

Université Abderrahmane Mira- Bejaia  
Faculté des Sciences Humaines et Sociales  
Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle en vue de l'obtention d'un diplôme  
de Master en Psychologie Clinique

*Thème*

*Le traumatisme psychique chez  
les victimes des événements de  
2001 en Kabylie  
-Etude de cinq (05) cas-*

***Préparé par :***

- *BENHAMOUCHE Sabrina*
- *OULEBSIR Mouloud*

***Encadré par :***

- *Professeur BOUATTA Cherifa*

***Année universitaire : 2014-2015***

# *Remerciements*

*Au premier lieu, on tient à remercier notre encadreur, professeure BOUATTA Cherifa, à qui on exprime notre profonde gratitude et respect, pour son soutien et sa disponibilité tout au long de notre recherche.*

*En deuxième lieu, on remercie Mme HADARBACHE, pour ses aides précieuses, conseils et la documentation qu'elle nous a fournie.*

*Un grand merci pour Mme MOUHABE pour ce qu'elle nous a fourni comme outils pour la réalisation de ce travail, sans oublier Mme BENADJOUR pour sa présence tout au long de notre stage pratique.*

*Un spécial remerciement à Cheikh Tahar Hamadache pour ses orientations et son soutien psychologique.*

*En dernier lieu, nous tenons aussi à remercier tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce modeste travail ; tous nos enseignants du master.*

***Aux victimes du Printemps Noir, spécialement celles qui ont accepté de participer à notre recherche.***

*Benhamouche Sabrina*

*&*

*Oulebsir Mouloud*

## ***Dédicace :***

*Mes dédicaces vont a :*

*Mes parent qui ont veillé a toujours nous donné le mieux.*

*Mes frères Md Akli et sa fiancée Sabrina, Senoussi, Mohiédine et mes sœurs Yamina et son époux Rachid, Fathma et son époux Lounes, et ma petite sœur Zouina.*

*Mes neveux et mes nièces : Sassa, Lydia, Syphax, Ilyes, Fariza, Massi, Md Ameziane et surtout Melissa.*

*Mes cousines Tata et Souad.*

*Mustafa et Amel, Ilyes, Maya Fateh et à tou(te)s mes ami(es).*

*Mon binôme.*

*Mon encadreur Pr. C. Bouatta.*

*A Cheikh Tahar, Kouceila, Farid, Amar, Zahir, Khaled.*

***Hommage Aux victimes du Printemps Noir sans lesquelles ce travail n'aurait pas vu le jour.***

***Benhamouche Sabrina.***

## ***Dédicace:***

*Mes dédicaces vont à :*

*Ma mère, mon père, mes sœurs ; Karima et son époux Mourad, Drifa et Samia, à toute la famille Oulebsir et Berkane.*

*Ma grand-mère Zineb et mon grand-père Slimane et à tous mes cousins et mes proches.*

*Tous mes amis et à tous les étudiants Master II psychologie clinique années 2014-2015.*

*Toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce modeste travail ; Pr. C. Bouatta, ma binôme Sabrina, Hanane, Samir et autres.*

***Hommage Aux victimes du Printemps Noir sans lesquelles ce travail n'aurait pas vu le jour.***

***Oulebsir Mouloud***

## Liste des abréviations :

- **APA.** American psychological association.
- **APN.** l'Assemblée Populaire Nationale.
- **CNS.** Compagnies Nationales de Sécurité.
- **CIM.** Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes.
- **DSM.** Diagnostic and statistical manual of mental disorders.
- **EED.** Echelles d'expériences dissociatives.
- **EMDR.** Eye movement desensitization and reprocessing.
- **ESPT.** Etat de stress post traumatique
- **FIS.** Forces islamistes de salut.
- **-FFS.** Front des forces socialistes.
- **GIA.** Group islamistes algériens.
- **ICG.** International crisis group.
- **LAHHD.** Ligue algérienne de défense des droits de l'homme.
- **MTLD.** le Mouvement pour le Triomphe des Libertés Démocratiques.
- **MCB.** Mouvement culturel berbère..
- **ONG.** Organisation non gouvernemental.
- **OMS.** Organisation mondiale de la santé.
- **ONU.** Organisation des nations unies.
- **O.S.** Organisation spéciale.
- **PTSD.** Post-traumatique stress disorder.
- **PPA.** Partie de peuple algérien.
- **QI.** Quotient intellectuel.
- **SARP.** Association pour l'Aide, la Recherche représentant de la Chaire et le Perfectionnement en Psychologie.
- **TAT.** Test d'aperception thématique.

- **TCC.** Thérapie cognitivo-comportementale.

<b>Liste des tableaux</b>	<b>Contenue</b>
Tableau n°01	comparaison entre stress et trauma. P.67-68
Tableau n°02	Les Dix Principes de Crocq. P.83
Tableau n°03	récapitulation de la population d'étude. P.103
Tableau n° 04	axes de guide d'entretien. P.105
Tableau n°05 :	les résultats des cas selon l'intensité du traumatisme p.144

<b>Liste des figures</b>	<b>Titre</b>
Figure n°1	l'effraction de l'appareil psychique. P.63
Figure n°2	la honte et le trauma. P.91

<b>Liste des graphiques</b>	
Courbe n°1	Echelle de cas (A.B) P.119
Courbe n°2	Echelle de cas (F.B) P.125
Courbe n°3	Echelle de cas (K.I) P.131
Courbe n°4	Echelle de cas (M.S) P.137
Courbe n°5	Echelle de cas (Z.B) P.143

#### **Liste des Annexes :**

- Annexe n°1 : guide d'entretien.
- Annexe n°2 : le questionnaire d'évaluation de traumatisme (Traumaq).

# *Introduction*

## **Introduction :**

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

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

Plusieurs approches et auteurs ont tenté de comprendre la notion du trauma ou du traumatisme psychique, la psychanalyse avec Sigmund Freud qui opte pour la notion de névrose traumatique où il nous propose cette définition (1967) : « est un événement qui, en l'espace de peu de temps, apporte dans le psychisme un tel surcroît d'excitations que sa suppression ou son assimilation par les voies normales devient impossible, ce qui a pour effet des troubles dans l'utilisation de l'énergie ». Dans notre analyse qui porte sur le PTSD chez les victimes des événements de 2001 en Kabylie, on adoptera la définition que le DSM nous propose. La première raison, après 14 ans on ne parle pas d'un traumatisme psychique qui a des effets immédiats mais des effets à long terme dont le DSM s'est focalisé dans son analyse que sur l'état post traumatique. La seconde, c'est que parmi les techniques qu'on va utiliser pour la récolte de données, il y a Traumaq, qui est un questionnaire qui « évalue le syndrome post-traumatique, suite à l'exposition à un événement comportant une menace de mort pour soi ou pour les autres ». (Damiani et Pereira-Fradin, 2007) Ce questionnaire, se compose de questions qui abordent la situation postérieure à un événement considéré comme traumatique.



L'Algérie post-indépendante a connu à travers des décennies des événements chargés de violence qui ont -d'une manière ou d'une autre- un impact sur la vie sociale, économique, politique et même sur le plan religieux du pays.

L'un des événements qui ont marqué l'histoire de la violence en Algérie, ce sont les événements de 2001 en Kabylie que les spécialistes ont surnommé le « Printemps Noir », un printemps qui a fait pendant plus de 3ans selon la LADDH (ONG), plus de 126 morts et des milliers de blessés sans parler de ceux qui ont eu des séquelles physiques et bien sûr les blessés psychiques.

Les blessés psychiques, cette notion qui n'a pas vraiment la place qu'elle mérite dans le corps médical et elle n'est pas prise en charge convenablement en Algérie. On a constaté des centaines de milliers de victimes soit directes ou indirectes pendant des années, qui n'ont pas eu une prise en charge psychologique ni après les événements ni bien plus tard.

Notre recherche a un objectif purement scientifique, loin de toutes considérations politiques. On s'est intéressé aux répercussions de ces événements sur la santé mentale des victimes directes des événements de 2001, en nous demandant s'elles présentaient ou non des séquelles traumatiques et plus précisément un PTSD.

Pour mener à bien notre recherche on répondra aux critères exigés par la communauté scientifique. Notre plan se composera de deux parties, la première partie sera consacrée aux données théoriques concernant nos variables, elle contient quatre chapitres.

Le premier chapitre va aborder la violence d'une manière générale, sa définition, ses formes, la violence collective, les exemples de violence collective dans le monde, le second chapitre va aborder les événements de

2001, leur déroulement, leurs causes, les événements qui les ont rendus possibles, Kabyle, chaque événement traumatique pouvant provoquer un PTSD.

Le troisième chapitre va aborder le traumatisme psychique, et exposer avec détails la notion et la clinique du trauma (PTSD), ainsi que la prise en charge de ce trouble psychique. Le dernier chapitre portera sur le devenir des victimes d'évènement potentiellement traumatique. Ensuite on parlera des victimes, c'est quoi une victime ? A quel moment parle-t-on d'une victime ? On abordera aussi le travail psychique des victimes : la honte, la culpabilité et le deuil. Après on va brièvement aborder la notion de la résilience, sa définition, le processus de résilience. Dans le devenir psychique des victimes ce qui nous intéresse dans notre recherche ce sont les mécanismes (caractéristiques de la personnalité résiliente et les tuteurs de résilience) qui aident les victimes à surmonter leur trauma et leur souffrance.

Pour la deuxième partie de notre travail qui est la partie pratique qui va contenir deux chapitres, le première (chapitre V), c'est la méthodologie de notre recherche, on définira les deux techniques utilisées pour recueillir les données, le type d'entretien utilisé (semi-directif), après on présentera le questionnaire Traumaq qu'on expliquera selon son manuel d'interprétation, on définira également la méthode clinique, on terminera par les difficultés rencontrés au cours de toute la période de réalisation cette recherche.

Le deuxième chapitre (chapitre IV), va consister en la vérification de nos hypothèses de recherche, sont-elles infirmées ou à confirmées ? Pour cela on passera passer des entretiens à nos six cas, suivi par le Traumaq. On analysera ensuite les données, on classera les cas selon la présence et le degré de présence du PTSD.

*Problématique de recherche et  
hypotheses*

## **I. La Problématique**

En cette fin du (XIX) siècle, les flambées de violence urbaine, l'accumulation des catastrophes technologiques et des accidents qui viennent ajouter du malheur aux catastrophes naturelles ont attiré l'attention de l'opinion, des gouvernants et du corps médical sur la souffrance psychique des victimes, ceux que l'on appelle les blessés psychique. (De Clercq et Lebigot, 2005, P.13).

Certaines situations ou événements hors du commun peuvent causer un traumatisme, qui mettra la personne victime dans une souffrance intense et un vécu chargé d'émotions. Ces situations sont la plupart du temps violentes, imprévues ou angoissantes. On parle de prise d'otage, des tortures et des accidents de voitures... ce que M. De Clercq appelle les catastrophes microsociales et il parle aussi de guerres et de catastrophes naturelles (inondation, tremblement de terre... etc.), ce qu'il appelle aussi les catastrophes macro- sociales.

Un traumatisme psychique se produit, en effet, suite à une menace grave pour la vie ou pour atteinte à l'intégrité psychique ou physique, la personne y réagit avec effroi et avec un sentiment d'impuissance, ensuite l'événement effrayant reste non intégré au psychisme, revenant de façon compulsive dans des sensations de reviviscence ou comme menace imminente. (Perucchi, 2008)

Ce qu'on comprend c'est que le traumatisme psychique est un phénomène particulier, dont la réalité clinique n'a été découverte par les psychiatres que très tard, alors qu'il a existé de tout temps. (Lebigot, 2009, P.201). C'est à la fin du XIX siècle que le concept « traumatisme psychique » a été introduit dans la psychopathologie et notamment avec le psychiatre allemand Hermann Oppenheim, dans son ouvrage « les névroses traumatique », paru en 1888, où il a observé les conduites post-traumatiques des victimes d'accidents de chemin de fer, ces dernières sont hypersensibles aux stimulations externes, assaillies par

des cauchemars de reviviscence, et subissant des crises d'anxiété pour tout ce qui rappelle l'accident.

En 1889, Janet, dans sa thèse de doctorat sur « l'automatisme psychologique », présente vingt et un cas de névrose dus à un traumatisme psychique et où il présente le cas de Marie qui souffrait de visions hallucinatoires terrifiantes et d'un arrêt des règles. Au premier jour, sous l'hypnose. Janet fit revivre à la jeune fille les événements, induisant ainsi la cessation des symptômes. Pour Janet, ces patients traumatisés se caractérisent par « la désagrégation de la conscience », de vagues souvenirs de l'évènement traumatisant, des idées fixes et tout ce qui entraîne cette désagrégation. (De Clecq et Lebigot, 2005)

Quant à Freud, il élaborait la théorie de la séduction (1895-1897), dans laquelle le traumatisme était à l'origine une effraction traumatique, sexuelle, passive et passée, d'un adulte sur un enfant. Il décomposa le mécanisme traumatique en deux scènes, la première scène, dite de séduction, serait celle durant laquelle l'enfant subirait passivement l'abus sexuel de la part de l'adulte. Elle serait à l'origine du refoulement de la sexualité. La deuxième, dans l'après coup, se situerait à la puberté et serait souvent d'apparence anodine. C'est cette dernière qui donnerait au premier événement sa valeur traumatique et engendrerait les troubles, soit la constitution de la névrose. Ainsi, dans la Théorie de la Séduction, Freud s'éloigna de la question des névroses traumatiques. L'étiologie de l'hystérie se trouvait dans un événement traumatique, mais de nature sexuelle et cela dans le cadre de l'après coup.

Freud, en 1897, abandonna ce modèle où l'action traumatique était externe pour un modèle où l'action traumatique apparaissait interne, fantasmée. De 1905 à 1920, Freud développa dans « *Les Trois Essais sur la Théorie Sexuelle* », les théories sexuelles infantiles où les traumatismes apparaissaient comme la résultante de fantasmes inconscients.

Les théories de Freud concernant le traumatisme ont progressivement évolué vers une conception économique de l'appareil psychique où le traumatisme n'apparaissait plus lié à un excès de séduction interne ou externe. (Decam, 2012, PP. 10-11)

S.Feranczi a repris la première théorie de Freud où la névrose traumatique est d'origine sexuelle, Il exposa sa théorie dans son ouvrage «*Confusion de Langues entre Adultes et Enfants*» publié en 1932. Pour lui l'enfant reste toujours dans des stades sexuels précoces et l'adulte qui atteint une maturité sexuelle se confond avec l'enfant et passe aux actes sans penser aux conséquences. Cette confusion de langues serait à l'origine d'un traumatisme constitutif chez l'enfant et aurait des effets désorganiseurs sur l'enfant du fait de sa « personnalité faiblement développée ». De plus, l'enfant présenterait une identification à l'agresseur en lien avec « l'introjection » de la culpabilité de celui-ci.

En 1980 les troubles psycho-traumatiques ont été reconnus dans le DSM-III sous le terme de « *Post Traumatic Stress Disorder* ». Ce manuel qui se déclare a-théorique, écarte le terme «*Névrose traumatique* » même si les symptômes sont largement identiques à ceux de cette dernière. En 1993 dans sa quatrième édition, le DSM-V définissait le PTSD par rapport à l'expérience d'un individu qui a « vécu ou été témoin ou été confronté à un ou des événements, durant lesquels des individus ont pu mourir ou être gravement blessés ou bien a été menacé de mort ou de graves blessures ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée » et où la réaction de sujet devrait s'exprimer par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

Quant aux psychiatres de l'école française, tels Louis Crocq (1999), Claude Barrois (1988) et François Lebigot (2001), ils introduisent au cœur de la définition du trauma, la question du sens d'une rencontre avec le réel de la mort, mais aussi ce qui en résulte, soit le bouleversement profond de l'être dans ses

rapports au monde et avec lui-même, Louis Crocq (1999) définit le traumatisme psychique tel qu'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 »

Depuis des siècles lointains, l'homme subissait un nombre considérable d'évènements traumatiques, commençant par les catastrophes macrosociales selon l'expression de De Clercq, on parle de conflits armés (les deux guerres mondiales, la guerre d'Algérie, la guerre coréenne, et la guerre israélo-arabe...), de catastrophes naturelles (inondation, avalanches, ouragan. etc.), des catastrophes provoquées par l'Homme (crash d'avion, naufrage. etc.), en passant aux catastrophes microsociales (accidents de voitures, agression physique, blessure par balle, agression sexuelle .etc.) Tous ces événements et même d'autres peuvent être qualifiés comme traumatiques.

Dans l'exemple de catastrophes macrosociales on peut évoquer la guerre d'Algérie (1954- 1962). Ce pays qui a connu dans son histoire plusieurs événements qui ont un impact sur la population algérienne, depuis l'arrivée du colonisateur français en 1830, jusqu'à la déclaration de la guerre du 1er novembre 1954, passant par les événements de 1980 et ceux de 1988, et qui ont été juste un début pour le déclenchement d'une guerre civile sanglante qui a été un affrontement entre l'armée et les groupes intégristes, et juste après cette période, le pouvoir a été confronté aux événements de 2001 en Kabylie, à cause de la mort d'un jeune lycéen «Massinissa Gueremah » par les forces de la gendarmerie algérienne de Beni Douala dans la wilaya de Tizi-Ouzou .

Pour ce qui nous concerne, on a eu la chance de rencontrer quelques victimes des événements de 2001 en Kabylie. On savait que des victimes ont été touchées dans leur intégrité physique, certaines ont rencontré le réel de la mort.

Ce qui va nous intéresser dans notre travail en tant que psychologue, c'est le sort de ces victimes, le travail psychique, 14 ans après les événements de 2001, dans quel état psychique sont-elles ? Ont-elles repris un mode de vie normal et dépasser leur souffrance ? Ou bien sont-elles toujours traumatisées ?

Il s'agit donc pour nous de nous pencher sur le devenir psychologique de ces victimes, de découvrir l'existence ou pas du traumatisme psychique, d'évaluer son intensité. Cet événement traumatique qui va changer le parcours de vie d'une personne, fragiliser sa personnalité ou la rendre plus forte qu'avant et changer sa vision de la vie.

Notre objectif consiste à étudier l'impact de ces événements sur la santé mentale des victimes (blessées) de 2001 en Kabylie, à identifier les conséquences psychologiques d'un événement traumatique.

Pour mettre la lumière sur cette souffrance psychologique, on a postulé ensemble de questions ;

- Quelle est la qualité de vie psychique chez les victimes des événements de 2001 ?
- Comment sont-elles vécues l'évènement ?
- Sont-elles traumatisées ? Si c'est le cas, qu'elle est l'intensité du traumatisme ?
- Est-ce que les victimes ont arrivées à dépasser leur traumatisme ? Et si c'est oui, comment ?
- Est-ce que l'entourage des victimes joue un rôle dans la résilience ?

## **II. Les hypothèses**

- Les victimes des événements de 2001 peuvent, dix ans après, présenter un PTSD.
  - Les victimes qui ont eu un environnement favorable ont arrivées dépasser leur traumatisme.



### **III. Objectif de recherche**

Notre objectif de recherche est de découvrir l'influence de l'évènement traumatique sur la qualité de vie et le devenir psychique des victimes des évènements 2001, les facteurs qui font qu'une victime dépasse son traumatisme (l'importance des tuteurs de la résilience).

# *Partie théorique*

# Chapitre I : La violence

## Préambule :

Dans notre monde de violence, il peut s'agir de catastrophes naturelles, technologiques ou accidentelles, et des guerres. (Crocq et al, 2007, P.15) Dans le présent chapitre, parler de la violence sous toutes ses formes, qualités, caractères, et donner une définition à la violence collective, nous a paru indispensable puisque le thème général porte sur la violence que la Kabylie a connue pendant le début de XXIème siècle, ce qu'on va essayer de démontrer, c'est que : n'importe quel événement qualifié comme violent pourrait provoquer un traumatisme psychique chez les personnes ayant vécu cet événement, et ces personnes on les appelle « les victimes », et c'est pour cela qu'on va aborder, à la fin de ce chapitre, deux événements violents qui ont marqués l'histoire de l'Afrique et même toute l'histoire de l'humanité, il s'agit des génocides que le Rwanda a connue dans les années quatre-vingt-dix et même ceux que l'Algérie a connue et qui ont commencé en 1992. Donc parler de la violence d'une manière générale est une façon pour nous d'ouvrir les portes pour entamer un deuxième chapitre qui va aborder directement ce qui s'est passé en Kabylie, en 2001, ce qu'on appelle printemps noir.

### 1. Définition des concepts ;

#### 1.1 Définition de la violence :

Etymologiquement, le mot violence a deux origines :

- *violare* qui signifie « agir de force » sur quelqu'un ou quelque chose
- *violentus* qui évoque un abus de force.

La violence est une force qu'un être impose à un autre ou à d'autres, et qui peut aller jusqu'à la contrainte exercée par l'intimidation et la terreur. (Tisseron, 2012.)

La violence reste toujours difficile à définir vu sa complexité, elle se défère d'une approche à une autre, chacune nous propose une définition où elle essaye de cerner toutes les composantes de ce concept.

En 2002, l'organisation mondiale de la santé (OMS) nous propose cette définition : « la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal développement ou privation. »

«Les violences, ce sont des menaces ou des utilisations intentionnelles de la force physique ou du pouvoir contre toi, pour te faire mal, te soumettre ou t'utiliser, violences qui entraînent ou risquent d'entraîner un traumatisme physique ou psychologique, un mal-développement ou des privations.» (Salmona, 2000).

On trouve aussi, la définition de la violence dans le domaine du Droit, et même dans ce domaine, on trouve que chaque sous-discipline a sa propre définition, on trouve celle du Droit privé, Droit internationale, cette dernière qui définit la violence comme : « Emploi de la force ou d'une contrainte menaçante exercée contre un État pour obtenir de lui un consentement, en rupture avec les principes du droit international ».

## **1.2 Définition de l'agressivité :**

Etymologiquement, le mot « agressivité » vient de l'expression latine *ad-gressere*, « aller vers, synonyme de contact. À partir de là, le mot peut prendre deux sens différents. D'une part, l'agressivité peut être associée à une intention de nuire à autrui, avec l'idée d'y trouver du plaisir. Mais d'autre part, elle est

aussi une composante du dynamisme général de la personnalité et des comportements adaptatifs d'un individu (Tisseron, 2012.)

En 1965, Laplanche et Pontalis définit l'agressivité comme suit :

« L'agressivité est présentée comme une tendance ou un ensemble de tendances qui s'actualisent dans des conduites réelle ou fantasmatique visant autrui ».

« L'agressivité se définit de nos jours comme un acte de violence commis dans l'intention de nuire. Il s'agit bien souvent de préjudices subis par des personnes du fait d'un comportement dépassant les limites du généralement acceptable ». (Claes et all, 2013)

## **2. La violence et l'agressivité, déférence ;**

Dans la mesure où l'agressivité implique le désir de faire reconnaître sa puissance par l'autre, elle ne vise pas sa destruction. Bien au contraire, elle en a besoin. Non seulement le lien avec l'autre n'est pas rompu mais il est même indispensable. Par contre, la personne violente ignore autrui, la relation ou les liens avec ce dernier n'ont aucune place, son objectif est d'assurer sa survie et celle de ses proches donc cet autre n'est qu'un objet parmi d'autres objets pour l'atteindre.

Donc, le premier point de déférence s'agit du fait que la personne agressive a besoin de l'autre et la personne violente c'est le contraire. Et le second point, c'est qu'on peut trouver chez la personne agressive le désir sadique ou le plaisir de faire souffrir, elle prend le plaisir de torturer sa victime, elle essaye de la garder longtemps en vie pour en profiter et la détruire. Par contre, on ne trouve pas cette attitude chez la personne violente, elle est déterminée, froide, méthodique et sans âme. (Tisseron, 2012).

### **3. Les types de la violence ;**

Il existe plusieurs types de violence, chaque approche et chaque auteur à sa propre classification et typologie. On va essayer d'exposer quelques classifications parmi d'autres. On a choisie celle de Buss, Dodge et Coie et celle de l'OMS.

#### **3.1 Selon Buss (1961) ;**

Après la classification de la violence selon l'OMS on trouve les caractères de l'agression selon Buss publiée en 1961 avec ses trois dimensions :

- Dimension active et dimension passive, la première est une violence exercée sur un individu ou un objet et la seconde est une violence subie par la victime.
- Niveau physique et niveau verbal, le premier se traduit par des coups, des gestes... etc. le second se manifeste par des paroles, des provocations... etc.
- Atteinte directe et atteinte indirecte où la première est exercée d'une manière directe et non-cachée et la seconde qui est une violence infligée d'une manière directe et cachée.

#### **3.2 Selon Dodge et Coie (1987) ;**

On parle de l'agression proactive et la réactive, la première fait référence à des actes commis suite à des frustrations et la deuxième consiste en des actes violents rattachée à des situations provoquantes. (Damiani et Lebigot, 2011, PP. 20-22)

#### **Les types de violence selon l'OMS ;**

L'organisation mondiale de la santé (OMS, 2002) a élaboré une classification de trois catégories de la violence où elle se base sur le fait que la personne inflige la violence à elle-même, à un autrui ou un petit groupe ou des

groupes importants comme les états ou les groupes politiques organisés ...etc.

On a la classification suivante :

- **Violence auto-infligée :**

La violence auto-infligée se subdivise en comportement suicidaire et sévices auto-infligés. Les pensées suicidaires et les suicides réussis entrent dans la première catégorie. Par contraste, les sévices auto-infligés comprennent des actes tels que l'automutilation.

- **Violence interpersonnelle**

La violence interpersonnelle se divise en deux catégories :

- La violence familiale et à l'égard d'un partenaire intime – autrement dit– la violence entre membres d'une famille et entre partenaires intimes de manière générale. Ce type de violence se produit habituellement, mais pas exclusivement dans le foyer.
- La violence communautaire – c'est-à-dire la violence entre des personnes qui ne sont pas apparentées et qui peuvent ne pas se connaître. Ce type de violence survient généralement à l'extérieur du foyer.

- **Violence collective**

La violence collective se subdivise en violence économique, sociale et politique. La violence collective à laquelle certains se livrent pour atteindre des objectifs sociaux particuliers comprend, par exemple, les crimes haineux commis par des groupes organisés, les actes terroristes et la violence commise par les foules. La violence politique comprend la guerre et les conflits violents connexes, la violence étatique et des actes similaires perpétrés par des groupes nombreux. La violence économique comprend les attaques menées par de grands groupes motivés par des gains économiques, par exemple, les attaques

menées afin de perturber l'activité économique, le refus de l'accès à des services essentiels ou la division et la fragmentation économiques.

#### **4. les conséquences de la violence collective ;**

L'un des types de la violence selon l'OMS(2002) est la violence collective, elle subdivise cette dernière en une violence économique, sociale et politique. En traitant le même sujet, elle nous propose une définition en rendant compte à tous ces aspects afin de cerner ce type de violence sous toutes ses formes :

« L'utilisation instrumentale de la violence par des personnes qui s'identifient comme membres d'un groupe, que ce dernier soit temporaire ou qu'il ait une identité plus permanente, contre un autre groupe de personnes, afin d'atteindre des objectifs politiques, économiques ou sociaux. »

L'ouvrage « police et violence collective » a donné une définition plus courte et significative de la violence collective pour les auteurs « La violence collective est définie par rapport aux voies de fait commises par des groupes à l'égard des propriétés ou des symboles, dont la motivation est idéologique. » (Normandeau et al, 1974, P8)

Toujours dans le même rapport apparu en 2002, l'OMS nous sélectionne un ensemble de conséquences de la violence collective :

- Guerres, terrorisme et autres conflits politiques violents qui se produisent à l'intérieur des Etats ou entre Etats.
- Violences perpétrées par les Etats telles que les génocides, la répression, les disparitions, la torture et autres atteintes aux droits de l'homme.
- La violence criminelle organisée telle que le banditisme et les guerres de gangs.



## 5. Les critères et les causes de la violence :

### 5.1 Les critères d'un comportement violent:

Chevalier (2007), nous propose dans son livre ; « *Faire face aux émotions* », un ensemble de critères qui nous aident à repérer un comportement violent dont on trouve certains signes qui sont considérés comme non-verbaux ;

- La personne montre des signes de tensions, d'excitation, de non acceptation de l'ennui, est irritable, agressive, impulsive, autoritaire et dominatrice.
- Elle choisit et décide pour les autres, souvent compétitive, se valorise aux dépens des autres.
- Elle se montre incapable de se tenir aux normes, aux lois, aux contraintes, habituée aux mensonges pour son profit, et incapable de loyauté à l'égard des personnes, des groupes, des valeurs sociales, elle viole les droits des autres.

### Les signes non-verbaux d'un comportement violent :

- Gestes brusques, portes claquées... etc.
- Yeux froncés, regards et mimiques désapprobateurs, sourire ironique.
- Chahut, manipulation bruyante d'objets pendant le discours d'autrui.

(Chevalier, 2007, P.141-142)

### 5.2 Les causes de la violence :

Les causes de la violence sont multiples et diverses elles sont à la fois ;

- **Individuelles** ; on s'intéresse aux caractéristiques individuelles qui font augmenter le risque que la personne soit victime ou auteur de violence, on parle du faible niveau d'instruction, l'abus de substances, ... etc.
- **Relationnelles** : on s'intéresse aux relations avec les proches, les partenaires intimes et les membres de la famille qui peuvent être une cause où la personne soit une victime ou auteur de violence.

