un fusil-mitrailleur de type (FMPK), le malheureux était gravement blessé, heureusement son collègue a riposté d'une manière professionnelle avec ce fusil (FMPK) et couvrait le soldat blessé. Les terroristes criaient par « *Allahou Akbar* », pour nous faire peur, je croyais qu'ils étaient nombreux. Avec l'expérience, ces soldats avaient bien géré la situation, même ils avaient blessé un parmi ces terroristes.*

Boualem continu son récit, cette fois-ci il décrit sa situation, ce qui nous a protégés c'est le fusil (FMPK), car les terroristes ont eu peur de ce fusil. C'était en avril 2008, cet accrochage a duré presque 30 minutes. Il nous a dit aussi, « *imir-nni cukiy axatar surpris kan hussey-as d taneggarut n dduni-iw. lmux-iw ihbes, amakken ugzistiy ara, xedmey-d arizumi i wayen akk i εacey* » (à ce moment-là j'étais choqué parce que j'étais surpris. J'ai senti que c'était ma dernière heure), Ce qui renvoie à un événement inopiné soudain, d'une réaction de sidération. (Mon cerveau a fait un arrêt de fonctionnement, je n'existe plus, car j'ai fait un résumé sur ma vie parce que c'est le dernier moment). Ce qui renvoie aussi à l'état second. Cette notion nous renvoie à celle de la rencontre avec le réel de la mort qui caractérise l'événement traumatique décrit par l'école française à savoir Crocq (1999) Barrois (1998) et

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

Lebigot (2001). Ainsi que à l'expérience du patient selon la psychopathologie phénoménologique. Ici aussi l'impact psychologique est fort, car la personne est directement exposée à l'événement et en plus elle a été témoin. Ces indices sont signalés par (Crocq, 2014) et par le DSM-5 (2015).

Axe IV : Informations après l'événement

Avec un certain calme Boualem, nous a dit, « *apri lakrucag-nni yewwed-d ronfor wwin win yeblisin akken, nekkni nekcem yer ditacmon, imir ur iyuy wayra ur d-ttifey ara kra n lehlak, maena tura tfey-d latensyu, rnu qlley feqqeey rapid, ssruhey lbenna* » (après l'accrochage on est resté sur place jusqu'au lever du soleil, le renfort est arrivé, ils ont évacué le blessé, on est entré au détachement. Sur le coup je n'avais aucun souci de santé, mais maintenant, (Lebigot, 2021) je souffre d'unehypertension, au même temps je suis devenu irritableavec des accès de colère (cité par Josse, 2019), aussi j'ai perdu l'intérêt, de temps en temps des images des scènes violentes que j'ai vécues dans la garde communale me reviennent, et des réveils nocturnes). Il n'a pas arrêté son récit, il nous a dit encore, « *maci d aya i d-neec, llat tedianin-nniden am lbuklag-nni litirorist deg Bu Rbeetac anda i d-nyan L Amir-nni n ccerq* » (ce n'est pas que cet événement que j'ai vécu, il y en a d'autres comme le bouclage des terroristes à « Bourbaatache » dont l' « Imir de l'Est » est abattu). Toutes ces séquelles renvoient directement au traumatisme psychique à long terme après 14 ans de l'événement, celle de reviviscences intrusives (pathognomoniques), altération de la personnalité (pathognomoniques) aussi et des symptômes non spécifiques. Par ailleurs, ces notions sont décrites par différentes approche, névrose traumatique (approche psychanalytique), syndrome psychotraumatique (Approche phénoménologique), trouble stress post-traumatique DSM5 (309-81)/ Etat de stress post-traumatique CIM10 (F43.1) (Approche athéorique).

Concernant la dernière question de cet axe Boualem, nous a dit « *xati, ur uhwajey ara ad zrey apsiolog ney apsiyatr, axatar nekkni d limuzulmon nettamen s rebbi d lmaktub* ». (Non je n'ai pas l'impression d'avoir besoin consulté un professionnel de la santé mentale, car on est quand même des musulmans, on croit en Dieu et au destin). Ici la notion renvoie à la culture et à la croyance du sujet. Et aux stratégies de coping (Lighezzolo& De Tychey, 2004).

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

Axe V : Informations sur la reconnaissance :

À-propos de la reconnaissance, Boualem nous dit, de manière sereine, « *nebya liderwanney axatar nekkni nexdem ldevwar-nney, lexlas i rebhen, uydeffki wayra ddula* » (On veut juste nos droits parce que nous avons fait nos devoirs. Aussi un salaire digne, on n'a rien bénéficié de l'État). Enfin, dans la dernière question, avez-vous quelque chose que vous aimeriez ajouter, Boualem, nous a confié, Rien à ajouter sauf que l'État tienne ses promesses pour qu'on bénéficie des logements sociaux et d'avoir nos indemnités sur les heures supplémentaires.

Synthèse de l'entretien semi directif de Boualem :

À travers le récit de Boualem, nous constatons que ce dernier présente du traumatisme psychique à long terme, à partir de ses verbatims qui renvoient aux trois volets du tableau clinique ; les reviviscences intrusives/anxiogènes qui est un critère pathognomonique du traumatisme à long terme tel que ; la persistance des images et scènes violentes qu'il a vécues durant son exercice dans le corps la garde communale ; (*Mais maintenant, temps en temps je vois des images des scènes violentes que j'ai vécues dans la garde communale, et des réveils nocturnes*) ces manifestations sont citées dans la névrose traumatique et syndrome psychotraumatique par les souvenirs forcés, ainsi que dans le DSM 5(309-81)et CIM10 (F43.1) par des souvenirs envahissants, flash-back. L'altération de la personnalité aussi est un critère pathognomonique du traumatisme à long terme, dans laquelle Boualem a exprimé (*Mais maintenant je suis devenu irritable avec des accès de colère*), ces manifestations sont citées aussi dans la névrose traumatique et syndrome psychotraumatique par altérations du caractère, ainsi que dans le DSM 5 et CIM10 par impression de détachement du monde, irritabilité, anhédonie. Le dernier volet celui des symptômes non spécifiques, (*Mais maintenant j'ai une hypertension et j'ai perdu l'intérêt signe de la dépression*), ces manifestations sont indiquées aussi dans la névrose traumatique et syndrome psychotraumatique, ainsi que dans le DSM 5 et CIM10 par plaintes somatiques et dépression. Enfin, Boualem utilise ses croyances comme stratégie de coping. Ainsi que, le manque de la reconnaissance par l'État.

À la lumière de toutes ces données nous pouvons conclure que Boualem présente en effet un traumatisme psychique à long terme. Maintenant, nous allons voir les données du questionnaire TRAUMAQ qui va suivre, elles nous permettent d'appuyer notre hypothèse relative à la présence du traumatisme psychique à long terme.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

2. Présentation et analyse des résultats du TRAUMAQ de Boualem:

Dans ce qui suit, nous allons convertir les notes brutes obtenues par Boualem aux échelles du questionnaire TRAUMAQ en notes étalonnées :

Tableau n° 13 : Conversion des notes brutes obtenues par Boualem en notes étalonnées

Echelle	Notes brutes obtenues	Notes étalonnées
A	21	4
B	07	3
C	07	3
D	09	3
E	11	4
F	08	4
G	08	5
H	18	5
I	14	4
J	06	4
Total	109	4

Le tableau ci-dessus présente, les résultats de Boualem obtenus au questionnaire TRAUMAQ (voir l'annexe N°05), d'après ses résultats, on constate qu'il présente un traumatisme de fort intensité, avec un score total de 109 soit une note étalonnée de 4.

Nous pouvons déduire qu'à l'échelle A, Boualem a obtenu la note brute de 21 ce qui équivaut à la note étalonnée de 4, à l'échelle B la note obtenue est celle de 07 ce qui équivaut à la note étalonnée de 3, à l'échelle C, il a obtenu la note de 07 ce qui revient à la note étalonnée de 3, à l'échelle D, la note obtenue est de 09 ce qui équivaut à la note étalonnée de 3, à l'échelle E, la note obtenue par Boualem est celle de 11 ce qui équivaut à la note étalonnée de 4. La note obtenue à l'échelle F est de 08 ce qui revient à la note étalonnée de 4, à l'échelle G Boualem a obtenu la note de 08 ce qui revient à la note étalonnée de 5. La note obtenue à l'échelle H est de 18 ce qui équivaut à la note étalonnée de 5, à l'échelle I la note obtenue est de 14, équivaut à la note étalonnée de 4. Boualem a obtenu à l'échelle J la note 06, revient à la note étalonnée de 4.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

Dans ce qui suit, nous allons présenter les résultats obtenues par Boualem dans chaque échelle, nous commençons par l'échelle A, qui représente les réactions immédiates physiques et psychiques pendant l'événement, aux items A1 « avez-vous ressenti de la frayeur ? » A2 « Avez-vous ressenti de l'angoisse ? » A3 « Avez-vous eu le sentiment d'être dans un état second ? », A6 « Avez-vous eu la conviction que vous alliez et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ? » et A8 « Vous êtes vous sentis impuissant(e) ? ». Boualem a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de ses manifestations. Aux A4 « Avez-vous eu des manifestations physiques comme, par exemple, des tremblements, des suées, une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération des battements de cœur », A5 « Avez-vous eu l'impression d'être paralysé(e), incapable de réactions adaptées ? » A7 « Vous êtes vous senti seul(e), abandonné(e) par les autres ? » Boualem a coché la case 2, ce qui correspond à une fréquence forte de ses manifestations.

À l'échelle B, qui représente le symptôme pathognomonique de répétition à savoir les reviviscences, l'impression de revivre l'événement, les flashes et l'angoisse attachée à ces répétitions, à l'item B1 « Est-ce que des souvenir ou des images reproduisant l'événement s'imposent à vous durant la journée ou la soirée » Boualem a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de la manifestation. À l'item B2 « revivez –vous l'événement dans des rêves ou des cauchemars ? » Boualem a coché la case 2 qui correspond à une forte Fréquence de la manifestation. Aux items B3 « Est il difficile pour vous de parler de l'événement » et B4 « Ressentez- vous de l'angoisse lorsque vous repensez à l'événement » Boualem a coché la case 1, ce qui correspond à une faible intensité de ses manifestations.

À l'échelle C, qui représente les troubles du sommeil, aux items C3 « Avez-vous plus réveils nocturnes ? » et C5 « êtes-vous fatigué au réveil ? » Boualem a coché la case 2 qui correspond à une forte intensité de ses manifestations. Aux items C1 « Depuis l'événement avez-vous plus de difficultés d'endormissement qu'auparavant ? », C2 « Faites vous d'avantage de cauchemars ou de rêves terrifiants (au contenu sans apport direct avec l'événement) » et C4 « Avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout ? », Boualem a coché la case 1 qui correspond à une faible fréquence de ses manifestations.

À l'échelle D qui représente l'anxiété, l'état d'insécurité et les évitements, à l'item D5 « Evitez vous des lieux, des situations ou des spectacles (TV, cinéma) qui évoquent l'événement ? » Boualem a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de la manifestation. Aux items D1 « Etes-vous devenu anxieux (se), tendu(e) depuis l'événement ? »

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

»et D4 « Vous sentez vous en états d'insécurité ? » Boualem a coché la case 2 qui correspond à une forte intensité de ses manifestations. Enfin, aux items D2 « Avez-vous des crises d'angoisse ? » et D3 « Craignez vous de vous rendre sur des lieux en rapport avec l'événement ? » Boualem a coché la case 1 qui correspond à une faible fréquence de ses manifestations.

À l'échelle E qui représente l'irritabilité, la perte de contrôle, l'hypervigilance et l'hypersensibilité, aux items E1 « Vous sentez vous plus vigilant (e), plus attentif (ve) aux bruits qu'auparavant, vous font-ils sursauter ? » et E3 « Êtes-vous plus irritable que vous ne l'étiez avant ? » Boualem a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de ses manifestations. À l'item E2 « Vous estimez vous plus méfiant qu'auparavant ? » Boualem a coché la case 2 qui correspond à une forte intensité de sa manifestation. Aux items E4 « Avez-vous plus de mal à vous maîtriser (crise de nerfs, etc.) ou avez-vous d'avantage tendance à fuir une situation insupportable ? », E5 « Vous sentez vous plus agressif (ve) ou craignez vous de ne plus contrôler votre agressivité depuis l'événement ? » et E6 « Avez-vous eu des comportements agressifs depuis l'événement ? » Boualem a coché la case 1 qui correspond à une faible fréquence de ses manifestations.

À l'échelle F qui représente les réactions psychosomatiques, physiques et les troubles addictifs. Aux items F3 « Avez-vous constaté une détérioration de votre état physique général ? », F4 « Depuis l'événement avez-vous des problèmes de santé dont la cause a été difficile à identifier ? » et F5 « Avez-vous augmenté la consommation de certaines substances (café, cigarette, alcool, médicaments, nourriture, etc.) ? » Boualem a coché la case 2 qui correspond à une forte intensité de ses manifestations. Aux items F1 « Lorsque vous y repensez ou que vous êtes dans des situations qui vous rappellent l'événement avez-vous des réactions physiques telles que par exemple maux de tête, nausées, palpitations, tremblements, sueurs, respiration difficile ? » et F2 « Avez-vous observé des variations de votre poids ? » Boualem a coché la case 1 qui correspond à une faible intensité de ses manifestations.

Quant à l'échelle G qui représente les troubles cognitifs soit la mémoire, la concentration et l'attention, Aux deux items de cette échelle à savoir G2 « Avez-vous plus de trous de mémoire qu'auparavant ? » et G3 « Avez-vous des difficultés à vous rappeler l'événement ou certains éléments de l'événement ? » Boualem a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de ses manifestations. Sauf à l'item G1 « Avez-vous plus

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

de difficulté à vous concentrer qu'auparavant ?», Boualem a coché la case 2 qui correspond à une forte fréquence de sa manifestation.

Aussi l'échelle H qui représente les troubles dépressifs, aux items H1 « Avez-vous perdu l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'événement ? », H2 « Manquez vous d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement ? », H3 « Avez-vous des impressions de lassitude, de fatigue et d'épuisement ? » H4 « êtes vous d'humeur triste et /ou avez-vous des crises de larmes ? » et H7 « Depuis l'événement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ? » Boualem a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de ses manifestations. À l'item H8 « Avez-vous tendance à vous isoler ou à refuser les contacts ? » Boualem a coché la case 2 qui correspond à une forte fréquence de sa manifestation. Ensuite à l'item H6 « éprouvez vous des difficultés dans vos relation affectives et/ou sexuelles ? », Boualem a coché la case 1 qui correspond à faible fréquence de sa manifestation. Enfin à l'item H5 « Avez-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, voire des idées suicidaires ? » Boualem a coché la case 0 qui correspond nulle fréquence de sa manifestation.

À l'échelle I qui représente le vécu traumatique, aux items I5 « Ressentez vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ? », et I7 « pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ? » Boualem a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de ses manifestations. Par contre aux items I3 « vous sentez-vous humilié (e) par ce qui s'est passé ? », I4 « Depuis l'événement vous sentez-vous dévalorisé(e) ? » et I6 « Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même, ou de voir les autres ? » Boualem a coché la case 2 qui correspond à une forte intensité de ses manifestations. Concernant, aux items I1 « Vous arrive-t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour éviter certaines conséquences ? » et I2 « Vous sentez vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'événement ? », Boualem a coché la case 0 qui correspond à une nulle fréquence de ses manifestations.

Enfin, à l'échelle J qui représente la qualité de vie Nous pouvons constater que Boualem ne poursuit pas son activité professionnelle à l' « item J1 » et qu'il a l'impression que ses capacités ne sont pas équivalentes à avant à l' « item J2 ». Ainsi il ne continue pas à voir ses amis avec la même fréquence à l' « item J3 » il n'a pas rompu aussi des relations avec des proches depuis l'événement à l' « item J4 ». Ainsi que Boualem ne se sent pas incompris par les

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

autres à l' « item J5 » et n'est pas abandonné par les autres à l' « item J6 ». Boualem a trouvé du soutien auprès de ses proches dans l' « item J7 ». Ne recherche pas davantage la compagnie d'autrui à l' « item J8 », aussi ne pratique pas autant de loisir qu'auparavant à l' « item J9 » et n'y trouve pas le même plaisir qu'auparavant dans l' « item J10 ». Enfin, Boualem n'avait pas l'impression d'être moins concerné par les événements qui touche son entourage à l' « item J11 ».

À travers ces données relatives aux échelles du TRAUMAQ, ainsi qu'aux résultats obtenus illustrés dans le tableau, nous pouvons conclure que Boualem présente un traumatisme psychique d'une forte intensité suite à l'exposition de la violence terroriste en Algérie, son traumatisme est celui de la phase à long terme, éprouvé dans différentes échelles qui renvoi aux reviviscences intrusives, l'altération de la personnalité et aux symptômes non spécifiques.

Analyse typologique : Suite à des données précédemment citées, Le schéma ci-dessous illustre le profil de Boualem.

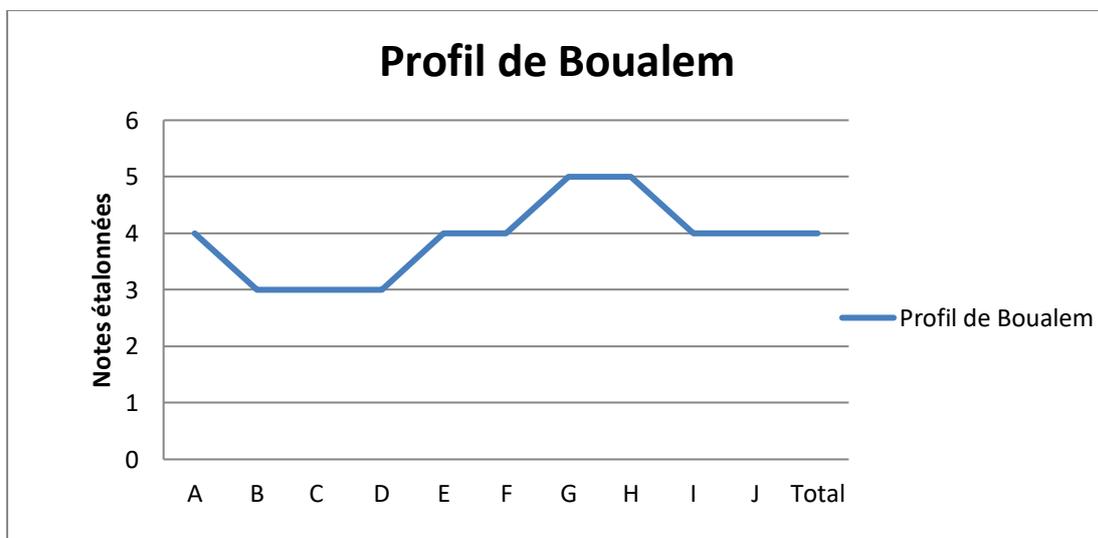


Figure 03 : Illustration du profil de Boualem

Le graphique de Boualem, montre que les notes étalonnées sont variées de très forte, forte et de moyenne équivalentes de 3, 4 et 5, Dans l'échelle A la fréquence est de forte équivalent à la note étalonnées de 4. Aux échelles B, C et D la fréquence est de la moyenne équivalent aux notes étalonnées de 3. Dans les échelles E et F la fréquence est de forts équivalents aux notes étalonnées de 4. Aux échelles G et H la fréquence est de très forte équivalent aux notes étalonnées de 5. Enfin, aux échelles I et J la fréquence est de forte,

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

équivalents aux notes étalonnées de 4. En référence à ces données et au manuel, Boualem présente un profil (A) à savoir un syndrome psychotraumatique intense.

Synthèse des données du questionnaire TRAUMAQ de Boualem :

À partir des résultats de l'analyse du TRAUMAQ, nous pouvons déduire que le score total enregistré par Boualem est de 109 équivalents à une note totale étalonnée de 4, selon le manuel est d'un traumatisme fort suite à son exposition à la violence terroriste en Algérie. En effet, Boualem présente un syndrome psychotraumatique d'une forte intensité selon le manuel, le questionnaire met en évidence la présence de réaction immédiate, physique et psychique d'une forte intensité étant donné le score à l'échelle A, à l'échelle B de d'une moyenne fréquence de ses manifestations pathognomoniques de reviviscences sont observées, ainsi qu'une moyenne fréquence de la symptomatologie concernant les troubles du sommeil transmis par le score à l'échelle C. Aussi Boualem présente également moyenne fréquence concernant l'anxiété, un état d'insécurité et des évitements phobiques comme le témoigne le score à l'échelle D, une forte intensité de l'hypersensibilité traduite par un score très élevé à l'échelle E, et de fortes réactions psychosomatiques et physiques vu le score très élevé à l'échelle F, une très forte manifestation des troubles de la mémoire de la concentration et de l'attention observés à l'aide du score très élevé à l'échelle G, aussi une très forte symptomatologie dépressive traduite par l'échelle H. Enfin, une forte fréquence de la manifestation d'un vécu traumatique comme en témoigne le score à l'échelle I ainsi qu'une forte intensité de l'altération de la qualité de vie mis à l'évidence grâce au score à l'échelle J.

Synthèses de cas N° 02 : Boualem

En s'appuyant sur les informations recueillies de l'entretien de recherche semi-directif, et les résultats obtenus du questionnaire TRAUMAQ, qui nous ont bien permis d'explorer le traumatisme psychique à long terme chez Boualem, on vient à conclure qu'il présente un traumatisme psychique à long terme à travers les verbatims de l'entretien de recherche qui correspondent aux trois volets du tableau clinique à savoir les reviviscences intrusives/anxiogènes (pathognomoniques); par des souvenirs forcés, souvenirs envahissants, flash-back. Ainsi que l'altération de la personnalité (pathognomonique) au traumatisme psychique à long terme dans laquelle Boualem présente l'altération du caractère, impression de détachement du monde, irritabilité, anhédonie. Aussi, les symptômes non spécifiques avec

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

la présence d'hypertension et la perte d'intérêts comme signe de la dépression. Enfin, Boualem se manifeste par la stratégie de coping. Ainsi que, le manque de la reconnaissance par l'État.

À travers les résultats obtenus par le questionnaire TRAUMAQ, Boualem présente un traumatisme de forte intensité éclairée par un score total de 109 soit une note étalonnée de 4. Dans les dix échelles Boualem a exprimé par moyenne, forte et très forte fréquence de ses manifestations. Selon le manuel Boualem présente un syndrome psychotraumatique intense.

Dans ce sens, on voit une homogénéité entre les résultats obtenus dans l'entretien et dans notre outil utilisé, c'est-à-dire il y a une cohérence entre le verbatim et les résultats d'outil psychométrique TRAUMAQ.

Cas n° 03 : Rabah

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

Rabah est un homme âgé de 46 ans marié, il a quatre (04) enfants, deux garçons et deux filles, son niveau d'instruction est de première année secondaire, Il est le dernier d'une fratrie de onze frères et sœurs, maintenant il est à la retraite depuis 03 ans. Concernant ses antécédents médicaux et psychiatriques il nous informe n'être atteint d'aucune maladie.