- **Communautaires** : on parle de l'école, du voisinage, le lieu du travail...etc. Dans le cas où il y a une grande mobilité résidentielle, une grande diversité de la population, tous ces facteurs peuvent être des causes pour qu'on parle d'une personne victime ou auteur d'un acte violent.
  
- **Sociétales** : on prend en considération les facteurs généraux de la société qui influent sur le taux de la violence, par exemple :
  - ✓ Des normes culturelles selon lesquelles il est acceptable de recourir à la violence pour résoudre des conflits.
  - ✓ Des normes qui affirment la domination de l'homme sur les femmes et les enfants.
  - ✓ Des normes selon lesquelles les droits parentaux l'emportent sur le bien-être de l'enfant. (OMS, 2002, PP. 38-39)

## **6. Les conséquences de la violence ;**

Salmona, (2000), parle de « mémoire traumatique » en réveillant à chaque fois les mêmes sensations, les mêmes sentiments, la même peur, la même panique, les mêmes douleurs ... etc. Alors on essaye d'éviter tout ce qui nous rappelle les violences, on évite d'y penser, de parler ... et si on n'arrive pas à oublier, on essaye d'y arriver en consommant l'alcool, la drogue et le tabac. Elle parle aussi de conséquences sur la santé physique, la difficulté de dormir, avoir mal partout et surtout avoir mal au ventre, avoir le cœur qui bat très vite. La violence peut entraîner des maladies très graves, on parle du Virus de SIDA ou de grossesses en cas de la violence sexuelle.

## **7. Comment éviter la violence ?**

Salomon Nasielski (2000), nous propose trois ingrédients pour éviter la violence :

- La capacité à s'interdire certains comportements de façon absolue.
- L'aptitude, en particulier, à s'obliger à chercher, trouver et appliquer les actions adéquates qui permettent de reconnaître ces émotions, de satisfaire ses besoins et de résoudre les problèmes ou les conflits.
- L'élimination des options suicidaires, homicidaires et destructrices.  
(Chevalier, 2007, P. 136)

## **8. La violence collective existe partout dans le monde et le traumatisme persiste.**

L'être humain sur terre est en confrontation permanente. Sur les quatre coins du monde on trouve qu'au moins une région a vécu ou elle est en train de vivre une violence collective. Actuellement on parle de la violence qui a touché et touche, jusqu'à présent, le Moyen-Orient ; on parle de la guerre civile en Lebanon dans les années quatre-vingts qui a provoqués plus de 200 000 morts ; celle du l'Irak en 2003 qui persiste encore où le bilan final n'est pas encore élaboré. De nos jours on parle des millions de morts et de réfugiés irakiens partout dans le monde.

L'Europe aussi a connu sa part : aujourd'hui on assiste à un conflit entre la Russie et l'Ukraine qui a mis cette dernière dans une guerre civile atroce et surtout à l'ouest du pays où un mouvement séparatiste est né comme conséquence du désordre politique.

Dans ce travail on va essayer d'exposer deux phénomènes de violence qui ont touché deux pays déferents dans le continent africain : on parle du génocide de Rwanda de 1994 et la décennie noire en Algérie qui a commencé dans le

début des années quatre-vingt-dix. Ce genre d'évènements ont surement un impact sur le coté physique et notamment sur le coté psychologique de tous ceux qui ont assisté, quel que soit de prêt ou de loin.

### **8.1.1 Les génocides de Rwanda 1994.**

Le génocide de Rwanda s'est déroulé du 6 avril au 4 juillet 1994 suite à plusieurs conflits entre deux grandes ethnies de Rwanda (Tutsis et Hutus).

Les causes sont multiples, mais le principal élément déclenchant est l'attentat contre le général Juvénal Habyarimana le 6 Avril 1994. Le conflit de Rwanda n'est pas religieux ou financier mais c'est un conflit ethnique, racial et même politique, suite à la politique des colonisateurs allemands et belges depuis 1898. On assiste à l'installation d'une différenciation ethnique et raciale entre les deux ethnies : celle des Tutsis et les Hutus, les derniers sont considérés comme une race supérieure et royale et les Tutsis sont des inférieures et des faibles. (Cardamone et al, 2005)

Après la mort du général Habyarimana, les massacres commencent, les membres des forces armées, les réservistes, les milices, ainsi que les civils ordinaires ont commencé à pourchasser et à tuer, des milliers de Tutsis sont massacrés, des femmes violées par les soldats, des familles entières ont été tuées et des survivants dont les événements resteront gravés dans leurs mémoires pour toute leur vie. (HumanRights Watch, 2006)

### **8.1.2 Les conséquences du génocide sur la population Rwandaise :**

Les génocides de Rwanda ont largement détruit des vies humaines, de tous ce qui est matériels et même immatériels, on parle de désacralisation des lieux de cultes, déplacement massif de population, désorganisation de l'économie, désagrégation du système politique social ou éducatif ... etc. Les génocides du Rwanda ont fait plus d'un million de morts et engendré des dégâts considérables

sur la population rwandaise. Sur le plan psychologique des blessures psychiques qui se manifestent sous formes de crises de reviviscence de façon répétitive chez un grand nombre de la population rwandaise, angoisse, peurs infondées, trouble du sommeil, et différentes formes du trouble du comportement et de la personnalité (Cardamone et al, 2005).

Une étude menée en 2009 par le ministre de la santé rwandais indique que 79,4% de la population a vécu un événement traumatique au cours de sa vie, 28,54% de la population souffre du traumatisme psychique, et 53,93% de la population souffre de la dépression et du traumatisme psychique (Névissas et al, 2012, P. 12).

### **8.2.1 La décennie noire en Algérie 1992 :**

« La Décennie Noire », « Décennie du Terrorisme » ou « Années de Braie » comme Hamit Bozarslan (2005) l'appelle, les intégristes algériens ont assassiné des journalistes, intellectuels, syndicalistes, militants des droits et des femmes ce qui a fait un total de plus de 200 000 victimes. (Bennoune, 2013) Avec des milliers de disparus, un million de personnes déplacées, des dizaines de milliers d'exilés et plus de vingt milliards de dollars de dégâts. (statistiques-mondiales, 2004).

Le conflit a commencé quand le gouvernement algérien a annulé les élections législatives dès le premier tour quand il a anticipé la victoire du FIS (Front Islamique de Salut). Ce parti politique qui part d'une idéologie religieuse (Bouatta, 2007, P.176) et qui veut mettre en place une république islamique, il fait appel aux armes suite à l'arrestation de la plupart de ses militants, il a créé le GIA (Groupe Islamique Armé) et il commence au début une lutte contre le gouvernement algérien, police, forces de l'armée et la gendarmerie mais après il s'attaque aux civils, une série de massacres : les forces de la GIA ont tués des

centaines de civils à la fois, pour eux ceux qui combattent pas le pouvoirs doivent être mort. (*El Watan, 1996*)

La fin du conflit se marque par la victoire du pouvoir algérien. Le 29 septembre 2005, « *la paix et la réconciliation nationale* » a été adoptée par référendum en demandant aux familles des victimes et des disparues d'oublier le sort de leur défunts. (Simozrag, 2010)

### **8.2.2 Les conséquences de la décennie noire sur la population algérienne :**

Le traumatisme engendré par la violence terroriste en Algérie affecte la santé mentale des victimes et compromet l'équilibre social. (Bouadaréne, 2001, P.91)

Les victimes de la décennie noire ont dépassé les 200 000 morts, sans parler des blessés physiques et psychiques, destruction des biens matériels, l'exode des populations... ceux qui sont resté vivants ont subi des traumatismes cumulé : pertes multiples, deuils traumatiques, privations, contraintes multiples et spectacle horrible où ils ont vu des cadavres étêtés, des corps décapités... Etc.

Sur le plan psychologique, des troubles de personnalité et du comportement sont à signaler. Des études ont été menées pour comprendre la nature des conséquences et les impacts de ces terreurs que les algériens, d'une manière générale et les victimes d'une manière spécifique, ont vécues pendant toute une décennie, déjà écoulée. Mais ces études ne peuvent pas être considérées comme représentatives puisque c'était très difficile, voire impossible, de parler sur un chiffre exacte de victimes. La violence a touchée des régions considérables qu'il fallait beaucoup du temps pour mener des recherches et pour atteindre la totalité des régions exposées à ces terreurs.

Dans un remarquable travail fait en 1999 par la SARP, la Professeure C. Bouatta, dans son livre intitulé « *les traumatismes collectifs en Algérie* »,

nous expose un ensemble de résultats et de données statistiques obtenus par cette association qui s'est focalisée sur deux régions faisant partie de la capitale d'Alger : Sidi Moussa et Dely Ibrahim.

### **Conclusion de chapitre :**

La violence est un problème mondial qui se manifeste sous plusieurs formes : guerres, actes d'intimidation, tapage, harcèlement, sont quelques-unes de ses manifestations. Les causes, les conséquences et les moyens de prévention sont nombreux (Bouchama, 2004). C'est ce qu'on a essayé de présenter dans ce chapitre : on a tenté d'expliquer qu'est-ce que la violence ? et surtout se baser sur la violence collective car la violence de 2001 en Kabylie, est considérée comme une violence collective et qui pourrait provoquer des troubles psychiques chez les victimes.

# **Chapitre II : Les événements du printemps noir de 2001 en Kabylie**

## **Préambule**

La violence des événements de 2001 en Kabylie n'est pas le seul témoin de la présence de toutes les formes de violence en Algérie, mais elle vient s'ajouter à un registre qui ne cesse d'accroître depuis plus d'un siècle. Pendant la guerre de libération nationale et la guerre contre le terrorisme, l'ennemi était commun : le colon et le terrorisme étaient les ennemis de la nation. Alors, toute l'Algérie s'est levée pour défendre un seul drapeau. Ce qui rend aussi spécifique la violence commise contre le peuple kabyle en 2001, c'est l'aspect anti- raciale de ces massacres et la répression de droit de s'exprimé dans un pays qui est censé être démocrate. On va tenter de définir c'est quoi la Kabylie et parler de l'organisation sociale dans cette région. On va tenter également d'exposer, en ordre chronologique, les événements qui ont mené à 126 morts, des centaines de blessés et des dizaines de détenus. Exposer par détails les événements de 2001-2003.

### **1. La Kabylie, une société à forte traditions**

On désigne par le mot "Kabylie", une partie de l'Algérie qui est habitée par des kabyles, des kabyles qu'on appelle aussi des "Amazigh" ou "berbères". Les groupes berbères les plus connus sont : les kabyles, les Touaregs, les Chaouias, les mozabites et les chleuhs du Maroc.

L'environnement géographique de la Kabylie comprend le massif montagneux de Djurdjura, entouré de chaînes de montagnes, avec des pics, des collines, des chemins qui montent, serpentent et se perdent dans les champs d'oliviers et de figuiers, les sentiers qui mènent vers les champs, les jardins, les rivières, sont plus souvent abrupts et escarpés. La Kabylie a une certaine manière de vivre, de règles de conduite communes avec d'autres sociétés



agraires ; l'hospitalité, le respect de la parole donnée, le sens de l'honneur. (Ali Yahia, 2013, P. 45)

Le noyau de la société kabyle est la famille, qui est la plus petite cellule sociale. Elle ne se réduit pas seulement aux deux époux et leurs fils mais elle rassemble plusieurs générations sous l'autorité d'un seul chef. Cette autorité est totale, abusive, elle se transmet d'une génération à une autre, elle se nourrit de traditions anciennes et vieilles coutumes et elle se compose d'un ensemble de devoirs et d'obligations. Chaque membre de la famille doit par respect et devoirs se soumettre à sa volonté sans discuter ses décisions (Aït Ferroukh, 1995). Chaque chef est le représentant d'une famille dans la "djemaa", chaque "djemaa" a un "amine", chaque village a une "djemaa" et les villages se rassemblent en tribu (Ali Yahia, 2013, P. 52)

La littérature kabyle est surtout orale. La poésie et le conte en sont les genres dominants. Elle est variée et possède un répertoire de formes narratives très riche comme les contes, les historiettes, les récits fondateurs, les mythes et les fables. Parmi les formes courtes, on distingue essentiellement le dicton, l'apophtegme, le proverbe et la devinette, souvent sollicités dans le cadre du discours soutenu ou quotidien. (Aït Ferroukh, 1995)

La Kabylie a connue des événements qui ont marqués son histoire et qui ont donné au peuple kabyle ce caractère d'un peuple qui a un sentiment profond de liberté. Des événements où chaque génération a eu sa part de contestation contre l'oppression et le refus d'une Algérie plurielle et multiculturelle.

## **2. Tous les chemins mènent vers le printemps noir de 2001.**

### **2.1 La crise Berbère de 1949.**

La crise dite « berbériste » de 1949 est une date importante dans l'histoire nationale, c'est en réalité une crise « anti-berbériste ». Elle a été provoquée par une falsification de l'histoire par le bureau politique PPA-MTLD qui a écrit dans un mémorandum adressé à l'ONU fin de 1948 ; « l'Algérie est une nation arabe et musulmane depuis le VIIème siècle ».

L'identité nationale définie de la manière irréfléchie dans la précipitation et l'improvisation avait un but politique : annoncer à l'opinion publique que le départ de MESSALI à l'ONU pour présenter les revendications du peuple algérien avait du soutien de la nation arabe dans l'Algérie faisait partie (Ali Yahia, 2013).

Bennai Ouali et Amar Ould Hamouda, deux cadres du PPA et de l'OS en Kabylie, refusent cette «régression mémorielle». En juillet 1949, cinq étudiants PPA-MTLD, en l'occurrence, Saïd Ali Yahia, Mebrouk Belhocine, Yahia Henine, Sadek Hadjerès et Saïd Oubouzar, se fendent d'un contre-mémorandum intitulé : « L'Algérie libre vivra », signé d'un pseudonyme : Idir El Watani. De son côté, le conseil fédéral du MTLD en France fait voter une motion, par 28 voix contre 32, s'exprimant clairement pour une «Algérie algérienne».

La régression par le MTLD et la PPA s'accélère et s'approfondie avec la montée de cette idéologie dite « berbériste ». Ils décident ensemble d'organiser des groupes d'autodéfense contre les berbéristes. Les militants berbéristes subiront une véritable purge, Bennai Ouali est arrêté par la police. Ensuite suivie par l'arrestation de plusieurs cadres de la Kabylie Omar Boudaoud, un des responsables de l'O.S en Kabylie, Said Oubouzar, responsable politique de la région de Tizi-Ouzou, Amar Ould Hamouda, un des responsables de l'O.S.

Ces hauts responsables du Parti sont accusés de berbérisme, de régionalisme et d'antinationalisme par la Direction du PPA/MTLD. (Boujou, 2005)

La crise berbère de 1949 a été un premier pas pour le début d'un militantisme pour une cause culturelle et identitaire appelée « la cause berbère ». Le refus d'une Algérie algérienne par les militants du MTL-D-PPA été la première racine qui a mené l'Algérie en générale et la Kabylie en particuliers a un conflit identitaire entre l'idée d'une « Algérie arabo-musulmane » et « Algérie berbère ».

## **2.2 Le printemps berbère de 1980.**

Depuis l'indépendance le régime algérien avait réussi à instauré un climat de peur en rendant ses citoyens des sujets obéissants. En Kabylie, le président Boumediene avait interdit de prononcer le mot "kabyle". Il avait interdit à Taous Amrouche de chanter en kabyle au festival panafricain de 1969, arrestation de jeunes vêtus de tee-shirts arborant des caractères Tifinagh (alphabet berbère).

Pendant ce temps, la Kabylie s'organise, des mouvements qui naissent, surtout en France, le FFS poursuivait une lutte à la fois politique, pour la démocratie en Algérie, et culturelle pour la défense de la langue berbère. (Benhameza, 2014).

En 1980, la conscience politique en Kabylie paraît atteindre sa pleine maturité pour exprimer publiquement les revendications historiques d'ordre identitaire et démocratique. En Mars de la même année, un groupe d'étudiants à l'université de Tizi Ouzou invita Mouloud Mammeri à donner une conférence sur la poésie kabyle ancienne. Le préfet de Tizi Ouzou fit interdire la conférence. Après cette interdiction une marche a été organisée à la même wilaya par les étudiants pour dénoncer cette mesure arbitraires, des manifestations sont enregistrées dans la vallée de la Soummam suite à

l'interdiction d'un gala de Ferhat Mehenni. Tizi Ouzou est paralysée par une grève générale le 16 avril, tandis que Ferhat est arrêté le lendemain. (Nait Messeoud, 2007).

Les revendications des émeutiers d'avril 1980 avaient avant tout un caractère culturel. S'y ajouta la revendication de la démocratie au plan politique, sans remettre en cause les options islamiques et socialistes du régime. La répression fit 400 blessés et pas de mort. Cette journée aura un caractère d'une fête nationale en Kabylie. Chaque Avril de l'année restera un printemps dont la Kabylie et les Kabyles ont fait marquer leur présence en disant : « tamazight est une langue nationale officielle ». (Ait Benali, 2011).

La fin des années quatre-vingts et le début des années quatre-vingt-dix, l'Algérie a connue deux événements sanglants notamment celui de 5 octobre 1988, presque un millier de morts. Ce sacrifice a ramené avec lui une certaine libéralisation du champ politique et du milieu médiatique. L'adoption d'une nouvelle constitution en février 1989, la création ou la réhabilitation des partis politiques et le lancement de journaux privés avaient donné l'illusion d'une véritable ouverture démocratique. Il y avait aussi celui de début des années quatre-vingt-dix ce qu'on appelle « la décennie noire », une décennie sanglante dont les islamistes sont révoltés contre le pouvoir dans le but d'imposer la charia en Algérie. 200 000 morts sans compter les blessés, les disparus, et la destruction des biens publics. (Benhamza, 2014).

La Kabylie n'a pas été vraiment touchée par ces deux événements, mais elle a été touchée par l'assassinat de son chanteur Lounès Matoub sur la route Ath Douala le 25 juin 1998. Les funérailles ont été suivies par plusieurs semaines d'émeutes dans la région kabyle on demandant que la justice soit rendue.

En exposant ces différents événements, on remarque depuis 1949, le refus de reconnaître que le berbérisme existe dans le socle identitaire algérien a

largement préparé un terrain fertile pour le déclenchement des émeutes d'avril 2001. Pour le pouvoir Algérien, un continent, une seule langue, une seule culture est une religion qui rend un pays fort et solide, alors que la réalité nous montre qu'un pays comme l'Algérie avec ses richesses ethniques et culturelles, le fait d'accepter cette différence qui le rend davantage fort et solide.

### **3. Reconstitution de la chronologie des événements de 20 Avril 2001.**

Depuis ce que l'on a appelé le "Printemps berbère" (1980), la Kabylie est dans une relation de tension ouverte quasi-permanente avec l'État central algérien. Manifestations, grèves, grèves scolaires, affrontements et émeutes, arrestations ponctuent de manière cyclique les relations entre les autorités et la région. (Chater, 2003).

Vingt ans après le 20 Avril 1980, la situation économique et sociale des algériens a continué de se dégrader. Chômage, crise du logement, pollution de l'environnement, injustices, contraintes bureaucratiques sont allés de pair avec la naissance d'immense fortunes bâties sur l'affairisme et la corruption (Benhameza, 2014). En Kabylie, les gendarmes se conduisaient très mal auprès des citoyens de la région, 20 avril 2001 la Kabylie commémore le 21<sup>ème</sup> anniversaire du Printemps Berbère, le lendemain de la journée commémorative, un jeune lycéen « Guermah Massinissa » décède suite à des blessures occasionnées, selon Le Monde, quotidien français, dans la salle d'attente de la gendarmerie de Beni Douala, daïra de Tizi Ouzou, le gendarme Merabet Mestari actionne « par inadvertance » son arme, un kalachnikov, dont la sûreté était désactivée, et une rafale de six coups est parti, dont trois devaient aller vers le sol et trois autres toucher un autre gendarme, Mounir Benferdi et le jeune Massinissa Guermah. (Le Monde, 2001). Chose qui a été contredite par le père de la victime lors d'un entretien avec le journal *Le Matin* qui déclare que son fils a été battu, chose confirmée par des autres jeunes présents dans salle d'attente de la gendarmerie au moment des faits.

Le rapport alternatif présenté par le Congrès Mondial Amazigh exposé au cours de la 1<sup>o</sup> session, Genève, 7-18/04/2008 qui porte sur les des Droits de l'Homme affirme que dans une déclaration publique, le ministre de l'intérieur, M. Zerhouni, a voulu justifier l'assassinat de Massinissa Guermah en déclarant que le jeune homme n'était « qu'un voyou ». Le gendarme qui a tué par balles le jeune Massinissa Guermah a été jugé par un tribunal militaire et non civil comme cela a été demandé par les parents de la victime. Quelle peut être l'impartialité d'un tribunal militaire ? En tout cas, l'opinion publique en doute fortement, d'autant plus que le procès s'est déroulé à huis clos et que la condamnation du gendarme à 2 ans de prison, est particulièrement légère pour un tel crime.

Au même moment, à Amizour, Wilaya de Bejaia, des gendarmes interceptent une classe d'élèves de CEM Emir Abdelkader qui se dirigeaient vers le stade Arbi Touati, pour une séance de sport, trois collégiens sont interpellés et leur enseignant frappé pour s'être opposé à cette mesure illégale. (K.O et Safila. A, 2001)

La mort de Guermah et l'incident d'Amizour ne sont que les causes immédiates des troubles constatés. Les causes profondes résident ailleurs : sociales, économiques, politiques, identitaires et abus de toutes sortes. Les responsabilités sont situées en amont.

Avant ces deux événements qui sont considérés comme les principaux facteurs déclenchant du Printemps Noir, le président Bouteflika, déclarait à Tizi Ouzou le 2 septembre 1999 ; « je dis bien, si tamazight devait devenir une langue nationale, elle ne sera jamais une langue officielle, ... si elle doit le devenir, je m'en mettrai au peuple qui décidera ». Quelque mois plus tard, à l'occasion de sa visite au canada, en Mai 2000, le président déclare explicitement son refus d'officialiser tamazight, « je répète ce que j'ai dit à Tizi Ouzou. La langue arabe est la seule langue nationale est officielle en Algérie ».

Avril 2001, suite aux deux événements, une véritable situation de guerre s'installe, des milliers de manifestants sont descendus dans les trois villes, Bejaia, Tizi-Ouzou, Bouira, suite à l'Appelle du le MCB. Le commandement de la gendarmerie nationale s'élève par ailleurs contre les graves accusations de la population rapporté par la presse indépendantes, notant que le service des unités s'exerce « dans la plus grande transparence, et que tous les dépassements portés à sa connaissance ont fait l'objets d'enquête, pour être, lorsque ils sont établies, sanctionnés avec la plus grande rigueur conformément à la loi ». Il exprime à la famille de défunt ses sincères condoléances. (Liberté, 2003)

Selon un rapport de l'Amnistie international (2003), Des témoins oculaires ont raconté comment les gendarmes avaient tiré sur des manifestants non-armés qui se trouvaient à une distance de plus de 100 mètres et avaient tiré sur d'autres dans le dos après dispersion de la foule avec du gaz lacrymogène. Dans plusieurs cas, des manifestants ont été poursuivis jusqu'à chez eux et abattus à l'intérieur de leur maison. Les forces de sécurité ont utilisé dans tous les cas des balles réelles alors qu'aucune vie n'était menacée et elles n'ont pas pris les mesures requises par les normes internationales, et notamment les Principes de base sur le recours à la force et l'utilisation des armes à feu par les responsables de l'application des lois 21, avant de recourir à la force et de faire usage de leurs armes.

#### **4. La réaction de la société civile**

Face aux violences qui ont émergé la Kabylie en un petit lapse de temps, la société civile s'organise pour arrêter l'effusion du sang et protéger la jeunesse. Le mouvement citoyen de Kabylie est né pour contenir les revendications exprimées par les jeunes et éviter le pire pour la région, ce dernier s'inspire pour son fonctionnement d'un modèle d'organisation ancestral (ce mode d'organisation de la société existe toujours dans nos villages). Il consiste à élire à partir des assemblées générales constituées exclusivement des hommes, des

représentants de chaque village et quartier pour former la coordination des Aarchs, Daïras et Communes. (Gaya, 2013)

## **5. L'enquête sur les homicides de la Kabylie**

Les forces de l'ordre - gendarmerie, Compagnies Nationales de Sécurité (CNS), police, gardes communales et agents du gouvernement en civil ont réprimé des manifestations pacifiques, procédé à des arrestations massives et les personnes arrêtées ont souvent été soumises à la torture, aux mauvais traitements, dans les brigades de gendarmerie ou dans les commissariats, violant ainsi la Déclaration universelle des droits de l'Homme, les articles 3,4, 19, 21, 26 du PIRDGP ainsi que toutes les dispositions de la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants et de la Convention relative aux droits de l'enfant. (Amnistie internationale, 2003)

La commission d'enquête la plus récente, chargée d'examiner les circonstances de la mort de plusieurs dizaines de manifestants non armés en 2001, a marqué une amélioration sensible. Ses conclusions ont clairement établi la responsabilité des autorités dans ces homicides. Elles sont toutefois restées lettre morte en raison de la réticence manifeste des autorités à prendre des mesures concrètes, et les promesses de déférer les responsables à la justice n'ont pas été suivies d'effet à ce jour. (ICG<sup>1</sup>, 2003)

Deux mois de violence, une Commission d'enquête a été constituée afin de mettre à jour les raisons de ces violences et à examiner les circonstances d'une cinquantaine d'homicides signalés en Kabylie entre le 18 avril et le 11 juin 2001. Les principales conclusions étaient les suivantes :

### **5.1 Les faits**

- Exécutions sommaires et fusillades :

---

<sup>1</sup>(ICG) est une organisation multinationale indépendante et sans but lucratif de plus de 90 employés répartis sur cinq continents. Ceux-ci produisent des analyses faites sur le terrain et un plaidoyer de haut niveau dans le but de prévenir et de résoudre des conflits.



Des marches pacifique ont été organiser partout dans la Kabylie, pour dénoncer la mort du jeune Guermah Massinissa, dans plusieurs régions, à l'exemple de Ouzellaguen dans la willaya de Bejaïa, 5 personnes ont été tuées par balles, alors qu'elles fuyaient les assauts des gendarmes dont, Kamel Makhmoukhen, 19 ans, première victime du Printemps Noir.

- Des tirs de snipers :

Les sources hospitalières ainsi que les différents témoignages recueillis sur place, montrent que les forces de l'ordre ont utilisé dès le départ des moyens musclés pour répondre aux manifestations de rue. Aux jets de pierres, les gendarmes et les CNS ont répondu avec des armes de guerres de type Kalachnikov ou Séminov. Le rapport de la commission Issad 16 mentionne qu'une expertise balistique (celle de Guermah) affirme que les orifices de sortie des balles de Kalachnikov peuvent avoir un diamètre de plus de six centimètres.

Dans un article de journal Le Matin, sous la plume de K. Debouz, la déclaration du ministre de l'intérieur Yazid Zerhouni le 20 juillet 2001, lors de l'interpellation dont il a fait objet l'APN, selon lui, il a déclaré que les gendarmes se trouvaient parfaitement dans leur droit au moment où ils ont ouvert le feu sur les manifestants, dans la mesure ou le recours aux armes « est justifier par plusieurs article de code pénal, pour se défendre et défendre les bien publiques menacés.

Tortures et mauvais traitements :

Après chaque arrestation, les pratiques de tortures et de mauvais traitements par les forces de l'ordre, ont été systématiques. Des centaines de cas ont été enregistrés par la LADDH<sup>2</sup>.

- Expéditions punitives, représailles, pillages et vols :

Plusieurs témoignages et informations relevés par la presse font état de campagnes de représailles et d'expéditions punitives, notamment durant le mois de juin 2001. À Chorfa (wilaya de Bouira), le 20 juin 2001, des brigades de gendarmerie sont arrivés en renforts.