L'entretien s'est déroulé à son domicile plus précisément dans une chambre bien éclairée, la porte fermée, elle contient deux chaises et une petite table, dans l'après-midi du 24 mars 2022, d'une durée de 1 heure. C'est de manière très fluide que s'est déroulé cet entretien. Le contact s'est fait facilement le sujet n'a pas eu de mal à relater son histoire, il a accepté l'enregistrement ce qui nous facilite d'utiliser l'observation et la rédaction de l'entretien. Rabah, était calme, l'air triste se voit sur son visage, mais il a répondu à toutes nos questions d'une manière positive.

Axe I : Informations sur le métier de la garde communale

Rabah, a choisi le métier de la garde communale pour travailler. Il nous a dit « *deg lweqt-nni ulac lxedma maena macci d anecta aki kan, dayen iwakken anhader taddart-nney ela xater nesea ljiran-nney d lipateryut nyanten litirorist* » (Car à l'époque il y avait un manque d'emploi. Mais ce n'est pas la seule cause, aussi pour protéger notre village, parce que nous avons des voisins qui étaient des patriotes, ces derniers sont tués par les terroristes).

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

Rabah, nous a dit aussi, c'était en décembre 2003 que je me suis engagé dans ce métier, à ce moment-là j'avais 27 ans. Pour être sélectionné à la garde communale, il faut que tu aies passé le service national, et d'être en bonne santé, justifiée par des certificats physiques et psychiatriques. Mon grade était agent, Nous avons fait des recyclages au sein de la garde communale sur les techniques du combat, et sur divers domaines exemple, la douane, police urbaine, pêche, chasse...etc. J'ai servi 16 ans dans ce corps dans différents endroits.

Axe n° II : Informations avant l'événement :

Rabah, nous a déclaré, « *deg lweqt-nni nxeddem deg barag n Tici-haft netteassa yef iberraniyen, nxeddem id azal lamena ontteffey ara yer (lisumbuscad d ratissag) imi idihres lhal yerrayay lhal iwakken anruh yer lmerj-waman anbukli litirorist i yellan din-a* » (À ce moment-là on était au barrage de Tich-Haft, on assurait la sécurité des coopérants (étrangers), on travaillait jours et nuit, mais nous ne faisons pas des sortis (des embuscades et ratissages... etc.). Lorsque la situation s'est aggravée, on était obligé de sortir au Mardj-Ouamane pour boucler les terroristes qui se trouvaient là-bas). Concernant les relations entre ses collègues et ses supérieurs, Rabah nous a confié, elles étaient bien entre ses collègues même avec ses supérieurs parfois il s'énerve. Il a dit aussi, mais dans tous les cas on avait tous des défauts et des qualités « Hamdoulah » on n'a pas approché quelqu'un. Dans cette période, j'étais en bonne santé physique et psychique.

Axe n° III : Informations pendant l'événement :

Rabah, nous raconte son histoire avec tristesse, il nous a dit, « *tadyant-a tedra-d deg furar 2007 deg lmerj waman tayiwant n Amizur, tella yiwet n likip n litirorist i yellan din-anruh seg ukbu yer din nenwayas d abarag ney d ratissag. nelheq tameddit yeyli-d tlam, imi i d-ress de lkar wten-ay-d s urafal ur neelim ara d acu i yellan, lmuhim tarewla temnee bab-is wa yeffer deffir lkar-nni wa yer lfussi* » (cette histoire s'est déroulée en février 2007 au Mardj-Ouamane (commune d'Amizour), il y'avait une équipe des terroristes là-bas. On était parti d'Akbou, on se croyait que juste pour un ratissage ou un barrage. Nous sommes arrivés dans les lieux vers la fin de journée, c'était la nuit noire. Dès que, nous sommes sortis des bus, ils ont tiré des rafales sur nous. « *Confrontation soudaine et brutal avec la mort* » on ne savait pas qu'est-ce que se passe, (ici renvoie directement à l'événement inopiné et à l'état second) de toute façon sauve-qui-peut, les uns cachaient derrière le bus les autres dans les fossés (cet indice renvoie à la fuite de panique, une dissociation péri-traumatique, Crocq, 2014), après on

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

a riposté de toutes nos forces. On ne savait pas au juste de quoi s'agissait : faux barrages ou autres choses. Parce que c'est la nuit, on ne voyait rien. On était à peu près 150 gardes-communiaux, mais notre équipe comptait de 11 éléments. Rabah nous a dit aussi, « *deg lweqt-nni ugadey, txemmimey yef warraw-iw. 10 wussan deg yiwen umkan ur nekkis ulama d sebbad d lqella n lmakla ndeeu kan aneqqel salat yer lwacul-nney* » (À ce moment-là j'ai senti la peur (réaction de sidération. Crocq, 2014), je ne pensais qu'à ma famille et à mes enfants. 10 jours dans la même place, on ne pouvait même pas enlever nos chausseurs, sans oublier le manque de nourriture, on faisait que de la prière envers Dieu pour que nous retournions sains et saufs vers nos familles. Ce qui renvoie directement un événement inopiné, et d'une réaction de sidération. Ces indices sont signalés par (syndrome psychotraumatique).

Axe n° IV : Informations après l'événement :

Avec un air de chagrin que Rabah nous évoque ses ressentis, « *taswiet-nni tettayal-iyi-d kan as teqqred tezdey aqerruy-iw, sttey iccaren-iw ur zmirrey ara ad ttuy dduqussey deg yid ulama deg wass yef lhes abestuh* » (cet événement me revient à chaque instant. Il hante mon esprit et ma tête (Lebigot, 2021), au même temps j'arrange mes ongles quand cette image me revient. Je n'arrive pas à oublier je fais même des sursauts pendant mes sommeils, et pendant la journée au moindre bruit). Ces énoncés renvoient directement aux reviviscences intrusives (pathognomoniques) comme critère du traumatisme à long terme (souvenir forcé, agir comme si l'événement se reproduisait) Il nous a dit aussi, « *deg lweqt-nni ur seiḡ ara kra n lehlak, tura tthizey iman-iw tthibbiy ad qqimey wahdi, ur tthibbiy ara ayidihder yiwen, i tteqrah-iyi uqerruy-iw deg lehduḡ ladya ma yef usuji-nni rnu isefqaε-iyi* » (pendant tout-ça je n'avais développé aucune maladie, mais maintenant, je m'isole souvent des gens, j'aime rester tout seul, j'évite les gens, même si quelqu'un me parle je ne supporte pas je souffre des maux de tête et ça me dérange. Parfois je m'énerve pour rien, ça m'arrive de dire des mots vulgaires sans me rendre compte après je regrette d'avoir dit ces mots. Je n'aime pas penser à cet événement, j'évite même de parler de ça, me rends nerveux) toutes ces dires renvoient aux symptômes non spécifiques ; troubles psychosomatique évitement des situations évocatrices. Quand-on lui a posé la question comment votre famille a réagi sur cette situation ? Rabah, nous a déclaré avec tristesse, « *deg mi i tedra tedyant-a,tawacult-iw tettagad fell-i zgan qqare-iyi-d hbes-d deg lxedma dayen qqaren-iyi-d tuyaled d wayed tfeqqed atas tuered* » (depuis cet événement les membres de ma famille sont inquiets pour moi, ils ont peur que

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

quelque chose m'arrive, ils me disaient souvent arrêter de travailler ce sale métier. Aussi tous les membres de ma famille me disaient tu es devenu une autre personne, agressif, irritable, nerveux, tu as changé complètement. Ces symptômes renvoient directement à l'altération de la personnalité (pathognomoniques) au traumatisme à long terme tel que ; altération de la relation aux autres, irritabilité, agressivité. Rabah, nous a répondu, à la question d'une façon claire lorsqu'ont lui a posé la question suivante ; « *est-ce que vous-avez l'impression d'avoir besoin d'un spécialiste de la santé mentale ?* », il nous a répondu, avant non, mais maintenant oui, surtout quand j'ai pris ma retraite (Lebogot, 2021) cite « *Lorsque qu'il prend la retraite et ce déclenche sa névrose* », je suis devenu très nerveux, je ne savais pas pour quoi. Ces symptômes sont signalés par différentes approche, névrose traumatique (approche psychanalytique), syndrome psychotraumatique (approche phénoménologique), trouble stress post-traumatique DSM5 (309-81)/ Etat de stress post-traumatique CIM10 (F43.1) et CIM 11(6B40) (athéorique).

Axe n° V : Informations sur la reconnaissance.

Concernant, la reconnaissance, Rabah nous a répondu avec une certaine rage et hochement de tête, il nous a dit, « *ulac larukunissans, rnu zik hessben-ay d ulac uyqeymen ara uydeffkin kra, nwan-as d ieeggunen. mi ideffyen yer ubrid i eelmen bac llan wid i fehmen* » (quelle reconnaissance, avant il nous traite comme des illettrés comme des vauriens, aucune valorisation, aucune récompense. Ils croient que nous sommes des débiles. Après les protestations ils se sont rendu compte que dans la garde communale il y a des gens instruits. Concernant moi-même, j'ai passé des moments difficiles, car j'ai un enfant handicapé à cent pourcents, je n'avais rien reçu comme aide auprès de l'État. Où je passe ils me disent : on ne peut rien faire, voilà on n'a rien bénéficié de l'État, aucune reconnaissance. Avec un sourire de moquerie, Rabah nous a dit « *s ustehzi yenna-d : hatan laricompens iy-d fkan d ccak n 500 alef imi id neffey la retret* » nous avons une récompense d'un chèque de 5 mille dinars quand-on a pris notre retraite. Nous avons passé des moments difficiles dans ce corps. Espérant bien un jour que l'État nous reconnaitra. On tous les cas, nous avons fait notre devoir envers le pays.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

Synthèse de l'entretien semi directif de Rabah :

À travers le récit de Rabah, nous constatons que ce dernier présente du traumatisme psychique à long terme, à partir de ses verbatims qui correspondent aux trois volets du tableau clinique ; les reviviscences intrusives/anxiogènes, est un critère pathognomonique du traumatisme psychique à long terme tel que ; la persistance des images des scènes violentes qu'il a vécues durant son exercice dans le corps la garde communale; *(cet événement me revient à chaque instant. Il hante mon esprit et ma tête, au même temps j'arrange mes ongles quand cette image me revient. Je n'arrive pas à oublier je fais même des sursauts pendant mes sommeils, et pendant la journée au moindre bruit)*, ces manifestations sont citées dans la névrose traumatique et syndrome psychotraumatique par les souvenirs forcés, Agir comme si, ainsi que dans le DSM 5(309-81) et CIM10 (F43.1) par ; des souvenirs envahissants, détresse si exposé à stimulus évocateur, flash-back, reviviscences. L'altération de la personnalité aussi est un critère pathognomonique du traumatisme à long terme, dans laquelle Rabah a exprimé *(Tous les membres de ma famille me disaient tu es devenu une autre personne, agressif, irritable, nerveux, je m'isole souvent des gens)*, ces manifestations sont citées aussi dans la névrose traumatique et syndrome psychotraumatique par l'altération du caractère ainsi que dans le DSM 5 et CIM10 par impression de détachement du monde, irritabilité, anhédonie. Le dernier volet celui des symptômes non spécifiques, *«j'aime rester tout seul, j'évite les gens, même si quelqu'un me parle je ne supporte pas je souffre des maux de tête et ça me dérange, j'évite même de parler de ça, me rends nerveux»* ces manifestations sont signalées aussi dans la névrose traumatique et syndrome psychotraumatique par plaintes somatiques (céphalée), ainsi que dans le DSM 5 et CIM10 et 11 par l'évitement. Ainsi que, la non-reconnaissance de l'État.

À la lumière de toutes ces données nous pouvons conclure que Rabah présente en effet un traumatisme psychique à long terme. Maintenant, nous allons voir les données du questionnaire TRAUMAQ qui va suivre, elles nous permettent d'appuyer notre hypothèse relative à la présence du traumatisme psychique à long terme.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

2. Présentation et analyse des résultats du TRAUMAQ de Rabah:

Dans ce qui suit, nous allons convertir les notes brutes obtenues par Rabah aux échelles du questionnaire TRAUMAQ en notes étalonnées :

Tableau n° 14 : Conversion des notes brutes obtenues par Rabah en notes étalonnées

Echelle	Notes brutes obtenues	Notes étalonnées
A	23	4
B	11	5
C	13	4
D	11	4
E	18	5
F	13	5
G	06	4
H	16	4
I	12	4
J	09	5
Total	132	5

Le tableau ci-dessus présent, les résultats de Rabah obtenus au questionnaire TRAUMAQ (voir l'annexe N°06), d'après ses résultats, on constate qu'il présente un traumatisme très fort, avec un score total de 132 soit une note étalonnée de 5.

Nous pouvons déduire qu'à l'échelle A, Rabah a obtenu la note brute de 23 ce qui équivaut à la note étalonnée de 4, correspond a une forte fréquence de ses manifestations , à l'échelle B la note obtenue est celle de 11 ce qui équivaut à la note étalonnée de 5, correspond a une très forte intensité de ses manifestations, à l'échelle C, il a obtenu la note de 13 ce qui revient à la note talonnée de 4, renvoi a une forte fréquence de ses manifestations, à l'échelle D, la note obtenue est de 11 ce qui équivaut la note étalonnée de 4, correspond a une forte fréquence de ses manifestations, à l'échelle E, la note obtenue et celle de 18 ce qui équivaut à la note étalonnée de 5 correspond a une très forte intensité de ses manifestations. La note obtenue à l'échelle F est de 13 ce qui renvie à la note étalonnée de 5, correspond a une très forte fréquence de ses manifestations à l'échelle G Rabah a obtenu la note de 06 ce qui revient à la note étalonnée de 4, correspond a une forte fréquence de ses manifestations. La

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

note obtenue à l'échelle H est de 16 ce qui équivaut la note étalonnée de 4, correspond a une forte intensité de ses manifestations, aussi à l'échelle I la note obtenue est de 12, elle équivaut à la note étalonnée de 4, correspond a une forte fréquence de ses manifestations. La note obtenue à l'échelle J est de 09, elle renvoie à la note étalonnée de 5, correspond a une très forte intensité de ses manifestations.

Dans ce qui suit, nous allons présenter les résultats obtenues par Rabah dans chaque échelle en détaille.

Nous commençons par l'échelle A, qui représente les réactions immédiates physiques et psychiques pendant l'événement, dans tous les items A1 « avez-vous ressenti de la frayeur ? » A2 « Avez-vous ressenti de l'angoisse ? » A3 « Avez-vous eu le sentiment d'être dans un état second ? » A4 « Avez-vous eu des manifestations physiques comme, par exemple, des tremblements, des suées, une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération des battements de cœur » A5 « Avez-vous eu l'impression d'être paralysé(e), incapable de réactions adaptées ? » A6 « Avez-vous eu la conviction que vous alliez et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ? » Et A8 « Vous êtes vous sentis impuissant(e) ? ». Rabah a coché la case 3, ce qui correspond à une intensité très forte de ses manifestations. Sauf à l'item A7 « Vous êtes vous senti seul(e), abandonné(e) par les autres ? ». Rabah a coché la case 2, ce qui correspond à une forte fréquence de sa manifestation.

Aussi, à l'échelle B, qui représente le symptôme pathognomonique de répétition à savoir les reviviscences , l'impression de revivre l'événement, les flashes et l'angoisse attachée à ces répétitions , aux items B1 « Est-ce que des souvenir ou des images reproduisant l'événement s'imposent à vous durant la journée ou la soirée » B3 « Est il difficile pour vous de parler de l'événement » et B4 « Ressentez- vous de l'angoisse lorsque vous repensez à l'événement » Rabah a coché la case 3, ce qui correspond à une intensité très forte de ses manifestations. Sauf à l'item B2 « revivez –vous l'événement dans des rêves ou des cauchemars ? » Rabah a coché la case 2, ce qui correspond à une forte fréquence de sa manifestation.

À l'échelle C, qui représente les troubles du sommeil, aux items C1 « Depuis l'événement avez-vous plus de difficultés d'endormissement qu'auparavant ? » et C2 « Faites vous d'avantage de cauchemars ou de rêves terrifiants (au contenu sans apport direct avec l'événement) » Rabah a coché la case 2, ce qui correspond à une forte fréquence de ses

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

manifestations. Aux items C3 « Avez-vous plus réveils nocturnes ? » et C4 « Avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout ? », C5 «êtes-vous fatigué au réveil ? » Rabah a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de ses manifestations lié aux troubles du sommeil.

À l'échelle D qui représente l'anxiété, l'état d'insécurité et les évitements, aux items D1 « Etes-vous devenu anxieux (se), tendu(e) depuis l'événement ? » et D4 « Vous sentez vous en états d'insécurité ? » Rabah a coché la case 2 qui renvoie à une forte intensité de ses manifestations. Aux items D3 « Craignez vous de vous rendre sur des lieux en rapport avec l'événement ? » et D5 « Evitez vous des lieux, des situations ou des spectacles (TV, cinéma) qui évoquent l'événement ? » Rabah a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de ses manifestations. Enfin, à l'item D2 « Avez-vous des crises d'angoisse ? » Rabah a coché la case 1 qui correspond à une faible fréquence de sa manifestation.

À l'échelle E qui représente l'irritabilité, la perte de contrôle, l'hypervigilance et l'hypersensibilité, dans tous les items E1 « Vous sentez vous plus vigilant (e), plus attentif (ve) aux bruits qu'auparavant, vous font-ils sursauter ? », E2 « Vous estimez vous plus méfiant qu'auparavant ? » et E3 «Etes-vous plus irritable que vous ne l'étiez avant ? », E4 «Avez-vous plus de mal à vous maîtriser (crise de nerfs, etc.) ou avez-vous d'avantage tendance à fuir une situation insupportable ? », E5 « Vous sentez vous plus agressif (ve) ou craignez vous de ne plus contrôler votre agressivité depuis l'événement ? » et E6 « Avez-vous eu des comportements agressifs depuis l'événement » Rabah a coché la case 3 correspond à une très forte fréquence de ses manifestations.

À l'échelle F qui représente les réactions psychosomatiques, physiques et les troubles addictifs. Aux items », F2 « Avez-vous observé des variations de votre poids ? », F3 « Avez-vous constaté une détérioration de votre état physique général ? » et F4 « Depuis l'événement avez-vous des problèmes de santé dont la cause a été difficile à identifier ? » Rabah a coché la case 3 correspond à une très forte fréquence de ses manifestations. Aux items F1 « Lorsque vous y repensez ou que vous êtes dans des situations qui vous rappellent l'événement avez-vous des réactions physiques telles que par exemple maux de tête, nausées, palpitations, tremblements, sueurs, respiration difficile ? » et F5 « Avez-vous augmenté la consommation de certaines substances (café, cigarette, alcool, médicaments, nourriture, etc.) ? » Rabah a coché la case 2 qui correspond à une forte intensité de ses manifestations.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

À l'échelle G qui représente les troubles cognitifs soit la mémoire, la concentration et l'attention, à l'item G1 « Avez-vous plus de difficulté à vous concentrer qu'auparavant ? », Rabah a coché la case 3 correspond à une très forte fréquence de sa manifestation. À l'item G2 « Avez-vous plus de trous de mémoire qu'auparavant ? » Rabah a coché la case 2 qui correspond à une forte fréquence de sa manifestation. À l'item G3 « Avez-vous des difficultés à vous rappeler l'événement ou certains éléments de l'événement ? » Rabah a coché la case 1 qui correspond à une faible fréquence de sa manifestation.

À l'échelle H qui représente les troubles dépressifs, aux items H1 « Avez-vous perdu l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'événement ? », H3 « Avez-vous des impressions de lassitude, de fatigue et d'épuisement ? », H4 « êtes vous d'humeur triste et /ou avez-vous des crises de larmes ? » et H8 « Avez-vous tendance à vous isoler ou à refuser les contacts ? » Rabah a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de ses manifestations. Aux items H2 « Manquez vous d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement ? », et H7 « Depuis l'événement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ? » Rabah a coché la case 2 qui correspond à une forte fréquence de ses manifestations. Enfin, aux items et H5 « Avez-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, voire des idées suicidaires ? » et H6 « éprouvez vous des difficultés dans vos relation affectives et/ou sexuelles ? » Rabah a coché la case 0 qui correspond à une nulle fréquence de ses manifestations.

À l'échelle I qui représente le vécu traumatique, aux items I5 « Ressentez-vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ? », I6 « Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même, ou de voir les autres ? » I7 « pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ? » Rabah a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de ses manifestations. À l'item I3 « vous sentez-vous humilié (e) par ce qui s'est passé ? » Rabah a coché la case 2 qui correspond à une forte intensité de sa manifestation. Aussi, à l'item I4 « Depuis l'événement vous sentez-vous dévalorisé(e) ? » Rabah a coché la case 1 qui correspond à une faible fréquence de sa manifestation. Enfin, aux items I1 « Vous arrive-t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour éviter certaines conséquences ? » et I2 « Vous sentez vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'événement ? », Rabah a coché la case 0 qui correspond nulle fréquence de ses manifestations.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

À l'échelle J qui représente la qualité de vie Nous pouvons constater que Rabah ne poursuit son activité professionnelle à l' « item J 1 » et qu'il a l'impression que ses capacités ne sont pas équivalentes à avant à l' « item J 2 ». Ainsi il ne continue pas à voir ses amis avec la même fréquence à l' « item J 3 » il a rompu aussi des relations avec des proches depuis l'événement à l' « item J 4 ». Ainsi que Rabah se sent incompris par les autres à l' « item J 5 » et abandonné par eux à l' « item J 6 ». Rabah a trouvé du soutien auprès de ses proches à l' « item J 7 ». Aussi, il ne recherche pas davantage la compagnie d'autrui à l' « item J 8 », ne pratique pas autant de loisir qu'auparavant à l' « item J 9 » et n'y trouve pas le même plaisir qu'auparavant à l' « item J 10 ». Enfin, Rabah avait l'impression d'être moins concerné par les événements qui touchent son entourage à l' « item J 11 ».

À travers ces données relatives aux échelles du TRAUMAQ, ainsi qu'aux résultats obtenus illustrés dans le tableau, nous pouvons conclure que Rabah présente un traumatisme psychique de très forte intensité suite à son exposition à la violence terroriste en Algérie. Ce traumatisme persiste à long terme qui était à l'origine d'un événement du passé daté de 2007.

Analyse typologique : Suite à des données précédemment citées, Le schéma ci-dessous illustre le profil de Rabah.