- Destruction, attaques et occupation des hôpitaux :

Durant ce Printemps Noir, les forces anti-émeutes, qu'elles soient de la gendarmerie ou de la police, ont souvent pourchassé des manifestants ou des blessés à l'intérieur des hôpitaux. Plusieurs cas ont été signalés et dénoncés par des médecins, notamment à Tizi-Ouzou où le principal hôpital de la région a été "visité" à plusieurs reprises dans la nuit par des gendarmes pour tabasser les blessés. (LADDH, 2003)

## **5.2 La conclusion de la commission d'enquête**

- les protestations violentes de la population avaient été provoquées par les agissements des gendarmes
- la gendarmerie, qui dépend du MDN (Ministère de la Défense Nationale), était intervenue sans y avoir été invitée par les autorités civiles comme le prévoit la loi.
- l'ordre des responsables de la gendarmerie de ne pas utiliser d'armes à feu n'avait pas été respecté, ce qui laisse à penser qu'ils avaient perdu le contrôle

---

<sup>2</sup> Ligue Algérienne de Défense des Droits de l'Homme, affiliée à la Fédération Internationale des Droits de l'Homme (FIDH).

de leurs troupes ou que la gendarmerie avait été infiltrée par des « forces externes » qui avaient donné des ordres contradictoires ;

- les gendarmes ont utilisé des « munitions de guerre », en tirant notamment à balles réelles avec leurs fusils d'assaut Kalachnikov, pour disperser des manifestants non armés ;
- au cours des manifestations qui ont eu lieu entre le 22 avril et le 11 juin 2001, 50 manifestants non armés ont été abattus par les gendarmes et 521 autres ont été blessés, dont 217 par balles ;
- pendant la même période, quelque 600 gendarmes et policiers ont été blessés au cours de manifestations. Un seul d'entre eux a été blessé par balle, mais aucune conclusion ne pouvait être tirée quant aux circonstances des faits. Un gendarme est mort électrocuté, sans qu'un lien puisse être établi avec les actions des manifestants ;
- la proportion des morts par rapport aux blessés par balles parmi les manifestants non armés aurait été considérée comme élevée même dans une situation de combat militaire où les deux camps s'affrontent à armes égales ;
- les violations commises par les forces de sécurité ne pouvaient s'expliquer par l'insuffisance de leur formation et l'impunité des responsables n'était donc pas justifiée. (amnistie international, 2003).

La commission nationale d'enquête s'est heurtée à des réticences et des refus déguisés dans ses demandes de renseignements, documents, balles extraites et radiographies. Des « sachant » se sont manifestés, par téléphone ou par intermédiaire, mais déclarent ne pouvoir témoigner dans la conjoncture actuelle.

## **6. La violence collective et le traumatisme intentionnel.**

D'après les deux rapports de LADDH, de l'Amnistie internationale et de tous ce qu'on a précédemment expliqué sur les conséquences de la violence

collective une mise en relation entre la violence collective et le traumatisme intentionnel.

Dans un article intitulé « Vers une théorie générale du traumatisme intentionnel ». Sironi (2004), déclare que c'est L'histoire collective violente qui produit une psychopathologie spécifique, qui relève de la catégorie des traumatismes intentionnels. Elle dit : « J'appelle *traumatisme intentionnel*, un traumatisme délibérément induit par un humain ou un non-humain, par un être visible ou invisible, sur un sujet donné, ou sur un groupe d'individus. Si le vecteur est généralement un humain, la force agissante est en fait un système ou un mécanisme doté d'intentionnalité. Elle est contenue dans sa forme même. Les entités ou forces agissantes sont à identifier de manière spécifique pour chaque culture. L'accès à l'intelligibilité de leurs effets, effets que l'on appelle *traumatisme intentionnel*, est rendu possible par l'analyse de *l'intentionnalité* et par sa déconstruction. *Traumatisme intentionnel* est donc un concept qui désigne à la fois le nom du processus et la chose produite ». (Sironi, 2004)

L'histoire collective violente (comme c'est le cas pour la région de la Kabylie qui a vécu des événements extrêmement violents depuis le printemps de 1980, que ce soit de la violence matérielle par les assassinats, par la répression de toutes les manifestations pacifique ou de la violence moral par l'ignorance des revendications des citoyens de cette régions, le refus de reconnaître leurs identité), produit des traumatismes intentionnels par la mise en acte de techniques traumatiques particulières (tortures, assassinats, disparitions,...). Et avec l'objectif précis de déshumaniser, de déculturé, de désaffilier, d'assujettir. (Sironi, 2004).

## **7. La mémoire traumatique et La spécificité des événements de 2001**

La mémoire traumatique, trouble de la mémoire implicite émotionnelle, est une conséquence psycho traumatique des violences les plus graves se traduisant

par des réminiscences intrusives qui envahissent la conscience (flash-back, illusions sensorielles, cauchemars) et qui font revivre à l'identique tout ou partie du traumatisme, avec la même détresse, la même terreur et les mêmes réactions physiologiques, somatiques et psychologiques que celles vécues lors des violences, surtout chez les victimes de maltraitance, les viols et la torture lors des évènements de 2001-2003, en suicide Kabylie.

La mémoire traumatique quand elle n'est pas traitée est donc le dénominateur commun de toutes les violences, de leurs conséquences comme de leurs causes. Et il résulte clairement de ce qui précède que pour interrompre la production sans fin de violence, il faut éviter que des victimes soient traumatisées et développent une mémoire traumatique.

## **8. Le traumatisme psychique chez les victimes des évènements de 2001**

Les évènements du printemps noir de Kabylie de 2001 ont laissé des séquelles psychiques chez les familles des 126 victimes, les centaines de blessés et les dizaines de détenus. Que sont devenues les victimes de ces traumatismes ?

Comme on l'a déjà exposé, Selon « L'Association Américaine de psychiatrie » l'état de stress post-traumatique est défini comme « un état morbide survenu au décours **d'un événement exceptionnellement violent**, capable de provoquer de la détresse pour quiconque.

Benamsili (2012), notera que «chaque société entretient un rapport avec la violence qui lui est propre selon son histoire et sa culture, et le cas algérien le confirme chaque jour». Au-delà de traumatisme individuel subi par les victimes des évènements de 2001 en Kabylie, elle s'intéresse dans son travail à la blessure psychique qui fragilise l'identité et la notion d'appartenance à l'espèce. (Benamsili, 2012).

Amine Mihoubi, psychiatre algérien, explique lors d'une interview pour le journal *El Watan* du 26-04-2010, « Pour avoir un effet potentiellement traumatique, l'événement doit représenter une menace pour l'intégrité de la personne, dépassant ses possibilités de réaction, survenant de manière soudaine et non anticipée, et s'accompagnant d'un sentiment de terreur, de détresse, d'effroi, de solitude et d'abandon. Ce sont des situations dans lesquelles la personne est débordée émotionnellement.» Le Docteur Amine Mihoubi est partie prenante dans la mise en place d'une cellule de prise en charge psychologique dans l'unité Frantz Fanon du CHU de Blida, à la suite de ces douloureux événements qui ont touché la Kabylie entre 2001 et 2003. Parce que les blessures visibles ne sont pas les seules à laisser des séquelles, la prise en charge psychique est nécessaire à la « reconstruction » de la personne.

Dans un article posté sur *EL watan.com* par Lamia Tagzout 16-04-2010, un témoignage très touchant sur le sort des enfants de l'unique femme victime du printemps noir. Cette enseignante de Aïn El Hammam qui a rendu l'âme chez elle le 28 avril 2001. Le père et la belle-mère des deux enfants qui ont vu leurs mère agoniser sous leur regard après qu'est touché par deux balles dans le cœur, la reviviscence de l'évènement, l'évitement de lieu de l'évènement, une régression de rendement scolaire, le replis sur soi, et le manque de communication sont les symptômes qui ont alerté la famille sur la nécessité d'une prise en charge psychologique pour les enfants de la victimes, le plus grand âgé qui se fait suivre pour un traumatisme psychique.

Un mémoire intitulé « *Le devenir psychologique des enfants dont le père a été victime de violences intentionnelles au cours du Printemps Noir* » dans la présente étude, Djenadi et Sebahi (2014), se sont penché sur la question de la violence intentionnelle à laquelle était confrontée la population kabyle durant le Printemps Noir de 2001, et à l'impact du traumatisme subi par les pères

traumatisés sur le devenir psychologique de leurs enfants en mettant en exergue la problématique de la transmission intergénérationnelle. Ils soulignent l'importance que peut jouer la présence d'un agent résilient au sein d'une famille de père victime de violence dans la protection des enfants. (Djenadi, Sebahi, 2014).

### **Conclusion de chapitre**

Pour parler des victimes évènements sanglants de 2001 en Kabylie, cerner le contexte socio-politique qui a mené à ses massacres, de debout de la crise berbère de 1949 à l'explosion de Printemps Berbère de 1980, passant par la Décennie Noir et le choc traumatique qu'elle a laissé dans les esprits de tous les algériens pour arriver à 2001, et parler en détails des massacres de la réactions de la société civile ainsi de la société international comme amnistie internationale, on a conclu des faits qui été rapporté par les deux rapports de l'ICG et de rapport ISSAD que la violence de ces évènements été aussi fort pour provoquer des blessures psychique qui vont s'ajouté au millier de blessées physiques.

Dans le troisième chapitre on va exposer la notion de trauma afin de pouvoir expliquer les réactions observé chez les victimes des évènements de 2001.

# Chapitre III : Le traumatisme psychique

## Préambule

« Toutes excitations externes assez fortes pour faire effraction dans la vie psychique du sujet » c'est la définition donnée par Freud (1920) au traumatisme. Le traumatisme est donc un important choc émotionnel lié à une situation où une personne ou un groupe de personnes a senti sa vie en danger et qui met en péril son équilibre psychique. La majorité des personnes sentent que la situation est au-delà de leur capacité de gestion émotionnelle.

Dans ce chapitre, on va tenter de cerner la notion de trauma, l'histoire de son développement, sa définition ainsi que la clinique de PTSD, chose indispensable au tant que variable dans notre recherche.

### 1. Trauma : aperçu historique

Dès l'antiquité, on a repéré l'existence de manifestations psychopathologiques consécutives à un événement traumatique, à un combat meurtrier, à un cataclysme naturel. L'étude de ces manifestations psychopathologiques n'a débuté qu'à l'ère industrielle avec les premiers accidents des chemins de fer.

Pendant longtemps les troubles psychosomatiques sont donc restés confondus avec les névroses telles que l'hystérie, la neurasthénie et l'hypochondrie.

Après, viendra la période des fondateurs au cours de laquelle sont nés les premiers travaux sur la notion de trauma tels qu'on les connaît aujourd'hui.



## 1.1 La courte période des fondateurs (1880-1900) :

- l'accoisement des accidents spectaculaires et de frayeurs, ainsi que leurs séquelles psychiques avec L'avènement des chemins de fer, que Charcot commente dans ses célèbres *Leçons cliniques à la Salpêtrière* (1884-1889).
- l'Allemand Oppenheim propose (1888) d'accorder à ces tableaux cliniques l'autonomie nosologique en créant l'entité diagnostique « *névrose traumatique* » caractérisée par le souvenir obsédant de l'accident, les troubles du sommeil, les cauchemars de reviviscence, les phobies électives et la labilité émotionnelle.

Charcot récuse cette autonomie, arguant qu'il s'agit d'hystéro-neurasthénie : mais, après sa mort (1893), la névrose traumatique aura droit de cité dans le monde des cliniciens.

- **Jean Crocq** (1896) en Belgique, Kraepelin (1894) et **Kraft-Ebing** (1898) en Allemagne la mentionneront explicitement.
- En 1889, **Pierre Janet**, dans sa thèse de doctorat ès lettres sur *L'automatisme psychologique*, présente vingt cas d'hystérie ou de neurasthénie traumatiques et attribue leur pathogénie à la dissociation de la conscience : la souvenance traumatique brute (images, perceptions) faisant bande à part dans un recoin de la conscience et inspirant des reviviscences « automatiques », archaïques et inadaptées, tandis que le reste de la conscience continue d'inspirer des pensées et des actes circonstanciés et adaptés,
- **Freud**, (1893), dans sa *Communication préliminaire*, nomme cette souvenance traumatique du terme judicieux de *réminiscence* et assigne à la

thérapie la fonction de *catharsis*, (par référence à la tragédie grecque) puisqu'il s'agit non seulement de décharger les affects restés coincés en faisant revivre l'événement sous hypnose, mais encore de faire établir des associations à son sujet, ce qui permet de transformer la réminiscence brute et incompréhensible en souvenir construit et sensé, et donc apaisant. (Crocq, 2005)

## 1.2 La période des continueurs (1900-1980) :

Du *shellshock* à la névrose de guerre.

- Pour la guerre russo-japonaise (1904-1905), des confusions mentales et des conversions hystériques après émotion violente éprouvée au combat ont été signalés au sujet de laquelle l'Allemand **Honigman**, qui y a participé comme psychiatre volontaire de la Croix Rouge, crée (en 1908) le terme de « *névrose de guerre* », simple variété étiologique de la névrose traumatique d'Oppenheim.
- Des psychanalystes aux armées (**Ferenczi, Abraham, Simmel**) insistèrent sur la signification symbolique des symptômes conversifs, l'effondrement de la libido narcissique, la régression infantile, et les perturbations de la personnalité après impact du trauma (« ensevelissement de la personnalité »).
- **Freud**, dans son essai *Au-delà du principe de plaisir* (1920), a élaboré sa théorie du trauma comme effraction de la couche superficielle protectrice (« pare-excitation ») du psychisme et effet de corps étranger, provoquant de vains efforts d'expulsion ou d'assimilation.

- Dans cette même période l'Américain Thomas Salmon en édictera les cinq principes : immédiateté, proximité, espérance de guérison, simplicité du traitement et centralité du système inspiré par une seule doctrine.
- Ce n'est qu'à partir du 26 avril 1943 que la circulaire **Bradley** (pour les armées alliées) réinstaura la psychiatrie de l'avant et préconisa l'emploi du diagnostic d'*exhaustion* (épuisement) de préférence à celui de *war neurosis*. Sur le plan clinique, on observa moins de conversions hystériques et davantage de syndromes anxieux et de troubles psychosomatiques. Sur le plan pathogénique, on incrimina la violence et la durée des combats et on admit que chaque homme avait son point de rupture (*break point*).
- Le psychanalyste **Kardiner** (1941 et 1947) élaborà pour sa part l'hypothèse d'une perturbation traumatique du moi (*l'ego*) effectif (chargé de l'adaptation), typique des névroses de guerre, à la différence des perturbations de *l'ego* affectif qui seraient en jeu dans les névroses de transfert.

### 1.3 La période des novateurs (de 1980 à aujourd'hui) :

De la névrose traumatique au stress post traumatique :

- Dix ans après la guerre du Viêtnam, les Américains vont reprendre la question à leur manière en créant une entité appelée «Post- Traumatic Stress Disorder». La notion de stress est venue chez eux remplacer celle de névrose. Le traumatisme est devenu un stress ayant certaines particularités et la clinique de l'affection est singulièrement appauvrie. La diffusion de ce modèle américain est telle qu'il est aujourd'hui difficile d'y résister. (Lebigot 2007)

- Claude Barrois (1988) souligne une stagnation de l'histoire des névroses traumatiques de 1920 à 1978. Il critique ainsi « une clinique de la méconnaissance des névroses traumatiques dans la psychiatrie elle-même » qu'il impute à « l'oubli des cas cités dans la littérature », « l'inattention et la surdité à l'égard des confidences des patients », « le rattachement à des symptômes plus banals mieux connus, moins inquiétants », « l'hypertrophie de l'approche médico-légale » et enfin « l'absence de transmission des connaissances ».

#### **1.4 La reconnaissance de l'ESPT**

- Plusieurs études cliniques s'articulèrent autour des vétérans. Les américains retrouvèrent chez un grand nombre de leurs anciens soldats une fréquence importante de troubles psychiatriques (suicides et actes antisociaux graves, modifications de la personnalité et difficultés de réinsertion socio-familiales).
- En 1974 Burgess et Holstrom publièrent un article intitulé « The rape trauma syndrom ».  
Dans cet article, ils identifient les séquelles psychologiques du traumatisme qu'est l'agression sexuelle.
- Les syndromes psycho-traumatiques qui avaient été plus ou moins reconnus dans le DSM-I sous le terme de « Gros stress réaction », furent abandonnés dans la classification du DSMII puis de nouveau réintroduits en 1980 dans le DSM-III, sous le terme de « Post-Traumatic Stress Disorder ». Le terme de « Névrose Traumatique » fut alors remplacé par le terme d'« Etat de stress post traumatique ».

- En 1992, la CIM-10 de l'OMS distingua deux entités nosologiques :

la « Réaction aiguë à un facteur de stress » (F43.0) et l' « État de stress post-traumatique » (F43.1). En 1994, la classification APA au DSM-IV reconnut une nouvelle entité : l' « État de stress aigu » (308.3). (Decam, 2012).

## **2. Les modèles explicatifs de trauma**

Louis Crocq a publié un article dans la *Revue Francophone du stress et du trauma*, dans lequel il traite de la notion de traumatisme psychique et son développement et des différentes théories qui ont traité le trauma et les modèles explicatifs de celui-ci.

Dans la nosographie psychiatrique traditionnelle on retrouve la notion de trauma dans l'affection dite « névrose traumatique » mais les nouvelles nosographies dont la CIM 10 influencée par la classification de DSM a substitué le diagnostic de « état de stress post traumatique » à celui de la névrose traumatique. Pour être plus cohérente, la nosographie devrait adopter un terme plus générique « syndrome posttraumatique » et se rendre compte de la différence entre les deux notions stress et trauma.

### **2.1 L'hypothèse organique ou biologique :**

#### **a- La controverse commotion émotion (Duchesne, Erikson) :**

- Ces auteurs pensent que la commotion cérébrale provoquée par le choc de l'accident de chemin de fer entraîne soit des hémorragies soit des microlésions des cellules nerveuses indécélables aux investigations.

### **b- Le vent de l'obus shell-shoc :**

- F.Mott et C. Myers pensent que toute cette pathologie est déterminée par l'effet mécanique du souffle de l'explosion et correspond à des lésions des méninges des vaisseaux cérébraux.
- Capgras, Juquelier et Bonhomme ont soulevé, dans un rapport sur *la confusion mentale de guerre, 1917*, l'hypothèse d'altération toxique des cellules cérébrales.

### **c- Le modèle bio neurophysiologique du stress :**

- C'est ce modèle qui a pris le relais des anciens modèles neuro-organique de stress qui a pris le relai des anciens modèles neuro organique des troubles psycho-traumatiques justifier le choix de DSM de terme PTSD pour remplacer la névrose traumatiques.

## **2.2 Les modèles comportementalistes et cognitivistes :**

### **a- Le modèle pavlovien :**

- En 1924, Pavlov avait observé des chiens au cours de conditionnement, qui nageaient désespérément lors d'une inondation qui envahie son laboratoire, un conditionnement post-émotionnelle acquis ou en cours d'acquisition, les chiens présentent certains comportements au cours de ce bouleversement :
  - Des comportements d'égalisation : réponse stéréotype a tout stimulus, quel que soit son intensité.
  - Des comportements de désorganisation paradoxale : l'animal réagit plus aux stimuli faibles qu'aux stimuli forts.
  - Des comportements de réactions ultraparadoxale : le conditionnement positifs acquis antérieurement négatif et vice versa.
  - Des comportements d'excitations paroxystiques comparables à la crise de l'hystérie chez l'homme.

### **b- D'autres modèles inspirés de conditionnements :**

- O. Mowrer (1960) considéra la névrose traumatique comme une généralisation pathologique d'une réponse initiale adaptative : la réponse conditionnée initiale d'évitement subit un renforcement négatif avant de se généraliser à tout stimulus.

### **c- Le modèle cognitiviste :**

- Repose sur la connaissance qu'a le sujet de danger (si le sujet ne peut pas attribuer une signification de danger à une situation sa structure proportionnelles se trouve perturbée).

### **2.3 Le modèle psychologique de Pierre Janet :**

- Pierre Janet se pose, quatre ans avant Freud, en découvreur de l'inconscient traumatique et propose une théorie explicative de la névrose traumatique, ce qu'il explique dans son ouvrage en (1919) pour dire que ce qui caractérise la névrose

### **2.4 Les modèles psychanalytiques :**

#### **a- Le modèle freudien :**

- Freud et Breuer empruntent à Janet les hypothèses du souvenir parasite de la dissociation de la conscience. Ils proposent le concept de réminiscence.
- Pour Freud ce qui fait trauma, c'est une expérience occasionnant des affects très pénibles non « abrégés » dans l'immédiat (par les pleurs, ou les représentations mentales).

- Freud a eu deux grandes réflexions sur ce qu'il appelle « la névrose traumatique », dans la première réflexion, dans un premier temps, il parle de « neurotica » ou « théorie de la séduction. », il considère qu'il y'a un traumatisme quand il y'a une séduction d'un enfant par un adulte pervers. Dans un deuxième, Freud abandonne sa théorie, il rectifié : tous les adultes ne sont pas des pervers car cette séduction peut être aussi fantasmatique.

#### **b- Le trauma selon Ferenczi :**

Ferenczi à la différence de Freud, soutient l'idée que le traumatisme n'est pas toujours d'origine sexuelle, mais ce dernier se situe dans un ensemble de facteurs extérieurs déclenchant : « ce sont toujours des réels bouleversements et conflits avec le monde extérieure qui sont traumatiques et ont un effet de choc. » (*Principe de relaxation et néo catharsis, 1934 P93.*) Pour lui le traumatisme est toute situation de souffrance brutalement et dépassant la capacité de l'individu à la supporter.

#### **c- Le modèle lacanien :**

Pour les auteurs de ce modèle, le trauma serait une rencontre « non manquée » avec le réel, sans que l'écran édulcorant de système significatif n'ait eu le temps de se mettre en place.

Le réel traumatique est donc ce qui est impossible à dire ou à représenter qui fait trou dans la signification.

G. Briole (1988, 1994) et F. Lebigot (1997) ont proposé une relance de la psychanalyse des névroses traumatiques dans cette perspective lacanienne qui dépasse les limites du modèles énergétique freudien.



## **2.5 Les modèles phénoménologiques :**

### **a- Victor Fränkel et l'expérience concentrationnaire :**

Les réflexions de Fränkel sur le temps vécu au camp de concentration( où étaient emprisonnés des juifs pendant la seconde guerre mondiale), sur le sens de la réalité, sur le destin comme question et sur la souffrance comme accomplissement, situent l'expérience concentrationnaire dans une perspective phénoménologique qui a débouché à l'élaboration du logo thérapie comme introduction du sens et du spirituel dans l'existence.

### **b- Le modèle de Claude Barrois :**

- Il propose une exploration qualitative du trauma, il définit le trauma comme une rupture des liens avec autrui, intériorité envahie par l'angoisse de bris de l'unité de l'individu, face à la réalité cruelle, la disparition de l'illusion d'immortalité.

### **c- L'approche phénoménologique selon l'école francophone**

La conception du trauma selon les auteurs de l'école francophone repose sur trois points :

- L'aliénation traumatique.
- Le bouleversement de la temporalité.
- Le non-sens impliqué par le trauma.

Les victimes ont désormais une nouvelle manière de percevoir, d'aimer, de vouloir et d'agir (Dubois, et al, 2002).

### 3. Définitions

#### **Le traumatisme psychologique :**

Étymologiquement : Traumatisme désigne une blessure corporelle associée à une notion de soudaineté de violence et d'imprévisibilité.

La notion de traumatisme psychique constitue une extension du concept de traumatisme physique. (Laplanche, Pontaliss, 1994)

Bouatta (2007), dans son ouvrage « les traumatismes collectifs en Algérie », cite Freud qui définit le traumatisme comme suit : « nous appelons traumatique les excitations externes assez forte pour faire effraction dans le pare-excitation ... »

#### **Définitions actuelles :**

Le traumatisme psychique est défini selon le dictionnaire Le Petit Larousse De La Médecine comme étant : « l'ensemble des troubles psychiques ou psychosomatique provoqués accidentellement par un agent extérieur » (Larousse, 2005). Mais cette définition n'inclut pas le traumatisme causé par la violence intentionnelle.

Selon l'APA « L'Association Américaine de Psychiatrie » l'état de stress post-traumatique est défini comme « un état morbide survenu au décours **d'un événement exceptionnellement violent**, capable de provoquer de la détresse pour quiconque...

Par exemple être menacé pour sa vie ou celle de ses proches, être agressé, être victime d'un accident ou d'une catastrophe... »

Ainsi, l'état de Stress Post Traumatique (ESPT) est un trouble anxieux majeur, différent des autres troubles anxieux car, il démarre par une exposition à une situation traumatique. Le Syndrome des Stress Post Traumatiques fait suite

à cet événement particulièrement traumatisant sur le plan psychologique, suscitant la peur intense et le sentiment d'impuissance.

Dans notre recherche on va adopter la définition de L'APA du L'ESPT ( PTSD en anglais) et on va essayer de l'expliquer, et de démontrer son existence chez les victimes des événements de 2001 en Kabylie à l'aide de *Traumaq* qui est un questionnaire qui évalue le syndrome post-traumatique, suite à l'exposition à un événement comportant une menace de mort pour soi ou pour les autres.

La définition officielle du traumatisme utilisée par les psychologues et les psychiatres consiste à dire qu'il est causé par « un événement hors du commun et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus ». Cette définition englobe les situations suivantes : « une menace sérieuse pour la vie ou l'intégrité physique, un danger ou un malheur importants pour ses enfants, son conjoint, d'autres parents proches ou des amis, une destruction soudaine de son domicile ou de son quartier, la découverte de quelqu'un de gravement blessé ou mort dans un accident ou des suites d'une agression physique ».

Il existe souvent un temps entre l'événement stressant et la survenue d'un état de stress posttraumatique : on appelle alors cela *la phase de latence*.

Selon le DSM IV (1996), le sujet est exposé « **à un événement hors du commun** » :

- Le sujet a été exposé à un événement traumatique comprenant les deux caractères suivants :

- Le sujet a éprouvé, été le témoin ou a été confronté à un ou des évènements qui impliquent qu'il est ou a été menacé de mort ou de blessures graves ou d'une atteinte de l'intégrité physique pour lui-même ou pour les autres.
- La réaction a comporté une peur intense, un sentiment de désespoir ou d'horreur. (Chez l'enfant cela peut faire place à des comportements inadaptés ou à une agitation).

Les principaux traumatismes regroupent le viol, les kidnappings, les prises d'otages, les actes terroristes, la torture, les emprisonnements abusifs, les accidents avec notions de gravité, les situations de guerre, le fait d'être témoin de blessure ou de mort non naturelle, les abus sexuels ou des sévices d'enfants. Toutefois pour les classifications actuelles, l'existence d'un traumatisme violent est nécessaire au diagnostic de PTSD.

#### **4. Données épidémiologique de l'ESPT**

Les états de stress post-traumatique (ESPT) concernent environ 1 à 10 % de la population générale et affectent avec une grande variabilité des personnes soumises à des événements traumatiques spécifiques.

Les études épidémiologiques en matière de traumatisme psychique constituent un domaine d'investigation en pleine expansion depuis l'introduction en 1980 du Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) dans la nomenclature psychiatrique américaine. Elles sont pour la plupart d'origine anglo-saxonne et font référence aux critères diagnostiques du DSM-III, III-R ou IV, selon leur ancienneté. Depuis quelques années, une attention particulière est portée à la fréquence des expositions traumatiques et à leurs conséquences en matière de santé mentale au sein de la population générale.

#### **4.1 Les études sur la population générale**

Pour des raisons tenant à la procédure d'investigation et à l'échantillon, la prévalence d'ESPT au cours de la vie diffère considérablement d'une étude à l'autre : de 1 à 10 % environ (Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB (1995) .Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry*52 : PP. 1048-1060).

Les études princeps menées à la fin des années 1980 aux Etats-Unis estiment à 1 % la prévalence du PTSD. Par la suite, la version révisée du DSM-III contribue à augmenter sensiblement ce taux. A Détroit, une prévalence de 9,2 % est observée parmi une population de jeunes adultes entre 21 et 30 ans. Une étude représentative de la population féminine américaine estime à 12,3 % la prévalence d'ESPT, les femmes victimes d'actes criminels étant plus affectées que les autres : 25,8 % vs 9,4 %. Sur un échantillon représentatif de la population nord-américaine, une prévalence d'ESPT de 7,8 % est observée, les femmes étant deux fois plus nombreuses que les hommes à développer l'affection : 10,4 % vs 5 %, malgré un taux d'exposition plus faible 51,2 % vs 60,7 % (National Comorbidity Survey).

#### **4.2 Chronicité et comorbidité**

La plupart des études présentent l'ESPT comme un trouble chronique offrant diverses modalités de récupération. Si 30 à 50 % des victimes se départissent de la série traumatique en moins d'un an, celle-ci persiste plusieurs années durant dans un tiers des cas (Loughrey GC, 1988). En plus d'être persistant, l'ESPT est rarement dépourvu de pathologies associées : troubles dépressifs et anxieux, manifestations somatiques, dépendance à des substances psychoactives, etc. Environ 80 % des individus souffrent d'un trouble concomitant contre seulement 35 à 50 % des individus sans ESPT (Jolly, 2000).

### **4.3 Les études relatives aux situations d'agression :**

Qu'elles soient terroristes ou criminelles, les agressions détiennent un fort potentiel traumatique, néanmoins très variable selon la nature même de l'agression.

- **Les actions terroristes et les agressions physiques :**

Le terrorisme, phénomène de guerre en temps de paix frappant au hasard des victimes, bouleverse l'équilibre psychique et fonctionnel de l'individu qui y est soumis. Concernant les attentats à l'explosif qui ont durement touché la France entre 1982 et 1987, les victimes sont 18,1 % à présenter un ESPT et 61,8 % à présenter une symptomatologie partielle. L'affection concerne 10,5 % des non blessés, 8,3 % des blessés légers et 30,7 % des blessés graves. Les plaintes les plus fréquentes touchent à l'impression de revivre l'événement (79,9 %), au sentiment de vulnérabilité (65,4 %) et à l'irritabilité (54,7 %) (8). Une étude menée en Irlande du Nord estime à 23,2 % le nombre d'hommes et de femmes présentant un ESPT à la suite d'un acte de violence civile ou terroriste commis à leur rencontre ou dont ils ont été les témoins (Loughrey GC, Bell P, Kee M, Roddy RJ, Curran PS, 1988).