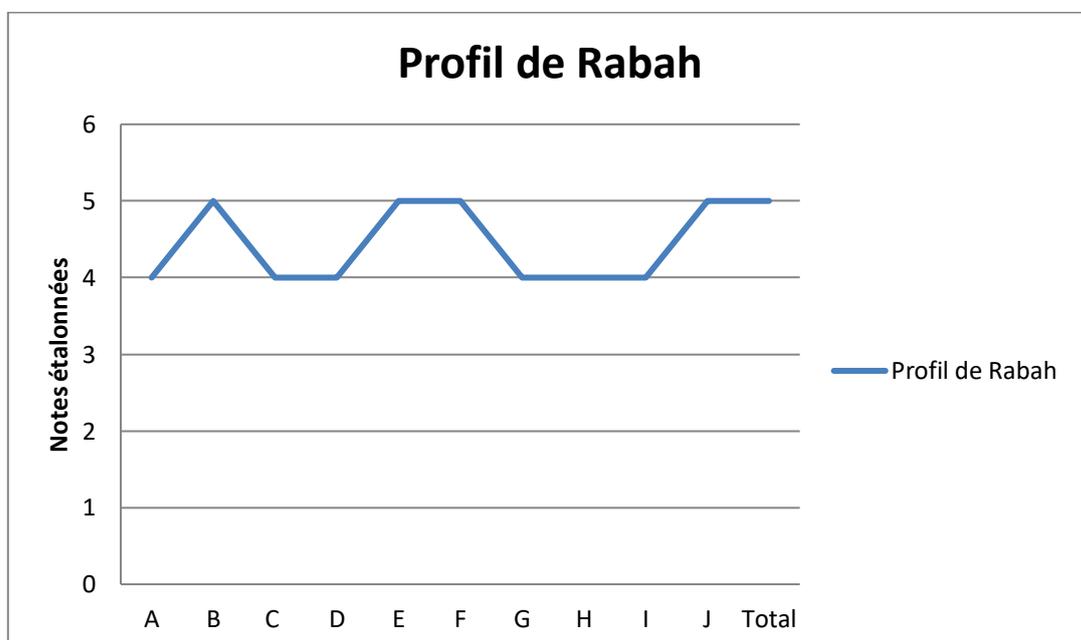


Figure 04 : Illustration du profil de Rabah

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

Le graphique de Rabah, montre que la fréquence elle est variée de très forte a forte, avec des notes étalonnées qui sont variées aussi de 4 à 5. À l'échelle A l'intensité est forte équivaut à la note étalonnée de 4, à l'échelle B la fréquence est de très forte équivalent à la note étalonnée de 5. Aux échelles C et D la fréquence est de forte équivalent aux notes étalonnées de 4. Dans les échelles E et F fréquence est de très forts équivalents aux notes étalonnées de 5. Aux échelles G, H et I la fréquence est de forts équivalents aux notes étalonnées de 4. Enfin, à l'échelle J la fréquence est de très forte, équivalent à la note étalonnée de 5. En référence à ces données et au manuel, Rabah présente un profil (A) à savoir un syndrome psychotraumatique intense.

Synthèse des données du questionnaire TRAUMAQ de Rabah:

À partir des résultats de l'analyse du TRAUMAQ, nous pouvons déduire que le score total enregistré par Rabah est de 132 équivalents à une note totale étalonnée de 5, selon le manuel est un traumatisme très fort suite a son exposition à la violence terroriste en Algérie. En effet. Rabah présente un syndrome psycho traumatique d'une forte intensité selon le manuel, le questionnaire met en évidence la présence de réaction immédiate, physique et psychique d'une forte intensité étant donné le score à l'échelle A la fréquence est forte, à l'échelle B obtenu une très forte fréquence de ses manifestations pathognomoniques de reviviscences sont observées, une forte intensité de la symptomatologie concernant les troubles du sommeil transmis par le score à l'échelle C. Aussi Rabah présente également une forte fréquence concernant l'anxiété , un état d'insécurité et des évitements phobiques comme le témoigne le score à l'échelle D , une très forte intensité de l'hypersensibilité traduite par un score très élevé a l'échelle E , et de forte réactions psychosomatique et physiques vu le score très élevé à l'échelle F , une forte manifestation des troubles de la mémoire de la concentration et de l'attention observé a l'aide du score élevé à l'échelle G , aussi une forte symptomatologie dépressive traduite par l'échelle H. Ainsi que, une forte fréquence de la manifestation d'un vécu traumatique comme en témoigne le score à l'échelle I. Enfin, une très forte intensité de l'altération de la qualité de vie mis à l'évidence grâce au score a l'échelle J.

Synthèses de cas N° 03 : Rabah

Pour explorer le traumatisme psychique à long terme chez Rabah, nous avons eu recours aux données recueillis de l'entretien de recherche semi-directif, et les résultats obtenus du questionnaire TRAUMAQ, on vient de conclure que Rabah présente un

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

traumatisme psychique à long terme à travers ses verbatims de l'entretien de recherche qui correspondent aux trois volets du tableau clinique à savoir les reviviscences intrusives/anxiogènes (pathognomoniques) par les souvenirs forcés, Agir comme si, des souvenirs envahissants, détresse si exposé à stimulus évocateur, flash-back, reviviscences. Ainsi par l'altération de la personnalité (pathognomonique) au traumatisme à long terme dans laquelle Rabah présente une altération du caractère, impression de détachement du monde, irritabilité, anhédonie. Aussi, les symptômes non spécifiques avec la présence des plaintes somatiques (céphalée) et l'évitement. Ainsi que, la non-reconnaissance de l'État.

À travers les résultats obtenus par le questionnaire TRAUMAQ, Rabah présente une très forte intensité de ses manifestations expliquées par un score total de 132 soit une note étalonnée de 5. Dans les dix échelles Rabah a exprimé par une forte et de très forte fréquence de ses manifestations. Rabah présente un profil (A) signifier un syndrome psychotraumatique intense.

Enfin, on voit que les résultats obtenus dans l'entretien et dans notre outil utilisé sont en concordance, c'est-à-dire il y a une conformité entre le verbatim et les résultats d'outil destiné à mesurer le trauma. Ce dernier peut être aussi un moyen d'étayage pour l'entretien de recherche.

Cas n° 04 : Farouk

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

Monsieur ; Farouk est un homme âgé de 52 ans marié, il a trois (03) enfants, deux fille et un garçon, son niveau d'instruction est de 9^{ème} année Fondamentale, il est le cinquième d'une fratrie de deuze frères et sœurs, maintenant il est à la retraite depuis 2012. Concernant ces antécédents médicaux, Farouk nous a dit, qu'il n'avait rien comme maladie physique ou psychiatrique.

L'entretien s'est déroulé à la bibliothèque communale précisément dans une salle bien éclairée, la porte fermée, elle contient un bureau et deux chaises. Dans l'après-midi du 18 avril 2022 d'une durée de (01h) heure. Farouk, était calme, coopératif tout au long de l'entretien, a répondu à toutes nos questions, il a accepté l'enregistrement ce qui nous a facilité la rédaction de tous les verbatims et d'utiliser l'observation.

Axe I : Informations sur le métier de la garde communale

Quand on a posé la première question à Farouk, « *quel était le motif du choix de votre métier ?* ». Nous avons observé des sudations (transpiration abondante) au niveau de son front. Il nous a dit « *kecmey yer lagard kuminal yef watas n lehwayej, asmi lliy d asekri ttfen iyi deg fubaraj deg Bousseada, behten-iyi atas, lemziya kan ieedda-d okenvwa n leesker d netta i yimeneen. tikkelt-nniden lliy d aeessas deg tgarit zriy litirorist byan ad sersen lbomba deg yiwen ucatu n waman deg Blida. nruh yer din kksen-d lbombat-nni lispisyalist lukan macci dakkan ilaq neyreq deg waman. takki tuear nruh yer yiwen n uxettar anda i nwala leejob. ihi yiwen n utirorist yebya ad yay yiwet n teqcict n taddart-nsen, imawlan n teqcict gguman, kra wussan tezwej d wayed, atirorist-nni ivonji, yezla taqcict-nni yekkes-as-d llufan yellan deg ueebbud-is, yegrit yer lfur yessrey-it, d ayen i zrant wallen-iw, ihi d aya iyijjan kecmey yer lagard kuminal mi ideoyey seg leesker* » (C'est à cause de plusieurs événements que j'ai vécu quand j'étais militaire (au service national) , une fois j'étais comme otage dans un faux à Bousaada, j'ai passé plusieurs interrogatoires, j'ai échappé par miracle, car un convoi militaire est passé dans cette direction. une autrefois, ça s'est passé dans ma caserne comme j'étais de garde, d'un seul coup d'œil, j'ai vu des terroristes qui voulaient placer des bombes dans un château d'eau qui alimentait la ville de Blida. Nous sommes intervenus immédiatement sur les lieux, les spécialistes ont désamorcé ces bombes, heureusement c'est grâce à ma vigilance,

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

sinon, toute la ville serait noyée d'eau. Celle-ci était grave, j'ai été témoin aussi d'un terrible et effroyable carnage, dans lequel j'ai vu une scène horrible. Les victimes étaient une jeune femme et son fœtus. L'histoire était que les parents de la victime ont refusé une demande de mariage de leur fille. Après un temps cette fille s'est mariée avec un autre homme, et quelques mois de son mariage. Le terroriste s'est vengé avec son équipe égorgeant et éventrant la jeune femme, ensuite grillé le bébé dans le four. J'ai vu le bébé carbonisé. A vrai dire, après l'atrocité de tous ces événements que j'ai décidé de rejoindre le corps de la garde communale dans le but de protéger notre commune).

Farouk, nous a dit aussi, que c'était en 1995 qu'il s'est engagé dans ce métier, à ce moment-là il avait 23 ans. Ils ont pris des gens qui savaient manipuler l'arme, c'est-à-dire avoir passé le service national. Son grade était chef de groupe, Il a dit aussi qu'ils ont fait des stages accélérés au sein de la garde communale. Il a servi 17 ans dans ce corps, il a pris sa retraite en 2012.

Axe n° II : Informations avant l'événement :

Farouk, nous a dit, « *deg lawan-nni berriket lhala, lyaci ttagaden takaskit, ulac kenfyens. asmi i nekcem nenwa ur d-nettayal ara yer ddunit, ula d baba yeqqar-iyi-d ay-d-awid litirorist axxam, tkwal ur d-ttuayaley ara axxam axatar ala nekki i yellan deg taddart-nney d agard kuminal, axatar riskiy nekki akked uxxam-nney* » (Pendant ce temps tout était noir, les gens avaient peur de rejoindre la casquette, en plus le manque de confiance. Quand je me suis engagé, je n'étais pas sûr d'être parmi les vivants un jour. D'ailleurs, mon père me répétait souvent que je serai la cause si les terroristes se vengeront de toute la famille. Il y avait même des moments que je ne rentrais pas à la maison, parce que j'étais le seul engagé dans notre village. J'avais peur pour eux et aussi pour ma famille. Concernant les relations entre ses collègues et ses supérieurs, Farouk nous a confié, elles étaient bien entre ses collègues, même avec ses supérieurs, car tout le monde le respectait pour son expérience dans le terrain au même temps il était comme un chef dans l'armée. Il nous a dit aussi, à ces moments-là, j'étais angoissé parce qu'il y avait un manque de confiance. (Manque de confiance citée par (Bouatta, 2007).

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

Axe n° III: Informations pendant l'événement :

Farouk, nous raconte son histoire avec chagrin, il nous a dit, « *seiy amdakkel-iw d aesecri nexdem lwahid, neseedda ussan kifkif, yettwanyā s yiffasen n litirorist deg Bni ksila, xeleeḡ imi sliy surtu imi walay lavidyu-nni* » (j'avais un ami qui était un militaire, on a travaillé ensemble pendant un bon moment, il était tué par les terroristes a Beni-ksila, c'était un choc pour moi, en plus j'ai vu la vidéo diffusée par les terroristes (renvoie directement critère A3, en apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche DSM-5, 2015). il nous a dit aussi, « *membraed timenyiwt n leesker-nni, nexdem atas n lirattissaj, yiwet n tikelt ḡran-iyi-d ad awiy tarbaei-iw iwakken anbukli litirorist i yellan deg Burbeetac deg yiwen yeyzer, iwwaken anraji ad d-awden lipara ad xedmen lassu. imi i nelheq ḡer din, mi tewwed d 12 n yid nesla i ssut deg lyaba-nni nenwa d ilfan, newwet s udyay ḡer ljiha-nni imi kan wwten-ay-d s lirafal rnu tteeyyiden Allahou Akbar iwakken anagad. s likspiens-inu nessawed nriposti iwakken ur d-ttefyen ara litirorist-nni rnu ad d-lehqen renfur-ni, lameena setyebney mlih yef terbaet-iw axatar d nekk i d ccāf-nsen* » (Après cet attentat, nous avons mené plusieurs ratissages. Une fois, ils m'ont appelé pour boucler les terroristes qui se trouvaient à *Bourbaatache*, dans une rivière. Comme j'étais chef j'ai pris ma section, pour rejoindre les lieux, en attendant que les forces spéciales arrivent pour faire l'assaut. Quand-on est arrivé là-bas. Vers minuit, on a entendu des bruits on a cru que c'était des sangliers, on a frappé avec des pierres vers la direction de bruit, tout d'un coup, on reçut des rafales vers nous. Ces terroristes voulaient sortir de ce bouclage, ils ont multiplié les rafales au même temps crient par *Allahou Akbar* pour nous faire peur, mais avec mon expérience nous avons réussi à gérer la situation et nous avons riposté jusqu'a l'arrivée du renfort. J'étais inquiet car j'étais responsable. En tous les cas nous n'avons pas laissé ces terroristes s'en sortir).

Farouk continu son récit et cela malgré la transpiration excessive au niveau de son front, il nous a déclaré, « *membraed lggirra i neseedda yid-sen deg yid-nni, wwden-d leesker wwin-d leslah ameqqran, bumbardin lkazma-nni nyan-d 7 n litirurist d ikemmaliyen rnu ttfun, ssersen-ten deg yiwen umekkan iwakken ad tezren medden bac d ssah, yiwen deg-sen d Amir n ccerq* » (Après la nuit de guerre, de bon matin le renfort de l'ANP arriva avec des armes lourdes à grande capacité destructive. Ils ont bombardé l'abri où il se trouvait ces terroristes. Ils ont abattu sept d'entre eux, ces derniers ils étaient des géants, et dégageaient une odeur insupportable. L'armée les a exposés à la vu de toute la population dans placette pour montrer

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

aux gens la réalité. L'un des morts était un « *Imir de l'Est* ») après l'identification. Farouk nous a dit, « *deg lweqt-nni ur ugadey ara axatar seiɣ likspiryens rnu eelmey d acu i yellan setyebney kan yef terbaet-iw* » (À ce moment-là je n'avais pas peur, car j'avais l'expérience, au même temps j'étais au courant de leur existence dans la région, j'étais informé auparavant. J'étais juste inquiet sur mon groupe parce que j'étais leur responsable). Ici l'impact psychologique est très fort aussi car le sujet était exposé directement à l'événement critère A1, aussi en apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche critère A3, comme sont cités dans le DSM-5, 2015).

Axe n° IV : Informations après l'événement :

Farouk nous raconte ses ressentis, dans lesquelles, il nous a dit, « *ur nezmir ara anettu , yeqqim kan deg uqerruy-iw, tkwal ttwaliɣ ayen i eaceɣ ur lliɣ ara bxir, uɣaley d azayan feqqeɣ mi ara d-mmektiɣ ttruhun-iyi-d imettawen, tthibiy ad qimeɣ wahdi, eeyyiy. seiɣ dublirni diskal, ssker, diprisyuniɣ, iqerreɣ-iyi wul-iw mi ara ayi-d-heddren deg uxxam qqareɣ-asen jjet-iyi trunkil* » (on ne peut pas oublier, car tout est gravé dans la tête, je revois les scènes que j'ai vécu, je ne suis pas à l'aise dans ma vie, je suis devenu mou, je m'énerve quand je me rappelle, parfois j'ai la sensation d'avoir envie de pleurer, j'aime rester seul, je suis fatigué, je souffre d'une double hernie discale aussi diabétique de type II, sous traitement (Glucophage 850mg), dépressif, mal au cœur, ma famille me demande souvent ce qu'il y a ? Je leur réponds, de me laisser tranquille). Farouk, cette fois-ci nous a dit « *alukan nettxemmim cittuh ur ilaq ara wa ad iney wa ɣas ur nemyussan ara, ilaq wa ad ihader wa maluruzmu ccitan it-demmir-ɣ yer wayen n diri* » (si on pense juste un petit peu pourquoi l'un tue l'autre même si on ne se connaissait pas, normalement, l'un protège l'autre, malheureusement, le diable nous pousse qu'au mal). (Vécu de culpabilité, comportement autopunitif. Crocq, 2014). Ainsi que la notion fait écho aux croyances Ethnopsychopathologique. Ces symptômes sont signalés par différentes approches, névrose traumatique (approche psychanalytique), syndrome psychotraumatique (approche phénoménologique), trouble stress post-traumatique DSM 5(309-81)/ Etat de stress post-traumatique CIM10 (F43.1) (athéorique).

Axe n° V : Informations sur la reconnaissance.

Concernant, la reconnaissance, Farouk nous a répondu avec une tristesse « *nebya siwa lehq-nney ad iban, newdem deg lwaqt yueren, ur tezmire ara ad teiced s ccehriya aki. nexdem yef tmurt iwakken ad ttidir deg lehna, allah yeleb nebya lajustis. ayen iyisewhamen d leibad-*

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

nni i yeqqren akken ilaq ad yili cwal, mena deg tidett ilaq ad tili lasikuriti » on demande que nos droits, quand même on a travaillé pendant des moments difficiles, avec un salaire pareil on ne peut pas vivre. On a travaillé pour le pays, pour nos familles et pour que l'Algérie vive en paix, malheureusement « *Allah yaleb* », mais on veut une justice au sein de notre pays. Ce qui me préoccupe ce sont les gens qui parlent sur la violence, on réalité la sécurité est indispensable.

Synthèse de l'entretien semi directif de Farouk :

À travers le récit de Farouk, nous constatons que ce dernier présente du traumatisme psychique à long terme, et cela à partir ses verbatims qui correspondent aux trois volets du tableau clinique ; les reviviscences intrusives/anxiogènes, est un critère pathognomonique du traumatisme psychique à long terme tel que; la persistance des images et scènes violentes qu'il a vécues durant son exercice dans le corps de la garde communale, (*on ne peut pas oublier, car tout est gravé dans la tête, je revois les scènes que j'ai vécu, je ne suis pas à l'aise dans ma vie*). Ces manifestations sont citées dans la névrose traumatique et syndrome psychotraumatique par les souvenirs forcés, ainsi que dans le DSM 5(309-81)et CIM10 (F43.1) par ; des souvenirs envahissants, réactivité physiologique à stimulus évocateursouvenir répétitif, reviviscences. Ainsi que, l'altération de la personnalité (pathognomonique) au traumatisme psychique à long terme dans laquelle Farouk a déclaré, (*je suis devenu mou, je m'énerve quand je me rappelle, parfois j'ai la sensation d'avoir envie de pleurer, j'aime rester seul, je suis fatigué, l'un tue l'autre même si on ne se connaissait pas (signe de culpabilité)*). Ces manifestations sont citées aussi dans la névrose traumatique et syndrome psychotraumatique par ; altérations du caractère, le débordement émotionnel et pulsionnel, les sentiments de détachement, ainsi que dans le DSM 5 et CIM10 par sentiment de détachement des autres, irritabilité, anhédonie. Aussi, les symptômes non spécifiques avec trouble psychosomatique diabète type II, dépression, et plainte somatique (mal au cœur), trouble de la sudation (activation neurovégétative), angoisse. Ainsi que, la non-reconnaissance de l'État.

À la lumière de toutes ces données nous pouvons conclure que Farouk présente en effet un traumatisme psychique à long terme. Maintenant, nous allons voir les données du questionnaire TRAUMAQ qui va suivre, vont nous permet d'appuyer notre hypothèse relative à la présence du traumatisme psychique à long terme.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

2. Présentation et analyse des résultats du TRAUMAQ de Farouk:

Dans ce qui suit, nous allons convertir les notes brutes obtenues par Farouk aux échelles du questionnaire TRAUMAQ en notes étalonnées :

Tableau n° 15: Conversion des notes brutes obtenues par Farouk en notes étalonnées

Echelle	Notes brutes obtenues	Notes étalonnées
A	15	3
B	10	5
C	14	5
D	15	5
E	18	5
F	14	5
G	06	4
H	21	5
I	19	5
J	09	5
Total	141	5

Le tableau ci-dessus présente, les résultats de Farouk obtenus au questionnaire TRAUMAQ (voir l'annexe N°07), d'après ses résultats, on constate qu'il présente un traumatisme très fort, avec un score total de 141, soit une note étalonnée de 5.

Nous pouvons déduire qu'à l'échelle A, Farouk a obtenu la note brute de 15 ce qui équivaut à la note étalonnée de 3, correspond à une moyenne fréquence de ses manifestations, à l'échelle B la note obtenue est celle de 10 ce qui équivaut à la note étalonnée de 5, correspond à une très forte intensité de ses manifestations, à l'échelle C, il a obtenu la note de 14 ce qui revient à la note étalonnée de 5, ce qui renvoie à une très forte fréquence de ses manifestations, à l'échelle D, la note obtenue est de 15, équivaut la note étalonnée de 5, correspond aussi à une très forte fréquence de ses manifestations, à l'échelle E, la note obtenue est celle de 18 ce qui équivaut à la note étalonnée de 5 correspond à une très forte intensité de ses manifestations. La note obtenue par Farouk à l'échelle F est de 14 ce qui renvoie à la note étalonnée de 5, correspond à une très forte fréquence de ses manifestations. À l'échelle G Farouk a obtenu la note de 06 ce qui revient à la note étalonnée de 4, correspond à

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

une forte fréquence de ses manifestations. La note obtenue à l'échelle H est de 21, équivaut la note étalonnée de 5, correspond a une très forte intensité de ses manifestations, aussi à l'échelle I la note obtenue est de 19, elle équivaut à la note étalonnée de 4, correspond a une très forte fréquence de ses manifestations. La note obtenue à l'échelle J est de 09, elle renvoie à la note étalonnée de 5, correspond aussi a une très forte intensité de ses manifestations.

Dans ce qui suit, nous allons présenter les résultats obtenues par Rabah dans chaque échelle en détaille.

Nous entamons par l'échelle A, qui représente les réactions immédiates physiques et psychiques pendant l'événement, aux items A1 « avez-vous ressenti de la frayeur ? » A2 « Avez-vous ressenti de l'angoisse ? » et A6 « Avez-vous eu la conviction que vous alliez et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ? » Farouk a coché la case 3, qui correspond à une très forte intensité de ses manifestations. Aux items A3 « Avez-vous eu le sentiment d'être dans un état second ? », A5 « Avez-vous eu l'impression d'être paralysé(e), incapable de réactions adaptées ? », A7 « Vous êtes vous senti seul(e), abandonné(e) par les autres ? » et A8 « Vous êtes vous sentis impuissant(e) ? ». Farouk a coché la case 1, qui correspond à une faible intensité de ses manifestations. Enfin, à l'item A4 « Avez-vous eu des manifestations physiques comme, par exemple, des tremblements, des suées, une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération des battements de cœur » Farouk a coché la case 2, qui correspond à une forte fréquence de sa manifestation.