- La recherche de la SARP<sup>3</sup> sur les données épidémiologique de PTSD en Algérie

L'étude a été menée auprès de 652 victimes où ils ont arrivé aux résultats que le PTSD atteint 37.4% de la population totale dont les femmes sont les plus touchées avec un taux de 43,8% et les hommes de 32,1%. Il y avait aussi l'existence de l'anxiété dont elle se présente presque comme le PTSD avec 37,3% où on trouve aussi que les femmes sont les plus touchées avec deux tiers

---

<sup>3</sup> SARP : Société Algérienne de Recherche en Psychologie

contre un seul tiers pour les hommes. La dépression est aussi présente chez la population des deux régions, les résultats révèlent que les femmes sont les plus touchées avec 29% et les hommes avec 18% et dernièrement on trouve la somatisation qui touche les femmes avec 14% et les avec seulement 4%.

Ce qu'on constate dans les données présentés que la SARP a identifié le PTSD, anxiété, dépression, et somatisation. Donc les violences ont vraiment fait des dégâts sur la population des deux régions d'une manière spécifique et la population algérienne d'une manière générale, les violences ont détruit les liens de solidarité traditionnelle, laissant des familles seules face à leurs souffrances.

(Bouatta, 2007).

## **5. Stress et trauma :**

Il est important de différencier les deux notions stress et trauma afin de savoir ce que nous étudions dans notre travail.

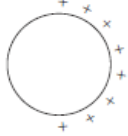
- Le mot « traumatisme », apparu à la fin du XIXe siècle, fut forgé à partir du grec trauma (« blessure ») pour nommer un phénomène psychique qui n'avait jusqu'alors retenu l'attention ni des médecins ni de quiconque : « le traumatisme psychique », blessure émotionnelle profonde qu'on pouvait observer, parfois, chez ceux qui avaient échappé de peu à la mort. (Laplanche, Pontalis, 1994).
- Etat réactionnel de l'organisme soumis à une agression brusque (De l'anglais stress, effort intense. Le mot « stress », employé dans le langage neurophysiologique au début du XXe siècle, servait à désigner l'ensemble des réactions physiologiques puis également psychologiques de l'organisme humain ou animal face à une menace ou une situation imprévue (Lebigot, 2001).

- Ces deux termes réservés autrefois au vocabulaire médical sont aujourd'hui utilisés dans d'autres domaines pour parler des situations qualifiées de stressante ou traumatique,
- La banalisation de leur emploi dans le langage courant, témoigne de l'importance accordée de nos jours à notre vie psychique, mais a entraîné l'affadissement du sens du mot « traumatisme » et une dilution du mot « stress » qui est devenu une sorte de mot-valise, incluant à la fois l'agression et le retentissement organique né de cette agression.

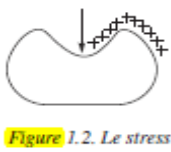
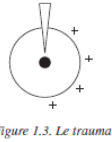
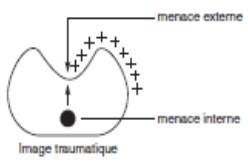
En raison de ces confusions, il convient de mieux cerner ces deux notions et de les distinguer l'une de l'autre. Ce n'est pas là, pour nous, une simple affaire de vocabulaire mais une question essentielle car les lésions causées à l'appareil psychique, selon qu'il y a eu stress ou trauma, nous paraissent profondément différentes. (Lebigot, F. 2005)

Dans un ouvrage collectif Lebigot présente Le schéma métaphorique de l'appareil psychique, que Freud a proposé dans « Au-delà du principe de plaisir » Ce schéma permet d'imager les caractéristiques de ces deux concepts. Pour simplifier sa compréhension, voici un tableau récapitulatif qu'explique la différence entre le stress et le trauma.

**Tableau récapitulatif du schéma métaphorique de l'appareil psychique :**

L'appareil psychique	 <p><i>Figure 1.1. L'appareil psychique</i></p>	L'appareil psychique représenté par Freud comme une « vésicule vivante » entourée d'une membrane qu'il nomme « pare-excitations » À l'intérieur de cette vésicule ne circulent que de petites quantités d'énergie, allant d'une représentation à l'autre dans le réseau qu'elles
----------------------	--	--



		constituent, selon les lois du principe de plaisir.
stress		Dans le stress, une grosse quantité d'énergie, une menace vitale par exemple, fait pression sur la vésicule vivante et l'écrase partiellement (rappelons qu'à l'origine, to stress veut dire « presser »). L'angoisse créée par l'agression renforce la charge positive du pare-excitations et donc sa défense contre les énergies extérieures
Le trauma		L'élément de surprise est, pour Freud, fondamental. La charge positive à la surface du pare excitations étant, à ce moment-là, faible, l'image qui véhicule la menace vitale va pouvoir pénétrer à l'intérieur de l'appareil psychique et s'y incruster
Le stress traumatique		Stress et trauma peuvent être présents ensemble, ce qui explique, à notre avis, la raison pour laquelle le trauma a été assimilé à un stress, À l'angoisse créée par la menace externe s'ajoute une angoisse provenant de l'image traumatique que l'on pourrait qualifier de menace interne, peut provoquer le traumatisme

## Tableau n°01

Figure n° 01 Source des figures : (Lebigot. 2009), PP. 10, 11, 12.

## 6. Diagnostic différentiel

Il conviendra de connaître les troubles qui ont des modes d'apparition ou des symptômes similaires à ceux de PTSD afin de poser un bon diagnostic.

- dans PTSD le facteur de stress doit être de nature extrême.

### 6.1 Dans trouble de l'adaptation :

Le facteur de stress peut être de n'importe quelle sévérité.

Le diagnostic de Trouble de l'adaptation est approprié à la fois dans les situations dans lesquelles la réponse à un facteur extrême de stress ne remplit pas les critères (l'un État de stress post-traumatique (ou d'un autre trouble mental spécifique) et dans les situations dans lesquelles la configuration symptomatique de l'État de stress post-traumatique survient en réponse à un facteur de stress qui n'est pas extrême (p. ex., départ du conjoint, licenciement)

### 6.2 Troubles anxieux

Les éléments psychopathologiques qui surviennent chez des sujets exposés à un facteur de stress extrême ne doivent pas tous être systématiquement attribués à un État de stress post-traumatique. Les symptômes d'évitement, d'émoussement et l'augmentation de l'éveil qui sont présents avant l'exposition au facteur de stress ne remplissent pas les critères du diagnostic d'État de stress post-traumatique et doivent faire envisager d'autres diagnostics (p. ex., un Trouble de l'humeur ou un autre Trouble anxieux). De plus, si la modalité de réponse symptomatique à un facteur de stress extrême remplit les critères d'un **autre trouble mental** (p. ex., Trouble psychotique bref, Trouble de conversion, Trouble dépressif majeur), ces diagnostics doivent être portés au lieu, ou en plus, de celui d'État de stress posttraumatique.

### **6.3 L'État de stress aigu**

L'État de stress aigu se distingue de l'état de stress post-traumatique par les symptômes qui, dans l'état de stress aigu, doivent survenir dans les quatre semaines après l'événement traumatique et disparaître dans cette période de quatre semaines. Si les symptômes persistent plus d'un mois et remplissent les critères d'un état de stress post-traumatique, le diagnostic d'état de stress aigu est modifié pour celui d'état de stress post-traumatique.

### **6.4 Trouble obsessionnel-compulsif**

Il existe des pensées intrusives répétitives mais elles sont éprouvées comme inopportunes et ne sont pas associées au vécu d'un événement traumatique. Les flash-back dans l'état de stress post-traumatique doivent être distingués des illusions, des hallucinations et des autres perturbations perceptuelles qui peuvent survenir dans la **Schizophrénie**, les **autres Troubles psychotiques**, le **Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques**, un **Delirium**, les **Troubles induits par une substance**, et les **Troubles psychotiques dus à une affection médicale générale**.

### **6.5 La Simulation :**

Doit être éliminée dans les situations où une rétribution financière, une procédure d'indemnisation et des déterminants médico-légaux jouent un rôle. (DSM IV, 1996).

### **\*synthèse**

Les changements successifs dans les critères diagnostiques d'ESPT, les différentes méthodologies employées et les populations variées rendent parfois les comparaisons délicates entre les études épidémiologiques. Néanmoins, l'exposition traumatique, qui concerne 21,4 % à 55,8 % de la population

générale, est à l'origine d'un nombre substantiel de victimes directes ou impliquées souffrant ou ayant souffert d'un ESPT. L'affection se développe souvent sous sa forme chronique pour plus d'un tiers des sujets et perdure parfois durant plusieurs années. En outre, des troubles psychiatriques additionnels, notamment dépressifs et anxieux, viennent souvent contrarier les capacités adaptatives des sujets. La proportion de cas qui se chronicisent demeure élevée, avec un handicap parfois considérable. (Kessler, Storz, Wittchen, 2000).

## **7. Stress post traumatique et névrose traumatique :**

- La notion de Post- Traumatic Stress Disorder, ou PTSD – mal traduit en français par « état de stress posttraumatique », alors que le mot « trouble » eût plus fidèlement traduit le mot disorder – a été adopté par l'ensemble de la communauté médicale du monde entier, laissant toute fois des lacunes et des imprécisions. (Decam, 2012)
- D'abord, la réaction immédiate a été oubliée dans le système DSM américain (1996); car le diagnostic d'Acute Stress Disorder, ou état de stress aigu, ne s'applique qu'aux états qui perdurent plus de 24 heures et moins de trente jours, ce qui correspond à la période post-immédiate. Ensuite, les critères du PTSD (ou de l'ESPT) sont trop restrictifs et laissent de côté tout un pan de l'ancienne névrose traumatique, reléguée au rang de « pathologie associée », malgré son empreinte psycho traumatique.
- Enfin, le diagnostic d'ESPT ne rend pas compte de l'impact du trauma sur la personnalité de l'individu, impact qui était explicitement reconnu dans le diagnostic de névrose traumatique et que la CIM-10 a reconnu pour les cas sévères, qu'elle dénomme « modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe ». Pour ces raisons, l'appellation « d'état ou

syndrome psycho traumatique » a été créée par Claude Barrois en 1988, puis a proposé le vocable générique de « syndrome psycho traumatique », immédiat, post-immédiat et différé-chronique, avec toutes ses variantes .Le fait de spécifier « psycho traumatique » indique bien qu'il s'agit d'un traumatisme psychique et non pas d'un traumatisme somatique, chirurgical – un individu blessé à la jambe lors d'un accident (traumatisme somatique) peut développer ensuite une névrose posttraumatique (postérieure à ce traumatisme physique) avec hypocondrie ou dépression, sans que la pathogénie de sa névrose soit nécessairement « psycho traumatique ».

- Le cas de figure typique est celui de l'accident de la route provoquant un traumatisme crânien sans perte de connaissance et d'autres blessures somatiques ; la victime peut développer une triple pathologie psychique :
  - un syndrome subjectif des traumatisés crâniens, post-commotionnel ;
  - une névrose traumatique (ou ESPT) post-émotionnelle (par frayeur éprouvée lors de l'accident) ;
  - une névrose post-traumatique hypocondriaque et dépressive par constat de dévalorisation de son image du corps, du fait des mutilations consécutives à ses blessures somatiques.

Le tableau ci-dessous présente les correspondances entre les trois systèmes : clinique européenne traditionnelle, PTSD selon le DSM-IV, et diagnostics selon la CIM-10.

## **8. Etiologie :**

Le traumatisme psychique est toujours lié à un évènement, c'est le résultat d'une rencontre entre un sujet dans un contexte déterminé à un évènement, bien que ce soit prouvé que chaque homme a une réaction particulière face à un évènement susceptible d'être traumatique.

Cette question des causes qui favorisent l'effractions ou non peuvent être difficilement être l'objet de généralisation car dans la pratique chaque cas est un cas avec des causalités spécifique qui le relie à l'évènement. Mais si on s'appuie sur les études épidémiologiques on peut relever des facteurs qui favorisent aussi bien le traumatisme que la névrose ou la gravité de la névrose : des facteurs qui tiennent à l'évènement, d'autres qui sont à rechercher du côté du sujet, d'autres enfin qui sont liés au contexte ou aux circonstances. (Lebigot, 2005).

## **8.1 Facteurs tenant à l'évènement**

### **➤ violence :**

Le degré de la violence de l'évènement qualifié de traumatique (accidents, tremblement de terre) est très important car plus l'évènement est violent plus il y a risque de PTSD.

### **➤ La soudaineté :**

Le sujet est expose à un évènement au moment il s'attend le moins comme l'explosion d'une bombe dans une gare les personnes qui sont présentes seront incapables d'adopter une réaction adéquate et gérer leur angoisse.

## **8.2 Facteurs tenant au sujet**

### **8.2.1 La personnalité :**

Il faut découvrir la personnalité de sujet exposé à un évènement traumatique rapidement afin de commencer une thérapie

### **8.2.2 La biographie :**

Ces patients 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 fragilisant).

### **8.3 Facteurs circonstanciels**

#### **a- États physiologique et psychologique au moment de l'événement :**

La fatigue un des éléments les plus déterminants pour que puisse se constituer un traumatisme psychique.

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.

#### **b- La blessure physique :**

Par exemple dans l'armée même une blessure physique pas très importante chez les soldats 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, 2005).

#### **c- La déchéance morale :**

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.

#### **d- Mauvais fonctionnement d'un groupe :**

Cette observation s'impose particulièrement dans les armées. Dans un groupe démoralisé, qui n'a pas confiance dans son chef, qui est traversé de conflits interpersonnels, les individus deviennent vulnérables.

#### **e- Les actions hors-la-loi :**

Ici aussi, ça concerne surtout des militaires. Plusieurs chercheurs ont été frappés de ce que beaucoup, parmi les anciens combattants traumatisés, l'avaient été au cours de telles actions : représailles, exécutions de prisonniers, actions solitaires.

#### **f- Origine du drame, impact des violences dues à l'homme :**

Les événements critiques ou les catastrophes dus à l'homme sont réputés plus traumatisants que ceux dus à la nature.

### **9. Tableaux cliniques:**

#### **9.1 L'état de stress post-traumatique (ESPT) :**

Ce diagnostic est la traduction de l'entité Post-Traumatique Stress Disorder, ou PTSD du DSM américain. Nous présentons comme tableau clinique de base sa version telle qu'établie dans la quatrième révision du DSM-IV de 1994. Le diagnostic doit répondre aux critères suivants :

- Critères A : avoir été exposé à un événement menaçant la vie ou l'intégrité physique ou mentale (critère A1), et en outre l'avoir vécu comme un trauma, dans l'effroi, l'horreur ou le sentiment d'impuissance (critère A2).
- Critères B : avoir des reviviscences de l'événement (au moins un des cinq critères)



- B1 : souvenirs intrusifs de l'événement, provoquant de la détresse ;
- B2 : rêves répétitifs et cauchemars de l'événement, provoquant de la détresse ;
- B3 : vécus et agir « comme si » l'événement se reproduisait ;
- B4 : détresse intense lors de l'exposition à un indice évocateur de l'événement ;
- B5 : réactivité physiologique (neurovégétative) lors de l'exposition à un indice évocateur.

Critères C : évitement des stimuli évocateurs et émoussement de la réactivité (au moins trois des sept critères) :

- C1 : évitement des pensées, sentiments et conversations associés au traumatisme ;
- C2 : évitement des activités, des endroits ou des gens qui évoquent le trauma ;
- C3 : incapacité de se rappeler un aspect du trauma ;
- C4 : réduction de l'intérêt pour les activités jadis motivantes ;
- C5 : sentiment de détachement d'autrui, ou d'être étranger aux autres ;
- C6 : restriction des affects, incapacité à aimer ;
- C7 : sentiment d'avenir bouché

Critères D : symptômes d'activation neurovégétative (au moins deux des cinq critères) :

- D1 : difficultés d'endormissement, sommeil interrompu ;
- D2 : irritabilité, accès de colère ;
- D3 : difficulté de concentration ;
- D4 : hyper vigilance ;
- D5 : réaction de sursaut exagérée.

- Critère E (durée) : la perturbation (symptômes B, C et D) dure plus d'un mois. On spécifiera « aigu » si moins de trois mois, « chronique » si trois mois ou plus, et « différé » si le début des symptômes survient au moins six mois après l'événement.

- Critère F : la perturbation entraîne une souffrance significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel (DSM, 1996).

### **9.2 La névrose traumatique :**

En gros, la névrose traumatique regroupe trois catégories de symptômes :

- 1) les symptômes de répétition ou reviviscence ;
- 2) les symptômes non spécifiques ;
- 3) l'altération de la personnalité.

Les symptômes de reviviscence comprennent les hallucinations, les illusions, les souvenirs forcés, les ruminations mentales, les vécus et agir « comme si... », Les cauchemars de répétition, cauchemar intensément vécu et agité, voire somnambulique, plutôt que simplement contemplé, tous ces symptômes étant accompagnés de détresse et d'orage neurovégétatif, et tous pouvant survenir soit spontanément, soit déclenchés par un stimulus évocateur, soit à la faveur d'un fléchissement du niveau de conscience (pré endormissement par exemple). On notera à ce sujet l'illogisme des critères B4 et B5 de l'ESPT (détresse ou troubles neurovégétatifs si exposition à un stimulus évocateur) qui, confondant le symptôme avec sa circonstance de survenue et son vécu d'accompagnement, crée des doublons avec les critères B1, B2 et B3. Pierre Janet en 1919 insistait sur le caractère intrusif et tenace des symptômes de reviviscence : « Quand un homme tourmenté par quelque triste souvenir cherche à l'oublier en partant au loin, le chagrin monte en croupe et voyage avec lui. »

## 10.Évolution

- L'État de stress post-traumatique peut survenir à tout âge y compris durant l'enfance. Les symptômes débutent habituellement dans les trois premiers mois après le traumatisme bien qu'il puisse exister un délai de plusieurs mois ou même de plusieurs années avant que les symptômes n'apparaissent.
- Fréquemment, la perturbation remplit initialement, dans les suites immédiates du traumatisme, les critères d'un État de stress aigu. Les symptômes et l'importance relative de la reviviscence, de l'évitement et des symptômes d'hyperéveil peuvent varier dans le temps. La durée des symptômes est variable avec une guérison complète survenant en trois mois dans environ la moitié des cas alors que de nombreux autres sujets ont des symptômes qui persistent plus de douze mois après le traumatisme. Dans certains cas, l'évolution est émaillée de périodes d'amélioration et d'aggravation des symptômes. Une réactivation des symptômes peut survenir en réponse à certains éléments rappelant le traumatisme initial, à des stress liés à la vie, ou bien à de nouveaux événements traumatisants.
- La sévérité, la durée, et la proximité de l'exposition d'un sujet à l'événement Traumatique sont les facteurs les plus importants dont dépend la probabilité de développer ce trouble. Les soutiens sociaux, les antécédents familiaux, les expériences durant l'enfance, les variables de personnalité et les troubles mentaux préexistants peuvent influencer le développement de l'État de stress post-traumatique. Ce trouble peut se développer chez des sujets ne présentant aucun facteur prédisposant, surtout si le facteur de stress a été particulièrement important. (DSM IV, 1996).

## **11. L'évaluation**

### **11.1 Evaluation clinique des victimes.**

Le tableau clinique de stress post traumatique se répartit entre deux types de manifestations qui peuvent coexister chez la même personne :

#### **11.1.1 Les symptômes indiquant un dépassement de seuil de tolérance (hyper activation)**

- Surexcitation physique ou psychologique, sexuelle par exemple.
- Anxiété ou attaque de panique
- Irritabilité ou colère
- Reviviscences traumatiques.

#### **11.1.2 Les symptômes relevant de l'engourdissement (hypo activation) vont de la réaction agressive à la dépression cliniquement significative.**

- L'évitement.
- L'isolement social.
- La dissociation et l'émoussement affectif. (J. Smith, 2012)

### **11.2 Evaluation symptomatologiques des victimes :**

#### **11.2.1 Les manifestations corporelles, voire psychosomatiques.**

- Les conséquences d'éventuelles blessures physiques liées à l'épisode traumatique
- Les symptômes secondaires au stress : diarrhée, tensions musculaire, troubles du sommeil et de l'appétit... etc.
- Les troubles sexuels allant de la compulsivité à l'impuissance

### **11.2.2 Les manifestations anxieuses et émotionnelles, avec leur cortège de symptômes, voire de propension au passage à l'acte :**

- Les syndromes de stress proprement dit : état de stress aigu et état de stress post traumatique
- Les autres symptômes anxieux comme les manifestations dissociatives et reviviscences, les attaques de panique et les cauchemars
- Le recours au comportement addictif et certains troubles obsessionnels.
- Le passage à l'acte auto- ou hétéro agressif : auto mutilations, tentative de suicide, prise de risques.
- Les aménagements au long cours : troubles de la personnalité, notamment borderline, antisociale, narcissique...etc.

### **11.3 Evaluation et compensation des ressources**

Avant tout travail sur le trauma il sera nécessaire de repérer les points de force du patient, ce qui l'a aidé à survivre au trauma et à gérer le quotidien jusqu'ici.

- La capacité de mentalisation.
- La qualité d'expression verbale et de jeu chez les enfants.
- La possibilité d'accéder à des modes d'expressions
- Les ressources spirituelles, métaphysiques qui permettent au patient de se sentir calme et en sécurité.
- L'évaluation des ressources réelles : l'entourage de patient est-il fonctionnel ou inexistant ?
- Le patient bénéficie-t-il d'aide sociale, juridique ou autre.

### **11.4 Outils complémentaires d'évaluation.**

Avec les entretiens il y'a différents outils à prendre en compte comme les questionnaires classiques : anxiété, dépression, MMPI... mais aussi aux épreuves projectives tels que le Rorschach et le T.A.T

Des questionnaires spécifiques pour évaluer l'intensité de trauma et l'échelle d'expériences dissociatives (EED), et bien évidemment le questionnaire de Damiani (2007), Traumaq, qu'on a employé dans notre recherche comme outil supplémentaire d'évaluation de trauma. (Ibid.\*)

## **12. Prise en charge**

D'après les lectures des travaux sur la prise en charge des victimes de trauma notamment (Lebigot, 2005), de (Clercq, 2005) et (Decame, 2012) un schéma de prise en charge revenait souvent :

- Dans un premier niveau une sécurité externe est nécessaire, préalable à toute thérapie, le déplacement des victimes dans un lieu sûr. Par exemple : quand il s'agit de catastrophes naturelle, rassurer la victime qu'elle n'a plus rien à craindre et que son agresseur est neutralisé et les déplacer dans un lieu sécuriser.
- Dans un deuxième niveau, de la sécurité est la sécurité interne : les patients ayant été confronté à des situations traumatiques sont souvent en état d'hyper vigilance et présentent les troubles suivants : réactions anxieuses, troubles du sommeil, évitement du trauma. Le renforcement des ressources est une bonne base pour démarrer la thérapie car il aide le patient à retrouver des moments de calme ce qui lui permet d'avoir confiance en lui et en la thérapie.
- Ensuite toute techniques favorisant les capacités de l'élaboration et d'expression du patient sera favorisée notamment le sport, la création artistique mais aussi la transmission d'informations, l'orientation sur d'autres structures d'aide comme les associations d'aide aux victimes.
- Les niveaux suivants consistent à traiter le trauma et pour cela différentes stratégies sont possibles : (ibid.\*)

### **12.1 La prise en charge médicamenteuse :**

- Les anxiolytiques de type benzodiazépines qui ont été largement utilisés doivent actuellement être utilisés avec pondération au vu de la balance bénéfices/risques (Vaiva et al, 2008).
- Les traitements psychotropes de types ISRS. (Crocq, et al, 2007)

### **12.2 Surveillance et débriefing en post immédiat**

Selon l'approche francophone (Crocq 2007, Lebigot 2011), le *débriefing* se doit d'être pratiqué par des psychiatres ou psychologues cliniciens dans un but préventif et thérapeutique. Il doit être réalisé entre 2 à 3 jours après l'événement traumatique, et dans un groupe qui présente une cohérence (par exemple : liens institutionnels). Le débriefing est une méthode de soin conçue pour les soins post immédiats, et il se révèle une excellente introduction à une éventuelle psychothérapie à court, moyen ou long terme. Tout ce qui dans l'événement est utile pour la suite n'y a pas forcément été dit, mais viendra à son heure dans la succession des entretiens (Lebigot, 2001).

### **Les Dix Principes de Crocq du *débriefing***

1. Ménager un sas intermédiaire où sont restitués l'espace, le temps, et les valeurs normales.
2. Conforter les rescapés "dépersonnalisés" dans leur personne, personne qui n'a pas été abandonnée, qui est entendue et soutenue mais qui doit récupérer son autonomie.
3. Les inciter à verbaliser leur expérience vécue de l'événement.
4. Les informer sur le stress et le trauma, et sur les symptômes transitoires présents et à venir, ainsi que sur les lieux de consultation en cas de besoin.
5. Aider les participants à s'arracher à leur sentiment d'isolement et d'incommunicabilité.
6. Harmoniser les relations de groupe en évitant de perpétuer le "huis clos" et en désamorçant ses dérives xénopatiques.
7. Aider à réduire les sentiments d'impuissance, d'échec et de culpabilité.
8. Préparer les sujets à la réinsertion dans le monde, et les mettre en garde vis-à-vis des attitudes néfastes à éviter dans les retrouvailles avec leur famille, les médias, et dans leur considération des agresseurs.
9. Aider les sujets à mettre un point final à leur aventure.

**Tableau n° 02 : Source : « Traumatismes psychiques, Prise en charge psychologique des victimes » Crocq 2007.**



Lorsque la prise en charge a lieu tardivement, il n'est généralement pas souhaitable de commencer par le débriefing. Ce n'est pas pour traiter de l'événement que le patient vient nous voir, mais pour être soulagé de ses symptômes. Commencer par un questionnement sur ce que justement il veut oublier est vécu comme agressif, et de toute façon ce n'est pas sa demande. Celle-ci devra bien sûr évoluer, mais pas forcément dans ce sens-là. (De soir et Vermerien, 2002).

### **12.3 Les psychothérapies**

#### **a- Psychodynamique**

- les psychothérapies psychodynamiques plaident pour le maintien du concept de névrose traumatique. Toutefois, il faut prendre le terme de névrose dans son acception large ; il est certain que sans le trauma beaucoup de nos patients auraient mené une vie satisfaisante, comme Xavier dans nos exemples. De surcroît, beaucoup de thérapeutes appartiennent probablement à cette catégorie des névrotiques, ce qui ne les empêche pas de faire bien leur métier. S'est-on demandé quelle est la motivation profonde des psychotraumatologues ? Sans doute feraient-ils eux aussi « une réaction normale à une question anormale » ! Si elles sont à notre avis les plus satisfaisantes pour l'esprit et pour ceux qui en bénéficient, ces psychothérapies présentent des inconvénients et des limites.
- D'abord un certain nombre de patients ne peuvent en profiter, pour des raisons multiples : ils ne peuvent se laisser aller à leur propre parole, ou les circonstances de leur prise en charge sont par exemple l'aboutissement d'un conflit familial ou professionnel, ou le déni ou le clivage occultent ce qu'il y aurait à traiter, ou encore leur lien au trauma est trop fort. Soit que celui-ci représente une période de leur histoire à laquelle ils sont particulièrement attachés, soit que le trauma ait été comme l'accomplissement de leur destin

tel qu'ils aimaient à se le représenter, dans l'ordre du sacrifice le plus souvent.

- Le contexte historique de l'événement peut avoir aussi son importance (là souvent c'est la honte qui est à l'origine de l'impossibilité de parler, même si l'intéressé n'a rien à se reprocher personnellement). L'autre limite à l'entreprise d'une telle psychothérapie est le temps que le thérapeute, mais aussi le patient, doivent consacrer pour un résultat qui n'est jamais donné d'avance, même si c'est la guérison qui est visée et souvent obtenue.
- La diminution du nombre de psychiatres auxquels on demande dans le même temps de plus en plus de choses, et la perte de vitesse de la psychanalyse, en France, ne rendent pas optimiste sur l'avenir des psychothérapies psychodynamiques<sup>1</sup> dans notre pays.

## **b- TCC**

Elles comprennent les thérapies comportementales (thérapies d'exposition), les thérapies cognitives (thérapies de restructuration) et les stratégies de gestion de l'anxiété.

### **- Les thérapies comportementales**

Les thérapies d'exposition sont basées sur les théories du conditionnement (conditionnement d'apprentissage et conditionnement d'extinction). Cette thérapie consiste, par une exposition contrôlée, à réactiver l'émotion peur chez la personne traumatisée, de façon à pouvoir intégrer des informations correctives. Les deux techniques d'exposition utilisées sont l'exposition imaginaire et l'exposition réelle. La diminution de l'émotion peur au fil des expositions permettrait également de modifier le sens de l'événement traumatique dans le souvenir. Le but de cette thérapie est de permettre un traitement émotionnel du traumatisme afin de diminuer la souffrance liée à son évocation. (Ladouceur et all, 1999)

## - **Les thérapies cognitives**

Les thérapies cognitives sont basées sur les théories du traitement de l'information et les

Théories des schémas. Ainsi, l'anxiété serait due à un mauvais traitement de l'information, où l'environnement est perçu comme menaçant. Et les comportements, les émotions et les pensées seraient interdépendants. En agissant sur les cognitions, il serait possible de modifier émotions et comportements. Le thérapeute approche les schémas de croyance de la personne (sur elle-même, sur le monde et sur l'événement traumatique) et l'aide à modifier, restructurer les cognitions négatives en les reformulant. (Decam, 2012).

### **12.4 EMDR :**

En plus de ces techniques, nous trouvons la thérapie par l'utilisation de la Désensibilisation et Retraitement par les Mouvements Oculaires (EMDR), c'est une méthode thérapeutique privilégiée auprès des personnes souffrant d'un Etat de Stress Post Traumatique (ESPT). Cette technique permet en effet à la victime, selon v. Laupies (2000), de se "représenter les pensées négatives associées, puis à trouver des cognitions positives pour les remplacer". Les fondements théoriques de l'EMDR reposent sur la capacité du psychisme à métaboliser la majorité des vécus traumatiques. Certains vécus ne seraient pas métabolisés et en se figeant détermineraient, pensées, émotions qui deviendraient alors pathologiques. (De Clercq, Lebigo, 2001).

## **Conclusion de chapitre**

Avant d'aborder le dernier chapitre intitulé de devenir psychique des victimes de trauma & on doit d'abord aborder la notion de trauma dans le contexte historique et les différents modèles qui l'expliquent, on a exposé la clinique de stress post-traumatique (PTSD), son évaluation et la prise en charge des victimes, afin de pouvoir détecter sa présence au pas au près de notre population de recherche (les victimes des événements de printemps noir de 2001), et de vérifier notre hypothèse de recherche avec l'outil adéquat.

## **Chapitre IV : Le devenir psychique des victimes.**

### **Préambule:**

Après l'exposition à un évènement traumatique les victimes, même les plus fortes sur le plan psychique, manifeste quelques réactions post-évènement, on peut les considérer comme des réactions normales vu que l'appareil psychique n'était pas programmée à réagir d'une manière adapté, même si on imagine parfois quelles seront nos réactions si on est confronté à un tel ou tel évènement ou catastrophe naturelle, car l'effet de la soudaineté rend une réactions adapté plus difficile et provoque de l'effroi. On va aborder la définition de l'évènement traumatique, le travail psychique chez les victimes de trauma ainsi que le processus de résilience. (Pignol, 2011)

### **1. L'évènement traumatique**

C'est un évènement brutal et soudain qui menace notre vie ou notre intégrité physique, il se situe en dehors de l'expérience humaine habituelle » (Sabouraud-Seguin, 2000).

- **C'est un évènement qui répond aux quatre critères suivants :**
- l'évènement est soudain et inattendu.
- l'évènement donne un sentiment d'extrême impuissance, d'affolement et/ou de colère
- l'évènement est lié à des émotions fortes anxiété (honte, culpabilité, chagrin) et des sentiments de peur intense, voire même d'effroi.
- il confronte les victimes de façon directe ou indirecte avec le monde des morts (voire à sa propre mort) ou une atteinte sérieuse à l'intégrité physique et psychique de soi-même et/ou de l'autre, menant souvent à un état de stress post-traumatique.

## **2. Que ce que c'est qu'une victime ?**

Le monde moderne dans lequel on vit est de plus en plus exposé à la violence sous toutes ses formes, on désigne par le nom de « victimes » les personnes qui ont été exposées à un évènement potentiellement traumatique, qu'elles l'aient ou non vécu comme un trauma.

L'OMS en 1985 a défini la victime comme suit : « les personnes qui ont subi un préjudice psychique, mental, moral ou matériel, ou dans leurs droits fondamentaux {...} en raison d'actes ou d'omission qui enfreignent les lois ou constituant des violations de droit de l'homme. (OMS, 1985).

Une définition plus explicite : est victime, toute personne qui, de fait d'action (intentionnelle ou non) d'une autre personne, ou d'un groupe de personnes, ou de fait d'évènement non causés par une personne (catastrophe naturelle ou accident sans auteur), a subi une atteinte à son intégrité physique ou mentale ou à ses droit fondamentaux, ou une perte matérielle, ou mentale, ou dommage ou préjudice (scolaire professionnel, mental, etc.).

## **3. Quand est-ce qu'on parle de victimes ?**

- Les victimes directes : blessées physiques, impliqués dans la catastrophe et témoins visuels de celle-ci
- Victimes indirectes : les intervenants professionnels, les parents et les proches des victimes directes, les parents et les proches des morts dans une catastrophe.

L'évènement catastrophique peut avoir des conséquences psychiques non seulement sur les personnes impliquées directement mais sur toute une série d'autres personnes.

Tylor (1981) a répertorié tous les individus susceptibles de développer des troubles post-traumatiques, selon cet auteur les catastrophes peuvent atteindre les victimes à six niveaux :

- les victimes
- leurs familles ;
- les amis des victimes ;
- les personnes qui, par hasard, ont échappé au désastre ;
- les intervenants ;
- les services d'aide.

Selon De Clercq (2002), cette classification confond traumatisés psychiques, stressés et intervenants victimes de *burn-out*, d'épuisement professionnel.

Il est utile de distinguer le trauma, concept de traumatisme psychique de stress appliqué aux populations de victimes distingué par Tylor :

- Schématiquement, De Clercq estime qu'un traumatisme psychique peut atteindre :
  - les victimes directes blessées impliquées ;
  - les témoins de l'évènement catastrophique (traumatogène) ;
  - Les intervenants.
- En revanche des réactions aiguës de stress-y compris de stress dépassé peuvent toucher :
  - les victimes directes, blessées ou impliquées ;
  - les témoins de l'évènement catastrophique ;
  - les intervenants ;
  - les familles et les proches de ceux-ci ;
  - les familles et les proches des morts d'une catastrophes (crash d'avion, incendie, etc.) ;

- les intervenant bénévoles ou professionnels chargés des prendre en charge les victimes. (Lebigo, De Clercq, 2002).

#### 4. Le travail psychique des victimes

### La présence dans l'appareil psychique de l'image du réel de la mort

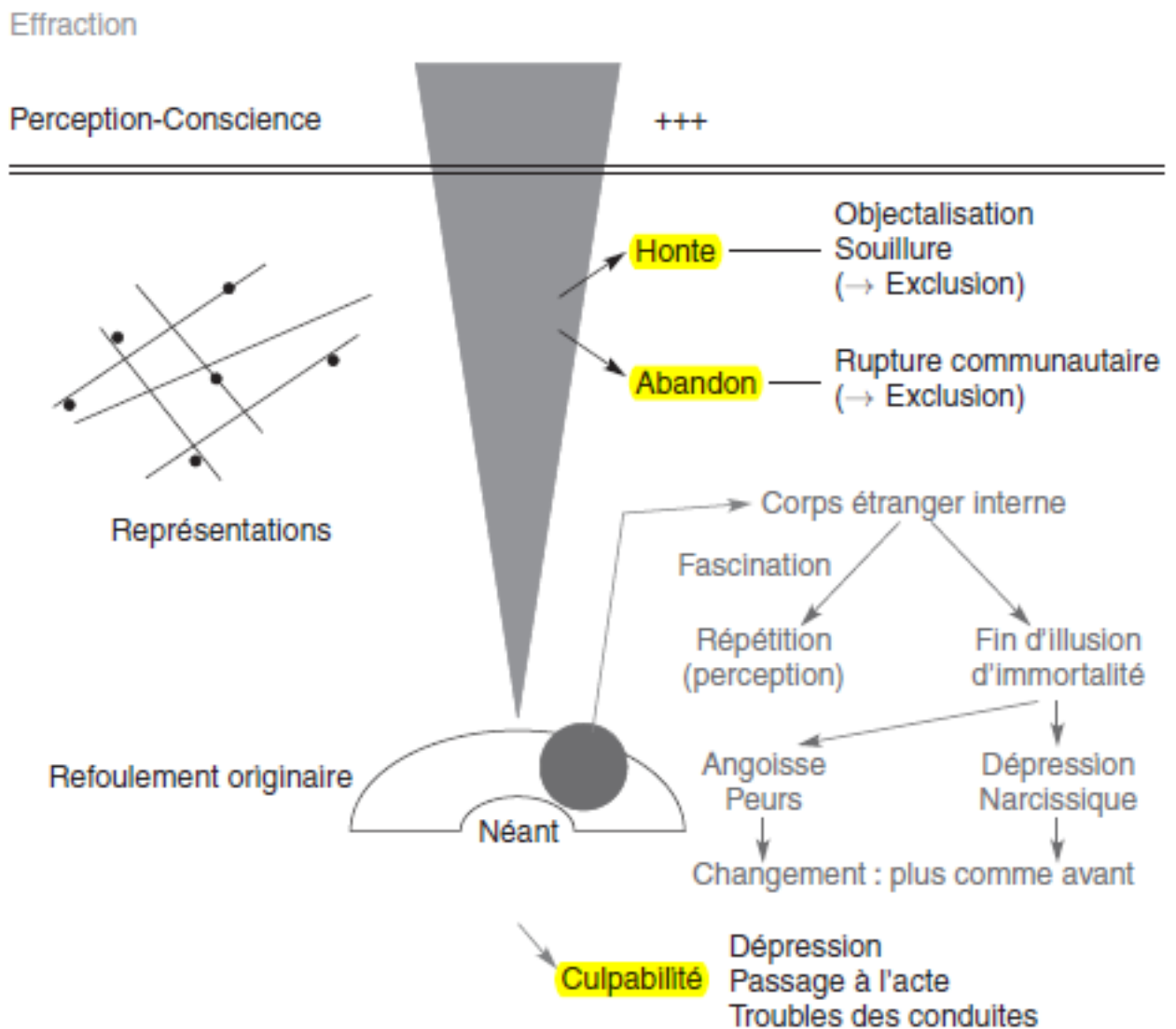


Figure 1.7. Effets cliniques de l'effraction

Figure n°02, Source : Lebigo, 2005, p. 21.



#### **4.1 Le travail de la honte.**

La réaction des individus face à un même évènement potentiellement traumatique est différente, ce qui fait que ce n'est pas toutes les victimes qui seront traumatisés ou qui vont avoir des difficultés à surmonter leurs détresses. Le sujet se vit comme ayant été abandonné par le langage, c'est-à-dire par ce qui fait l'être de l'homme. Il traduit cette expérience indicible comme un abandon par l'ensemble des humains, mêlé d'un sentiment de honte devant sa déshumanisation. La honte signe plutôt une situation de tension entre le moi et l'idéal du moi. Le Moi ne suis pas fautif mais indigne. La honte écoule plutôt du sentiment d'être disqualifié, rejeté, par l'objet. Elle est donc plus narcissique que la culpabilité. La honte suppose l'identification du sujet à l'objet déprécié abîmé, avili, humilié. La honte est éprouvée depuis la place de l'objet disqualifié, rabaissé et qui a perdu le sujet comme objet. C'est là un processus similaire à l'identification mélancolique. (Honte, culpabilité et trauma).

#### **4.2 Le travail de culpabilité**

La culpabilité exprime une tension entre le moi et le surmoi à partir de la transgression effective ou fantasmée d'un interdit, elle résulte des attaques du sujet contre ses objets d'amour qu'il redoute d'avoir fantasmatiquement détruits. La culpabilité est issue de l'expérience d'avoir perdu un objet d'amour, de l'avoir abîmé.

De nombreux auteurs soulignent l'importance du travail de culpabilité chez les victimes, en précisant qu'elles se blâment de déroulement des évènements dont elles ne sont pas responsables.

Lors de catastrophes collectives ayant mis leur vie en danger les survivants peuvent se culpabiliser : sensation pénible d'avoir survécu alors que d'autres ont péri.

### **4.3 Le deuil post-traumatique**

Le deuil post-traumatique survient lorsque la perte d'autrui est concomitante d'une menace mortelle pour la personne (accident collectif, assassinat de co-otages, survie lors d'une catastrophe avec de nombreux morts ; par extension, on rencontre aussi des deuils post traumatiques chez des personnes qui ont failli s'embarquer avec autrui, mais qui y ont renoncé au dernier moment, dans un avion, un bateau, etc.).

Dans les deuils post traumatiques, les troubles, proches de ceux du syndrome psycho-traumatique, compliquent, voire empêchent le travail de deuil. Le processus de deuil est bloqué par la sidération inhérente à la menace de mort. La culpabilité d'avoir survécu, le sentiment de perte d'identité dû à la menace mortelle, au nombre de morts ou à la violence particulière de la mort entravent ou limitent la verbalisation. Les affects dépressifs restent masqués par le côté spectaculaire des conséquences de l'événement.

L'exclusion sociale qui s'ensuit ou l'auto-exclusion du sujet lui-même entraînent souvent une forme de victimisation qui aboutit, soit à une focalisation sur l'événement douloureux et sa réparation, soit à une démentalisation, en l'absence de soutien psychologique. Le deuil post-traumatique montre une forme de concurrence entre le traumatisme (qui agit par le vide et l'aspiration vers le néant des représentations de la scène traumatique) et le deuil qui est habituellement une recherche des souvenirs et des symboles qui aboutiront, autant que faire se peut, à la mise en narration de l'histoire de la relation passée. (Bacqué, 2006).

## **5. Les mécanismes de défense « stratégie de survie »**

La notion de mécanismes de défense est peu utilisée en victimologie elle est remplacée par stratégie de survie, loin de l'usage freudien en lien avec les conflits internes , dans la clinique des sujets psycho traumatisés ou victimisés, ces mêmes mécanismes sont la plupart du temps perçus, non comme des résistances aux progrès de la thérapie mais comme des modes de restauration d'une subjectivité effractée et plus ou moins en ruine. C'est ce que nous venons de relever concernant la honte et la culpabilité.

L'on ne doit pas négliger les apports de Ferenczi à la clinique de la confusion de langue, notamment avec les notions de déni, clivage, identification à l'agresseur..., qui relevaient d'un travail de cette nature, à la condition de les appréhender, non comme des modes de défense à l'égard d'un conflit interne, mais comme des modes de résistance contre un agresseur intériorisé de force. (Pignol, 2011).

## **6. La résilience.**

### **Définition de la résilience**

Selon la définition du dictionnaire (Le Robert), la résilience est un terme de physique qui définit, en mécanique, le degré de résistance d'un matériau soumis à un impact. Dans le dictionnaire anglo-saxon, le sens est élargi à la robustesse corporelle et à la résistance du caractère.

La résilience caractérise la résistance aux chocs. Selon l'étymologie, la résilience est la notion de sauter, de rebondir. Selon Vanistendael et Lecomie, (2000) : « La résilience n'est pas une caractéristique de l'individu au sens strict du terme, mais de la personne en interaction avec son environnement humain. Nous pouvons donc concevoir la résilience à partir de l'individu, puis en cercles concentriques toujours plus vastes, jusqu'à l'ensemble de la société. »

Cyrulnik (1999) définit la résilience comme : « la capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir en présence d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères » (Cyrulnik,1999).

En outre, le concept de résilience amène à passer d'une perspective fondée sur le repérage des dysfonctionnements, à celle d'une mise en valeur des ressources.

La résilience fait référence aux ressources développées par les sujets pour tolérer et dépasser les séquelles dommageables ou pathogènes des traumatismes et vivre malgré l'adversité, en gardant une qualité de vie avec le moins de dommages possible. Il est considéré qu'il y'a une mise en place d'un processus de résilience lorsque les personnes, ou les groupes familiaux parviennent à réguler la crise occasionnée par un traumatisme, à juguler les effets de la désorganisation psychique qui en résulte et à maintenir une (re) construction psychique et sociale. (Delage, 2010).

## **6.1 Les critères et facteurs de résilience**

### **6.1.1 Les facteurs individuels**

- Sentiment de compétence personnelle : nécessité d'avoir confiance en soi, en ses forces et capacités mais également avoir un sens élevé de sa valeur ;
- Capacité de planifier : avoir des buts et des objectifs dans sa vie, être capable de faire une projection dans l'avenir ;
- Compétences cognitives (QI normal ou élevé) ;
- Capacité de contrôler ses sentiments et impulsions forts ;
- Sentiment de signification : sentiment d'exister et d'avoir une place dans la société ;

- Capacité de résoudre des problèmes : aptitude à chercher des solutions, à trouver des ressources ;
- Optimisme : tournure d'esprit qui dispose à prendre les choses du bon côté, en négligeant leurs aspects fâcheux ; c'est aussi avoir confiance dans l'issue positive d'un événement particulier ;
- Capacité de faire face au stress ;
- Habileté à chercher un soutien ;
- Capacités créatives : le sujet créatif va exprimer ses émotions, son vécu, à travers ses œuvres (ex : peinture, musique, écriture...)
- Avoir des convictions : autrement dit, croire en quelque chose, que ce soit en sa famille, en Dieu, en un système philosophique... Toute chose qui donne du sens à la vie, y compris dans les situations les plus abominables ;
- Altruisme : Comportement qui a pour but de venir en aide à autrui ;
- Avoir le sens de l'humour : cela permet de prendre la vie du bon côté. Ne dit-on pas : « Mieux vaut en rire qu'en pleurer » ? Rire d'un problème permet dans certain cas de dédramatiser la situation et de voir les choses autrement.

### **6.1.2 Les facteurs familiaux**

- Nombre d'enfants inférieur à 5 (cinq), espace entre les naissances ;
- Rapports parents-enfants propices : attitude parentale compétente avec présence de chaleur et d'affection, relation riche et sécurisante, communication efficace ;
- Instaurer une certaine discipline, avec l'existence de rituels familiaux (heure fixe des repas, traditions, habitudes familiales), présence d'une justice intrafamiliale ;
- Absence de séparation en bas âge ;
- Pour les parents ou tuteurs légaux : percevoir l'enfant comme une ressource ayant de l'avenir, être habilité à faire face à l'imprévu et à résoudre les

conflits, lui proposer un espace physique suffisant et pratiquer la non possessivité ;

- Présence d'une figure paternelle ;
- Absence de violence dans la famille d'origine ;
- Situation financière stable. (Ferragut, 2005).

### **6.1.3 Les facteurs de soutien :**

- Source diversifiée de support et de ressources :
- Présence de personnes aidantes comme des enseignants, des soignants, des membres de la famille étendue ;
- Présence de milieux de soutien qui favorisent l'autonomie, la responsabilité et le contrôle (milieu judiciaire, éducatif, professionnel).

## **6.2 Les bases de constitution du processus résilient :**

Selon Gilligan, (1997), le développement du fonctionnement résilient d'un individu s'appuie sur la base tripode constitué de 3 domaines de construction de la résilience («3 buildings blocks of résilience ») qui sont les suivants.

### **6.2.1 Le sentiment d'une base de sécurité interne**

Qui est liée aux premières expériences de l'attachement (Bowlby, 1969), et le sentiment de l'appartenance à un réseau social (famille...), qui apportent une sécurité interne qui favorise la résilience. Aussi le fait d'être reconnu par un parent ou un substitut familial, être important pour lui favorise la construction d'un sentiment de sécurité interne.

Certains chercheurs (Rutter, 1996), considèrent que l'étayage social et aussi important qu'une bonne expérience d'attachement, et remplace celle-ci en cas de d'absence de soutien et de relation intrafamiliale.

### **6.2.2 L'estime de soi**

C'est le sentiment de l'individu de sa propre valeur, en psychodynamique l'estime de soi est liée au narcissisme. Il trouve son origine dans les premières relations expérimentées par l'enfant et est fondé sur l'investissement parental. En psychologie du développement on parlera d'estime de soi comme : « la valeur personnelle, la compétence qu'un individu associe à son image de soi ». (Anaut, 2005, P. 74).

En tant que sentiment positif, l'estime de soi est fondée sur la valeur que l'individu a de son propre mérite, cela suppose une comparaison entre ce que l'individu voudra être et ce qu'il est actuellement.

Selon Rutter (1985) : les relations amicales et amoureuses sécurisantes et harmonieuses : le fait d'avoir du succès dans la réalisation de tâches qui sont considérées comme importantes par l'individu, sont les deux expériences principales qui s'avèrent les plus importante pour influencer l'estime de soi dans le sens positif.

### **6.2.3 Le sentiment de sa propre efficacité**

La parentalité (le fait d'agir et de s'affirmer en tant que parents), peut influencer le développement chez un enfant de la conscience qu'il a de son contrôle interne et de sa compétence à atteindre les objectifs désirés. Suivant les modes de parenté, les parents peuvent soit encourager l'enfant à s'autonomiser et à prendre le contrôle ou le maintenir dans l'idée qu'il doit être aidé pour accomplir quelque chose. Selon Rutter, les expériences sociales peuvent également influencer, renforcer ou moduler ce sentiment. Dans certains cas

pallier la carence éducative primaire en aidant le jeune à prendre conscience de ses compétences. (Anaut, 2005).

### **6.3 Profil de l'individu résilient**

(Cyrulnik, 1998), l'individu résilient présente les caractéristiques suivantes :

- Un Q.I. élevé
- Capable d'être autonome et efficace dans ses rapports à l'environnement,
- Ayant le sentiment de sa propre valeur
- De bonnes capacités d'adaptation relationnelles et empathie
- Capable d'anticiper et de planifier
- Ayant un sens de l'humour.

### **6.4 Les tuteurs de résilience »**

Le tuteur de résilience est cette « personne » sur laquelle on peut s'appuyer ou s'étayer, pour connaître le nouveau monde, celle qui assure, qui explique, qui contient, celle qui va servir de repère pour quelque mois voire plus, cette personne qui va être à l'écoute, attentive, compréhensive et indulgente ; c'est ce qu'on appelle dans le langage courant une personne leadership (Laaroussi, 2009).

- La famille :

Sont tout naturellement constitués d'abord par les autres membres de la famille, ceux avec qui l'individu qui vient de subir une agression psychique est dans un lien affectif fort. La famille quand elle existe est le premier environnement ressource, le premier à recevoir la souffrance du sujet et le récit de ses expériences, le premier à pouvoir contenir et permettre la reprise du développement du monde interne. (Delage, 2004).



- L'entourage :

L'entourage des victimes de traumatisme (l'école le milieu professionnel...) peuvent être considérés comme tuteur de résilience et fournir des repères pour la personne qui a besoin d'aide et d'orientation pour dépasser sa souffrance. Tout comme la famille, les tuteurs de résilience sont des personnes ordinaires qui possédant certaines caractéristiques :

- Ils manifestent de l'empathie et de l'affection,
- Ils s'intéressent prioritairement aux côtés positifs de la personne,
- Ils laissent à l'autre la liberté de parler ou de se taire
- Ils ne se découragent pas face aux échecs apparents,
- Ils respectent le parcours de résilience d'autrui,
- Ils facilitent l'estime de soi d'autrui,
- Ils évitent les gentilles phrases qui font mal. (Lecomte, 2005).

### **Conclusion de chapitre :**

L'intérêt de ce chapitre sur le devenir psychique des victimes de trauma et d'exposer le travail qui se fait à l'intérieur de l'appareil psychique d'une personne exposée à un évènement traumatique, tout en prenant compte des facteurs qui entrent en compte dans le processus résilient et qui aident la victime à dépasser sa souffrance. On a traité de travail psychique des victimes : honte culpabilité et deuil, des mécanismes d'adaptation des victimes de trauma ainsi que de la résilience : ses facteurs son processus et les tuteurs de résilience car dans notre thème, notre objectif de recherche en traitant des victimes des évènements de 2001, est de détecter la présence de traumatisme et les facteurs qui ont aidé ses victimes à dépasser leurs trauma après toutes ses années.

# *Partie pratique*

## **Chapitre V : Méthodologie**

### **Préambule**

Dans ce chapitre on présentera toutes les étapes durant lesquelles notre recherche a été faite. La recherche en psychologie exige naturellement une méthode bien précise et bien déterminée dont l'objectif est de comprendre les composantes d'une situation donnée, d'un phénomène, Dans notre cas, il s'agit du « PTSD chez les victimes des évènements de 2001 en Kabylie. La méthode et les étapes choisies sont comme suit :

#### **1. La démarche de la recherche**

##### **1.1 La pré-enquête**

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

Au début, on a sollicité l'aide des associations qui s'occupent des handicapés, en pensant que les personnes amputées à cause des blessures de 2001 se retrouveraient dans ces associations, on n'a trouvé aucune victime. Après on était allé voir avec les militants de la cause berbère, ce qui nous a permis d'avoir un premier accord avec une victime directe des événements de 2001 et qui nous a ouvert les portes pour établir des contacts avec d'autres victimes grâce à son aide. D'abord, on a commencé par expliquer aux victimes la nature de notre recherche, le déroulement de celle-ci. On leur a aussi expliqué qu'il s'agit d'un entretien semi-directif suivi par un questionnaire et qu'aucune information personnelle ne sera dévoilée, tous se passera dans l'anonymat total, que le but sera purement scientifique.

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

## **1.2 La méthode clinique**

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

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

## **1.3 La population d'étude**

Notre recherche s'est effectuée avec des victimes des événements du Printemps Noir de 2001 en Kabylie, où tous les cas sont de sexe masculin, leur âge : plus de 25ans, ce qui nous a facilité la tâche pour leur passer le

questionnaire du « Traumaq ». Ils parlent tous la langue kabyle mélangée la plupart du temps avec le français, vu leur niveau d'instruction un peu élevé. Ils sont tous de la région kabyle et précisément de la Wilaya de Bejaia.

### Tableau récapitulatif

Nom	Age	Niveau d'instruction	Situation familial	Situation professionnelle	Type de blessure
A.B	39ans	Secondaire	célibataire	Travailleur à temps partiel	Amputation de la jambe droit
F.B	44ans	secondaire	célibataire	commerçant	Balle au niveau de l'épaule
K.I	31ans	Universitaire	Célibataire	commerçant	Amputation de la jambe droite
M.S	32	Secondaire	marié	Agent de sécurité	Balle au niveau de l'abdomen
Z.B	32ans	secondaire	célibataire	commerçant	Balle en caoutchouc au niveau du cou

**Tableau n°3. Récapitulation des caractéristiques de la population d'étude.**

## **2. Les techniques utilisées**

### **2.1 L'entretien clinique**

#### **2.1.1 Définition**

D'après Jean-Louis Pedinielli Et Georges Rouan (2000), quand on parle d'entretien psychologique on parle de pratique d'acquisition et de transmission d'information verbales. Dans certaines conceptions psychologiques, l'entretien est défini de comme un acte de communication, c'est-à-dire un échange de paroles avec d'autres personnes.

Les buts et effets de l'entretien psychologique : permet de dire, s'informer, faire dire, écouter, restituer quelque chose au locuteur.

Il y'a 3 types d'entretien, selon la conduite de l'entretien adoptée :

- Entretien non directif
- Entretien directif
- Entretien semi-directif : c'est ce type qu'on va utiliser comme moyen de collecte de données avec le questionnaire « Traumaq ».

Dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien, il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais aux moments opportuns de l'entretien clinique, à la fin d'une association du sujet, par exemple.

Le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet ; ce qui est proposé avant tout, c'est une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours. Il n'interrompt pas le sujet, le laisse associer librement, mais seulement sur thème proposé.

### 2.1.2 Présentation du guide d'entretien :

Le guide d'entretien est essentiellement un aide-mémoire pour l'interviewer qui peut ainsi vérifier, de temps à autre, quels sont les points qui n'ont pas encore été abordés (Ruquoy.D, 1990. PP, 76-78).

Il est établi avec des entretiens exploratoires, le guide se présente sous la forme d'un « pense bête » en répertoriant les thèmes et/ou axes thématiques qui doivent être abordés au cours de l'entretien semi-directif.

Le guide n'est pas un cadre rigide. L'ordre des thèmes prévus est le plus logique possible, mais il n'est pas imposé : chaque entretien a sa dynamique propre. Le seul point important est que le sujet ait abordé tous les thèmes du guide avant de terminer l'entretien – ce qui permettra de réaliser une analyse comparative des différents entretiens. (Quivy.L-V, 1995, P ,33).

<b>Thèmes du guide d'entretien</b>	<b>Relance verbales prévues</b>
1- La situation de la victime pendant l'évènement et la nature de ce dernier.	1- Pourriez-vous nous parler de ce qui s'est passé lors des évènements de 2001 ? Ce qui s'est passé pour vous ?
2- Les circonstances de rétablissement de la victime après l'évènement.	2- Que s'est-il passé après ces évènements ? Comment avez-vous été soigné ?
3- Le vécu quotidien de la victime après l'évènement.	3- Après ces évènements avez-vous constaté un changement vous concernant ? y a-t-il eu des personnes qui vous ont aidé ?
4- La qualité de vie de la victime actuellement.	4- Après 14 ans comment vous vous sentez-vous ?

**Tableau n°4: Les thèmes de guide d'entretien.**

## **2.2 Présentation du questionnaire Traumaq**

### **2.2.1 Définition :**

Le questionnaire **Traumaq** ne mesure pas le stress. Il évalue le syndrome post-traumatique, suite à l'exposition à un évènement comportant une menace de mort pour soi ou pour les autres.