À l'échelle B, qui représente le symptôme pathognomonique de répétition à savoir les reviviscences , l'impression de revivre l'événement , les flashes et l'angoisse attachée à ces répétitions , aux items B1 « Est-ce que des souvenir ou des images reproduisant l'événement s'imposent à vous durant la journée ou la soirée », B3 « Est il difficile pour vous de parler de l'événement » et B4 « Ressentez- vous de l'angoisse lorsque vous repensez à l'événement » Farouk a coché la case 3, qui correspond à une très forte intensité de ses manifestations. Sauf à l'item B2 « revivez-vous l'événement dans des rêves ou des cauchemars ? » Farouk a coché la case 1, qui correspond à une nulle fréquence de sa manifestation.

À l'échelle C, qui représente les troubles du sommeil, aux items C1 « Depuis l'événement avez-vous plus de difficultés d'endormissement qu'auparavant ? » et C2 « Faites vous d'avantage de cauchemars ou de rêves terrifiants (au contenu sans apport direct avec l'événement) » C4 « Avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout ? », C5 « êtes-vous

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

fatigué au réveil ? » Farouk a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de ses manifestations. À l'item C3 « Avez-vous plus réveils nocturnes ? » Farouk a coché la case 2 qui correspond à une forte intensité de ses manifestations lié aux troubles du sommeil.

À l'échelle D qui représente l'anxiété, l'état d'insécurité et les évitements phobiques, dans tous les items à savoir D1 « Etes-vous devenu anxieux (se), D2 « Avez-vous des crises d'angoisse ? » D3 « Craignez-vous de vous rendre sur des lieux en rapport avec l'événement ? », D4 « Vous sentez vous en états d'insécurité ? » et D5 « Evitez vous des lieux, des situations ou des spectacles (TV, cinéma) qui évoquent l'événement ? » Farouk a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de ses manifestations.

Aussi, à l'échelle E qui représente l'irritabilité, la perte de contrôle, l'hypervigilance et l'hypersensibilité, dans tous les items E1 « Vous sentez vous plus vigilant (e), plus attentif (ve) aux bruits qu'auparavant, vous font-ils sursauter ? », E2 « Vous estimez vous plus méfiant qu'auparavant ? » et E3 « Etes-vous plus irritable que vous ne l'étiez avant ? », E4 « Avez-vous plus de mal à vous maîtriser (crise de nerfs, etc.) ou avez-vous d'avantage tendance à fuir une situation insupportable ? », E5 « Vous sentez vous plus agressif (ve) ou craignez vous de ne plus contrôler votre agressivité depuis l'événement ? » et E6 « Avez-vous eu des comportements agressifs depuis l'événement » Farouk a coché la case 3 correspond à une très forte fréquence de ses manifestations.

À l'échelle F qui représente les réactions psychosomatiques, physiques et les troubles addictifs. Aux items », F1 « Lorsque vous y repensez ou que vous êtes dans des situations qui vous rappellent l'événement avez-vous des réactions physiques telles que par exemple maux de tête, nausées, palpitations, tremblements, sueurs, respiration difficile ? », F3 « Avez-vous constaté une détérioration de votre état physique général ? », F4 « Depuis l'événement avez-vous des problèmes de santé dont la cause a été difficile à identifier ? » et F5 « Avez-vous augmenté la consommation de certaines substances (café, cigarette, alcool, médicaments, nourriture, etc.) ? » Farouk a coché la case 3 correspond à une très forte fréquence de ses manifestations. Sauf à l'item F2 « Avez-vous observé des variations de votre poids ? Farouk a coché la case 2 qui correspond à une forte intensité de ses manifestations.

À l'échelle G qui représente les troubles cognitifs soit la mémoire, la concentration et l'attention, à l'item G1 « Avez-vous plus de difficulté à vous concentrer qu'auparavant ? », Farouk a coché la case 3 correspond à une très forte fréquence de sa manifestation. À l'item

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

G2 « Avez-vous plus de trous de mémoire qu'auparavant ? » Farouk a coché la case 2 qui correspond à une forte fréquence de sa manifestation. À l'item G3 « Avez-vous des difficultés à vous rappeler l'événement ou certains éléments de l'événement ? » Farouk a coché la case 1 qui correspond à une faible fréquence de sa manifestation.

À l'échelle H qui représente les troubles dépressifs, aux items H1 « Avez-vous perdu l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'événement ? », H3 « Avez-vous des impressions de lassitude, de fatigue et d'épuisement ? », H4 « êtes vous d'humeur triste et /ou avez-vous des crises de larmes ? » H7 « Depuis l'événement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ? » et H8 « Avez-vous tendance à vous isoler ou à refuser les contacts ? » Farouk a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de ses manifestations. Aux items H2 « Manquez vous d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement ? », H5 « Avez-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, voire des idées suicidaires ? » et H6 « éprouvez vous des difficultés dans vos relation affectives et/ou sexuelles ? » Farouk a coché la case 2 qui correspond à une forte fréquence de ses manifestations.

À l'échelle I qui représente le vécu traumatique, aux items I1 « Vous arrive-t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour éviter certaines conséquences ? » I3 « vous sentez-vous humilié (e) par ce qui s'est passé ? » I4 « Depuis l'événement vous sentez-vous dévalorisé(e) ? » I5 « Ressentez-vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ? » et I7 « pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ? » Farouk a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de ses manifestations. Enfin, aux items I2 « Vous sentez vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'événement ? » et I6 « Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même, ou de voir les autres ? » Farouk a coché la case 2 qui correspond à une forte intensité de sa manifestation.

À l'échelle J qui représente la qualité de vie Nous avons remarqué que Farouk ne poursuit son activité professionnelle à l' « item J 1 » et qu'il a l'impression que ses capacités ne sont pas équivalentes à avant à l' « item J 2 ». Ainsi il ne continue pas à voir ses amis avec la même fréquence à l' « item J 3 » il a rompu aussi des relations avec des proches depuis l'événement à l' « item J 4 ». Ainsi que Farouk sent incompris par les autres à l' « item J 5 » et abandonné par eux à l' « item J 6 ». Farouk n'a pas trouvé du soutien auprès de ses proches à l' « item J 7 », il recherche d'avantage la compagnie d'autrui à l' « item J 8 », ne pratique pas autant de loisir qu'auparavant à l' « item J 9 » et n'y trouve pas le même plaisir

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

qu'auparavant à l' « item J 10 ». Enfin, Farouk n'avait pas l'impression d'être moins concerné par les événements qui touche son entourage à l' « item J 11 ».

À travers ces données relatives aux échelles du TRAUMAQ, ainsi qu'aux résultats obtenus illustré dans le tableau, nous pouvons conclure que Farouk présente un traumatisme psychique de très forte intensité suite à son exposition à violence terroriste en Algérie. Et ce traumatisme se persiste à long terme, était à l'origine d'un événement du passé daté de 2004.

Analyse typologique : Suite à des données précédemment citées, Le schéma ci-dessous illustre le profil de Farouk.

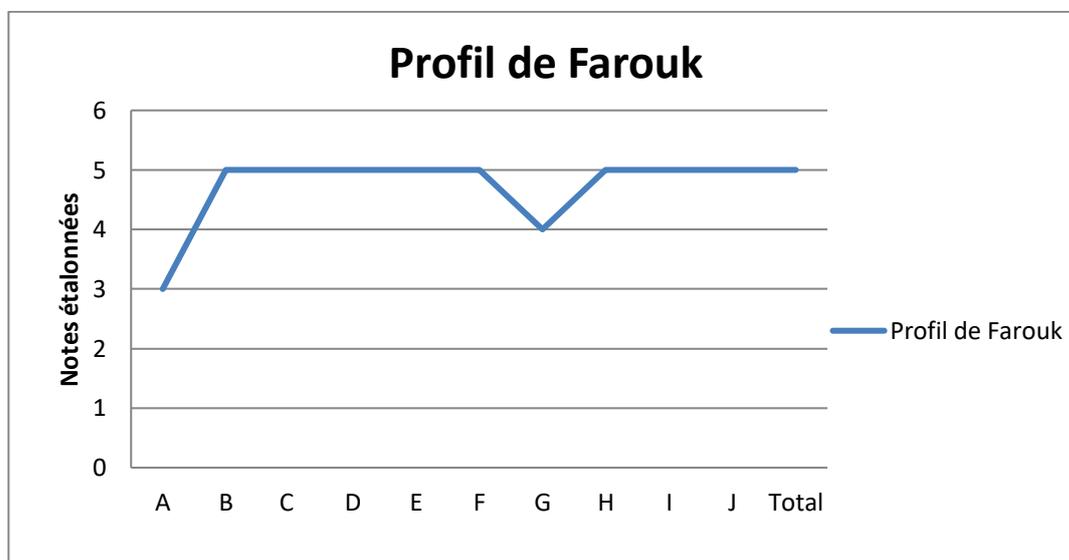


Figure 05 : Illustration du profil de Farouk

Le graphique de Farouk, montre que la fréquence elle est variée de très forte, forte et moyenne, avec des notes étalonnées qui sont aussi variées de 3, 4 et 5. À l'échelle A l'intensité est moyenne équivaut à la note étalonnée de 3. Aux échelles B, C, D, E et F leurs fréquences est de très fortes équivalents aux notes étalonnées de 5. À l'échelle G la fréquence est de forte équivaut à la note étalonnée de 4. Enfin, aux échelles H, I et J la fréquence est de très forts équivalents aux notes étalonnées de 5. En référence à ces données et au manuel, Farouk présente un profil (A) à savoir un syndrome psychotraumatique intense.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

Synthèse des données du questionnaire TRAUMAQ de Farouk:

À partir des résultats de l'analyse du TRAUMAQ, nous pouvons déduire que le score total enregistré par Farouk est de 141 équivalents à une note totale étalonnée de 5, selon le manuel est un traumatisme très fort suite à son exposition à la violence terroriste en Algérie. En effet, Farouk présente un syndrome psycho traumatique intense selon le manuel, le questionnaire met en évidence la présence de réaction immédiate, physique et psychique d'une moyenne intensité étant donné le score à l'échelle A, à l'échelle B obtenu une très forte fréquence de ses manifestations pathognomoniques de reviviscences sont observées, une très forte intensité de la symptomatologie concernant les troubles du sommeil transmis par le score à l'échelle C. Aussi Farouk présente également une très forte fréquence concernant l'anxiété, un état d'insécurité et des évitements phobiques comme le témoigne le score à l'échelle D, une très forte intensité de l'hypersensibilité traduite par un score très élevé à l'échelle E, et de très fortes réactions psychosomatique et physiques vu le score très élevé à l'échelle F, une forte manifestation des troubles de la mémoire de la concentration et de l'attention observé à l'aide du score élevé à l'échelle G, une très forte symptomatologie dépressive traduite par l'échelle H. Ainsi que, une très forte fréquence de la manifestation d'un vécu traumatique comme en témoigne le score à l'échelle I. Enfin, une très forte intensité de l'altération de la qualité de vie mis à l'évidence grâce au score à l'échelle J.

Synthèses de cas N° 04 : Farouk

En se basant sur les données recueillies de l'entretien de recherche semi-directif, et les résultats obtenus du questionnaire TRAUMAQ, nous avons pu explorer le traumatisme psychique à long terme chez Farouk, on vient de conclure qu'il présente un traumatisme psychique à long terme à travers ses verbatims de l'entretien de recherche qui correspondent aux trois volets du tableau clinique à savoir les reviviscences intrusives/anxiogènes (pathognomoniques) par souvenirs forcés, des souvenirs envahissants, réactivité physiologique à stimulus évocateur, souvenir répétitif, reviviscences. Ainsi que l'altération de la personnalité (pathognomonique) au traumatisme psychique à long terme dans laquelle Farouk présente une altération du caractère, le débordement émotionnel et pulsionnel, les sentiments de détachement, sentiment de détachement des autres, irritabilité, anhédonie. Aussi, les symptômes non spécifiques avec trouble psychosomatique diabète type

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

II, dépressif, et plainte somatique (mal au cœur), trouble de la sudation (activation neurovégétative), angoisse. Ainsi que, la non-reconnaissance de l'État.

À travers les résultats obtenus par le questionnaire TRAUMAQ, Farouk présente une très forte intensité expliquée par un score total de 141 soit une note étalonnée de 5. Dans les neuf échelles qui concernent les troubles psycho-traumatiques depuis l'événement Farouk a exprimé par forte et de très forte intensité de ses manifestations. Dans la partie une (01) concernant les réactions immédiates pendant l'événement, Farouk a obtenu un score de 15 équivalent à la note étalonnée de 3 qui correspond à une moyenne fréquence de ses manifestations. Ce qui concorde avec son verbatim de l'entretien quand il a déclaré (*je n'étais pas peur, car j'avais l'expérience, au même temps j'étais au courant de leur existence dans la région, j'étais informé auparavant*). Selon le manuel Farouk présente un profil (A) qui est un syndrome psychotraumatique intense

À cet effet, il y a une concordance entre les renseignements que Farouk nous a rapportés tout au long de l'entretien de recherche avec l'outil psychométrique (TRAUMAQ) que nous avons utilisé.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

Cas n°05 : Kaci

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

Monsieur ; Kaci est un homme âgé de 55 ans marié il a quatre (04) enfants trois filles et un garçon, son niveau d'instruction est de 6^{ème} années primaire, Il est l'aîné d'une fratrie de quatre frères, maintenant il est à la retraite depuis 2012 ça fait 10 ans. Concernant ces antécédents médicaux, Kaci nous a dit, il n'avait rien comme maladie physique ni psychiatrique.

L'entretien s'est déroulé à la maison de Kaci plus précisément dans une chambre bien éclairée la porte fermée, elle contient d'une table et deux chaises, dans l'après-midi du 28 avril 2022 d'une durée de 1 heure. Kaci, était très coopératif et souriant tout au long de l'entretien, a répondu à toutes nos questions, il n'a pas accepté l'enregistrement ce qui nous conduit à écrire tous sur notre bloc-notes.

Axe I : Informations sur le métier de la garde communale

Kaci, décrit son choix concernant le métier de la garde communale il nous dit, à l'époque « *leibadh xedmen adossie xedmay, dayen iwakken anhader taddart nney akked la commune nney* » (les gens font les dossiers de recrutement, moi aussi j'ai fait un dossier, au même temps pour protéger notre village et notre commune). C'était en 1995 quand je me suis engagé dans ce métier, on a fait un stage accéléré dans la wilaya de Bordj- Bou Arreridj d'une durée d'un mois. À ce moment-là j'ai 28 ans, mon grade était agent, j'ai servi 17 ans dans ce corps.

Axe II : Informations avant l'événement

Kaci nous a dit, « *deg lweqt-nni yueer lhal ad d-tefyed ar taddart lxuf, ulac laman gar medden* » (À ce moment-là il était difficile de sortir même dans le village, car la peur y régnait, personne n'a confiance à l'autre) (manque de confiance citée par Bouatta, 2007). Kaci dit, aussi « *medden qqaren-as ur tt-ettillen ara ad t-zlun litirorist, nugad dayen ad d-yass wass ad d-assen ad awin yemmat-nney d lxalat-nney akked yessit-nney, ala lxuf titt yer sdat tayed yer deffir* » (les gens disaient qu'ils n'allaient pas tarder d'être égorgé par les terroristes, aussi on était peur qu'un jour les terroristes viennent pour enlever nos mères, femmes, filles) (humiliations citée par Belarouci, 2010). Aussi que de l'angoisse un œil pour voir devant et

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

l'autre pour voir derrière). On travaille jour et nuit des barrages, des embuscades des interventions dans des accidents de la route, suicides, conflits entre les individus, on assure aussi la protection des collégiens auprès de leurs institutions.... etc.

Concernant les relations entre collègues et nos supérieurs elles étaient de bonnes relations, car nous étions tous pareils, on était tous dans la merde, car on ressentait que de la peur, à ce moment-là je n'avais aucune maladie physique ni psychique, j'étais en bonne santé. Ces notions renvoient aux interactions sociales

Axe III : Informations pendant l'événement :

Kaci, nous raconte avec tristesse, « *ffkan-ay-d lordre iwakken anruh yer Bourbaatache bla ma neelem dacu i yellan. Mi newwed yer din nufa atas n ligardcuminu akked læesker, kra neswayee membaed ffkan-y-d lordr nniden anruh ar yiwen n yiyzer anbocli litirorist i yellan din. nruh ar din nestali nnig yiyzer-nni lwujuh n 9 leeca. awal sin yef 11 n yid nesla i lhes nenwayas d ilfan, newwet s wedyay ar ljiha n ssut-nni, imir kan wweten-ay-d s urafal yer ljiha nney, d leeca ur nsekked walu ala tafat azeggayt n rrsas* » (On a reçu l'ordre de se déplacer vers « Bourbaatache », sans savoir la raison. Quand-on était arrivé là-bas, on a trouvé un nombre important de gardes communaux et des éléments de l'ANP, après quelques heures on a reçu un autre ordre pour se déplacer vers une rivière pour boucler les terroristes qui se trouvaient sur les lieux. Nous avons exécuté l'ordre, on s'est installé au-dessus de la rivière vers 21 heures. Soudainement vers 23 h, on a entendu des bruits on a cru que c'était des sangliers, on a frappé avec des pierres vers la direction du bruit. Tout d'un coup, nous reçûmes des rafales vers notre direction (*confrontation soudaine et brutale avec la mort*), c'était la nuit on ne voyait rien juste des flammes rouges des balles.

Kaci, nous a dit, « *ur zriy ara dacu i yedran axatar d abrid amezwaru i yezriy anecta* » je ne savais pas ce qui se passait, c'était la première fois que je vivais cette situation). Ce qui renvoie à la réaction de la sidération. Il nous a dit aussi, « *ur lliy ara bxir ugadey, axatar nwiyas atas n litirorist i yellan d lirafal akked leeyad-nsen imi qqaren Allahou akber* » (je n'étais pas à l'aise, j'avais peur, parce que j'ai cru que les terroristes étaient nombreux avec leurs rafales, même quand-ils criaient par (*Allahou Akbar*). Il disait aussi « *ttrajuy lmut d rebbi iyimeneen, yerna ur nestaebara akiyya deg lxedma yer lxedma* » (j'attendais la mort, mais le Dieu nous a sauvés. En plus de ça on n'était pas bien reposé ; du travail au travail, cette (notion nous renvoie à celle de la rencontre avec le réel de la mort qui caractérise

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

l'événement traumatique décrit par l'école française a savoir Crocq (1999) Barrois (1998) et Lebigot (2001). Ainsi que la notion de culture et de la croyance.

Kaci, continu son récit, cette fois-ci, il nous a confié, « *maena ur t-nejjara ad defyen, azekka-nni tasebhit iwded rnfart leesker wwin-d leslah ameqqran bombardin lkazma anda i llan litirorist-nni, yiwen deg litirorist-nni d lAmir n ccreq* » (quand même on n'a pas laissé ces terroristes sortir. Lendemain de bon matin le renfort de l'ANP arrive avec l'arme lourde, ils ont bombardé la casemate (abri) où vivaient ces terroristes. L'un des terroristes abattu est un « *Imir de l'Est* ») après l'identification.

Axe IV : Informations après l'événement

Quand Kaci voulait expliquer ses ressentis après l'événement, il a pris un peu de silence ensuite il a soupiré, « *ooff... ur nelli ara bxir ur nezmir ara anettu axatar nuyal akkit engwasi* » (on n'est pas bien, on ne peut pas oublier, car on est devenu tous des angoissés). Il nous a dit, aussi « *inayay-d, nhuss amakken nemmut, deg targit dayen zrrey-d lmut, ama ad d-kewley ikkat wul-iw, tekfel-iyi-d tidi* » (on ressentait qu'on était mort. Même que nous sommes mort, aussi dans mes rêves je vois la mort c'est-à-dire, je rêve que je suis mort, après je me réveille avec des battements de cœur et de la sueur. Que des cauchemars dans mes rêves) (des reviviscences accompagner par l'activation neurovégétative cité par Crocq, 2014). Kaci, nous évoque, « *uyaley d azayan axatar nexdem atas deg lagard cominal, nxdem deg watas imukan nrakroci d litirorist acehal tikkal* » (Je suis devenu lourd, oui parce que nous avons travaillé beaucoup à la garde communale, on a travaillé dans plusieurs endroits, on a rencontré à maintes reprises ces terroristes, on a fait plusieurs raccrochages avec eux).

Kaci nous a dit aussi, « *uyaley engwasi rnu mbekkey sdaxel. Dima hedrey wahdi ula d tamettut-iw teqqar-d dacu ik-yuyen ula deg yid thedred wahdek. Rnu tfey-d romatizm imi inesedda udan d wudan deg udrar. Axxam-iw ttagaden fell-i imi yuyaley engwasi, feqey atas yerna hazey iman-iw. sswiy ddwa n longwas 3 iseggasen maena urikkis wayra ar ass-a* » je suis devenu angoissé, j'ai des étouffements à l'intérieur. Je parle tout seul, plusieurs fois ma femme me dit « qu'est-ce que vous avez tu parle tout seul même la nuit ». J'ai développé aussi la maladie du rhumatisme après avoir passé des nuits et des nuits dans des maquis. Ma famille est inquiète pour moi, car je suis devenu une autre personne « *angoissé* », accès de colère en plus de ça je m'isole. J'ai suivi un traitement psychiatrique presque trois ans. Pour soulager mon angoisse, mais sans résultat jusqu'à aujourd'hui. Toutes ces verbatim renvoient

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

au critère du traumatisme psychique à long terme tel que ; reviviscences intrusives/anxiogènes (pathognomoniques), l'altération de la personnalité (pathognomoniques) et les symptômes non spécifiques. Qui sont citées par différentes approches ; névrose traumatique (Approche psychanalytique), syndrome psychotraumatique (Approche phénoménologique), trouble stress post-traumatique DSM 5(309-81)/ Etat de stress post-traumatique CIM10 (F43.1) (Approche athéorique).

Axe V : Informations sur la reconnaissance :

Concernant la reconnaissance, Kaci nous a dit, avec une rage, « *uydisah wayra deg ddula, meena nekkni nexdem yef tmurt, ula d tawacult-iw qqaren-iyi-d kul ass dacu i wendeffka ddula aki ? Ala lehlakat, ulac dacu ara d-nini siwa nebya kan ad d-cehden larmi, lajendarmiri akked lapolis yef wayen i nexdem deg lawan n tirorism* » (On n'a rien bénéficié de l'État, quand même on a travaillé pour le pays, ma famille me dit souvent vous n'avez rien bénéficié de l'État que des maladies). Il nous a dit aussi, (On n'a rien à dire sauf que l'armée, gendarmerie et la police reconnaissent que nous avons travaillé ensemble pendant le terrorisme. Maintenant, on espère bien qu'un jour l'État nous reconnaisse et elle nous paye les heures supplémentaires qu'on a travaillées).

Synthèse de l'entretien semi directif de Kaci :

À travers le récit de Kaci, nous constatons que ce dernier présente du traumatisme psychique à long terme, et cela à partir de ses verbatims de l'entretien qui renvoient aux trois volets du tableau clinique à savoir les reviviscences intrusives/anxiogènes (pathognomoniques) tel que; la persistance des images et scènes violentes qu'il a vécues durant son exercice dans le corps de la garde communale, (*on n'est pas bien, on ne peut pas oublier, car on est devenu tous des angoissés*), « *on ressentait qu'on était mort. Même que nous sommes mort, aussi dans mes rêves je vois la mort c'est-à-dire, je rêve que je suis mort, après je me réveille avec des battements de cœur et de la sueur. Que des cauchemars dans mes rêves* ». Ces manifestations sont citées dans la névrose traumatique (psychanalytique) et syndrome psychotraumatique (phénoménologique) par la détresse, orage neurovégétatif, raidissement de l'attitude, le cauchemar de répétition, ainsi que dans le DSM 5 (309-81) et CIM10 (F43.1) (athéorique) par des ruminations mentales, des rêves, cauchemars, reviviscences et rêves répétitifs. L'altération de la personnalité aussi est un critère pathognomonique du traumatisme à long terme, dans laquelle Kaci a exprimé par (*Je suis*

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

devenu une autre personne, lourd. Toujours je parle tout seul, plusieurs fois ma femme me disait qu'est-ce que tu as avez tu parles tout seul même la nuit, accès de colère en plus de ça je m'isole). Ces manifestations sont citées aussi dans la névrose traumatique et syndrome psychotraumatique, ainsi que dans le DSM 5 et CIM10 par altérations du caractère, irritabilité, retrait social, détachement par rapport aux autres. Ainsi que dans le dernier volet celui des symptômes non spécifiques, « *je suis devenu angoissé, j'ai des étouffements à l'intérieur, en plus de ça je m'isole* ». Ces manifestations sont citées aussi dans la névrose traumatique et syndrome psychotraumatique, ainsi que dans le DSM 5 et CIM10 par peur, crises d'angoisse, l'isolement signe de la dépression, psychosomatique (sensation d'étouffement). Ainsi que, la non-reconnaissance de l'État.

À la lumière de toutes ces données nous pouvons conclure que Kaci présente en effet un traumatisme psychique à long terme. Maintenant, nous allons voir les données du questionnaire TRAUMAQ qui va suivre, elles nous permettent d'appuyer sur la présence du traumatisme psychique à long terme.

2. Présentation et analyse des résultats du TRAUMAQ de Kaci:

Dans ce qui suit, nous allons convertir les notes brutes obtenues par Kaci aux échelles du questionnaire TRAUMAQ en notes étalonnées :

Tableau n° 16: Conversion des notes brutes obtenues par Kaci en notes étalonnées

Echelle	Notes brutes obtenues	Notes étalonnées
A	24	5
B	12	5
C	14	5
D	13	4
E	17	5
F	14	5
G	09	5
H	22	5
I	19	5
J	09	5
Total	153	5

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

Le tableau ci-dessus présent, les résultats de Kaci obtenus au questionnaire TRAUMAQ (voir l'annexe N°08), d'après ses résultats, on constate qu'il présente un traumatisme très fort, avec un score total de 153, soit une note étalonnée de 5.

Nous pouvons déduire qu'à l'échelle A, Kaci a obtenu la note brute de 24 ce qui équivaut à la note étalonnée de 5, à l'échelle B la note obtenue est celle de 12 ce qui équivaut à la note étalonnée de 5, à l'échelle C, il a obtenu la note de 14 ce qui revient à la note étalonnée de 5, à l'échelle D, la note obtenue est de 13 ce qui équivaut la note étalonnée de 4, à l'échelle E, la note obtenue est celle de 17 ce qui équivaut à la note étalonnée de 5. La note obtenue à l'échelle F est de 14 ce qui revient à la note étalonnée de 5, à l'échelle G Kaci a obtenu la note de 09 ce qui revient à la note étalonnée de 5. La note obtenue à l'échelle H est de 22 ce qui équivaut la note étalonnée de 5, celle obtenue à l'échelle I est de 19, elle équivaut à la note étalonnée de 5. La note obtenue à l'échelle J est de 09, elle revient à la note étalonnée de 5.

Dans ce qui suit, nous allons présenter les résultats obtenues par Kaci dans chaque échelle en détaille.

Nous entamons par l'échelle A, qui représente les réactions immédiates physiques et psychiques pendant l'événement, aux items A1 « avez-vous ressenti de la frayeur ? » A2 « Avez-vous ressenti de l'angoisse ? » A3 « Avez-vous eu le sentiment d'être dans un état second ? » A4 « Avez-vous eu des manifestations physiques comme, par exemple, des tremblements, des suees, une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération des battements de cœur » A5 « Avez-vous eu l'impression d'être paralysé(e), incapable de réactions adaptées ? » A6 « Avez-vous eu la conviction que vous alliez et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ? » A7 « Vous êtes vous senti seul(e), abandonné(e) par les autres ? » Et A8 « Vous êtes vous sentis impuissant(e) ? ». Kaci a coché la case 3 dans tous les items, ce qui correspond à une intensité très forte de ses manifestations.

Aussi, à l'échelle B, qui représente le symptôme pathognomonique de répétition à savoir les reviviscences, l'impression de revivre l'événement, les flashes et l'angoisse attachée à ces répétitions, aux items B1 « Est-ce que des souvenir ou des images reproduisant l'événement s'imposent à vous durant la journée ou la soirée » B2 « revivez –vous l'événement dans des rêves ou des cauchemars ? » B3 « Est il difficile pour vous de parler de l'événement » et B4 « Ressentez- vous de l'angoisse lorsque vous repensez à l'événement »

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

Kaci a coché la case 3 dans tous les items, ce qui correspond à une intensité très forte de ses manifestations.

À l'échelle C, qui représente les troubles du sommeil, à l'item C1 « Depuis l'événement avez-vous plus de difficultés d'endormissement qu'auparavant ? », C3 « Avez-vous plus réveils nocturnes ? » et C4 « Avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout ? », C5 « êtes-vous fatigué au réveil ? » Kaci a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de ses manifestations. À l'item C2 « Faites vous d'avantage de cauchemars ou de rêves terrifiants (au contenu sans apport direct avec l'événement) » Kaci a coché la case 2 qui correspond à une forte intensité de sa manifestation lié aux troubles du sommeil.

À l'échelle D qui représente l'anxiété, l'état d'insécurité et les évitements, aux items D1 « Etes-vous devenu anxieux (se), tendu(e) depuis l'événement ? », D2 « Avez-vous des crises d'angoisse ? » et D4 « Vous sentez vous en états d'insécurité ? » Kaci a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de ses manifestations. Concernant les items D3 « Craignez vous de vous rendre sur des lieux en rapport avec l'événement ? » et D5 « Evitez vous des lieux, des situations ou des spectacles (TV, cinéma) qui évoquent l'événement ? » Kaci a coché la case 2 qui correspond à une forte intensité de ses manifestations.

À l'échelle E qui représente l'irritabilité, la perte de contrôle, l'hypervigilance et l'hypersensibilité, dans tous les items E1 « Vous sentez vous plus vigilant (e), plus attentif (ve) aux bruits qu'auparavant, vous font-ils sursauter ? », E2 « Vous estimez vous plus méfiant qu'auparavant ? » et E3 « Etes-vous plus irritable que vous ne l'étiez avant ? », E5 « Vous sentez vous plus agressif (ve) ou craignez vous de ne plus contrôler votre agressivité depuis l'événement ? » Kaci a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de ses manifestations. Sauf dans l'item E4 « Avez-vous plus de mal à vous maîtriser (crise de nerfs, etc.) ou avez-vous d'avantage tendance à fuir une situation insupportable ? » Kaci a coché la case 2 correspond à une forte fréquence de sa manifestation.

Aussi, à l'échelle F qui représente les réactions psychosomatiques, physiques et les troubles addictifs. Kaci a coché la case 3 dans les items F1 « Lorsque vous y repensez ou que vous êtes dans des situations qui vous rappellent l'événement avez-vous des réactions physiques telles que par exemple maux de tête, nausées, palpitations, tremblements, sueurs, respiration difficile ? », F2 « Avez-vous observé des variations de votre poids ? », F3 « Avez-vous constaté une détérioration de votre état physique général ? » et F4 « Depuis l'événement

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

avez-vous des problèmes de santé dont la cause a été difficile à identifier ?» qui correspond à une très forte intensité de ses manifestations. Enfin à l'item F5 « Avez-vous augmenté la consommation de certaines substances (café, cigarette, alcool, médicaments, nourriture, etc.) ? » Kaci a coché la case 2 qui correspond à une forte intensité de sa manifestation.

Ainsi, qu'à l'échelle G qui représente les troubles cognitifs soit la mémoire, la concentration et l'attention, Aux deux items de cette échelle à savoir G1 « Avez-vous plus de difficulté à vous concentrer qu'auparavant ? », G2 « Avez-vous plus de trous de mémoire qu'auparavant ? » Kaci a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de ses manifestations. Sauf à l'item G3 « Avez-vous des difficultés à vous rappeler l'événement ou certains éléments de l'événement ? » Kaci a coché la case 2 qui correspond à une forte intensité de sa manifestation.

À l'échelle H qui représente les troubles dépressifs, aux items H1 « Avez-vous perdu l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'événement ? », H2 « Manquez vous d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement ? », H3 « Avez-vous des impressions de lassitude, de fatigue et d'épuisement ? » H6 « éprouvez vous des difficultés dans vos relation affectives et/ou sexuelles ? », H7 « Depuis l'événement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ? » et H8 « Avez-vous tendance à vous isoler ou à refuser les contacts ? » Kaci a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de ses manifestations. Ensuite aux items H4 « êtes vous d'humeur triste et /ou avez-vous des crises de larmes ? » et H5 « Avez-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, voire des idées suicidaires ? » Kaci a coché la case 2 qui correspond à une forte fréquence de ses manifestations.

À l'échelle I qui représente le vécu traumatique, aux items I2 « Vous sentez vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'événement ? », I3 « vous sentez-vous humilié (e) par ce qui s'est passé ? », « Ressentez vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ? », I6 « Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même, ou de voir les autres ? » I7 « pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ? » Kaci a coché la case 3 qui correspond à une très forte fréquence de ses manifestations. Aux items I1 « Vous arrive-t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour éviter certaines conséquences ? » et I4 « Depuis l'événement vous sentez-vous dévalorisé(e) ? » Kaci a coché la case 2 qui correspond à une forte intensité de ses manifestations.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

À l'échelle J qui représente la qualité de vie Nous pouvons constater que Kaci ne poursuit son activité professionnelle à l' « item J1 » et qu'il a l'impression que ses capacités ne sont pas équivalentes à avant à l' « item J2 ». Ainsi il ne continue pas à voir ses amis avec la même fréquence à l' « item J3 » il a rompu aussi des relations avec des proches depuis l'événement à l' « item J4 ». Ainsi que Kaci se sent incompris par les autres à l' « item J5 » et abandonné par eux à l' « item J6 ». Kaci a trouvé du soutien auprès de ses proches à l'« item J7 ». Aussi Kaci ne recherche pas davantage la compagnie d'autrui à l' « item J8 », ne pratique pas autant de loisir qu'auparavant à l' « item J9 » et n'y trouve pas le même plaisir qu'auparavant à l' « item J10 ». Enfin Kaci n'avait pas l'impression d'être moins concerné par les événements qui touchent son entourage à l' « item J11 ».

À travers ces données relatives aux échelles du TRAUMAQ, ainsi qu'aux résultats obtenus illustrés dans le tableau, nous pouvons conclure que Kaci présente un traumatisme psychique de très forte intensité suite à son exposition à la violence terroriste en Algérie. Ce traumatisme persiste à long terme qui était à l'origine d'un événement du passé daté de 2004.

Analyse typologique : Suite à des données précédemment citées, Le schéma ci-dessous illustre le profil de Kaci.

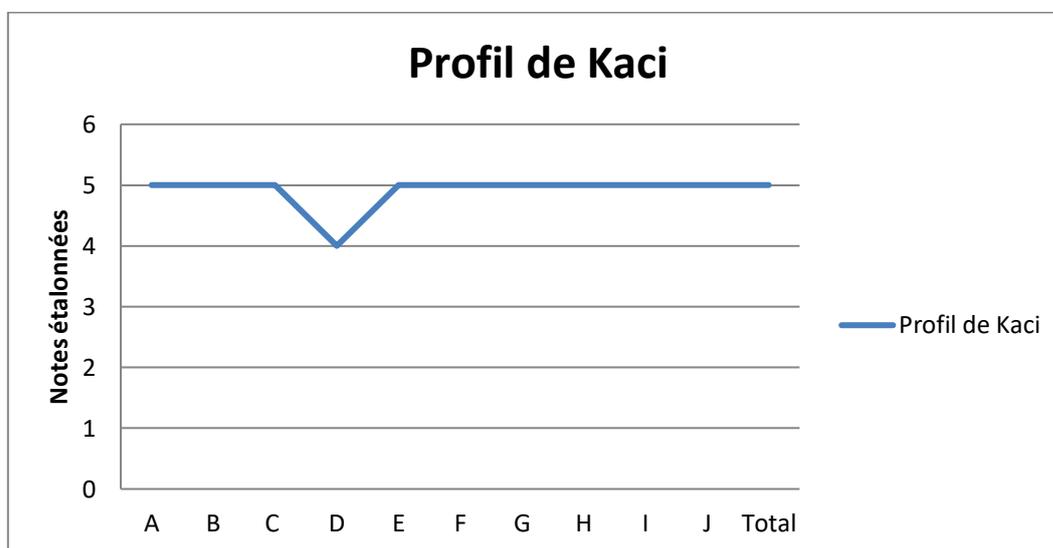


Figure 06 : Illustration du profil de Kaci

Le graphique de Kaci, montre que l'ensemble des notes étalonnées sont très forte équivalentes à 5, sauf l'échelle D qu'une note étalonnée forte équivalente à 4. En référence à

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

ces données et au manuel, Kaci présente un profil (A) à savoir un syndrome psychotraumatique intense.

Synthèse des données du questionnaire TRAUMAQ de Kaci:

À partir des résultats de l'analyse du TRAUMAQ, nous pouvons déduire que le score total enregistré par Kaci est de 153 équivalents à une note totale étalonnée de 5. Selon le manuel le traumatisme psychique est d'une très forte intensité suite à l'exposition de la violence terroriste en Algérie. En effet, Kaci présente un syndrome psychotraumatique intense selon le manuel, le questionnaire met en évidence la présence de réaction immédiate, physique et psychique d'une très forte intensité étant donné le score à l'échelle A. Aussi à l'échelle B de très forte fréquence de la manifestation pathognomoniques de reviviscences sont observées, ainsi qu'une très forte symptomatologie concernant les troubles du sommeil transmis par le score à l'échelle C. Aussi Kaci présente également une forte anxiété, un état d'insécurité et des évitements phobiques comme le témoigne le score à l'échelle D, une très forte intensité de l'hypersensibilité traduite par un score très élevé à l'échelle E, de très forte réactions psychosomatique et physiques vu le score très élevé à l'échelle F, une très forte manifestation des troubles de la mémoire de la concentration et de l'attention observé à l'aide du score très élevé à l'échelle G, une très forte symptomatologie dépressive traduite par l'échelle H, aussi une très forte fréquence de la manifestation d'un vécu traumatique comme en témoigne le score à l'échelle I ainsi qu'une très forte intensité de l'altération de la qualité de vie mis à l'évidence grâce au score à l'échelle J.

Synthèses de cas N° 05 : Kaci

En se référant aux données recueillies de l'entretien de recherche semi-directif, et les résultats obtenus du questionnaire TRAUMAQ, qui nous ont bien permis d'explorer le traumatisme psychique à long terme chez Kaci, on vient de conclure qu'il présente un traumatisme psychique à long terme d'après ses verbatims de l'entretien de recherche qui correspondent aux trois volets du tableau clinique à savoir les reviviscences intrusives/anxiogènes (pathognomoniques); détresse, orage neurovégétatif, raidissement de l'attitude, le cauchemar de répétition, des ruminations mentales, des rêves, reviviscences et rêves répétitifs. Ainsi que l'altération de la personnalité (pathognomonique) au traumatisme psychique à long terme dans laquelle Kaci présente une altération du caractère, irritabilité, retrait social, détachement par rapport aux autres. Aussi, les symptômes non spécifiques par

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

peur, crises d'angoisse, l'isolement signe de dépression, psychosomatique (sensation d'étouffement). Ainsi que, la non-reconnaissance de l'État.

Les résultats obtenus par Kaci dans le questionnaire TRAUMAQ, est de très forte intensité indiquée par un score total de 153 soit une note étalonnée de 5. Dans toutes les échelles, Kaci a exprimé par une très forte fréquence de ses manifestations, sauf qu'à l'échelle D qui est d'une forte intensité de ses manifestations. Selon le manuel Kaci présente un profil (A) à savoir un syndrome psychotraumatique intense.

Dans ce cadre, on voit que les résultats obtenus dans l'entretien et dans notre outil utilisé sont en convergence et de complémentarité, c'est-à-dire il y a un lien (concordance) entre le verbatim et les résultats d'outil destiné à mesurer le trauma, ainsi l'un complète l'autre afin d'explorer la présence du traumatisme psychique à long terme chez nos sujets.

Dans ce qui suit, nous passerons à la discussion de notre hypothèse.

II. Discussion de l'hypothèse

Après avoir présenté et analysé les résultats de nos cinq cas, dans cette dernière partie de ce chapitre, nous allons discuter notre hypothèse pour pouvoir répondre à la question de notre problématique, le but principal est de confirmer ou infirmer notre hypothèse, à travers les résultats obtenus par les outils que nous avons utilisés qui sont l'entretien semi-directif et le questionnaire TRAUMAQ dans le but d'évaluer le traumatisme psychique. À titre de rappel, notre objectif était de décrire rétrospectivement le vécu des gardes communaux victimes de la violence terroriste en Algérie.

D'abord, nous allons commencer à discuter notre hypothèse de recherche, puis nous présentons un tableau récapitulatif des résultats obtenus au TRAUMAQ, ensuite nous irons vers la comparaison des résultats de nos cas entre eux. Enfin, nous comparons nos résultats avec celle de différentes études antérieures qui sont faites dans ce sens.

Hypothèse : Oui, il existerait un traumatisme psychique sur le long terme chez les anciens gardes-communaux victimes de la violence terroriste en Algérie.

Pour vérifier cette hypothèse opérationnelle nous nous sommes basés sur les résultats qualitatifs et quantitatifs obtenus au cours de l'analyse de l'entretien clinique semi directif,

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

ainsi que sur ceux du questionnaire TRAUMAQ qui ont été analysés à la base de l'approche initialement choisie, à savoir celle de l'approche intégrative.

Cas n°01 : Hocine

À la lumière des données recueillies au cours de l'entrevue clinique, nous avons conclu que Hocine présente des séquelles du traumatisme psychique à long terme, suite à son exposition et comme témoin directe à la violence terroriste en Algérie. En effet, nous avons constaté des manifestations claires du traumatisme psychique à long terme, ainsi que des effets pathologiques et durables. Dans ce sens, Hocine présente les trois volets du traumatisme psychique à long terme tel que ; des reviviscences intrusives qui est un critère pathognomonique au traumatisme psychique à long terme, *« je n'arrive pas à dormir j'entends toujours le son des balles, que des cauchemars dans mes rêves »*, ces manifestations sont citées dans la névrose traumatique (psychanalytique) et syndrome psychotraumatique (phénoménologique) par des reviviscences hallucinatoires, ainsi que dans le DSM 5 (309-81) et CIM10 (F43.1) (athéorique) par des rêves, cauchemars et rêves répétitifs. L'altération de la personnalité qui est aussi un critère pathognomonique du traumatisme à long terme, *« je ne vais pas bien, je vis comme un fou, je suis devenu un malade mental »*, ces manifestations sont citées aussi dans la névrose traumatique et syndrome psychotraumatique par l'altération du caractère, impression de détachement du monde, ainsi que dans le DSM 5 et CIM10 par, sentiment de détachement des autres, anhédonie. Ainsi que par le dernier volet celui des symptômes non spécifiques, *« depuis ce jour-là je suis devenu un grand consommateur d'alcool, quand je bois ça va, sinon ça ne va pas, toujours le son des balles dans ma tête »*, ces manifestations sont signalées aussi dans la névrose traumatique et syndrome psychotraumatique, troubles des conduites, ainsi que dans le DSM 5 et CIM10 par, évitement des stimuli évocateurs troubles du comportement, abus d'alcool. Ainsi que, la non-reconnaissance de l'État

L'analyse du questionnaire du TRAUMAQ a révélé un score total enregistré par Hocine est de 137 équivalents à une note totale étalonnée de 5, selon le manuel est un traumatisme de très forte intensité. En effet, les notes obtenues par Hocine aux différentes échelles du questionnaire sont de forte et de très forte intensité de ses manifestations. Tous ces résultats renvoient au profil (A) évoqué dans le manuel à savoir le syndrome psychotraumatique intense.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien clinique semi directif et au questionnaire TRAUMAQ, nous parvenons à confirmer dans le premier cas notre hypothèse sur l'existence du traumatisme psychique sur long terme chez les anciens gardes-communaux victimes de la violence terroriste en Algérie.