Les auteurs de cette échelle ont préféré envisager le traumatisme psychique de façon beaucoup plus globale. Outre les symptômes généralement observés (le syndrome pathognomonique de répétition, les évitements phobiques, les symptômes neurovégétatifs), le **Traumaq** évalue également des symptômes fréquemment associés, notamment l'état dépressif et les somatisations, l'agressivité et les répercussions sur la qualité de vie.

### **2.2.2 Objectifs du questionnaire**

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

### **2.2.3 Population concernée**

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

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



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

Sont exclus :

- Les adultes qui n'ont pas été exposés directement.
- Les enfants victimes.
- Les adultes victimes de situation répétées de victimisation (inceste, maltraitance, etc.).
- Les proches des victimes.

#### **2.2.4 Contenu du questionnaire**

Le questionnaire est composé de deux parties :

- **Partie 1** : mesure du vécu durant l'événement et des réactions postérieures à l'événement. Elle constitue la base du questionnaire permettant d'établir le diagnostic.
- **Partie 2** : mesure de délai d'apparition et de la durée des troubles décrits (échelle facultative). Elle donne des informations complémentaires qui peuvent être utiles au clinicien, à l'expert ou au chercheur.

#### **2.2.5 Information générales**

Le questionnaire Traumaq permet de recueillir un grand nombre d'informations de façon à réaliser un bilan complet. Ces informations se présentent sous forme de rubriques sur les deux premières pages du questionnaire.

#### **Information concernant l'événement et le sujet**

- **Information concernant l'événement.**
  - L'événement à l'origine des troubles observés doit représenter un danger potentiel de mort, une menace réelle pour les sujets qui en sont victimes

directes ou qui en sont témoins. Cet événement peut être individuel ou collectif.

- Le lieu, la date et la durée de cet événement peuvent également être indiqués sur le questionnaire.

#### ▪ **Information concernant le sujet**

Les items du questionnaire ont été rédigés par des psychologues cliniciens et des psychiatres spécialisés en victimologie. Les items et les échelles ont fait l'objet d'études pré-expérimentales afin de supprimer les ambiguïtés et les items non pertinents.

### **Partie 1 : Les réactions immédiates (pendant l'événement) et les troubles psycho-traumatiques (depuis l'événement).**

#### 1) Pendant l'événement :

- Echelle A (8 items) : les réactions immédiates, physiques et psychiques pendant l'événement.

#### 2) Depuis l'événement :

- Echelle B (4items) : Le symptôme pathognomonique de répétition : les reviviscences, l'impression de revivre l'événement, les flashes, et angoisse attachée à ces répétitions.
- Echelle C (5 items) : Les troubles du sommeil.
- Echelle D (5 items) : L'anxiété, l'état d'insécurité et les évitements phobiques.
- Echelle E (6 items) : L'irritabilité, la perte de contrôle, l'hyper vigilance et hypersensibilité.
- Echelle F (5 items) : Les réactions psychosomatiques, physiques et les troubles addictifs.

- Echelle G (3 items) : Les troubles cognitifs (mémoire, concentration, attention)
- Echelle H (8 items) : Les troubles dépressifs (désintérêt général, perte d'énergie et d'enthousiasme, tristesse, lassitude, envie de suicide).
- Echelle I (7 items) : Le vécu traumatique ; culpabilité, honte, atteinte de l'estime de soi, sentiments violents et colère, impression d'avoir fondamentalement changé.
- Echelle J (11 items) : La qualité de vie.

**Partie 2 : Délai d'apparition et durée des troubles décrits (échelle facultative).**

Cette partie permet de prendre en compte des manifestations qui peuvent avoir disparu au moment de l'administration du questionnaire. Elle se compose de 13 items qui correspondent aux grands groupes de symptômes évalués dans la première partie du questionnaire.

1. L'impression de revivre l'événement, les souvenirs et les images de l'événement qui reviennent (Echelle B de la partie 1).
2. Les troubles du sommeil, difficultés d'endormissement, cauchemars, réveils nocturnes et/ou nuits blanches (Echelle C de la partie 1).
3. L'anxiété et/ou les crises d'angoisse, l'état d'insécurité (Echelle D de la partie 1).
4. La crainte de retourner sur les lieux de l'événement ou les lieux similaires (Echelle D de la partie 1).
5. L'agressivité, l'irritabilité et/ou la perte de contrôle (Echelle E de la partie 1).
6. La vigilance, l'hypersensibilité aux bruits et/ou la méfiance (Echelle E de la partie 1).
7. Les réactions physiques telles que ; sueurs, tremblements, maux de tête, palpitations, nausées, etc. (Echelle F de la partie 1).

8. Les problèmes de la santé : perte d'appétit, boulimie, aggravation de l'état physique, etc. (Echelle F de la partie 1)
9. L'augmentation de la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, nourriture, etc.) (Echelle F de la partie 1).
10. Les difficultés de concentration et/ou de mémoire (Echelle G de la partie 1).
11. Le désintérêt général, la perte d'énergie et d'enthousiasme, la tristesse, la lassitude et/ou les envies de suicide (Echelle H de la partie 1).
12. La tendance à s'isoler (Echelle J de la partie 1).
13. Les sentiments de culpabilité et/ou de honte (Echelle I de la partie 1).

Chaque item est appréhendé à partir de deux critères qui sont :

- Le délai d'apparition des troubles depuis l'événement (selon une échelle en neuf points de 0 : pas concerné à 8 : plus d'an).
- La durée des troubles (selon une échelle en neuf points de 0 : pas concerné à 8 : trouble toujours présent à ce jour).

### **2.2.6 Diagnostic**

- A. Profil A : syndrome psycho-traumatique intense** lorsque la note totale étalonnée est élevée (au moins 4) et pour chaque échelle. Il suppose également une réponse « oui » à la question A6.
- B. Profil B : syndrome anxio-dépressif (sans syndrome psycho-traumatique déclaré)** lorsque la moyenne de la note totale est 3, et la note aux échelles A, D, F, E, H, J, I est 3. l'impact traumatique de l'événement n'est pas élevé. Note faible (au moins 2) aux échelles B, C, G.
- C. Profil C : Syndrome psycho-traumatique modéré (sans troubles dépressifs)** lorsque la note totale est moyenne (3). Echelle A soit élevé ou moyen, réponse « oui » à la question A6, note élevé (4 ou plus) à l'échelle B (répétition). Notes moyennes (3) aux échelles C, G, I, J et note faible à l'échelle H (troubles dépressif).

**D. Profil D : Syndrome psycho- traumatique léger** lorsque la note totale est faible (2 ou moins, et l'ensemble des notes pour toutes les échelles est faible (2 ou moins). (Damiani, C. (2007).

### **3. La méthode suivie dans la présentation et l'analyse des cas**

#### **3.1 La présentation de données récoltées**

Pour ce qui concerne la méthode suivie pour présenter les données recueillies, on commencera par la présentation des données récoltées grâce à l'entretien semi-directif, où on présente d'abord le cas, son âge, sa ville, sa profession ...etc. après on va procéder à la présentation des données récoltées grâce au questionnaire, ce dernier se composant de données qualitatives et de données quantitatives.

#### **3.2 L'analyse et le traitement des données**

Après avoir présenté les données de notre population d'étude, on les analysera à partir de notre cadre théorique, et les bases du questionnaire utilisé qui est le Traumaq. Ce dernier, qui se compose d'une partie de type quantitative, les types de données chiffrées vont nous aider à déduire la nature des traits de la personnalité du cas, et la deuxième partie du questionnaire c'est une partie qualitative où on va essayer de présenter le délai d'apparition des symptômes et la durée de leur persistance. A la fin de la présentation des six cas, on va terminer avec une conclusion où on exposera les résultats finaux on discutera de la validité de nos hypothèses de recherche.

#### **3.3 L'attitude de chercheur**

L'une des principales attitudes de chercheur est bien sûr l'objectivité, la neutralité et l'écoute, le chercheur ne doit pas intervenir sauf s'il y a un blocage et une inhibition du sujet, là, il peut relancer le sujet en reformulant les phrases, des fois on se trouve devant des sujets qui refusent d'aborder certains moments

de leur vie qui peuvent provoquer chez eux un sentiment de tristesse ou de malaise. Dans ce cas, le chercheur doit respecter les avis des sujets, si ces derniers n'arrivent pas à continuer, ils sont envahis par des émotions (pleurs, chagrin..) le chercheur doit s'arrêter et décider à la fin s'il continue ou pas.

Dans notre recherche, vue la nature du thème et les difficultés rencontrées à cause de l'absence d'un lieu précis pour nos entretiens.

### **3.4 Recueil des données :**

La récolte des données sur le terrain a été effectuée par le biais de l'entretien semi-directif et le questionnaire Traumaq, vu la nature spécifique de notre thème de recherche et l'inaccessibilité de population d'études. Les entretiens se sont passés dans plusieurs endroits dans les régions de la wilaya de Bejaia : (Akbou, Ighzer Amokrane, Sidi-Aich, et El-Kseur).

Les personnes avec lesquelles on a travaillé étaient compréhensives et coopérantes, ils nous ont ouvert les portes sur leurs mondes et leurs souvenirs.

Les entretiens se sont passés dans un climat favorable en dépit de l'absence de cadre ; les cas se sentaient moins stressés car ils étaient dans un environnement qui leur est familier. Ils ont manifesté de la patience, car selon eux « le questionnaire Traumaq été un peu long et détaillé ».

## **4. Difficultés rencontrées**

Durant toute notre recherche, nous avons rencontré plusieurs difficultés qui ont pu retarder le bon déroulement de notre recherche, parmi ces difficultés :

- La non-disponibilité de données épidémiologiques concernant le nombre exacte de victimes et l'absence de registre de référence, pour établir un échantillonnage représentatif de la population mère (l'ensemble des victimes de 2001 à 2003).

- Le refus de certaines victimes des évènements de coopérer avec nous en craignant que notre recherche comporte des tendances politiques.
- L'absence des lieux pour accomplir la partie pratique de notre recherche (bureaux), ce qui nous a obligés à improviser pour recréer des bonnes conditions pour l'entretien avec le respect de la vie privée des cas.
- Manque de documentation sur les évènements de 2001, vu la nature sensible de ce thème, ce qui nous a obligé à utiliser les archives de la presse et les rapports des O.N.G, pour rapporter les faits concernant cette période de 2001.

## **5. Analyse et traitement des données.**

Après la récolte des données sur le terrain, on a procédé à l'analyse de ces dernières en nous référant à notre cadre théorique. L'analyse sera une analyse qualitative des données de l'entretien et une analyse quantitative et qualitative des données de questionnaire Traumaq, ce qui nous aidera à appréhender la situation de notre population.

### **Conclusion de chapitre**

La partie méthodologique nous a permis d'assurer une meilleure organisation de notre travail de recherche et de présenter les outils de récolte des données. C'est un guide pour notre recherche qui permet d'aboutir à des résultats pertinents.

## **Chapitre VI: Présentation des données, analyse et discussion des hypothèses**

### **Préambule :**

Après avoir exposé la méthodologie de recherche et présenté les outils d'évaluation, dans le présent chapitre on va exposer les données obtenues par les outils de récoltes de données (entretien clinique semi-structuré, et le questionnaire Traumaq), ensuite, on va discuter nos hypothèses de recherche.

### **I. Présentation et analyse de l'entretien et des données du Traumaq.**

#### **1. Analyse des données de l'entretien et de Traumaq avec A.B.**

##### **a. présentation et analyse des données de l'entretien avec A.B.**

#### **Présentation de cas :**

Mr A.B âgé de 39ans, (25ans en 2001), célibataire, demeure à Ighzer Amokrane, travailleur à temps partiel, est une victime directe des événements de 2001, il a reçu une balle explosive au niveau de la jambe droite le matin du 25-04-2001.

L'entretien s'est déroulé dans la maison de jeunes de la ville d'Ighzer Amekrane, A.B ne parlait pas beaucoup mais, il n'a pas de difficulté à s'exprimer, il a bien coopéré pour le bon déroulement de l'entretien.

#### **Axe I : La situation de la victime pendant l'évènement et la nature de ce dernier.**

Au début A.B, a commencé à nous parler du début de la journée, il travaille comme agent de maintenance, il s'est rendu au point de rassemblement d'une grande foule, il s'est arrêté là, en premier, a observé puis il s'est mêlé à la foule qui a levé des banderoles de protestation contre l'injustice et la répression du droit de l'expression, au bout de quelque temps, les gendarmes ont commencé à tirer dans le tas pour disperser la foule, il a ressenti quelque chose de chaud dans sa jambe droite puis il a vu du sang mais il a gardé son sang-froid et a



continué à reculer pour se cacher derrière un mur, de peur des balles, « **je croyais que c'est une égratignure et qu' il me suffit d'un pansement pour revenir ici** » car il déclare après la vue des émeutier, lui aussi a voulu faire un geste de solidarité avec les familles des victimes. Après quelque seconde A.B fut transporté au centre de santé de proximité, mais le médecin déclare que c'est grave, alors il fut transporté à l'hôpital d'Akbou Une fois à l'hôpital il est directement dirigé vers le bloc opératoire.

## **Axe II : les circonstances de rétablissement**

A l'hôpital, il y a eu plusieurs tentatives pour sauver sa jambe endommagée par la balle explosive. Au bout de 20 jours qui ont semblé interminables pour A.B, entre la douleur physique et les pensée négatives, il a fini par demander l'amputation, car comme il le dit sa famille a hésité de lui parler de cela de peur qu'elle le blesse encore plus, il a fait preuve de courage lui qui été là, pour soutenir les autre blessées, qui ont été avec lui et leur remonter le moral. « **Je me sentis moins lourd et enfin libre** », pour décrire sa situation après l'amputation, car il avait peur que sa jambe gangrène et cause un plus grand handicap.

Après son rétablissement et le retour chez lui, il déclare qu'il n'a pas vraiment senti de changement, sauf les premiers temps avant la prothèse, parce qu'il a un peu plus de mal avec la chaise roulante, mais il a fini par s'adapter à la situation et aller de l'avant.

## **Axe III : Le vécu quotidien de la victime après l'événement.**

A.B, nous affirme qu'il a ressenti un changement dans sa vie de tous les jours, dû à l'amputation de sa jambe, mais, il était conscient qu'il doit aller de l'avant, malgré qu'il ait été contraint d'abandonner certaines activités à cause de son handicap. Il a tenté de reprendre ses anciennes habitudes. Il a été calme et un

peu bavard mais, il déclare que depuis l'évènement, il a changé sa vision du monde et de l'avenir.

#### **Axe IV : La qualité de vie de la victime actuellement.**

Après toutes ces années qui se sont écoulées depuis l'évènement, A.B, nous affirme qu'il a dépassé toutes ses souffrance, il dit que c'est le destin qui a voulu qu'il soit présent le jour de l'évènement, dans cet endroit précis, mais, si c'est à refaire il serait à la même place, malgré son handicap, il a beaucoup d'espoir et il est plein de vie, il a repris son travail, il a pu se faire de bonnes relations avec son entourage malgré qu'il a changé sa vision de la vie

On remarque d'après les données de l'entretien que A.B malgré les deux évènements traumatiques, a réussi à surmonter sa souffrance et aller de l'avant, grâce à son ouverture d'esprit et au soutien de son entourage.

#### **b. Synthèse des données recueillis à partir de l'entretien avec A.B.**

Après l'entretien avec A.B, on conclut que l'évènement qu'il a vécu a affecté un peu sa qualité de vie psychique, malgré qu'il été un peu réservé et qu'il exprime ses affect a minima, il déclare que l'évènement l'a rendu plus sage et moins violent, et à changer son regard de l'avenir, il dit que c'est grâce au soutien de sa famille qu'il a pu dépasser tout cela : « **si j'ai la chance de revoir un jour le gendarme qui a tiré sur moi, je lui dirai de ne pas le culpabiliser, car je suis passé à autre chose car la rancune est comme un poison qui dévore l'esprit**» mais il déclare qu'il ne pardonne pas pour autant à ceux qui ont ordonner ces massacres.

#### **c. Présentation et analyse du questionnaire de Traumaq :**

Le score total est de 28, avec une note étalonnée faible (02) marqué par la présence de d'un syndrome psycho traumatique léger.

- **Première partie :**

**Echelle A :** il a obtenu une note brute de 06 étalonnée de 01, marquer par un faible sentiment de frayeur et un très fort sentiment d'être dans un état second, accompagné de fortes manifestation physique, mais aucun sentiment d'abandon, d'impuissance ni de conviction qu'il allait mourir ou d'assister à un spectacle insoutenable, ni l'impression d'être paralysé.

**Echelle B :** Il a obtenu une note brute de 01 étalonnée de 02, seuls des souvenirs et des images reproduisant l'évènement s'imposent à lui durant la nuit ou la journée, mais pas de cauchemars, ni de difficulté de parler de l'évènement, ni d'angoisse qui l'accompagne

**Echelle C :** il a obtenu une note brute de 02 étalonnée de 02, il manifeste une légère difficulté d'endormissement, accompagnée d'une légère fatigue au réveil, mais pas de réveil nocturne ni l'impression de ne pas dormir du tout.

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

**Echelle E :** il obtient une note brute de 01 étalonnée de 02, qui représente une faible manifestation de d'hyper-vigilance, et la non-présence de comportement agressif, il est tout à fait capable de maîtriser ses nerfs, et il reste calme face aux situations insupportables.

**Echelle F :** il a eu une note brut de 02 étalonnée de 02, à part une faible variation de poids, il n'a pas des manifestations physiques comme les tremblements et la sueur quand il est dans des situations qui lui rappellent l'évènement, il déclare qu'il a augmenté légèrement la consommation de cigarettes.

**Echelle G :** il a obtenu une note brute de 01 étalonnée de 02, avec une faible présence de difficultés de concentration mais pas de trous de mémoire ni des difficultés à se rappeler de l'évènement.

**Echelle H :** il a obtenu une note brute de 03 étalonnée de 03, il présente un fort désintérêt pour des choses qui étaient importantes pour lui avant l'évènement (dans la plupart c'est due à son incapacité de se déplacer à l'aise à cause de son handicap) et une faible perte de l'enthousiasme.

**Echelle I :** il a obtenu une note brute de 09 étalonnée de 03, il se sent responsable de la façon dont les évènements se sont déroulés, mais il ne se sent pas coupable de ce qu'il a pensé ou fait durant l'évènement, il ne se sent ni humilié ni dévalorisé par ce qui s'est passé, il ressent une très forte haine envers ceux qui ont ordonné ces massacres, ce qui l'a fait changer sa façon de voir la vie de se voir lui-même et de voir les autres. Mais malgré son handicap il confirme qu'il est resté comme il était avant l'évènement.

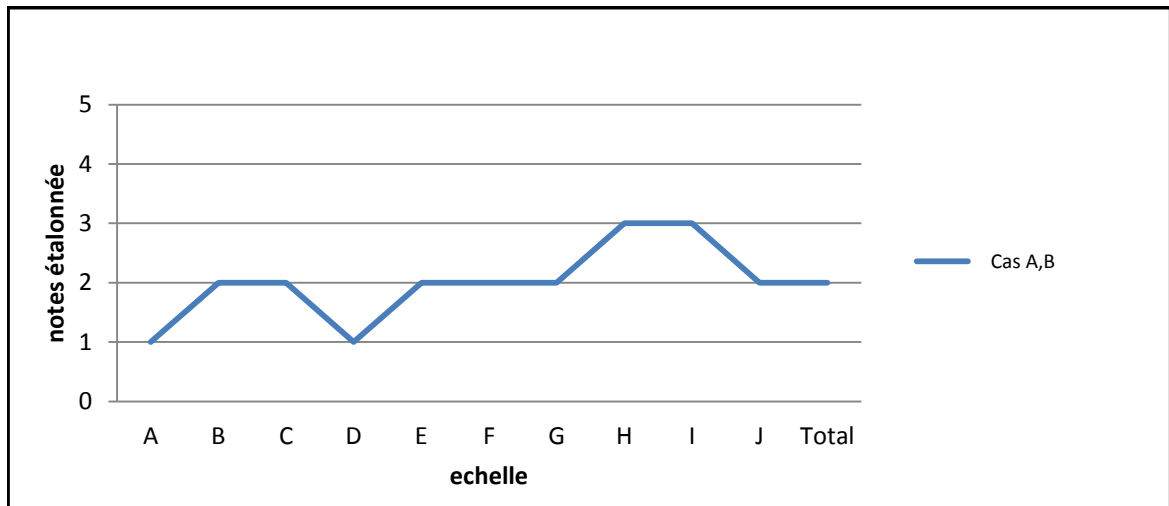
**Echelle J :** la note brute est de 03 étalonnée de 02, il poursuit sa vie professionnelle avec la même performance, il ne voit pas ses amis de la même fréquence qu'auparavant, il a déclaré qu'il n'a pas rompu des relations avec des proches, il ne se sent ni incompris ni abandonné par les autres, il déclare trouver un grand soutien auprès de ses proches, et qu'il cherche d'avantage de la compagnie, malgré qu'il ne pratique pas autant de loisirs qu'auparavant car il ne trouve pas le même plaisir. Il déclare qu'il se sent moins concerné par des évènements qui touchent son entourage.

- **Deuxième partie**

A.B ne présente aucun trouble cité dans la deuxième partie du questionnaire Traumaq.

#### **d. Synthèse des données recueillies à partir de Traumaq.**

A partir de ce qu'on a recueilli grâce au questionnaire on déduit que A.B présente un léger traumatisme psychique dû à son exposition à un évènement traumatique mais, il n'a pas vraiment affecté sa qualité de vie psychique ni la qualité de sa vie actuellement.



## **2. Présentation des données de l'entretien et de Traumaq avec B.F**

### **a. Présentation et analyse des données de l'entretien avec B.F.**

#### **Présentation du cas**

Le cas B.F, âgée de 44ans (30) ans au moment de l'évènement) demeurant à Akbou, commerçant, il été appeler à passer son service militaire alors qu'il s'apprête à refaire son bac, en 1989. C'est une victime décrit de printemps noir, il a reçu une balle réel au niveau de l'épaule qui a traversé son torse le 19-07-2001, quelque temps avant, il a assisté à la mort de Rachid Mesbahi.

L'entretien a été effectué dans la maison de la culture de la ville d'Akbou, F.B été un peu tendu au début de l'entretien mais il s'est détendu et à commencer à nous raconter avec détails son accident, il s'exprime en français mélangeant quelque phrase en kabyle.

## **Axe I : La situation de la victime pendant l'évènement et la nature de celui-ci**

« **Mon cas est défèrent de ceux des autre** » dit B.F pour commencer, il avait 30 ans au moment de l'évènement, il se rend au pointes de rassemblements des émeutiers comme à son habitude pour prendre des photos, lui qui est amateur, ce jour-là il n'a pas pris son appareil photo, il m'explique que lui et des jeunes de son âge essayant de raisonner la foule qui s'est regroupé en face de commissariat qui se situe face au centre des urgences médicales pour condamner l'assassinat du 18-07-2001, les gendarmes ont commencer à tirer de coté de l'entrée de l'hôpital, il dit que, quand la victime Rachid Mesbahi est tombé, lui et quelques autre personnes se sont précipité à son secours, quelques minutes après, il a ressenti une chaleur envahir son épaule... c'est la balle qui l'a traversé pour sortir de l'avant, il m'a dit que « **même si j'ai passé deux (02) ans dans l'armée et que j'étais rappeler deux fois au cours de la Décennie Noire à combattre le terrorisme, j'ai pas pu me rendre compte de ce qui s'est passé sur le champ...** » Des émeutiers sont venu à son secours, ils l'ont transporté à l'hôpital qui se trouve à quelque mètres seulement du lieu de l'incident.

Après un petit moment de silence, F.B a commencé à nous raconter ce qui s'est passé avec lui toute en relatant quelques faits qui ont une relation avec les évènements de 2001 et la politique en Algérie, ce qui laisse comprendre qu'il a un niveau intellectuel élevé. F.B a vécu un évènement hors de commun : il a été témoin de la mort de quelqu'un sur le vif, et pire encore, il a été lui-même confronté à la mort le même jour, ce qui nous laisse supposer qu'il peut présenter un syndrome post traumatique.

## **Axe II : les circonstances de rétablissement des victimes.**

Une fois à l'hôpital, il a reçu les soins nécessaires, le médecin l'a rassuré que même si la balle a touché quelques artères secondaires, il va s'en sortir car la balle est sortie, sa famille et ses amis étaient là pour le soutenir psychologiquement. Ce qui l'a touché le plus quand il a été à l'hôpital, c'est un journaliste à la radio qui est venu s'entretenir avec lui et les autres victimes qui ont été dans la même chambre que lui. Il nous a rapporté que la façon dont le journaliste posait les questions au jeune K.I (17ans), l'a vraiment mis en colère il a interrompu le journaliste qui ne s'est pas soucié de la sensibilité de son interlocuteur qui viens de perdre sa jambe en le condamnant d'être responsable de ce qui lui est arrivé. F.B a répondu au journaliste en lui disant « **ce n'est pas à vous de nous faire des leçons de patriotisme** », il déclare qu'il a déchiré sa carte d'identité devant le journaliste. Après 20 jours passées à l'hôpital, il rentre chez lui, sa mère l'a toujours défendu comme il le dit, elle a pris soin de lui pendant sa convalescence.

On constate que F.B, qui a un passé militaire, lui qui étaient sergent dans l'armée s'est trouvé au lit de l'hôpital à cause d'une balle tirée par un gendarme, il été dans la confusion « **je sens que j'ai changé de camps** » déclare-t-il, en expliquant qu'il a été prêt à répondre à l'appel de la Patrie mais il était aussi là quand il s'agissait de défendre son identité Berbère.

## **Axe III : le vécu quotidien de la victime après l'évènement.**

Après la convalescence de F.B, il a tenté de reprendre son travail, mais il a fini par l'abandonner et resté près de deux ans en chômage ce qui a dégradé sa situation financière. En 2003, il a décidé de quitter la wilaya pour tenter de se reconstruire ailleurs, il me dit « **tout à changer !** » sa vision de la vie, de la politique et de mouvement kabyle a changé, il dit qu'il se sent moins concerné par ce qui se passe au tour de lui. Des signes de dépressions se sont manifestés

après quelque mois de l'évènement, il me dit qu'il considère que c'est une troisième chance « **j'ai déjà failli passer quand j'étais dans l'armée mais la balle m'a raté de peu alors pour le moment je considère ma vie comme des prolongations !** ». Parlant des indemnités F.B, déclare qu'il a considéré cet argent comme une humiliation, malgré qu'en 2006 il ait fini par l'accepter pour rembourser ses dettes.

### **Axe : la qualité de vie de la victime actuellement.**

Aujourd'hui, en 2001, F.B a peut retrouver une vie plus en moins stable car selon ses dires, après 2001, il a vraiment passé des années dures, à essayer de s'en sortir. Quelques années plus tard après son accident, vient la mort de sa mère, cela l'a vraiment touché. Il s'est trouvé dans l'obligation de consulter un psychiatre qui lui a prescrit des anxiolytiques, mais il n'a pas vraiment suivi son traitement à cause des effets secondaires de ce dernier. Il m'a aussi déclaré qu'à une période allant de 2006 à 2010, il aurait été incapable de parler de l'évènement, il qualifie 2006 de « **l'année de désillusion politique** », il qualifie cette période de la pire période de sa vie, car il a perdu sa mère en 2008 et il a rompu avec sa fiancée dans la même période.

Après 2001, il s'est mis à écrire des articles pour des journaux, mais en 2006, il n'a plus rien écrit car il dit : « **J'ai perdu l'inspiration et le goût pour l'écriture, je ne sais pas si je vais reprendre un jour** ».

Mais, après 2010, il a commencé à retrouver un équilibre. Maintenant, il est revenu dans sa ville natale et il a son propre commerce et il se sent moins anxieux et plus heureux qu'avant. A 44 ans, il est toujours célibataire, car comme il dit « **Je n'ai pas encore trouvé une femme qui peut me comprendre** ».



## **b. Synthèse des données recueillis à partir de l'entretien avec F.B**

De l'entretien avec Mr. F.B , que les évènements qu'il a vécu en 2001 et même avant ont eu un impact sur sa vie psychique et sur la qualité de sa vie quotidienne, il semble devenir dépressif et distant avec les gens, il été désorienté de voir que les choses en lesquelles il croyait ne sont pas comme dans ses idéologies, ce qu'il a mené à un long combat pour se retrouver et à reconstruire, malgré le manque de soutiens dans son environnement après la mort de sa mère.

## **c. Présentation et analyse de questionnaire de Traumaq :**

Le Scor total de 48 étalonné de 02, qui correspond au syndrome psycho traumatique légère.

### **• Première partie :**

**Echelle A:** il a obtenu une note brute de 07 étalonnée de 02, un très fort sentiment de frayeur, un très fort sentiment d'être dans un état second, et l'absence de manifestations corporelles, un fort sentiment qu'il va mourir ou assisté à un spectacle insoutenable, il se senti pas abandonné par les autres.

**Echelle B:** Il a obtenu une note brute de 05 étalonnée de 03, de la difficulté à parler de l'évènement et des reviviscences se sont manifesté après l'évènement, mais pas de cauchemardes d'angoisse.

**Echelle C:** il a obtenu une note brute de 04 étalonnée de 03, une très forte difficulté d'endormissement, pas de couchâmes ni de réveilles nocturnes, un faible sentiment de ne pas dormir de tous.