Cas n°02 : Boualem

D'après les données collectées lors de l'entretien clinique, nous avons conclu que Boualem présente des séquelles du traumatisme psychique à long terme, suite à son exposition directe à la violence terroriste en Algérie. D'ailleurs, nous avons constaté des manifestations claires du traumatisme psychique à long terme, ainsi que les effets pathologique et durable. Dans ce sens, Boualem présente les trois volets du traumatisme psychique à long terme tel que ; des reviviscences intrusives qui est un critère pathognomonique au traumatisme psychique à long terme, « *Mais maintenant, temps en temps je vois des images des scènes violentes que j'ai vécues dans la garde communale, et des réveils nocturnes* » ces manifestations sont citées dans la névrose traumatique (psychanalytique) et syndrome psychotraumatique (phénoménologique) par les souvenirs forcés, ainsi que dans le DSM 5(309-81)et CIM10 (F43.1) (athéorique)par des souvenirs envahissants, flash-back. L'altération de la personnalité qui est aussi un critère pathognomonique du traumatisme à long terme, « *Mais maintenant je me suis devenu irritable, avec des accès de colère* », ces manifestations sont citées aussi dans la névrose traumatique et syndrome psychotraumatique par l'altération du caractère, ainsi que dans le DSM 5 et CIM10 par impression de détachement du monde, irritabilité, anhédonie. Le dernier volet celui des symptômes non spécifiques, « *Mais maintenant j'ai une hypertension, j'ai perdu l'intérêt signe de la dépression* », ces manifestations sont dénoncées aussi dans la névrose traumatique et syndrome psychotraumatique, ainsi que dans le DSM 5 et CIM10 par plaintes somatiques (hypertension), dépression. Enfin, Boualem se manifeste par la stratégie de coping, ainsi que, le manque de la reconnaissance par l'État

L'analyse du questionnaire TRAUMAQ a permis de constater un score total enregistré par Boualem est de 109 équivaut à une note totale étalonnée de 4, selon le manuel est un traumatisme forte intensité. En effet, les notes obtenues par Boualem aux différentes échelles du questionnaire sont d'une moyenne, forte et de très forte intensité de ses

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

manifestations. Tous ces résultats renvoient au profil (A) évoqué dans le manuel à savoir le syndrome psychotraumatique intense.

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien clinique semi directif et au questionnaire TRAUMAQ, nous atteignons à confirmer dans ce deuxième cas notre hypothèse sur l'existence du traumatisme psychique à long terme chez les anciens gardes-communaux victimes de la violence terroriste en Algérie.

Cas n°03 : Rabah

Compte tenu des données recueillies au cours de l'entrevue clinique, nous avons conclu que Rabah présente des séquelles du traumatisme psychique à long terme, suite à son exposition directe à la violence terroriste en Algérie. En effet, nous avons constaté des manifestations claires du traumatisme psychique à long terme, ainsi que des effets pathologiques et durables. Dans ce sens, Rabah présente les trois volets traumatisme psychique à long terme tel que ; des reviviscences intrusives qui est un critère pathognomonique au traumatisme psychique à long terme, (*cet événement me revient à chaque instant. Il hante mon esprit et ma tête, au même temps j'arrange mes ongles quand cette image me revient. Je n'arrive pas à oublier je fais même des sursauts pendant mes sommeils, et pendant la journée au moindre bruit*) ces manifestations sont citées dans la névrose traumatique (psychanalytique) et syndrome psychotraumatique (phénoménologique) par les souvenirs forcés, Agir comme si, ainsi que dans le DSM 5(309-81) et CIM10 (F43.1) (athéorique) par ; des souvenirs envahissants, détresse si exposé à stimulus évocateur, flash-back. L'altération de la personnalité qui est aussi un critère pathognomonique du traumatisme à long terme, « *Tous les membres de ma famille me disaient tu es devenu une autre personne, agressif, irritable, nerveux, je m'isole souvent des gens* » ces manifestations sont citées aussi dans la névrose traumatique et syndrome psychotraumatique par l'altération du caractère, ainsi que dans le DSM 5 et CIM10 par impression de détachement du monde, irritabilité, anhédonie. Ainsi que par le dernier volet celui des symptômes non spécifiques, « *j'aime rester tout seul, j'évite les gens, même si quelqu'un me parle je ne supporte pas je souffre des maux de tête et ça me dérange, j'évite même de parler de ça, me rends nerveux* », ces manifestations sont signalées aussi dans la névrose traumatique et syndrome psychotraumatique par plaintes somatiques (céphalée), ainsi que dans le DSM 5 et CIM10 par l'évitement. Ainsi que, la non-reconnaissance de l'État.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

L'analyse du questionnaire du TRAUMAQ a révélé un score total enregistré par Rabah est de 132 équivalents à une note totale étalonnée de 5, selon le manuel est un traumatisme de très forte intensité. En effet, les notes obtenues par Rabah aux différentes échelles du questionnaire sont de forte et de très forte intensité de ses manifestations. Tous ces résultats renvoient au profil (A) évoqué dans le manuel à savoir le syndrome psychotraumatique intense.

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien clinique semi directif et au questionnaire TRAUMAQ, nous arrivons à confirmer dans ce troisième cas aussi notre hypothèse sur l'existence du traumatisme psychique sur long terme chez les anciens gardes-communaux victimes de la violence terroriste en Algérie.

Cas n°04 : Farouk

À partir de données collectées au cours de l'entrevue clinique, nous avons conclu que Farouk présente des séquelles du traumatisme psychique à long terme, suite à son exposition directe à la violence terroriste en Algérie. En effet, nous avons constaté des manifestations claires du traumatisme psychique à long terme, ainsi que des effets pathologiques et durables. Dans ce sens, Farouk présente les trois volets traumatisme psychique à long terme tel que ; des reviviscences intrusives qui est un critère pathognomonique au traumatisme psychique à long terme, « *on ne peut pas oublier, car tout est gravé dans la tête, je revois les scènes que j'ai vécu, je ne suis pas à l'aise dans ma vie* ». Ces manifestations sont citées dans la névrose traumatique et syndrome psychotraumatique par les souvenirs forcés, ainsi que dans le DSM-5(309-81) par ; des souvenirs envahissants, réactivité physiologique à stimulus évocateur, et CIM10 (F43.1) par ; souvenir répétitif, reviviscences. L'altération de la personnalité qui est aussi un critère pathognomonique du traumatisme à long terme, « *je suis devenu mou, je m'énerve quand je me rappelle, parfois j'ai la sensation d'avoir envie de pleurer, j'aime rester seul, je suis fatigué, l'un tue l'autre même si on ne se connaissait pas (signe de culpabilité)* ». Ces manifestations sont citées aussi dans la névrose traumatique et syndrome psychotraumatique par ; altérations du caractère, le débordement émotionnel et pulsionnel, les sentiments de détachement, ainsi que dans le DSM 5 et CIM10 par sentiment de détachement des autres, irritabilité, anhédonie. Ainsi que par le dernier volet celui des symptômes non spécifiques avec trouble psychosomatique diabète type II, dépressif, et

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

plainte somatique (mal au cœur), trouble de la sudation (activation neurovégétative), angoisse. Ainsi que, la non-reconnaissance de l'État.

L'analyse du questionnaire du TRAUMAQ a révélé un score total enregistré par Farouk est de 141 équivalents à une note totale étalonnée de 5, selon le manuel est un traumatisme de très forte intensité. En effet, les notes obtenues par Farouk aux différentes échelles du questionnaire sont d'une forte et de très forte intensité de ses manifestations, sauf qu'à l'échelle A qui est d'une moyenne intensité. Tous ces résultats renvoient au profil (A) évoqué dans le manuel à savoir le syndrome psychotraumatique intense.

À travers l'analyse des données obtenues dans l'entretien clinique semi directif et au questionnaire TRAUMAQ, nous atteignons à confirmer dans ce quatrième cas notre hypothèse sur l'existence du traumatisme psychique sur long terme chez les anciens gardes-communaux victimes de la violence terroriste en Algérie.

Cas n° 05 : Kaci

À travers les données recueillies lors de l'entretien clinique, nous avons conclu que Kaci présente des séquelles du traumatisme psychique à long terme, suite à son exposition directe à la violence terroriste en Algérie. En outre, nous avons constaté des manifestations claires du traumatisme psychique à long terme, ainsi que des effets pathologiques et durables. En ce sens, Kaci présente les trois volets du traumatisme psychique à long terme; des reviviscences intrusives qui sont des critères pathognomoniques au traumatisme psychique à long terme tel que « *on n'est pas bien, on ne peut pas oublier, car on est devenu tous des angoissés* », « *on ressentait qu'on était mort. Même que nous sommes mort, aussi dans mes rêves je vois la mort c'est-à-dire, je rêve que je suis mort, après je me réveille avec des battements de cœur et de la sueur. Que des cauchemars dans mes rêves* ». Ces manifestations sont citées dans la névrose traumatique (psychanalytique) et syndrome psychotraumatique (phénoménologique) par la détresse, orage neurovégétatif, raidissement de l'attitude, le cauchemar de répétition, ainsi que dans le DSM 5 (309-81) et CIM10 (F43.1) (athéorique) par des ruminations mentales, des rêves, cauchemars, reviviscences et rêves répétitifs. L'altération de la personnalité qui est aussi un critère pathognomonique du traumatisme à long terme, « *Je suis devenu une autre personne, lourd. Toujours je parle tout seul, plusieurs fois ma femme me disait qu'est-ce que tu as avec tu parles tout seul même la nuit, accès de colère en plus de ça je m'isole* ». Ces manifestations sont citées aussi dans la névrose traumatique et syndrome

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

psychotraumatique, ainsi que dans le DSM 5 et CIM10 par altérations du caractère, irritabilité, retrait social, détachement par rapport aux autres. Ainsi que dans le dernier volet celui des symptômes non spécifiques, « *je suis devenu angoissé, j'ai des étouffements à l'intérieur, en plus de ça je m'isole* ». Ces manifestations sont citées aussi dans la névrose traumatique et syndrome psychotraumatique, ainsi que dans le DSM 5 et CIM10 par peur, crises d'angoisse, l'isolement signe de dépression, psychosomatique (sensation d'étouffement). Ainsi que, la non-reconnaissance de l'État

D'après l'analyse du questionnaire TRAUMAQ nous constatons score total enregistré par Kaci est de 153 équivalents à une note totale étalonnée de 5, selon le manuel est un traumatisme de très forte intensité. En effet, les notes obtenues par Kaci aux différentes échelles du questionnaire sont d'une forte et de très forte intensité de ses manifestations. Tous ces résultats renvoient au profil (A) évoqué dans le manuel à savoir le syndrome psychotraumatique intense.

À travers l'analyse des données obtenues dans l'entretien clinique semi directif et au questionnaire TRAUMAQ, nous parvenons à confirmer notre hypothèse sur l'existence du traumatisme psychique à long terme chez les anciens gardes-communaux victimes de la violence terroriste en Algérie, concernant ce dernier cas.

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et dans le questionnaire TRAUMAQ, nous arrivons à confirmer notre hypothèse sur nos cinq (05) cas.

Donc, notre hypothèse est confirmée. Oui, il existe un traumatisme psychique sur le long terme chez les anciens gardes-communaux victimes de la violence terroriste en Algérie. Les données de la littérature et les études antérieures vont dans le sens des résultats de notre recherche

Maintenant, nous allons vers la comparaison entre nos sujets de recherche.

Dans ce qui suit nous présenterons un tableau récapitulatif des résultats de nos 05 cas du questionnaire TRAUMAQ :

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

Tableau n° 17 : Récapitulatif des résultats de nos 05 cas au questionnaire TRAUMAQ

N° des cas	Prénoms	Score total obtenu	Notes totales étalonnées	Interprétation des résultats
Cas n° 01	Hocine	137	5	Traumatisme très fort
Cas n° 02	Boualem	109	4	Traumatisme fort
Cas n° 03	Rabah	132	5	Traumatisme très fort
Cas n° 04	Farouk	141	5	Traumatisme très fort
Cas n° 05	Kaci	153	5	Traumatisme très fort

À travers, le tableau présenté ci-dessus, qui montre le score total obtenu et notes totales étalonnées ainsi l'interprétation des résultats de nos cinq (05) sujets de recherche, on déduit que la totalité de ces anciens gardes-communaux présentent le même résultat suite à leurs expositions à la violence terroriste en Algérie, Hocine avec un score total de 137 équivaut à une note étalonnée de 5, Rabah, aussi à un score total de 132 soit la note étalonnée de 5 , Farouk a obtenu le score total de 141 équivalant à la note étalonnée de 5, Kaci aussi a obtenu aussi un score total de 153 soit une note étalonnée de 5, donc présentent un traumatisme très fort. Sauf Boualem, qui présente un traumatisme fort avec un score total de 109 équivaut à la note étalonnée de 4, ceci peut en effet trouver une explication dans le fait que ce dernier utilise ses croyances comme coping.

Nous avons constaté aussi chez ces anciens gardes-communaux un point commun, celui de la non-reconnaissance de l'État envers eux, ainsi que la présence d'un symptôme fréquent qui est l'isolement, que nous avons détecté également à travers les verbatims de nos sujets de recherche.

En outre, après avoir comparé les résultats obtenus entre nos sujets de recherche, nous allons comparer les résultats de notre recherche avec les études antérieures qui sont déjà réalisées au monde et en particulier en Algérie sur les militaires et paramilitaires. Nous commençons par celle de Léonard Nguimfack, et Guy-Bertrand Ovambe Mbarga, qui ont réalisé une thèse de doctorat effectuée en mai 2021, précisément en France, qui s'intitule

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

« *Comprendre le psycho-traumatisme de guerre en milieu socioculturel africain : une analyse socio-culturelle des symptômes du psycho-traumatisme chez les soldats de la guerre de Boko Haram au Cameroun* ». Ils retiennent que chez ces derniers, la symptomatologie psycho-traumatique est l'expression d'une atteinte de la « la personnalité totale » du soldat par les forces surnaturelles : l'atteinte du principe biophysique, qui s'apparente aux syndromes d'évitement et de reviviscence ; l'atteinte du principe vital qui s'apparente au syndrome neurophysiologique ; l'atteinte du principe spirituel qui s'apparente aux symptômes dissociatifs retrouvés dans plusieurs tableaux d'ESPT.

En Algérie 2019, un chapitre d'ouvrage réalisé par A, Bahmed et N, Beddad sous le nom de « *séquelles et bribes d'un passé présent. Récits traumatique et mémoire collective chez les militaires et paramilitaires* ». Ils ont observé chez ces personnels des séquelles qui persistent à long terme comme des conduites comportementales telles que les passages à l'acte, l'isolement social, état de somatisation, et de déni perdurant face à la symptomatologie traumatique, angoisse, ainsi les troubles de caractère de type ; agressivité, hostilité, ressentiment, haine, désir de vengeance. Aussi des conduites addictives ; drogues, tabacs. Et d'autres symptômes tels que la dépression, l'anxiété, la peur, culpabilité, l'insomnie, fatigue, et d'autres troubles psychosomatiques liés à l'estomac, à la tête et à l'appareil digestif, anxio-dépressif, ruminations mentales. Et des conduites compensatoires c'est-à-dire obsédé au travail, perte de confiance à qui que ce soit et emprisonnés sur leur lieu de travail. Ils ont aussi observé les changements du trait personnalité, les militaires et paramilitaires sont devenus nerveux, plus émotifs, impulsifs, rigides, sensibles aux critiques, irritables, évitement du discours, refusent de parler sauf qu'avec leurs collègues.

Un autre mémoire réalisé à l'université d'Ottawa Septembre 2018, par S. Gratton, porte un titre « *Le trouble de stress post-traumatique chez les militaires canadiens* ». Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) frappe certains militaires qui sont confrontés à des situations difficiles. Le TSPT est le résultat de la rencontre avec une situation menaçante, au cours de laquelle la vie ou l'intégrité physique d'une personne ont été mises en jeu. Des symptômes tels que l'hypervigilance, l'anxiété, l'isolement, la colère, les flashbacks, les difficultés de sommeil peuvent survenir après l'événement traumatisant ou même plusieurs années après qu'il se soit produit.

Une autre étude a été réalisée en Algérie à l'université de Beskra en 2015 par A.H, Djedou et S. Hadj Cheikh, sur « *l'impact du traumatisme psychique sur les membres des*

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

forces spéciales exposées à la violence terroriste ». Les résultats des trois hypothèses montrent que les hommes des forces spéciales exposés à la violence terroriste souffrent de manifestations dépressives, d'introversion et de tendance suicidaire.

Toujours, en Algérie, une thèse de doctorat réalisée par ; Roukia Azzag en 2014, elle a étudiée les anciens militaire qui avaient été victimes d'agressions terroristes. Dans l'objectif est de cherché les effets du traumatisme psychique chez eux après une période qui excéder les dix ans de cette exposition à l'événement traumatique. Dans ses résultats, elle a constatée que les anciens militaires souffrent de troubles psychiques post-traumatiques, tels que la dépression, l'anxiété, et les troubles psychosomatiques.

Dans ce sens, nous pouvons faire découler que les résultats que nous avons obtenus sont similaires aux études antérieures que nous venons de présenter.

Synthèse :

En fonction des résultats obtenus auprès des outils utilisés dans notre recherche, tel que l'entretien de recherche semi-directif et le questionnaire TRAUMAQ, nous pouvons confirmer pour tous les cas notre hypothèse, « *Oui, il existerait un traumatisme psychique sur le long terme chez les anciens gardes-communaux victimes de la violence terroriste en Algérie* ». Du fait que la totalité de nos sujets de recherche présentent un traumatisme psychique à long terme, qui recouvre les trois volets à savoir les reviviscences intrusives et/ou anxiogènes (pathognomoniques), l'altération de la personnalité (pathognomoniques) et les symptômes non spécifiques (que l'on peut observer aussi dans d'autres pathologies).

En effet, cette étude est descriptive visant à mettre en évidence de manière approfondie le phénomène du traumatisme psychique et ses signes cliniques au moment présent, mais en réalité de nature rétrospective, car l'événement en question est assez ancien, et est survenu dans le passé.

Dans ce qui suit, nous présenterons la conclusion qui mettra fin à cette recherche.

L'être humain, depuis son existence, a toujours été confronté aux dangers. Le terrorisme est le plus dommageable de toutes les violences, à cet effet les populations réclament la sécurité pour faire face à ce phénomène, c'est aussi le cas de l'Algérie qui a connu des violences terroristes particulières. Les forces de sécurité ont riposté à tous actes terroristes, ce qui a engendré des pathologies physiques et psychologiques comme le traumatisme psychique chez les éléments de sécurité.

Dans ce cadre, le terrorisme est un phénomène mondial qui a plusieurs formes, dont l'objectif est de déstabiliser un État ou d'imposer une idéologie par ses différents actes de violence extrêmes. Le terrorisme en Algérie est particulier, car les islamistes extrémistes voulaient instaurer un État régi par les lois divines à travers l'ordre de la terreur, cela a duré plus d'une décennie.

À ce moment-là, l'État algérien a mobilisé toutes ses forces de sécurité (militaires et paramilitaires), pour faire face au terrorisme. Néanmoins, la population a dénoncé un manque de sécurité surtout dans des communes et zones isolées, ce qui a poussé l'État algérien à créer un nouveau corps pour renforcer la sécurité au sein des communes.

La garde communale est un corps de sécurité (paramilitaire) créé au moment de la décennie noire, son rôle principal était de surveiller, protéger des personnes, leurs biens et les biens d'État. Ces gardes-communaux ont payé cher cette mission, car ils étaient dans les premiers rangs de la lutte antiterroristes.

C'est dans ce cadre, que notre intérêt s'est porté vers l'aspect psychologique (traumatisme psychique) des gardes-communaux qui ont confronté le terrorisme au cours de la décennie noire en Algérie, notre thème s'est intitulé alors « *Étude descriptive rétrospective chez les anciens gardes-communaux victimes de la violence terroriste en Algérie* ». Il est vrai que toutes personnes ayant vécu des événements traumatogènes ne développent pas tous des troubles psychiques, certains tiennent le coup, expliqué par diverses réactions, comme la résilience...etc.

Par conséquent, la violence terroriste est l'un des facteurs traumatisants. Le traumatisme psychique comme un choc émotionnel grave ou un état psychopathologique, lié à l'événement violent, brutal, inattendu, qui menace l'intégrité physique et psychique de l'individu, ce dernier a rencontré le réel de la mort. L'effroi peut provoquer l'effraction du pare-excitation,

cet événement s'incruste au sein de l'appareil psychique. Selon le DSM-5, pour faire trauma il faut que la personne soit exposée à la mort affective ou à une menace de mort, une blessure grave ou à des violences sexuelles, étant témoin direct, en apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche, étant membre de secours, de police.

À cet effet, le traumatisme psychique est l'un des facteurs que l'on doit prendre en considération dans l'immédiat. Sinon cela va se prolonger vers les réactions du post-immédiat, ou vers la phase à long terme ou chronique qui se caractérise par les reviviscences intrusives/anxiogènes (pathognomoniques), altération de la personnalité (pathognomoniques) et des symptômes non spécifiques.

C'est ainsi que dans ce cadre, nous avons tenté d'appréhender l'effet traumatique de cette violence terroriste, pour ce faire, nous nous sommes appuyés sur l'approche intégrative, car c'est une approche qui combine différents courants afin d'aborder la réalité complexe des personnes souffrant de traumatisme chronique, également de prendre l'individu dans sa globalité.

Dans notre mémoire, nous avons inclus le manuel DSM-5 et plus précisément ce qui touche au concept de TSPT, même s'il ne s'agit pas de l'approche exclusivement retenue dans cette recherche, car ce manuel propose concernant ce trouble un inventaire laborieux de signes et de symptômes qui permettent un repérage et un dépistage de la souffrance traumatique.

L'objectif de cette présente étude, était au premier temps d'explorer les ressentis et séquelles ainsi de décrire le devenir psychologique des anciens gardes-communaux ayant exercé durant la décennie noire en Algérie. Ainsi nous avons dans un deuxième temps, tenté d'explorer les répercussions du traumatisme psychique à long terme.

Pour réaliser notre objectif, nous avons mené notre recherche dans la wilaya de Béjaïa précisément aux domiciles, sur les lieux de travail ou dans des bibliothèques municipales avec cinq anciens gardes-communaux qui ont accepté de partager leurs expériences, celles-ci représentent notre groupe de recherche. Ces derniers ont tous été mobilisés durant la décennie noire en Algérie, ont tous étaient exposés à l'événement traumatique (la violence terroriste), aussi ils sont tous des adultes et des hommes, l'absence du genre féminin est expliqué dans les effectifs des gardes-communaux.

Concernant la méthodologie sur laquelle nous nous sommes basée pour effectuer notre recherche est celle de la méthode clinique basée sur l'étude de cas comme élément de la méthode qualitative. Cette dernière est vraiment la plus appropriée pour explorer nos variables et à décrire les épreuves subjectifs de nos sujets et leurs expériences vécues dans le cadre de l'exercice de leur métier. Ainsi que de comprendre et décrire le traumatisme psychique sur long terme chez les anciens gardes-communaux victimes de la violence terroriste en Algérie. Également à travers cette méthodologie, nous avons mis en évidence les répercussions chez nos sujets suite à leur exposition à l'événement traumatique (violence terroriste) après une longue période.

À cet effet, nous avons eu recours à deux outils de recherche à savoir l'entretien semi-directif et questionnaire TRAUMAQ. En premier lieu, nous avons utilisé l'entretien semi-directif dans le but de recueillir des informations sur la biographie, éléments socio-démographique et familial du sujet, en plus sur le vécu à long terme de la violence terroriste, avoir des données concernant le traumatisme psychique et son évolution et ses répercussions. En plus de pouvoir accéder aux renseignements subjectifs. En deuxième lieu, nous avons utilisé le questionnaire du TRAUMAQ, grâce à ces dix échelles composées de différents items relatifs aux diverses manifestations traumatiques, nous a permis l'appréciation, de manière tout aussi concrète et étayé sur la présence des séquelles du traumatisme psychique à long terme chez nos sujets de recherche. À l'issue de cet outil on a pu juger de l'apparition ou non de signes traumatiques et de l'intensité ou de la fréquence de ces derniers.

Ces deux outils nous ont permis de recueillir le vécu émotionnel immédiat, post-immédiat et actuel de la violence vécue, aussi, le recours à ces deux outils d'investigation nous a permis de confirmer ou d'infirmer notre hypothèse.

En ce qui concerne les cinq cas présentés et sur la base des résultats obtenus par notre recherche, les répercussions de la confrontation à la violence terroriste sont en effet apparues et toujours présentes.

Les résultats que nous avons obtenus dans notre recherche, nous ont laissé constater que notre hypothèse intitulée «*Oui, il existerait un traumatisme psychique sur le long terme chez les anciens gardes-communaux victimes de la violence terroriste en Algérie*» est confirmée pour tous nos sujets de recherche. En effet, Hocine, Rabah, Farouk et Kaci, présentent un traumatisme très fort, Boualem aussi présente un traumatisme d'une intensité un peu moins

qu'aux autres, avec une forte intensité, d'après les résultats obtenus au questionnaire TRAUMAQ. Nos sujets présentent aussi des signes de traumatisme psychique à long terme dans leurs verbatims à l'entretien de recherche tel que des reviviscences intrusives/anxiogènes ; reviviscence hallucinatoire, cauchemars, rêves répétitifs, flash-back, réveils nocturnes, ainsi que l'altération de la personnalité ; par altérations du caractère et l'isolement qui est un signe le plus fréquent et un sentiment de désintérêt. Aussi des symptômes non spécifiques, angoisse, accès de colère, agressivité, dépression, hypertensions, céphalées, diabète, abus d'alcool, boulimie. Ainsi que, la non-reconnaissance de l'État comme un point commun. Les résultats que nous sommes parvenus à mettre en évidence vont, en effet, dans le sens des différentes études réalisées en rapport à notre population d'étude, qui ont témoigné des séquelles du traumatisme psychique suites à la violence terroriste.

Par ailleurs, au cours de notre recherche, nous avons rencontré un certain nombre d'obstacles. En effet, la difficulté d'accéder à la population de recherche, étant donné le fait que plusieurs cas ont accepté de participer à notre recherche mais ils n'ont pas donné suite. Aussi, la demande d'annulation d'un cas après sa participation à ce travail de recherche.

À cet effet, pour aider davantage les personnes dans les situations de trauma, il serait souhaitable de créer des cellules d'urgence médico-psychologique au niveau de notre pays, ainsi d'investir dans la formation de plus de psychologues dans les interventions et dans la psychotraumatologie, afin d'assurer un suivi plus efficace des individus ayant été confrontés à des événements traumatiques.

Nous concluons sur la nécessité d'un dépistage massif des personnes atteintes de ces séquelles, de ces cicatrices et leur prise en charge, car il semble d'après notre enquête que le passé est toujours présent chez nos sujets. Nous attirons notamment l'attention sur l'importance et l'urgence de réparer les dommages psychiques de cette catégorie étudiée, via notamment une législation qui leur donnerait toute la reconnaissance de la nation quant à leurs sacrifices, quant à leur statut de victime, la réparation (décret, etc), l'indemnisation (rente, avantages, pensions, etc) et aussi un devoir de mémoire envers eux. A la fin, nous espérons des études ultérieures complémentaires à la nôtre, telles que :

- 1- La résilience chez les anciens gardes-communaux victimes de la violence terroriste en Algérie.
- 2- La qualité de vie chez les anciens gardes-communaux victimes de la violence terroriste en Algérie.

Liste des références

- (Décret exécutif n° 96-265 du 18 rabie el aouel 1417 correspondant au 3 aout 1996, portant création d'un corps de garde communale et déterminant ses missions et son organisation, 1996)
- (Décret exécutif n° 97/-50 du 5 Chaoual 1417 correspondant au 12 février 1997 portant mission et organisation de la direction générale de la garde communale, 1997)
- (Instruction n° 004 du 05 octobre 1998 définissant les règles du service et de discipline générale applicables au corps de la garde communale, 1998)
- (L'arrêté n° 702 du 29 avril 1994 portant sur la mise en place de la garde communale, 1994)
- Abbassi, S.E., & Gaillard, B.(2012). *Les enfants nés dans les maquis terroristes en Algérie (137-144)*. <https://www.cairn.info/publications-de-Salah-Eddine-Abbassi--100844.htm>
- American Psychiatric Association (2016), *DSM-5, Diagnostics différentiel*, Elsevier Masson.
- Anaut, M. (2008). *La résilience : Surmonter les traumatismes*. (2e éd). Armand Colin.
- Anaut, M. (2012). *Traumatisme, humour et résilience*. Dans R. Coutanceau, J.Smith, S. Lemitre (dir.), *Trauma et résilience victimes et auteurs* (pp.1-14). Dunod.
- Anaut, M. (2015). *La résilience : évolution des conceptions théoriques et des applications cliniques*. *Recherche en soins infirmiers*, N° 121(2), 28-39. <https://doi.org/10.3917/rsi.121.0028>
- Anaut, M. (2015). *Psychologie de la résilience*. (3e éd.). Armand Colin
- Angers, M. (1997). *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*. Casbah.
- Angers, M. (2014). *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*. (6^e éd), Casbah.
- Aoudia, M. (2020). 19. *Évaluations cliniques en psychotraumatologie*. Dans : Marianne Kédia éd., *Psychotraumatologie* (pp. 185-207): Dunod.

- Bahmed, A., & Bedad, N. (2019). *Séquelles et bribes d'un passé présent : récits traumatiques et mémoire collective chez les militaires et paramilitaires*. Dans F. Moussa (Ed.), *Devenir des victimes et prise en charge des traumatismes* (pp. 27-43). Paris, France : L'harmattan
- Belarouci, L. (2010). *Le terrorisme en Algérie : entre honte et trauma*. <http://www.cairn.info/revue-dialogue-2010-4-page-107.htm>
- Benamsili, L. (2021). *Cours psychotrauma*. <https://elearning.univ-bejaia.dz/pluginfile.php/725601/modresource/content/1/Cours%20Psychotrauma.%20Mme%20Benamsili%20.pdf>
- Benamsili,L.,(2020) *Le trouble stress post-traumatique dans la nosographie psychiatrique: cas du DSMet de la CIM* , Tributaries JOURNAL For studies and scientific research in social and humansciences 4 (1) December 2020 , 581-597.
- Benony, H. & Chahraoui, K. (2013). *L'entretien clinique*. PUF
- Bioy et al, (2021). *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie*. Dunod.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2014). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. (2^e éd.). Armand Colin.
- Bouatta, C. (2007). *Les traumatismes collectifs en Algérie*. Casbah.
- Boukra, L. (2006). *Le terrorisme*. Chihab
- Boukra, L. (2022). *Le terrorisme*. <https://www.cairn.info/le-terrorisme--9789961636039-page-59.htm>
- Boussafsaf, Z. (2013). *La mort dans les représentations de la violence chez les adolescents victimes du terrorisme*. Dans *Études sur la mort* 2013/2 (n° 144), pages 69 à 79. <https://www.cairn.info/revue-etudes-sur-la-mort-2013-2-page-69.htm>
- Bouzar, D., & Caupenne, C. (2020). *La tentation de l'extrémisme, djihadistes, suprimacistes blancs et activités l'etrême gauche....*Mardaga
- Campenhoudt et al., (2017). *Manuel de recherche en sciences sociales*. (5^e ed.). Dunod.

- Cartier, C., & Ciccone, A. (2020), *Traumatismes de guerre et stress post-traumatiques*. L'harmattan.
- Chahraoui, K., & Benony, H. (2003), *Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique*. Dunod
- Chahraoui, Kh. (2014). *15 cas cliniques en psychopathologie du traumatisme*. Dunod
- Chaliand, G., & Blin, A. (2015), *Histoire du terrorisme de l'antiquité à Deach*. Librairie Artthème Fayard.
- Chiland, C. (2015), *L'entretien clinique*. Quardige
- Ciccone, A. (2014). *L'observation clinique attentive, une méthode pour la pratique et la recherche clinique*. Dans : *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe* (pp. 65-78). Ères.
- Coq, J. (2018). *Interventions psychologiques d'urgence auprès des victimes d'attaques terroristes*. Dialogue, (3), 89-102. <https://doi-snd11.arn.dz/10.3917/dia.221.0089>
- Corbière, M., & Larivière, N. (2014). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes*. Dans *la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. PUQ
- Crocq, L. (2012). *Quelques jalons dans l'histoire du concept trauma*. In R. Coutanceau., J. Smith. Et S. Lemitre (dir.), *Trauma et résilience. Victimes et auteurs* (p. 175-186). Dunod.
- Crocq, L. (2014). *Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes*. Elsevier Masson.
- Cyrulnik, B. & Jorland, G. (2012). *Résilience connaissances de base*. Odile Jacob.
- Cyrulnik, B., & Duval, P. (2006). *Psychanalyse et résilience*. Odile Jacob.
- Cyrulnik, B., & Elkaïm, M. (2012). *Entre résilience et résonnance: À l'écoute des émotions*. Fabert.
- Damiani, C., & Da costa, M. P. (2006). *Traumaq: questionnaire d'évaluation du traumatisme*. ECPA, le Éditions du centre de psychologie appliquée

- Décret exécutif n° 98/311 du 09 jourmada ethania 1419 correspondant au 30 septembre 1998 fixant la liste, les conditions d'accès et la classification des postes supérieurs des services extérieurs de la direction générale de la garde communale, (1998). <https://www.interieur.gov.dz/index.php/fr/le-ministere/le-minist%C3%A8re/textes-legislatifs-et-reglementaires/51-la-garde-communale.html>
- Djallil, L. (2013). *La Stratégie Algérienne Face À Aqmi*. 2013/3 Automne | pages 147 à 157. <https://www.cairn.info/revue-politique-etrangere-2013-3-page-147.htm>
- Douville, O. (2014). *Les méthodes cliniques en psychologie*. Dunod.
- DSM-5. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. (5^e ed). Elsevier Masson.
- Fernandez, L., & Pedinielli, J. L. (2006). *La recherche en psychologie clinique. Recherche en soins infirmiers*, N° 84(1), 41. <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-1-page-41.htm>
- Filizzola, G., & Lopez, G. (1995). *Victimes et victimologie*. Que sais-je.
- France 24. (2011, Mars). *Le gouvernement désormais confronté à la grogne des gardes communaux*. <https://www.france24.com/fr/20110307-algerie-gardes-communaux-alger-bravent-interdiction-marche-police-gendarmerie-manifestations>
- Gagnon, Y. C. (2012). *L'étude de cas comme méthode de recherche*. PUQ
- Garde communale définition. https://www.encyclopedie.fr/definition/Garde_communale
- Gayraud, J.F., & Sénat, D. (2006). *Le terrorisme*. P,U,F
- Ionesco, S. (2019). *15 approches de la psychopathologie*. (5^e éd). Dunod.
- Josse, E. (2019). *Traumatisme psychique chez l'adulte*. (2^e éd). De Boeck Supérieur.
- Kebsi, M. (2012, octobre) *La garde communale dissoute le 1er novembre prochain* <https://algeria-watch.org/?p=48548>
- Kédia, M. (2013). *L'aide-mémoire de psycho-traumatologie*. (2^e éd). Dunod.

- Khalfa,S. , (2019) . *Prise en charge du traumatisme psychique par la thérapie EMDR et mécanismes cérébraux impliqués*, *Revue de neuropsychologie* (11), 267 à 272.
- Lawilaya de béjaia. (<http://www.algerie-monde.com/wilayas/bejaia/>)
- Laplanche, J., & Pontalis, J-B. (1994). *Vocabulaire de la psychanalyse* (12^e éd). PUF.
- Larousse. (2013). *Terrorisme*. Dans Le Dictionnaire Larousse.
- Le Robert. (2017). *Terrorisme*. Dans Le Collectif Le Robert.
- Lebigot, F. (2005). *Traiter les traumatismes psychique, clinique et prise en charge*. Dunod.
- Lebigot, F. (2016). *Traiter les traumatismes psychiques. Clinique et prise en charge*. (2^e éd). Dunod.
- Lebigot, F. (2021). *Traiter les traumatismes psychiques. Clinique et prise en charge*. (3^e éd). Dunod.
- Les attentas islamiste dans le monde 1979-2019. <https://www.fondapol.org/etude/les-attentats-islamistes-dans-le-monde-1979-2019/>
- Lighezzolo, J., & De Tychev, C. (2004). *La résilience : Se (re)construire après le traumatisme*. In Press.
- Lopez, G. (2014). *Prendre en charge les victimes d'agressions et d'accidents: accueillir, orienter, traiter*. Dunod.
- Lopez, G. (2020). *Traiter les psychotraumatismes*.édition Dunod.
- Mucchielli, A. (2009). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*. (3^e éd). Armand Colin.
- N'da, P. (2015). *Recherche et méthodologie en sciences sociales et humines*. L'harmattan
- Nasr, M. (2014). *Gestion psychologique de la lutte contre le terrorisme*. https://www.files.ethz.ch/isn/184241/Gestion%20Psychologique%20de%20la%20Lutte%20Contre%20le%20Terrorisme_st_sec.pdf

- Pachoud, B. (2005). *Analyse phénoménologique de la notion d'événement et ses implications pour la psychopathologie*. L'évolution Psychiatrique, 70(4), 699-707
- Parient, K. (2020). 49. *Groupes de parole et thérapies de groupe*. Dans : Marianne Kédia éd. *Psychotraumatologie* (pp. 498-503). Dunod.
- Pedinielli, J. L. (2016). *Introduction à la psychologie clinique*. (4^e éd). Armand Colin.
- Pedinielli, J.-L., & Fernandez, L. (2020). *L'observation clinique et l'étude de cas*. (4^e éd). Armand colin.
- Pereira-Fradin, M., & Damiani, C. (2007). *Évaluation psychométrique des troubles post-traumatiques*. *Bulletin de psychologie*, S(HS), 134-140 <https://doi.org/10.3917/bupsy.hs1.0134>
- Peyroulou, J.P. (2020). *Histoire de l'Algérie depuis 1988*. La découverte
- Piot, M et Corcos, M. (2017). 6. *La prise en charge psychologique des victimes*. Dans : Juliette Méadel éd. *L'aide aux victimes* (pp. 55-67). Direction de l'information légale et administrative, Paris
- Sajus, N. (2020), *Psychopathologie du traumatisme psychique et enjeux cliniques entre répétition, perversion et sublimation*. Université de Paris
- Schulz, P., & Sartorius, N. (2016). *Traitements des troubles psychiatriques selon le DSM 5 et la CIM 10*. Paris, France : De Boeck Supérieur.
- Sillamy, N. (2003). *Dictionnaire de psychologie*. Larousse.
- Statista, (2022). *Classement des pays ayant subi le plus de décès dus au terrorisme au monde 2019*. <https://fr.statista.com/statistiques/report-content/statistic/574820>
- Stora, B. (2001). *La guerre invisible Algérie, années 90*. La bibliothèque du citoyen.
- Tarquinio, C., & Montel, S. (2014). *Les psycho-traumatismes*. Dunod.
- Tazrout, I. (2011, Avril). *Les gardes communaux reviennent à la charge* <https://www.lexpressiondz.com/nationale/les-gardes-communaux-reviennent-a-la-charge-130689>

Liste des références

Tesson, S. (2017). *La résilience*. Presses Universitaires de France/ Humensis.

Vion-Dury, J. (2007). *Pour une phénoménologie de la résilience*. Dans : A. Lejeune et C. Maury-Rouan éd. *Résilience, vieillissement et maladie d'Alzheimer* (pp. 219-240). Marseille.

نهار TV (2019, فيفري 27) الناطق الرسمي لتنسيقية الوطنية للحرس البلدي: دفعنا رصيد ثقيل من التضحيات.. من اجل الأمن والاستقرار

[YouTube].

[.https://www.youtube.com/watch?v=rNj7yV2cP5c](https://www.youtube.com/watch?v=rNj7yV2cP5c)

Annexes

Annexe 01 : Guide d'entretien semi-directif

Informations personnelles sur le sujet

- 1- Quel âge avez-vous ?
- 2- Quel est votre niveau d'instruction ?
- 3- Avez-vous des frères et sœurs ? .Si oui, quelle est votre place dans la fratrie ?
- 4- Quelle est votre situation matrimoniale?
- 5- Avez-vous des enfants ? Si oui, combien ?

Axe N° I : Informations sur le métier de la garde communale

- 6- Pouvez- vous nous racontez quel était le motif du choix de votre métier ?
- 7- En quelle année vous vous êtes engagé dans ce métier?
- 8- Quel âge avez-vous lors de votre engagement dans ce métier ?
- 9- Quel est votre grade de service ?
- 10- Est-ce que vous êtes formé pour devenir un garde communal?
- 11- Combien d'année avez-vous exercé dans ce corps ?
- 12- Est-ce que vous êtes en service ou à la retraite ? .Si retraité, en quelle année avez-vous pris votre retraite ?

Axe N° II : Informations avant l'événement.

- 13- Pouvez-vous nous raconter le climat ou l'atmosphère qui régnait à ce moment-là dans votre travail ?
- 14- Pouvez-vous nous décrire la nature des relations entre vos collègues et vos supérieurs hiérarchiques?
- 15- Queressentez-vous à ce moment-là ?
- 16- Avez-vous une maladie physique et/ou psychique à ce moment-là ?

Axe N° III : Informations pendant l'événement

- 17- Vous étiez à quel endroit ? Dans une embuscade ou autre ?
- 18- Vous étiez en groupe ? Si oui, combien ?
- 19- Pouvez-vous nous rapporter la ou les scènes de violence que vous avez vécu durant votre engagement dans ce corps ?
- 20- Racontez-nous comment vous avez réagi sur le plan émotif pendant l'évènement ?

Axe N° IV : Informations après l'événement

- 21- Racontez-nous comment vous avez réagi sur le plan émotif peu après l'évènement ?
- 22- Pouvez-vous nous raconter comment vous sentez vous après avoir vécu ces événements violents dans le cadre de l'exercice de votre métier ?
- 23- Avez-vous développé une maladie depuis ?
- 24- Comment votre entourage a vécu et a réagi à votre situation ?
- 25- Est-ce que vous aviez l'impression d'avoir besoin de consulter un professionnel ?

Axe N° V : Informations sur la reconnaissance.

- 26- Que pensez-vous de la reconnaissance ?
- 27- Avez-vous reçu un soutien, une récompense ou une aide de l'Etat ?
- 28- Avez-vous bénéficié d'une indemnité ?
- 29- Maintenant, quelles sont vos revendications ?
- 30- Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez ajouter et que nous n'avons pas abordé dans notre entretien ?

Annexe 02 : Questionnaire TRAUMAQ

Traumaq

Questionnaire d'évaluation du traumatisme

Carole Damiani
Maria Pereira-Fradin

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

Nom : _____

Prénom : _____

F M Age : _____

Date de passation : _____

Lieu de passation : _____

Informations concernant l'événement :

- Événement individuel Collectif Nature* : _____
- Lieu (domicile, voie publique, etc.) : _____
- Date : _____
- Durée : _____
- Blessures physiques : Non Oui Description : _____
- Séquelles actuelles : _____
- Avez-vous bénéficié de l'intervention de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique sur les lieux ?
- Non Oui
- ITT¹ Non Oui Nombre de jours : _____ Arrêt de travail Non Oui Durée : _____
- IPP² Non Oui Pourcentage : _____

*** Nature de l'événement**

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

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

¹ ITT = Interruption Temporaire de Travail² IPP = Incapacité Permanente Partielle

Renseignements généraux concernant la période antérieure à l'événement :

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

Renseignements concernant la période postérieure à l'événement :

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

PREMIERE PARTIE

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

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

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

Pendant l'événement

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

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

Depuis l'événement

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

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

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

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

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

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

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

DEUXIEME PARTIE

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

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

Délai d'apparition des troubles depuis l'événement

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

Durée des troubles

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

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

Annexe 03 : Feuille de résultats du TRAUMAQ

Résultats au TRAUMAQ

Cotation des échelles de la première partie

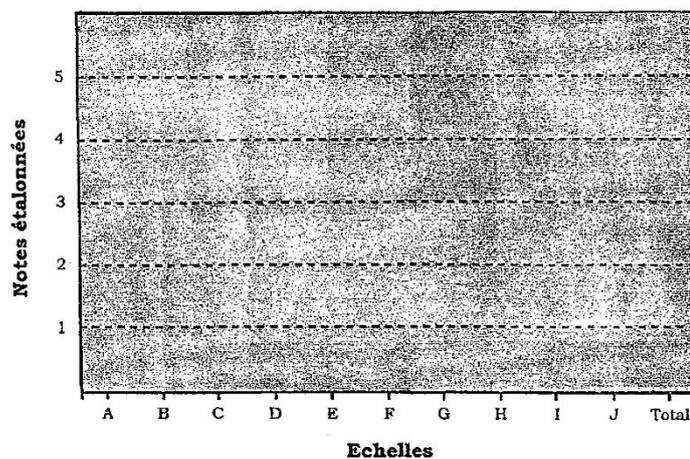
Les notes brutes des échelles A à I correspondent à la somme des points attribués aux items.