**Echelle D:** il a obtenu une note brute de 00 étalonnée de 01, pas de manifestations d'anxiété ni d'angoisse, il ne craint pas de retourné sur les lieux de l'évènement ni les situations qui évoquent l'évènement.

**Echelle E:** Il a obtenu une note brute de 09 étalonnée de 03, une forte vigilance, et méfiance depuis l'évènement, et une faible irritabilité, et un très fort comportement agressif (il a agresser un autre militant de son partie à cause d'un défèrent d'opinion)

**Echelle F:** Il a obtenu une note brute de 01 étalonnée de 01, appart une variation de poids due à la blessure, il n'a pas de problèmes de santé dont la cause est inconnu ni de détérioration de l'état de santé générale.

**Echelle G:** Il a obtenu une note brute de 01 étalonnée de 02, appart une faible difficulté de se remémorer quelque souvenir ou quelque personnes il n'a pas de difficultés de concentration ni à se souvenir de l'évènement traumatique en question.

**Echelle H:** Il a obtenu une note brute de 08 étalonnée de 05, une forte perte d'enthousiasme de difficultés affectif et refus de contacte et tendance à s'isolé mais pas de fatigue ni de désespoir de la vie malgré le sentiment d'une faible tristesse.

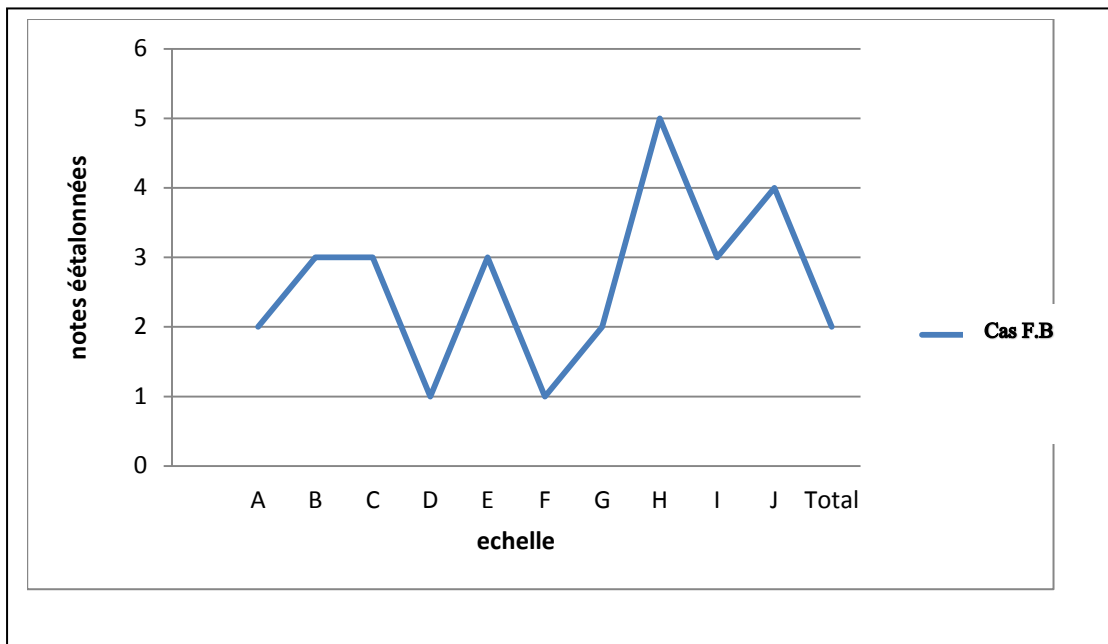
**Echelle I :** Il a obtenu une note de 07 étalonnée de 03, un très fort sentiment de responsabilité de ce qui lui arriver pendant l'évènement mais pas de culpabilité,

**Echelle J :** Il a obtenu une note brute de 06 étalonnée de 04, il n'a pas arrêté son activité professionnelle, et ses performance sont équivalent à ce que c'était avant l'évènement, il ne voie pas ses amis avec la même fréquence, après l'évènement il a rompu des relations avec des proche, il se sent incompris par les autre et il ne trouve pas le même plaisir a pratiquer ses loisir, mais il a trouvé un grand soutien dans sa famille, et il se sent moins concerné par ce qui se passe au tour de lui.

- **La deuxième partie**

Pour la qualité de vie la plus part des trouble présent chez F.B ont un ans et plus et ont duré plus d'un an, comme les troubles de sommeil, l'anxiété, la

vigilance et l'hypersensibilité aux bruits ainsi que l'augmentation de la consommation de quelques substances et la tendance à s'isoler. Mais l'impression de revivre l'évènement est apparu entre 24 heures et 03 jours et durée moins d'une semaine.



#### **d. Synthèse des données recueillis à partir de questionnaire Traumaq avec F.B**

Après l'analyse des données de questionnaire on constate que la vie de la vie a vraiment été bouleverser par ce qui s'est passer avec lui en 2001 et par s'qui s'est passer avec lui après comme l'assassinat d'un amis a lui et la mort de ca mère, il a vraiment souffert pendant des années avec des troubles de sommeil, l'hypovigilance, la méfiance, et sa vision de la vie a complètement changer, grâce à son passer militaire qui l'a aider à rester solide et au soutien de sa mère avant sa mort F.B retrouve un semblant d'équilibre dans sa vie malgré qu'il a des problèmes d'ordre affectif.

### **3. Analyse des données de l'entretien et de questionnaire Traumaq**

#### **a. Présentation et analyse des données de l'entretien avec I.K.**

##### **Présentation de cas :**

Il s'agit de K.I, âgé de 30 ans, célibataire, demeurant à Akbou, commerçant, diplômé de l'université de Bejaia, est une victime directe des événements de 2001, il a reçu une balle explosive le 28 avril 2001, ce qui lui a provoqué un handicap physique en lui amputant sa jambe droite.

L'entretien s'est effectué à son magasin à la ville d'Akbou, K.I était calme, sympathique, il parlait sans aucune difficulté, il mélange entre le kabyle et le français, il a bien coopéré pour le bon déroulement de l'entretien et le questionnaire.

##### **Axe I : La situation de la victime pendant l'évènement et la nature de ce dernier.**

Au début K.I, commence à nous raconter comment son frère a été touché par une balle réelle, dans le ventre, juste deux jour avant qu'il soit blessé à son tour, il affirme que la blessure de son frère a créé chez lui un sentiment de vengeance malgré que son père l'a interdit de sortir de la maison après ce qui s'est passé à son frère et que sa mère le surveille en permanence, il réussit quand même à s'enfuir et rejoindre les foules pour se venger il déclare : « **ça devient une question familiale, je me sentais obligé de venger pour l'humiliation que mon frère a subi** » .

Un jour après la blessure de son frère, il s'est trouvé avec un petit groupe d'émeutiers encerclés par la gendarmerie, il reçoit plusieurs coups de matraque ce qui lui ont causé des blessures, mais sans conséquences grave, malgré cela, il revient le lendemain, avec une foule d'un nombre d'émeutiers considérable, ils ont décidé d'attaquer la brigade de la gendarmerie. Il affirme qu'il était très

avancé par rapport aux autres, il entend des coups de feu, au début, il n'a rien ressenti, bien qu'il voyait son sang couler par terre, mais il refuse de croire que c'était bien lui. Il disait: « **j'ai fait même quelque pas sans savoir que c'était moi** », il est tombé par terre, les autres émeutiers avaient peur de s'approcher car il y avait d'autres coups de feu, mais à la fin, ils l'ont ramené et l'ont conduit à l'hôpital.

On remarque ici que K.I a vécu un événement traumatique au moment où il était confronté au réel de la mort, et l'image de son corps était déficitaire puisque son intégrité physique était atteinte en lui amputant sa jambe.

## **Axe II : Les circonstances de rétablissement de la victime après l'évènement.**

A l'hôpital, ils ont fait le maximum pour sauver sa jambe, mais un médecin a vu dès le début qu'il fallait lui amputer sa jambe droite pour qu'il survive, après un mois, ils ont passé à l'action, ce qui lui a causé un véritable bouleversement, quand il se rendait compte, il devient violent, il a insulté le personnel médical, et même sa famille, car ils auraient dû les empêcher de lui faire cela, il se sentait trahis, il refuse de parler avec tout le monde.

Au moment qu'il était hospitalisé, sa famille et certains de ses amis ont tenté de l'envoyer à l'étranger pour le soigner, mais ils ont échoué puisque le pouvoir a déclaré qu'il n'a pas utilisé des balles réelles contre les manifestants et son envoi à l'étranger sera une confirmation que le pouvoir a bel et bien utilisé des balles réelles. Mais, juste après quelques années, il suit son traitement après l'amputation, à l'Angleterre.

On constate ici, que K.I, a vécu un autre événement qui pourrait être traumatique on lui amputant sa jambe et le fait qu'il était hospitalisé des mois à l'hôpital, a renforcé d'une manière ou d'une autre ses pulsions de mort ce qui explique qu'il avait des idées suicidaires dont il a passé à l'acte mais sans nous

apporter les détails puisqu'il a déclaré qu'il n'arrive pas encore à dépasser son acte.

### **Axe III : Le vécu quotidien de la victime après l'événement.**

Suite aux données récoltées lors de l'entretien, K.I, nous apporte qu'il a remarqué un grand changement dans sa vie quotidienne, il ne devient pas comme il était avant, ses amis se comportent avec lui différemment par rapport auparavant : « **Ils m'appellent pas pour jouer au football..., quand il y a un bagarre je serai toujours le premier à appeler pour que j'assiste mais là, ce n'est pas le cas du tout** ». Il devient anxieux, il fait des cauchemars, et il n'arrive pas à contrôler son agressivité envers les autres.

### **Axe : La qualité de vie de la victime actuellement.**

14 ans passés, K.I, nous affirme qu'il avait vraiment réussi à s'en sortir. Il se rend compte que sa famille était avec lui surtout quand il a tenté de se suicider, ses amis qui l'ont beaucoup aidé même s'ils deviennent un peu vigilant envers lui puisque il n'est pas comme avant. En lui demandant de nous parler sur ses relations avec les autres et sa façon de passer ses journées hors du travail, K.I, nous raconte qu'il reste toujours en contact avec ses amis, peut-être qu'il n'a pas resté en contact avec certains vu leur préoccupations mais il reste toujours sociable, il continue à pratiquer autant de loisirs qui sont compatibles avec sa nouvelle situations.

On constate que K.I, se sent qu'il a surpassé toutes les difficultés qu'il a vécu, il continue à mener sa vie le plus normalement possible, et quand on lui a demandé de nous raconter ce qu'il a vraiment aidé à arriver à cette situation, il affirme que l'un de ses meilleurs amis qui a vécu presque la même situation que lui l'a vraiment aider dans ses pire situation, il s'appelle A.B, une victime des événements de 2001 qui a subi le même sort que lui on lui amputant sa jambe et

ils ont suivie ensemble leur traitement en Angleterre, il était un ami, un frère et aussi il voie sa propre image à travers cette homme.

#### **b. Synthèse des données recueillis à partir de l'entretien avec K.I.**

Après l'entretien avec K.I, on constate que tous ce qu'il a vécu comme événement a eu un impact sur sa vie psychique et même quotidienne, il éprouve de la haine, son image de corps est déficitaire, il devient agressif et même un peu violent, mais tout ça n'a pas arrivé à le mettre d'une situation qui nécessite une intervention soit psychiatrique ou une prise en charge psychologique, d'ailleurs , ils nous affirme qu'il n'a pris aucun médicament préinscrit par un psychiatre et il n'a suivie aucune psychothérapie auprès d'un psychothérapeute.

#### **c. Présentation et analyse de questionnaire de Traumaq :**

Le score totale est de 48, étalonné de moyenne de 02, correspond au profil D : syndrome psycho-traumatisme légère.

- **Première partie :**

**Echelle A :** il a obtenu une note brute 09 étalonnée de 2 faible, il éprouve un très fort sentiment de frayeur et une forte augmentation de la tension, et le sentiment d'être paralysé et la conviction qu'il va mourir. A ce moment la aucun sentiment d'abondons, d'impuissance et même d'angoisse était ressenti.

**Echelle B :** il a obtenu une note brute de 04 étalonnée de 02, où il ne trouve pas des difficultés de parler sur l'événement et on trouve une faible présence des rêves et des cauchemars on relation avec l'événement et des images ou des souvenirs, on ce moment-là on remarque une forte sensation d'angoisse quand il repense à ces événement.

**Echelle C :** il a obtenu une note de 08 étalonnée de 03, Mr I.K nous affirme qu'il trouve jusqu'à maintenant des difficultés de dormir, il fait des cauchemars et même des réveils nocturne, une faible impression de ne pas dormir du tout ce qui explique, qui ne ressent pas une fatigue à son réveil.

**Echelle D :** il a obtenu une note brute de 06 étalonnée de 3, on remarque une faible présence d'anxiété, crise d'angoisse et il ne développe pas une phobie pour les lieux qui sont en rapport avec l'événement et même de regarder des spectacles ou d'éviter les situations qui provoquent l'événement mais, il se sent qu'il est toujours en état d'insécurité.

**Echelle E :** il a obtenu une note brute de 06 étalonnée de 03, Mr I.K ne développe pas le sentiment d'hyper vigilance, une faible présence des comportements agressifs, il maîtrise des situations et il est loin de fuir des situations insupportables, il se considère moins agressif depuis l'événement.

**Echelle F :** il a obtenu une note brute de 01 étalonnée de 02, dans cette échelle, Mr K.I, confirme que depuis l'événement n'a pas remarqué des variations de poids, il n'a pas développé une dépendance à des substances psychoactives, ni une détérioration de son état physique ou développé une maladie dont les causes sont difficiles à identifier, mais on remarque qu'il ressent des maux de tête, de tremblement ...etc., lorsque il repense à des situations qui rappellent l'événement.

**Echelle G :** il a obtenu une note brute de 01 étalonnée de 02, il n'a aucune difficulté à se concentrer, ni la difficulté à se rappeler de certains événements, mais il éprouve des trous de mémoire d'une faible intensité.

**Echelle H :** il a obtenu une note brute de 01 étalonnée de 02, on remarque chez K.I qu'il s'attache toujours à des choses qu'il considère comme importantes, il ne manque pas d'énergie, toujours actif, enthousiaste, mais il a des faibles tendances à s'isoler et à éviter des contacts avec les autres.

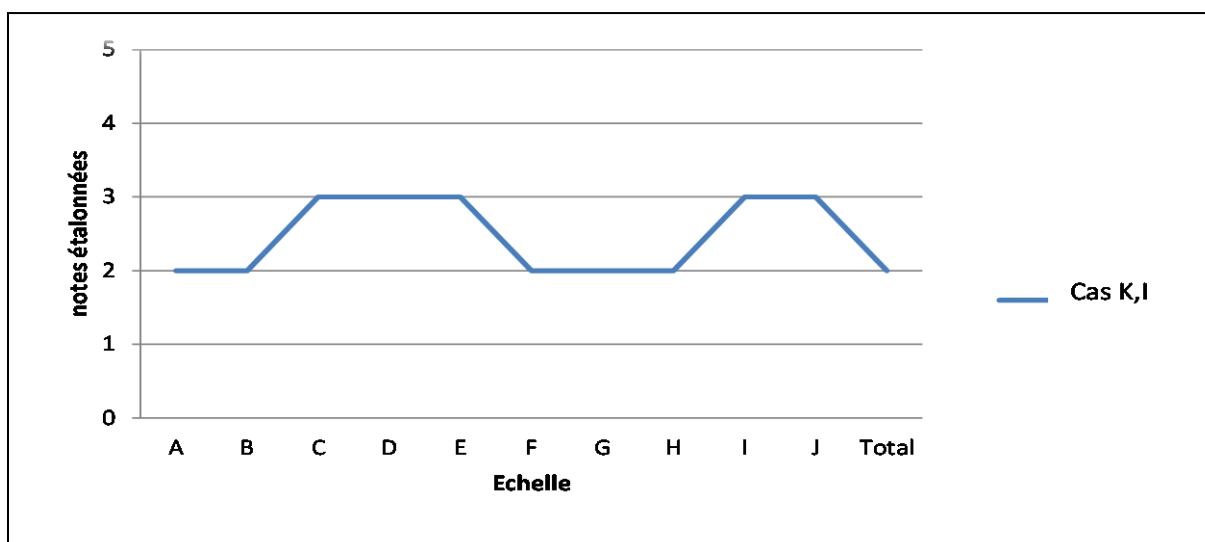


**Echelle I :** il a obtenu une note 08 brute étalonnée de 03, il éprouve une très forte haine et colère violente depuis l'événement, sa vision a changé à l'égard des autres et même à son égard, il n'est pas comme avant, par contre il se sentait pas humilié, ni coupable, ni responsable de ce que s'est passé.

**Echelle J :** la note brute est de 04 étalonnée de 03, il poursuit sa vie professionnelle le plus normalement possible, il ne voit pas une différence entre comment il était et comment il est devenu. Au niveau de performances scolaire ou professionnelle, il se sent pas abandonner, ni incompris par les autres, mais il ne cherche pas d'avantage leur compagnie ou leur présence, ce qui explique qu'il ne continue pas à rencontrer ses amis comme avant.

- **La deuxième partie**

La plupart des troubles présentés chez K.I ont généralement apparu entre le jour même de l'événement jusqu'à la première semaine, et ont durés ou persistés juste une semaine. On parle, de syndrome de reviviscence, trouble du sommeil, crise d'angoisse, problème de santé, mais celui qui continue à exister jusqu'à maintenant, c'est le sentiment de culpabilité et de la honte.



#### **d. Synthèse des données recueillis à partir de questionnaire Traumaq.**

A partir de ce qu'on a recueillis grâce au questionnaire Traumaq, on constate que K.I, souffre d'un traumatisme léger dont les répercussions des évènements qu'il a vécu n'ont pas vraiment détruit les fonctions des composantes de l'appareil psychique

#### **4. Analyse des données de l'entretien et de questionnaire Traumaq avec M.S.**

##### **a. Présentation et analyse des données de l'entretien avec M.S.**

##### **Présentation de cas**

C'est M.S, âgée de 32ans (18 ans, au moment des faits), demeurant à El-Kseur, agent de sécurité, il a abandonné ses études juste après sa blessure en 2001, il a suivi plusieurs formations et a eu plusieurs diplômes de formation professionnelle, marié.

C'est une victime directe des évènements de 2001, il a reçu une balle de kalachnikov au niveau de dos, le 25-04-2001 à 16h45, et avant quelques secondes de sa blessure, il a été témoin de la mort d'un autre émeutier âgé d'à peine 16ans.

L'entretien a été effectué dans la salle de lecture de la résidence RUB.2 à El-Kseur. M.S a été bien détendu, et souriant, il parlait en kabyle en mélangeant quelques mots en français.

##### **Axe I : La situation de la victime pendant l'évènement et la nature de celui-ci**

M.S a commencé à nous parler de début des évènements dans la région, avec les citoyens de sa ville ils ont organisé une marche vers Oued-Amizour pour soutenir les trois collégiens qui ont été interpellés lorsqu'ils se

dirigeaient, avec leurs camarades, vers le stade Arbi Touati, pour une séance de sport, il dit : « **nekred contre tamhukranith** », (on s'est levé pour protesté contre l'injustice). Quelques jours après, le 25-04-2001, il y'a eu un remembrement populaire devant la gendarmerie, les jeunes n'ont pas gardé leur calme face à la provocation des gendarmes qui lançaient des bombe lacrymogène pour disperser la foule. Après c'était des tirs de Simonov dans l'air qui ont remplacé le gaz toxique. A quelque mètres de M.S, un jeune de 16 ans a reçu une balle en plein front, il été mort sur le coup. M.S, a tenté de reculé de quelques pas. Soudain, il a ressent quelque chose qu'il décrit à premier coup comme une pique d'abeille en plein dos. Finalement, c'était une balle tirée par un gendarme qui s'est placé sur la terrasse d'un bâtiment. Il avait des difficultés à respirer, il a pris conscience que la balle l'a traversé. Il été transporté à l'hôpital par quelque personnes présentes sur les lieux. Il a déclaré que la seule image qui tourner dans sa tête c'était celle de ses parents.

On a constaté que M.S a été confronté à deux évènements potentiellement traumatisant, dont l'un il a été lui-même victime.

## **Axe II : les circonstances de rétablissement des victimes**

Une fois à l'hôpital, M.S, qu'il a reçu une bonne prise en charge, il dit que selon le chirurgien il avait de la chance car la balle à traverser mais elle a touché la foie, ce qui lui provoque jusqu'aujourd'hui des problèmes de dos (asiatique). Malgré tous M.S il été soulagé de pouvoir continuer ses activités sportives, lui qui est un athlète. Il a déclaré qu'il n'a pas donné son nom à l'hôpital, car le patient blessé par balle au niveau de la vessie, qui a été dans la même chambre que lui a été interpellé par les forces de l'ordre au milieu de l'hôpital.

### **Axe III : le vécu quotidien de la victime après l'évènement.**

Selon les dire de M.S, après le retour à la maison, il a continué les soins pendant près de trois ans, il déclare que ses parent éteint toujours là pour lui, et aussi des personnes de partout, qui l'en soutenu. Apres sont rétablissement M.S n'a pas réintégré l'école car comme il dit qu'il n'a plus foie dans le système et ses programmes éducatif. Il nous a aussi évoqué la question des indemnisations qu'il a reçu quelque années après il déclare que la seul raison pour qua quelle il a accepté cette argent c'est pour rembourser un peu de tous les frais qu'a couté ses soins. « **Car autrement rien ne vaut les larmes qu'a versée ma mère en me voyant au lit de l'hôpital** ». déclare-t-il.

### **Axe IV : la qualité de vie de la victime actuellement.**

Aujourd'hui, 2015, M.S nous confirme que grâce à ses parents et son entourage, et spécialement a sa petite amie qui ne l'ont pas lâché dans les moments difficile il a réussi à dépasser ça souffrance, et ses peur, il affirme aussi avoir changé sa vision de beaucoup de chose. Il concéder ce qu'es s'est passer avec lui comme une deuxième chance pour profiter de la vie et faire des meilleurs choix, aujourd'hui il a réussi a fondé une famille et a réintégré , même si c'est pas de la même intensité à cause de ses problèmes santé du a la blessure par balle, le JUDO, qui est le sport qu'il pratique depuis tout petit.

#### **b. Synthèse des données de l'entretien avec M.S.**

En constate que M.S à dépasser toute la souffrance qu'il a enduré après sa blessure et le long voyage de soins, il a dépassé ses peurs, ses couchâmes et ses angoisses, nous déclare qu'il vie pour être heureux et pour rendre la vie plus facile à sa famille qui a été là pour lui quand il avait besoin d'aide. Il déclaré qu'il regarde plus à l'arrière mais selon ses dires : « **si c'est à refaire il aura réagis de la même sort car il défend ces croyance et son identité** ».

### **c. Présentation et analyse de questionnaire de Traumaq :**

Le score est de 71, étalonné de 03, qui correspondent au profile de syndrome psycho dépressif modéré.

- **Première partie**

**Echelle A :** Il a obtenu une note brute de 15 étalonné de 03, un fort sentiment de frayeur, mais pas d'angoisse, il été dans un état second, il avait des fort manifestations corporelles tel que la sueur et des tremblements, il été capable de réagir d'une façon adapté, et un fort sentiment qu'il va mourir si les autre l'abandonnent, il s'est senti impuissant car il été déficit pour lui de se déplacer avec une blessure.

**Echelle B:** Il a obtenu une note brute de 12 étalonné de 05, il a eu des manifestations très fort consternant les reviviscences des souvenir de l'évènement, des cauchemars et il de la difficulté accompagnée d'angoisse quand il parler de l'évènement. Dans le profile C il doit y'avoir une note étalonné élevée pour l'échelle B comme c'est le cas avec M.S.

**Echelle C:** Il a obtenu une note brute de 11 étalonné de 04, des difficultés d'endormissement des cauchemars et des réveils nocturne très fort pour M.S après l'évènement, et il se sent un peu fatiguer au réveil.

**Echelle D :** il a obtenu une note brute de 08 étalonné de 3, il avait une très forte difficulté de retourné sur les lieux de l'évènement, il évite les lieux et les spectacles télé qui évoquent l'évènement, mais il ne se sent pas en insécurité, il n'a pas des crises d'angoisse.

**Echelle E :** Il a obtenu une note brute de 09 étalonné de 03, il est très attentif aux bruits, et très véritable qu'auparavant, mais il maîtrise très bien ses crise de nerf (il pratique le JUDO qui l'aide à canaliser son agressivité).

**Echelle F:** Il a obtenu une note brute de 01 étalonné de 01, appart une faible augmentation d'une substance (il n'a pas précis) il n'a pas de variation de point ni de problème de santé dont la cause n'été pas identifier, ni de manifestations psychique lorsqu'il est dans les situations qui lui rappelèrent l'évènement.

**Echelle G :** Il a obtenu une note brute de 00 étalonné de 01, il n'a pas des difficultés de concentration ni des trous de mémoire, ni des difficultés à ce rappeler l'évènement.

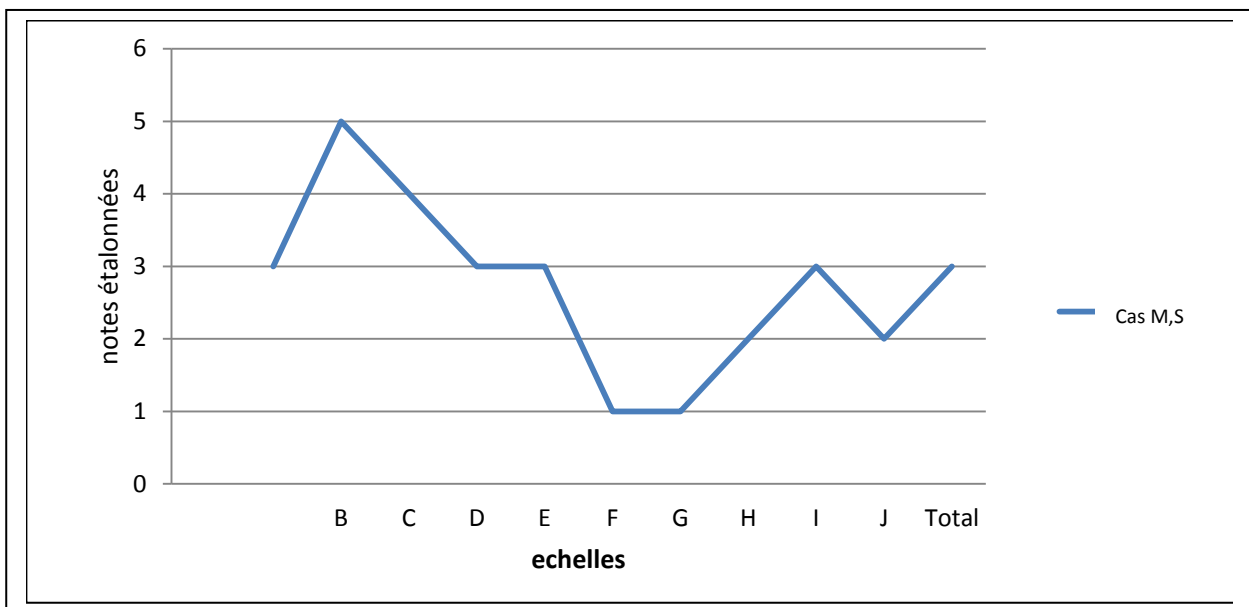
**Echelle H :** Il a obtenu une note brute de 02 étalonné de 02, un faible sentiment de tristesse avec un faible sentiment que ça vie est ruiné depuis l'évènement l'«envahi mais il a le même intérêt pour les choses qu'il fessait auparavant, il s'isole pas et il a un grand espoir dans la vie il est dynamique et enthousiaste.

**Echelle I :** Il a obtenu une note brute de 09 étalonné de 03, il ne se sent pas responsable de ce qui lui passer ni coupable de la façon avec laquelle il a réagi, il n'est pas humilié ni dévaloriser par l'évènement, il sent de la colère très fort (il a agresser un gendarme en2003, il a déclaré que le fait qu'il n'a pas vu le visage de son agresseur a augmenté sa haine des force de l'ordre),de la haine, et il ne se sent plus comme avant.

**Echelle J :** Il a obtenu de note brute de 04 étalonné de 02, il a arrêté son activité scolaire pour se diriger a la vie actif, il sent que ses activité professionnelle sont plus élevée qu'avant l'évènement, il a gardé ses contacts avec ses amis de la même fréquence, il a une vie sociale très équilibré, c'est grâce au soutien de ses proche qu'il a réussi à dépasser ca souffrance, il a moins de plaisir qu'auparavant surtout pour le sport car il a des problèmes de dos, il se sent plus concerné par ce qui se passe au tour de lui.

- **La deuxième partie**

La plus part des troubles présents chez M.S. Sont apparus le même jour de l'évènement et ont duré de 06 mois à plus d'un an, pour la plus part, la reviviscence a persisté plus d'un an et les troubles de sommeil sont toujours présents, il a ressenti de l'anxiété pendant les trois premiers mois de l'évènement, l'irritabilité et la crainte de retourner sur les lieux a persisté plus d'un an, après 06 mois de l'évènement il a augmenté la consommation d'une substance qu'il n'a pas précisée.