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

Conversion des notes brutes en notes étalonnées

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

Profil



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

		0	1	2	3
D1	Etes-vous devenu anxieux(se), tendu(e) depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D2	Avez-vous des crises d'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D3	Craignez-vous de vous rendre sur des lieux en rapport avec l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D4	Vous sentez-vous en état d'insécurité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D5	Évitez-vous des lieux, des situations ou des spectacles (TV, cinéma) qui évoquent l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total D					13

		0	1	2	3
E1	Vous sentez-vous plus vigilant(e), plus attentif(ve) aux bruits qu'auparavant, vous font-ils plus sursauter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E2	Vous estimez-vous plus méfiant(e) qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E3	Etes-vous plus irritable que vous ne l'étiez avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E4	Avez-vous plus de mal à vous maîtriser (crise de nerfs, etc.) ou avez-vous davantage tendance à fuir une situation insupportable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E5	Vous sentez-vous plus agressif(ve) ou craignez-vous de ne plus contrôler votre agressivité depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E6	Avez-vous eu des comportements agressifs depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total E					16

		0	1	2	3
F1	Lorsque que vous y repensez ou que vous êtes dans des situations qui vous rappellent l'événement, avez-vous des réactions physiques telles que, par exemple, maux de tête, nausées, palpitations, tremblements, sueurs, respiration difficile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F2	Avez-vous observé des variations de votre poids ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F3	Avez-vous constaté une détérioration de votre état physique général ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F4	Depuis l'événement, avez-vous des problèmes de santé dont la cause a été difficile à identifier ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F5	Avez-vous augmenté la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, médicaments, nourriture, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total F					19

		0	1	2	3
G1	Avez-vous plus de difficultés à vous concentrer qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
G2	Avez-vous plus de "trous de mémoire" qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
G3	Avez-vous des difficultés à vous rappeler l'événement ou certains éléments de l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total G					09

Intensité (ou fréquence) de la manifestation

0 1 2 3
 |-----|-----|-----|
 nulle faible forte très forte

		0	1	2	3
H1	Avez-vous perdu de l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H2	Manquez-vous d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H3	Avez-vous des impressions de lassitude, de fatigue, d'épuisement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H4	Etes-vous d'humeur triste et/ou avez-vous des crises de larmes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H5	Avez-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, voire des idées suicidaires ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H6	Eprenez-vous des difficultés dans vos relations affectives et/ou sexuelles ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H7	Depuis l'événement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H8	Avez-vous tendance à vous isoler ou à refuser les contacts ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total H					14

		0	1	2	3
I1	Vous arrive-t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour en éviter certaines conséquences ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I2	Vous sentez-vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'événement, et/ou d'avoir survécu alors que d'autres ont disparu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I3	Vous sentez-vous humilié(e) par ce qui s'est passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I4	Depuis l'événement vous sentez-vous dévalorisé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I5	Ressentez-vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I6	Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même ou de voir les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I7	Pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total I					16

J1	Poursuivez-vous votre activité scolaire ou professionnelle ?	oui	<input checked="" type="checkbox"/>	non
J2	Avez-vous l'impression que vos performances scolaires ou professionnelles sont équivalentes à avant ?	oui	<input type="checkbox"/>	non
J3	Continuez-vous à rencontrer vos amis avec la même fréquence ?	oui	<input checked="" type="checkbox"/>	non
J4	Avez-vous rompu des relations avec des proches (conjoint, enfant, parent, etc.) depuis l'événement ?	<input checked="" type="checkbox"/>	oui	non
J5	Vous sentez-vous incompris(e) par les autres ?	<input checked="" type="checkbox"/>	oui	non
J6	Vous sentez-vous abandonné(e) par les autres ?	<input checked="" type="checkbox"/>	oui	non
J7	Avez-vous trouvé un soutien auprès de vos proches ?	<input checked="" type="checkbox"/>	oui	non
J8	Recherchez-vous davantage la compagnie ou la présence d'autrui ?	<input checked="" type="checkbox"/>	oui	non
J9	Pratiquez-vous autant de loisirs qu'auparavant ?	oui	<input type="checkbox"/>	non
J10	Y trouvez-vous le même plaisir qu'auparavant ?	oui	<input type="checkbox"/>	non
J11	Avez-vous l'impression d'être moins concerné(e) par les événements qui touchent votre entourage ?	oui	<input type="checkbox"/>	non
Total J				08

Annexe 05 : Cas N°02 (Boualem) au TRAUMAQ

PREMIERE PARTIE

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

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

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

Pendant l'événement

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

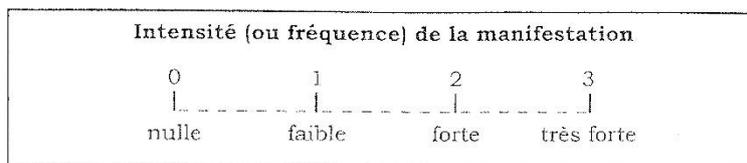
		0	1	2	3
A1	Avez-vous ressenti de la frayeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A2	Avez-vous ressenti de l'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A3	Avez-vous eu le sentiment d'être dans un état second ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A4	Avez-vous eu des manifestations physiques comme, par exemple, des tremblements, des sueurs, une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération des battements du cœur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A5	Avez-vous eu l'impression d'être paralysé(e), incapable de réactions adaptées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A6	Avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A7	Vous êtes-vous senti seul(e), abandonné(e) par les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A8	Vous êtes-vous senti impuissant(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total A					21

Depuis l'événement

Nous allons maintenant aborder ce que vous ressentez actuellement.

		0	1	2	3
B1	Est-ce que des souvenirs ou des images reproduisant l'événement s'imposent à vous durant la journée ou la soirée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B2	Revivez-vous l'événement dans des rêves ou des cauchemars ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B3	Est-il difficile pour vous de parler de l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B4	Ressentez-vous de l'angoisse lorsque vous repensez à ces événements ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total B					07

		0	1	2	3
C1	Depuis l'événement, avez-vous plus de difficultés d'endormissement qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C2	Faites-vous davantage de cauchemars ou de rêves terrifiants (au contenu sans rapport direct avec l'événement) ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3	Avez-vous plus de réveils nocturnes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C4	Avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C5	Etes-vous fatigué(e) au réveil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total C					07



		0	1	2	3
H1	Avez-vous perdu de l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H2	Manquez-vous d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H3	Avez-vous des impressions de lassitude, de fatigue, d'épuisement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H4	Etes-vous d'humeur triste et/ou avez-vous des crises de larmes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H5	Avez-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, voire des idées suicidaires ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H6	Eprouvez-vous des difficultés dans vos relations affectives et/ou sexuelles ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H7	Depuis l'événement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H8	Avez-vous tendance à vous isoler ou à refuser les contacts ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total H					18

		0	1	2	3
I1	Vous arrive-t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour en éviter certaines conséquences ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I2	Vous sentez-vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'événement, et/ou d'avoir survécu alors que d'autres ont disparu ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I3	Vous sentez-vous humilié(e) par ce qui s'est passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I4	Depuis l'événement vous sentez-vous dévalorisé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I5	Ressentez-vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I6	Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même ou de voir les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I7	Pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total I					14

		oui	non
J1	Poursuivez-vous votre activité scolaire ou professionnelle ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J2	Avez-vous l'impression que vos performances scolaires ou professionnelles sont équivalentes à avant ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J3	Continuez-vous à rencontrer vos amis avec la même fréquence ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J4	Avez-vous rompu des relations avec des proches (conjoint, enfant, parent, etc.) depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J5	Vous sentez-vous incompris(e) par les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J6	Vous sentez-vous abandonné(e) par les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J7	Avez-vous trouvé un soutien auprès de vos proches ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J8	Recherchez-vous davantage la compagnie ou la présence d'autrui ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J9	Pratiquez-vous autant de loisirs qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J10	Y trouvez-vous le même plaisir qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J11	Avez-vous l'impression d'être moins concerné(e) par les événements qui touchent votre entourage ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total J			06

Annexe 06 : Cas N°03 (Rabah) au TRAUMAQ

PREMIERE PARTIE

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

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

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

Pendant l'événement

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

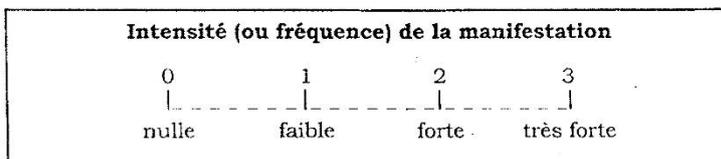
		0	1	2	3
A1	Avez-vous ressenti de la frayeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A2	Avez-vous ressenti de l'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A3	Avez-vous eu le sentiment d'être dans un état second ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A4	Avez-vous eu des manifestations physiques comme, par exemple, des tremblements, des sueées, une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération des battements du cœur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A5	Avez-vous eu l'impression d'être paralysé(e), incapable de réactions adaptées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A6	Avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A7	Vous êtes-vous senti seul(e), abandonné(e) par les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A8	Vous êtes-vous senti impuissant(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total A					23

Depuis l'événement

Nous allons maintenant aborder ce que vous ressentez actuellement.

		0	1	2	3
B1	Est-ce que des souvenirs ou des images reproduisant l'événement s'imposent à vous durant la journée ou la soirée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B2	Revivez-vous l'événement dans des rêves ou des cauchemars ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B3	Est-il difficile pour vous de parler de l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B4	Ressentez-vous de l'angoisse lorsque vous repensez à ces événements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total B					11

		0	1	2	3
C1	Depuis l'événement, avez-vous plus de difficultés d'endormissement qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C2	Faites-vous davantage de cauchemars ou de rêves terrifiants (au contenu sans rapport direct avec l'événement) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3	Avez-vous plus de réveils nocturnes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C4	Avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C5	Etes-vous fatigué(e) au réveil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total C					13



		0	1	2	3
H1	Avez-vous perdu de l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H2	Manquez-vous d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H3	Avez-vous des impressions de lassitude, de fatigue, d'épuisement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H4	Etes-vous d'humeur triste et/ou avez-vous des crises de larmes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H5	Avez-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, voire des idées suicidaires ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H6	Eprouvez-vous des difficultés dans vos relations affectives et/ou sexuelles ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H7	Depuis l'événement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H8	Avez-vous tendance à vous isoler ou à refuser les contacts ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total H		16			

		0	1	2	3
I1	Vous arrive-t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour en éviter certaines conséquences ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I2	Vous sentez-vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'événement, et/ou d'avoir survécu alors que d'autres ont disparu ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I3	Vous sentez-vous humilié(e) par ce qui s'est passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I4	Depuis l'événement vous sentez-vous dévalorisé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I5	Ressentez-vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I6	Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même ou de voir les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I7	Pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total I		12			

		oui	non
J1	Poursuivez-vous votre activité scolaire ou professionnelle ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J2	Avez-vous l'impression que vos performances scolaires ou professionnelles sont équivalentes à avant ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J3	Continuez-vous à rencontrer vos amis avec la même fréquence ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J4	Avez-vous rompu des relations avec des proches (conjoint, enfant, parent, etc.) depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J5	Vous sentez-vous incompris(e) par les autres ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J6	Vous sentez-vous abandonné(e) par les autres ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J7	Avez-vous trouvé un soutien auprès de vos proches ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J8	Recherchez-vous davantage la compagnie ou la présence d'autrui ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J9	Pratiquez-vous autant de loisirs qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J10	Y trouvez-vous le même plaisir qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J11	Avez-vous l'impression d'être moins concerné(e) par les événements qui touchent votre entourage ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total J		09	

Annexe 07 : Cas N°04 (Farouk) au TRAUMAQ

PREMIERE PARTIE

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

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

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

Pendant l'événement

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

		0	1	2	3
A1	Avez-vous ressenti de la frayeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A2	Avez-vous ressenti de l'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A3	Avez-vous eu le sentiment d'être dans un état second ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4	Avez-vous eu des manifestations physiques comme, par exemple, des tremblements, des sueurs, une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération des battements du cœur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A5	Avez-vous eu l'impression d'être paralysé(e), incapable de réactions adaptées ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A6	Avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A7	Vous êtes-vous senti seul(e), abandonné(e) par les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A8	Vous êtes-vous senti impuissant(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total A					15

Depuis l'événement

Nous allons maintenant aborder ce que vous ressentez actuellement.

		0	1	2	3
B1	Est-ce que des souvenirs ou des images reproduisant l'événement s'imposent à vous durant la journée ou la soirée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B2	Revivez-vous l'événement dans des rêves ou des cauchemars ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B3	Est-il difficile pour vous de parler de l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B4	Ressentez-vous de l'angoisse lorsque vous repensez à ces événements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total B					10

		0	1	2	3
C1	Depuis l'événement, avez-vous plus de difficultés d'endormissement qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C2	Faites-vous davantage de cauchemars ou de rêves terrifiants (au contenu sans rapport direct avec l'événement) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C3	Avez-vous plus de réveils nocturnes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C4	Avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C5	Etes-vous fatigué(e) au réveil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total C					14

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

		0	1	2	3
D1	Etes-vous devenu anxieux(se), tendu(e) depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D2	Avez-vous des crises d'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D3	Craignez-vous de vous rendre sur des lieux en rapport avec l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D4	Vous sentez-vous en état d'insécurité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D5	Évitez-vous des lieux, des situations ou des spectacles (TV, cinéma) qui évoquent l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total D		15			

		0	1	2	3
E1	Vous sentez-vous plus vigilant(e), plus attentif(ve) aux bruits qu'auparavant, vous font-ils plus sursauter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E2	Vous estimez-vous plus méfiant(e) qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E3	Etes-vous plus irritable que vous ne l'étiez avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E4	Avez-vous plus de mal à vous maîtriser (crise de nerfs, etc.) ou avez-vous davantage tendance à fuir une situation insupportable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E5	Vous sentez-vous plus agressif(ve) ou craignez-vous de ne plus contrôler votre agressivité depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E6	Avez-vous eu des comportements agressifs depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total E		15			

		0	1	2	3
F1	Lorsque que vous y repensez ou que vous êtes dans des situations qui vous rappellent l'événement, avez-vous des réactions physiques telles que, par exemple, maux de tête, nausées, palpitations, tremblements, sueurs, respiration difficile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F2	Avez-vous observé des variations de votre poids ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F3	Avez-vous constaté une détérioration de votre état physique général ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F4	Depuis l'événement, avez-vous des problèmes de santé dont la cause a été difficile à identifier ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F5	Avez-vous augmenté la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, médicaments, nourriture, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total F		14			

		0	1	2	3
G1	Avez-vous plus de difficultés à vous concentrer qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
G2	Avez-vous plus de "trous de mémoire" qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G3	Avez-vous des difficultés à vous rappeler l'événement ou certains éléments de l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total G		06			

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

		0	1	2	3
H1	Avez-vous perdu de l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H2	Manquez-vous d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H3	Avez-vous des impressions de lassitude, de fatigue, d'épuisement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H4	Etes-vous d'humeur triste et/ou avez-vous des crises de larmes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H5	Avez-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, voire des idées suicidaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H6	Eprenez-vous des difficultés dans vos relations affectives et/ou sexuelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H7	Depuis l'événement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H8	Avez-vous tendance à vous isoler ou à refuser les contacts ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total H					27

		0	1	2	3
I1	Vous arrive-t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour en éviter certaines conséquences ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I2	Vous sentez-vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'événement, et/ou d'avoir survécu alors que d'autres ont disparu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I3	Vous sentez-vous humilié(e) par ce qui s'est passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I4	Depuis l'événement vous sentez-vous dévalorisé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I5	Ressentez-vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I6	Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même ou de voir les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I7	Pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total I					13

J1	Poursuivez-vous votre activité scolaire ou professionnelle ?	oui	<input checked="" type="checkbox"/>
J2	Avez-vous l'impression que vos performances scolaires ou professionnelles sont équivalentes à avant ?	oui	<input checked="" type="checkbox"/>
J3	Continuez-vous à rencontrer vos amis avec la même fréquence ?	oui	<input checked="" type="checkbox"/>
J4	Avez-vous rompu des relations avec des proches (conjoint, enfant, parent, etc.) depuis l'événement ?	<input checked="" type="checkbox"/>	non
J5	Vous sentez-vous incompris(e) par les autres ?	<input checked="" type="checkbox"/>	non
J6	Vous sentez-vous abandonné(e) par les autres ?	<input checked="" type="checkbox"/>	non
J7	Avez-vous trouvé un soutien auprès de vos proches ?	oui	<input checked="" type="checkbox"/>
J8	Recherchez-vous davantage la compagnie ou la présence d'autrui ?	<input checked="" type="checkbox"/>	non
J9	Pratiquez-vous autant de loisirs qu'auparavant ?	oui	<input checked="" type="checkbox"/>
J10	Y trouvez-vous le même plaisir qu'auparavant ?	oui	<input checked="" type="checkbox"/>
J11	Avez-vous l'impression d'être moins concerné(e) par les événements qui touchent votre entourage ?	oui	<input checked="" type="checkbox"/>
Total J			09

Annexe 08 : Cas N°05 (Kaci) au TRAUMAQ

PREMIERE PARTIE

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

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

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

Pendant l'événement

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

		0	1	2	3
A1	Avez-vous ressenti de la frayeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A2	Avez-vous ressenti de l'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A3	Avez-vous eu le sentiment d'être dans un état second ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A4	Avez-vous eu des manifestations physiques comme, par exemple, des tremblements, des sueés, une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération des battements du cœur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A5	Avez-vous eu l'impression d'être paralysé(e), incapable de réactions adaptées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A6	Avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A7	Vous êtes-vous senti seul(e), abandonné(e) par les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A8	Vous êtes-vous senti impuissant(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total A					24

Depuis l'événement

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

		0	1	2	3
B1	Est-ce que des souvenirs ou des images reproduisant l'événement s'imposent à vous durant la journée ou la soirée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B2	Revivez-vous l'événement dans des rêves ou des cauchemars ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B3	Est-il difficile pour vous de parler de l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B4	Resserrez-vous de l'angoisse lorsque vous repensez à ces événements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total B					12

		0	1	2	3
C1	Depuis l'événement, avez-vous plus de difficultés d'endormissement qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C2	Faites-vous davantage de cauchemars ou de rêves terrifiants (au contenu sans rapport direct avec l'événement) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C3	Avez-vous plus de réveils nocturnes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C4	Avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C5	Etes-vous fatigué(e) au réveil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total C					14

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

		0	1	2	3
D1	Etes-vous devenu anxieux(se), tendu(e) depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D2	Avez-vous des crises d'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D3	Craignez-vous de vous rendre sur des lieux en rapport avec l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D4	Vous sentez-vous en état d'insécurité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D5	Évitez-vous des lieux, des situations ou des spectacles (TV, cinéma) qui évoquent l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total D					13

		0	1	2	3
E1	Vous sentez-vous plus vigilant(e), plus attentif(ve) aux bruits qu'auparavant, vous font-ils plus sursauter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E2	Vous estimez-vous plus méfiant(e) qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E3	Etes-vous plus irritable que vous ne l'étiez avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E4	Avez-vous plus de mal à vous maîtriser (crise de nerfs, etc.) ou avez-vous davantage tendance à fuir une situation insupportable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E5	Vous sentez-vous plus agressif(ve) ou craignez-vous de ne plus contrôler votre agressivité depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E6	Avez-vous eu des comportements agressifs depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total E					17

		0	1	2	3
F1	Lorsque que vous y repensez ou que vous êtes dans des situations qui vous rappellent l'événement, avez-vous des réactions physiques telles que, par exemple, maux de tête, nausées, palpitations, tremblements, sueurs, respiration difficile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F2	Avez-vous observé des variations de votre poids ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F3	Avez-vous constaté une détérioration de votre état physique général ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F4	Depuis l'événement, avez-vous des problèmes de santé dont la cause a été difficile à identifier ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F5	Avez-vous augmenté la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, médicaments, nourriture, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total F					14

		0	1	2	3
G1	Avez-vous plus de difficultés à vous concentrer qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
G2	Avez-vous plus de "trous de mémoire" qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
G3	Avez-vous des difficultés à vous rappeler l'événement ou certains éléments de l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total G					08

Intensité (ou fréquence) de la manifestation

0 1 2 3
 |-----|-----|-----|
 nulle faible forte très forte

		0	1	2	3
H1	Avez-vous perdu de l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H2	Manquez-vous d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H3	Avez-vous des impressions de lassitude, de fatigue, d'épuisement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H4	Etes-vous d'humeur triste et/ou avez-vous des crises de larmes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H5	Avez-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, voire des idées suicidaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H6	Eprouvez-vous des difficultés dans vos relations affectives et/ou sexuelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H7	Depuis l'événement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H8	Avez-vous tendance à vous isoler ou à refuser les contacts ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total H					22

		0	1	2	3
I1	Vous arrive-t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour en éviter certaines conséquences ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I2	Vous sentez-vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'événement, et/ou d'avoir survécu alors que d'autres ont disparu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I3	Vous sentez-vous humilié(e) par ce qui s'est passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I4	Depuis l'événement vous sentez-vous dévalorisé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I5	Ressentez-vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I6	Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même ou de voir les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I7	Pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total I					19

J1	Poursuivez-vous votre activité scolaire ou professionnelle ?	oui	non
J2	Avez-vous l'impression que vos performances scolaires ou professionnelles sont équivalentes à avant ?	oui	non
J3	Continuez-vous à rencontrer vos amis avec la même fréquence ?	oui	non
J4	Avez-vous rompu des relations avec des proches (conjoint, enfant, parent, etc.) depuis l'événement ?	oui	non
J5	Vous sentez-vous incompris(e) par les autres ?	oui	non
J6	Vous sentez-vous abandonné(e) par les autres ?	oui	non
J7	Avez-vous trouvé un soutien auprès de vos proches ?	oui	non
J8	Recherchez-vous davantage la compagnie ou la présence d'autrui ?	oui	non
J9	Pratiquez-vous autant de loisirs qu'auparavant ?	oui	non
J10	Y trouvez-vous le même plaisir qu'auparavant ?	oui	non
J11	Avez-vous l'impression d'être moins concerné(e) par les événements qui touchent votre entourage ?	oui	non
Total J		09	

Étude descriptive rétrospective chez les anciens gardes-communaux victimes de la violence terroriste en Algérie

Résumé

La décennie noire en Algérie s'est caractérisée par le terrorisme islamiste extrémiste qui voulait imposer la loi divine par la violence. Pour cette raison, l'État algérien renforce sa sécurité par la garde communale afin de protéger les personnes, surtout dans les communes isolées. Cet engagement a causé de nombreuses victimes. Dans ce cadre, cette recherche intitulée « *Étude descriptive rétrospective chez les anciens gardes-communaux victimes de la violence terroriste en Algérie* » avait pour objectif de décrire et d'explorer les répercussions à long terme. Nous avons mené notre enquête de terrain au niveau des lieux de travail ou domiciles ou dans des bibliothèques municipales auprès de cinq gardes-communaux qui ont été exposés à la violence terroriste. Pour réaliser cette recherche, nous avons choisi l'approche intégrative qui prend l'individu dans sa globalité, en adoptant la méthode clinique fondée sur l'étude de cas, nous avons également utilisé l'entretien clinique semi-directif et le questionnaire TRAUMAQ. Les résultats de cette étude ont révélé qu'il existe un traumatisme psychique à long terme chez tous nos sujets de recherche.

Mots clés : décennie noire, Algérie, terrorisme, gardes-communaux, traumatisme psychique à long terme.

Retrospective descriptive study among former communal guards who were victims of terrorist violence in Algeria

Abstract

The black decade in Algeria was characterized by extremist Islamist terrorism that wanted to impose divine law through violence. For this reason, the Algerian State strengthened its security by the communal guard in order to protect people, especially in isolated towns. This commitment has caused many victims. Within this framework, this research entitled "Retrospective descriptive study among former communal guards who were victims of terrorist violence in Algeria" aimed to describe and explore the long-term repercussions. We conducted our fieldwork in the workplace, homes, and municipal libraries with five community guards who had been exposed to terrorist violence. To carry out this research, we chose the integrative approach that takes the individual as a whole, adopting the clinical method based on the case study, we also used the semi-directive clinical interview and the questionnaire TRAUMAQ. The results of this study revealed that long-term psychological trauma exists in all our research subjects.

Key words: black decade, Algeria, terrorism, communal guards, long-term psychological trauma.