**d. Synthèse des données recueillis à partir de questionnaire Traumaq.**

Après l'évènement traumatique qu' M.S a vécu, et le fait d'être témoin de la mort de quelqu'un et être victime lui-même, les premiers 06 mois après l'évènement ont été trop dure pour lui car il été jeune et il avait mal de faire de la peine à ses parent (chose qu'il a déclaré au cour de l'entretien), la qualité de vie psychique de la victime a été affecté par la présence d'un traumatisme

psychique modéré qu'on a détecté grâce au Traumaq mais il a réussi à s'en sortir grâce à ses capacités de mentalisation et l'aide de ses proches.

## **5. Analyse des données de l'entretien et de questionnaire Traumaq avec Z.B.**

### **a. Présentation analyse des données de l'entretien avec Z.B.**

#### **Présentation de cas :**

L'entretien a été effectué avec Z.B à El-Kseur, âgé de 32ans, célibataire, demeure à Adakar, commerçant, une victime directe des événements de 2001 en Kabylie, il a reçu une balle caoutchouc dans le cou en octobre 2003 à Sidi Aiche sans conséquences graves mais avant ça, il était témoin d'un assassinat, un émeutier est tombé mort devant ses yeux et même des blessés par balles réelle devant la brigade de la gendarmerie à commune d'Adakar.

Avant de commencer l'entretien on a remarqué que Z.B était accueillant, il n'était pas gêné ou mal à l'aise avec le fait qu'il va passer une certaine période à répondre à nos questions, il était collaboratif, il avait le sens de l'humour, il admet qu'il sera un peu gêné du fait qu'il va encore évoquer le sujet des événements de 2001.

#### **Axe I : La situation de la victime pendant l'évènement et la nature de ce dernier.**

Au début il a commencé à nous raconter comment les émeutes ont commencées dans sa région et comment la gendarmerie a commencée à utiliser des balles réelles dès le premier jour ce qui a fait des blessés où il assiste à un événement dont il se souvient de ses moindres détails, un jeune touché par une balle réelle mort devant ses yeux où il nous rapporte que c'était choquant pour lui plus que la balle au caoutchouc qu'il a reçu dans le cou.



Après ils étaient obligé de s'éloigner de la brigade ce qui a rendu le calme à la région d'Adakar. Puisqu'il s'intéresse à ce qui se passe en Kabylie, surtout par les marches qui s'organisent par le mouvement des *Arechs*, ils se déplacent partout dont il a même assisté à la marche de 14 juin 2001 malgré que son jeune âge, il affirme qu'il a vécu une véritable frayeur à Alger: « **je vous mens pas, mais on a brulé des voiture, on était violents avec les forces anti-émeutes comme ils étaient eux aussi très violents avec nous, et j'ai vu la mort avec propre yeux.** »

Octobre 2003, comme les émeutes ont dû s'arrêter dans sa région vue la réaction des gendarmes et l'intervention des sages de la région pour éviter le pire, il s'est trouvé à Sidi Aiche pour une marche organisée par le mouvement de l'*Arech*, la marche qui se transforme à un véritable affrontement contre les forces anti-émeutes, au milieu des projectiles lancés dans tous les sens et les bombes lacrymogènes, il reçoit une balle au caoutchouc dans le cou, au début il ressent qu'une chaleur sans se rendre compte qu'il était touché, il n'était pas capable de se rendre directement à l'hôpital puisque la route qui y'mené était bloquée par la gendarmerie, un militant du mouvement l'a conduit en prenant un autre chemin vers l'hôpital.

On constate de n'entretien avec Z.B, qu'il a vécu des événements pendant des années qui ont bouleverser sa vie, on parle de fait qu'il était témoin de la mort de l'un des manifestants qui a été devant lui au moment de l'affrontement à Adakar, deux ans après il reçoit une balle au caoutchouc au niveau du cou.

## **Axe II : Les circonstances de rétablissement de la victime après l'évènement.**

A l'hôpital, les médecins l'ont assuré qu'il avait rien de grave même s'il avait la chance de ne pas être touché dans une zone qui pourrais provoquer des

dégâts plus grave, ils l'ont obligé à rester une journée pour les soins mais il a dû fuir quand le médecin s'est occupé à soigner une autre victime touchée elle aussi par une balle au caoutchouc, Z.B, nous raconte qu'il avait des difficultés à bouger et à tourner sa tête pendant des jours, il fait des cauchemars en relation avec les événements et a imaginé son sort si c'était une balle réelle qu'il l'a touché, mais il trouvait toujours le plaisir d'assister aux émeutes car il se sentait concerné par le mépris et l'oppression que la Kabylie vivait.

### **Axe III : Le vécu quotidien de la victime après l'événement.**

Après l'événement, Z.B, nous rapporte que sa vie a changé : « **ya hasra, anidhathe z. nezikeni** » (oh, où est-il Z. de l'époque). Il pense qu'il a changé mais il gardait des bonnes choses de lui, il continue ses activités, il reste toujours militant pour la cause berbère, il pratique beaucoup de loisirs et même avec plein d'énergie.

### **Axe IV : La qualité de vie de la victime actuellement.**

Après 14 ans passé, Z.B garde toujours les images des émeutes dans sa tête, il nous affirme qu'il ne va pas oublier celui qui a été tombé devant ses yeux, les places, le jour et même des fois les jeunes qui étaient avec lui le 28 avril 2001, il ne peut pas aussi regretter ce qu'il a fait même si il admet que la cause a été détournée par certaines personnes, il continue son combat d'une façon ou d'une autre, il était gêné de nous raconter tout ça mais le fait qu'il nous aide à entamer notre recherche sa lui réchauffe le cœur.

#### **b. Synthèse des données recueillis à partir de l'entretien avec Z.B.**

Durant notre entretien avec Z.B, on remarque et même il nous a affirmé que tous ce qu'il a vécu comme événement a vraiment changé sa vie, soit personnelle, soit ses relations avec les autres, des fois, il aime être seul car il

croie que les autres le comprennent pas, il pleure des fois, il fait des cauchemars et même il éprouve une haine intense envers les gendarmes et tous ceux qu'il considère comme traîtres, cela nous conduit à dire que Z.B, est une personne traumatisée.

### **c. Présentation et analyse de questionnaire de Traumaq :**

Il a obtenu un Scor brute de 55 étalonnée de 03, qui correspond au profile C : syndrome psycho-traumatique modéré (sans troubles dépressifs).

- **Première partie.**

**L'échelle A :** Il a obtenu une note brute 08 avec un étalonné de 2 faible, pendant l'évènement, Z.B avait l'impression qu'il va mourir mais il avait l'aide des autres, il a réagi au moment de l'évènement même s'il a ressenti un peu de frayeur et d'angoisse

**L'échelle B :** Il a obtenu une note brute 10 avec un étalonné de 5 très fort, aujourd'hui il reproduit d'une manière très forte les images et les souvenirs durant la soirée et même pendant la journée, il revit l'évènement dans des cauchemars et des rêves dont il est difficile pour lui de parler sur l'évènement puisque il ressent de l'angoisse avec un degré fort.

**L'échelle C :** il a obtenu une note brute de 3 avec un étalonné de 2 faible, il ressent un peu de fatigue au réveil mais sans réveil nocturne, ni l'impression de ne pas dormir du tout, il a des difficultés d'endormissement qu'auparavant dont il fait des fois des cauchemars en relation avec l'évènement.

**L'échelle D :** il a obtenu une note brut de 7 avec un étalonnée de 3, il se sentait fortement gêné quand il regarde des spectacles qui évoquent l'évènement, il affirme que même des fois il pleurait, pour lui, il est toujours en insécurité, il se sentait un peu anxieux mais il n'a pas des crises d'angoisse.

**L'échelle E :** il a obtenu une note brute de 6 avec un étalonné de 3, il est méfiant beaucoup plus qu'auparavant, il n'a pas des crises de nerfs mais il fuit des situations insupportable, il n'est pas hyper vigilant, il ne développe pas des comportements agressifs depuis l'événement.

**L'échelle F :** il a obtenu une note de 2 avec un étalonné 2, sur le plan physique, des variations de poids sont pas observables, absence de détérioration de l'état physique générale, il n'augmente pas la consommation de certaines substances mais des réactions physique tels que les maux de tête à noter avec un degré fort.

**L'échelle G :** il obtenu une note brute de 1 avec un étalonnée de 1, il a un peu de difficulté à se concentrer, il n'a pas plus de trous de mémoires qu'auparavant, il garde la plupart des éléments de l'événement où il trouve pas des difficultés à se rappeler.

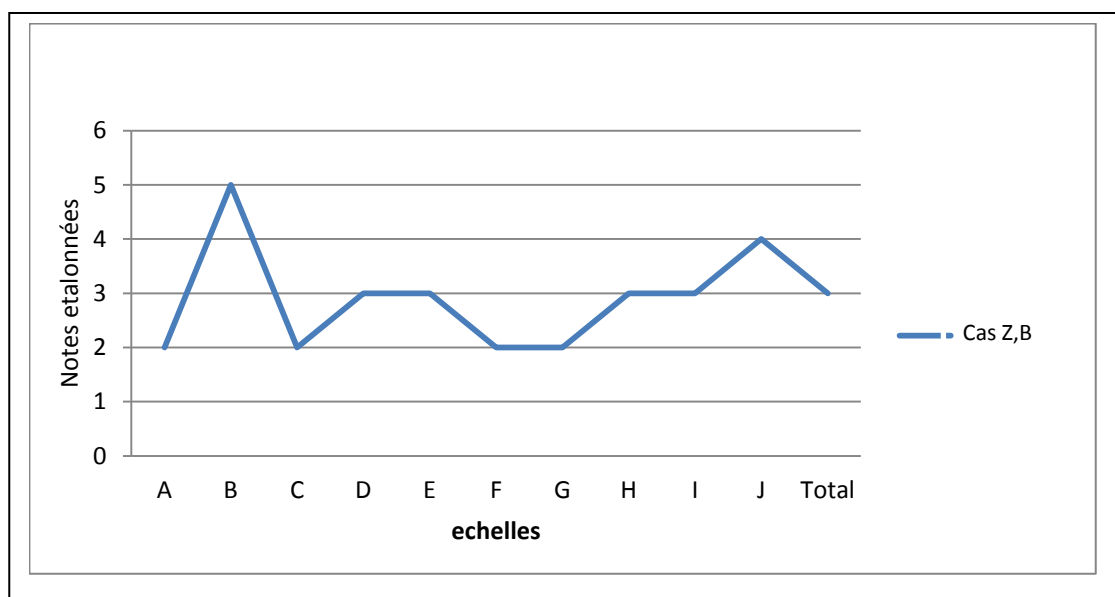
**L'échelle H :** il a obtenu une note brute de 4 avec un étalonnée de 3, il souffre de la crise de larmes, il perd l'intérêt à certaines chose qu'il considère avant comme importantes mais il reste toujours enthousiaste, en contact avec les autres, il affirme qu'il n'a jamais eu des idées suicidaire où il pense toujours à son avenir.

**L'échelle I :** il a obtenu une note de 7 avec un étalonnée de 3, il développe d'une manière forte de la haine, il se voie pas comme avant, il a changé sa façon de voir la vie, les autres, il se sentait pas dévalorisé ou humilié après ce qui s'est passé.

**L'échelle J :** il a obtenu une note brute de 7 avec un étalonnée de 4, il trouve un soutien auprès des proches, il s'isole pas, il trouve e plaisir comme avant à pratiquer des loisirs, il poursuit ses activités professionnelle le plus normalement possible mais il se sentait qu'il est largement incompris par les autres.

- **La deuxième partie**

La plupart des troubles présentés chez Z.B ont apparus entre le jour même de l'événement jusqu'aux troisièmes jours à peu près, les images, les souvenirs, l'insécurité persistent jusqu'à aujourd'hui. La crainte de revenir sur les lieux de l'événement et la tendance à s'isoler ont persistés presque un an mais Z.B nous confirme que la perte d'appétit, la dépendance à des produit psychoactifs n'a jamais eu lieu jusqu'à aujourd'hui.



**d. Synthèse des données recueillis à partir de questionnaire Traumaq.**

D'après les données récoltées grâce au questionnaire Traumaq, on révèle qu'il souffre d'un traumatisme moyen causé par le fait qu'il était témoin d'un assassinat et qu'il était touché deux ans après par une balle au caoutchouc. ZB se sentait fier de ce qu'il a fait parce qu'il lutte pour une cause noble, il pense qu'il est largement changé par rapport à Z.B avant 2001, il souffre mais pas au point où il a pensé se suicider mais pour lui c'est une réaction normale à ce qu'il a vécu.

## II. Discussions des hypothèses

Le travail de recherche de Mihoubi (2010) de Benamsili (2012), et le travail de Djenadi, Sebahi (2014), confirme l'hypothèse de la présence de PTSD chez les victimes des événements de 2001 en Kabylie, et selon les critères de définition l'événement traumatique, les événements de 2001 sont des événements qui peuvent avoir comme conséquence des troubles psychiques tels que le PTSD. Notre recherche se penche spécifiquement sur l'étude de stress post traumatique chez ses victimes : 14 ans après, on s'est interrogé sur la qualité de vie chez les victimes de 2001, comment elles ont vécu l'événement ? Sont-elles traumatisées ? Ont-elles arrivées à dépasser leur traumatisme ? Et quels sont les facteurs de résilience si elles sont résilientes.

Notre hypothèse : les victimes de 2001 peuvent plusieurs années après présenter un PTSD, et que les victimes qui ont un environnement favorable sont arrivées à dépasser leurs traumatismes.

Pour répondre à nos questions de recherche et tester nos hypothèses on a utilisé l'entretien clinique semi directif et le questionnaire d'évaluation de traumatisme « Traumaq ».

<b>Cas</b>	<b>Note brute</b>	<b>Evaluation Clinique</b>
<b>A.B</b>	28	Traumatisme léger
<b>B.F</b>	48	Traumatisme léger
<b>K.I</b>	48	Traumatisme léger
<b>M.S</b>	71	Traumatisme moyen
<b>Z.B</b>	55	Traumatisme moyen

**Tableau n° 5: les résultats des cas selon le niveau d'intensité du traumatisme.**

### **Le premier cas :**

- D'après l'analyse des résultats de l'entretien on constate un léger changement dans la qualité de vie de la victime même après tant d'années. Il a réussi à dépasser son traumatisme et a accepté son handicap grâce à ses propres ressources et au soutien de son entourage.
- D'après l'analyse des résultats de questionnaire Traumaq, la victime présente un léger traumatisme psychique dû à son exposition à deux événements traumatiques mais qui n'affecte pas sa qualité de vie actuelle.

### **Le deuxième cas :**

- D'après l'analyse des résultats de l'entretien, on constate que les événements traumatiques auxquels il a été exposé ont affecté sa qualité de vie, il est déprimé avec l'absence de soutien de son entourage, il est solitaire et refuse le contact et ne peut pas faire confiance.
- D'après l'analyse du questionnaire Traumaq, la victime présente un syndrome psycho traumatisme léger, mais la qualité de vie psychique est affectée par l'angoisse, les difficultés affectives et par la tendance à s'isoler, les troubles de sommeil, la vigilance et l'hypersensibilité aux bruits. La majorité des troubles que présente la victime ont persisté durant plusieurs années mais aujourd'hui il commence à retrouver son équilibre malgré ses difficultés affectives.

### **Le troisième cas :**

- D'après l'analyse des résultats de l'entretien avec la victime on constate que l'événement qu'il a vécu et son handicap ont affecté sa vie psychique et quotidienne, les réactions immédiates chez la victime étaient très fortes avec la découverte de son handicap, il était désespéré mais grâce à son entourage il a repris confiance et a accepté son handicap.

- D'après l'analyse du questionnaire Traumaq, la victime présente un traumatisme psychique léger avec des fortes réactions immédiates mais la qualité de vie de la victime n'est pas affectée par les troubles qu'il a vécus après son traumatisme.

#### **Le quatrième cas :**

- D'après l'analyse des résultats de l'entretien avec la victime, on constate qu'elle a été vraiment affectée par l'évènement, son quotidien a été marqué par des cauchemars et des reviviscences et de l'angoisse de la mort mais grâce au sport, au soutien de sa famille et sa bonne mentalisation il a réussi à dépasser tout ça et à canaliser son énergie.
- D'après l'analyse des résultats de questionnaire Traumaq, la victime présente un syndrome psycho-dépressif modéré marqué par l'angoisse de la mort les troubles du sommeil, mais pour la qualité de vie de la victime malgré qu'elle a été marquée par cet évènement il a réussi à dépasser ses angoisses et à se trouver un objectif et à fonder une famille tout ça grâce au soutien de sa famille et la recherche du contact d'autrui.

#### **Le cinquième cas :**

- D'après l'analyse des résultats de l'entretien avec la victime, on constate que malgré que sa blessure physique n'ait pas eu de grandes répercussions sur sa santé physique, elle a eu des effets sur son état psychique et sa qualité de vie et ses relations avec les autres, marqué par la haine pour ceux qui lui ont causé de tort.
- D'après l'analyse des résultats de questionnaire Trauma, la victime présente un syndrome-psycho traumatique modéré, avec des fortes réactions immédiates et des reviviscences cauchemars et angoisse mais pour la qualité de vie les troubles présents chez la victime n'ont persisté que quelques mois après l'évènement comme la crainte de revenir sur les lieux de l'évènement



la perte d'appétit. La famille de la victime n'a pas joué un rôle très important dans la vie de la victime après l'évènement.

### **Conclusion de la discussion des hypothèses.**

En s'appuyant sur les résultats de l'entretien clinique semi-directif et le questionnaire d'évaluation de traumatisme, on peut conclure :

- la présence d'une perturbation dans la qualité de vie psychique chez toutes les victimes et la présence d'PTSD qui varie entre un traumatisme léger chez les victimes qui ont un environnement favorable pour la résilience et un traumatisme modéré chez les victimes qui ont des difficultés de communication avec leur entourage ce qui nous laisse confirmer notre première hypothèse sur la présence de traumatisme même après 14 ans des événements de 2001 et l'intensité de l'évènement ne joue pas un rôle dans le degré de traumatisme on trouve parmi les cas ceux qui ont été victimes de tentative de meurtre et qui ont vécu l'amputation d'un membre mais qui ont un traumatisme moins intense que ceux qui ont été victimes d'accident moins grave.
- L'entourage des victimes et joue un rôle très important comme tuteur de résilience pour venir en aide et remplacer l'appareil psychique défaillant ou affaibli par le traumatisme.

## **Conclusion générale.**

Ce mémoire se consacre à l'étude de stress post traumatique et le devenir psychique des victimes des violences intentionnelles de 2001 en Kabylie, précisément pour savoir si les victimes des événements de printemps noir de 2001, peuvent présenter aujourd'hui un PTSD et si Les victimes qui ont eu un environnement favorable ont arrivées à dépasser leur traumatisme et ne présenteraient pas de PTSD.

Notre groupe de recherche est constitué de cinq (05) victimes directes des événements de 2001, issue de régions différentes de la wilaya de Bejaia en Kabylie.

Les violences intentionnelles de Printemps Noir ont laissé un traumatisme psychique qui reflète la blessure psychique visible à partir des manifestations sur le plan individuel, on constate la réactivation des traumatismes précédents (1980-1988-1998) ce qu'on peut nommer le traumatisme trans générationnel.

Les violences, ce sont des menaces ou des utilisations intentionnelles de la force physique ou du pouvoir contre toi, pour te faire mal, te soumettre ou t'utiliser, violences qui entraînent ou risquent d'entraîner un traumatismes physique ou psychologique, un mal-développement ou des privations.» (Salmona, 2000)

Nous avons posé des questions de recherche sur la qualité de vie psychique chez les victimes des événements de 2001, Comment sont-elles vécues l'évènement ? Sont-elles traumatisées ? Si c'est le cas, qu'elle est l'intensité du traumatisme ? Est-ce que les victimes ont arrivées à dépasser leur traumatisme ? Et si c'est oui, comment ? Est-ce que l'entourage des victimes joue un rôle dans la résilience ?

On a avancé l'hypothèse selon laquelle les victimes des événements de 2001 peuvent, quatorze ans après, présenter un PTSD.

Les victimes qui ont eu un environnement favorable ont arrivées dépasser leur traumatismes.

Afin de répondre à nos question de recherche et confirmé ou d'infirmer notre hypothèse, nous avons utilisé l'entretien clinique semi structuré et le questionnaire d'évaluation de traumatisme « Traumaq ». On a expliqué La situation des victimes pendant l'évènement et la nature de ce dernier. Les circonstances de rétablissement des victimes après l'évènement. Le vécu quotidien des victimes après l'évènement. La qualité de vie des victimes actuellement.

Nous avons confirmé notre première hypothèse de la présence de PTSD chez toutes les victimes de notre groupe d'étude qui variée de traumatisme léger pour le premier cas (A.B), le deuxième cas (F.B), et le troisième cas (I.K) et un traumatisme modéré chez le quatrième cas (M.S) et le cinquième cas (Z.B).

Pour la deuxième hypothèse, d'après les entretiens avec les victimes et la deuxième partie concernant la qualité de vie dans le questionnaire « Traumaq », on a affirmé l'importance de l'entourage dans le dépassement de trouble et de retrouvé un équilibre dans la qualité de vie. Pour les cas (A.B), (K.I) et (M.S) l'entourage (la famille en premiers lieu ont joué un rôle de système de par excitation ce qui les a aider à dépasser leur traumatisme. Et pour (F.B) et (Z.B) chez qui on a constaté d'après l'entretien et le questionnaire d'évaluation de traumatisme un degré de PTSD plus élevée que le groupe qui ont un environnement favorable et l'absence de entourage qui aide à dépasser le trauma (tuteur de résilience).

Ce travail nous a permis de comprendre les réactions post-traumatiques chez les victimes des violences intentionnelles de 2001, et les facteurs qui aident l'individu victime d'événement traumatique à se résilier. Mais d'autres thématiques se proposent comme l'estime de soi chez les victimes handicapées après l'événement de 2001, le traumatisme psychique chez les familles (parents, frères et sœurs) des victimes des génocides de 2001 et l'angoisse de mort chez les survivants de ces événements : car on a constaté au cours de notre recherche des tentatives de suicides chez certaines victimes qui ont survécu aux massacres.

# *Liste bibliographique*

## Références bibliographique :

- **Ouvrage :**

1. Abdenour. A-Y (2007), « *la dignité humaine* », Alger : Inass édit.
2. Abdenour A-Y, (2013), *la crise berbère 1949*, Algérie : BARZAKH, Alger.
3. Ait Mensour. D (2000) *Traumatisme en Algérie*. Le quotidien « Liberté ». American Psychiatric Association. (1996)– DSM-IV. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4<sup>e</sup> édition (version internationale, Washington DC, 1995)*. Traduction française par JD Guelfi et al. Paris : Masson.
4. Annick, p. Gaillochon et al, « *le débriefing psychologique, pratique, bilan et évolution des soins* », paris, Dunod, 2009.
5. Anaut. M, (2005), *la résilience : surmonter le traumatisme*, Paris : ARMOND COLIN.
6. Barois C, (1998), « *les névroses traumatique* », paris, Dunod,
7. Benchenouf. D (2011) *Décennie rouge en Algérie: Voici la vérité ... pour qui veut bien savoir*. Alger.
8. Benoney H, Chahraoui Kh. (1999). *L'entretien clinique*. Paris : Dunod.
9. Bennoune. K (2013). *Algérie vingt ans plus tard : les mots ne meurent pas*. Alger.
10. Bouatta, C (2005) *Le traumatisme collectif en Algérie*. Alger : Casbah.
11. Boudaréne M. (2001). *Violence terroriste en Algérie et traumatisme psychique*. Revue francophone du stress et du trauma.
12. Boukobza, G. *Face au traumatisme ; approche psychanalytique : études et témoignages*. Paris : L'Harmattan.
13. Benony H, Chahraoui Kh. (2003). *Méthode d'évaluation et recherche en psychologie clinique*. Paris : Dunod.
14. Chabani, H (2011). *Le printemps noir en Kabylie*. Paris : L'Harmattan.
15. Cardamone. S et al (2003). *Le génocide de Rwanda*. Burundi.

16. Cario, R et all. (2002). *Victimes du traumatisme et la restauration, œuvre de justice et victimes*, volume 02. Paris : L'Harmattan.
17. Chemla, P. (2002). *actualité du trauma*, paris : ères.
18. Chevalier, C (2007) *faire face aux émotions*. Paris : Dunod.
19. Chiland C. (2008). *L'entretien clinique*. Paris : PUF.
20. Cleas. G et al (2013). *Gérer l'agressivité*. Bruxelles : .BE.
21. Cottreaux. J, (2001), « *les thérapies comportementales et cognitives* », paris, Masson,
22. Cyrulnik B. (2001). *Famille et résilience*. Paris : Odile Jacob.
23. Cyrulnik, B. (1998), *Mémoire de singe et paroles d'homme*, Paris Hachette Littératures.,
24. Courtois, R. et all (2005). *Réussir son mémoire en psychologie*. Bruxelles : Studyrama.
25. Crocq, L. *Traumatismes psychiques de guerre (Les)*. Paris : Odile Jacob
26. Crocq, L. (2005). *16 leçons sur le trauma*. Paris : Odile Jacob.
27. Crocq, L. (2013). *Les paniques collectives*, paris : Odile Jacob.
28. Crocq, L. et all (2007) *traumatisme psychique ; prise en charge psychologique des victimes*. Paris : Masson.
29. Crocq L, (1999), *Les traumatismes psychiques de guerre*, Paris, Odile Jacob, 1 vol.
30. Darves-borno, J-M. *le syndrome traumatique de viol et de l'inceste*
31. De soir, E. et vermein, E. (2002) *Les débriefings psychologiques en question*, Amers/Apeldom, Garant.
32. Delage M. (2008). *La résilience familiale*. Paris : Odile Jacob
33. Delage, M. Cyrulnik, B. (2010). *Famille et résilience*. Paris : Odile Jacob
34. Delage, M. *La résilience familiale*. Paris : Odile Jacob.
35. Damiani, C. et Pereira-Fradin, M. (2007) : *Traumaaq, questionnaire d'évaluation du traumatisme*, Manuel. Les éditions du centre de psychologie appliquée. France

36. Damiani C, Lebigot F. (2011). *les mots du trauma*. Paris : Philip Duval.
37. Eye, H. ET all. (1989). *Manuel de psychiatrie*. Paris : Masson.
38. Ferenczi S. (2006) *le traumatisme*. Paris : Payot
39. Ferragut, E (2005) *Emotion et traumatisme ; le corps et la parole*. Masson.
40. Fortuna, J-F. Chatillon, C (20014). *Traumatisme et résilience*. Paris : L'Harmattan.
41. François, J-J. Ferenczi, S. (2009). *un psychanalyste humaniste*. Paris : Publico.
42. François. S. (2003) *Pour la non-violence collective*. Paris : Monde libertaire.
43. Ferenczi, S. (1932) *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant*. Paris: Payot.
44. Freud S, Breuer J (1895). *Etudes sur l'Hystérie*. PUF.
45. Freud S et all. (1967). *Introduction à la psychanalyse*, Paris : Payot.
46. Freud S. (1971). *Malaise dans civilisation*. Paris : PUF.
47. Freud, S. (1989) «Au-delà du principe du plaisir » dans *Essais de psychanalyse*. (trad. J. Laplanche et J. B. Pontalis). Nouvelle éd. Payot.
48. Freud. S(1889) *Psychopathologie de la vie quotidienne*, (trad. S. Jankelevitch) Nouvelle éd. Payot.
49. Freud, s. (2010). *Le moi et le ça*. Paris : Payot.
50. Freud, s. (2012). *L'interprétation des rêves*. Paris : PUF.
51. Gaya, M (2013). *Le véritable combat*. Compte auteur.
52. Haesevoets, Y-H. (2008). *Traumatismes de l'enfance et de l'adolescence*, De Boek.
53. Joanna S, et all (2012), *Traumatisme et résilience*, Paris : Dunod.
54. La Douceur, R et ALL. (2002). *Les troubles anxieux, approche cognitivo-comportementale*. Paris Masson.
55. Lebigot, F. (2005). *Traiter les traumatismes psychiques, Clinique et prise en charge*. Paris : Dunod



56. LIBERTE. (2002). *Kabylie printemps noir : de la revendication identitaire au projet de société*. Alger : Saec-liberté.
57. Lebigot, F. et ALL. (2005). *psycho traumatisme : prise en charge et traitement*. Paris : Masson.
58. Niyonzima. D et M.A (2006). *Guérir le trauma et promouvoir la réconciliation au Burundi*. Bujumbura, Burundi.
59. Normandeau, A. et all. (1974) "*Police et violence collective*". Province de Québec ; Canada.
60. Mareau CH. et all. (2005). *Réussir son 1ercycle de psychologie*. Bruxelles : Studyrama.
61. Michaud Y. (2012). *La violence*. Paris : PUF.
62. Mucchielli, A (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*, Paris, Ed Colin.
63. OMS. (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève.
64. OMS. (2008). *Classification statistique international des maladies et problèmes de santé connexes (CIM 10)*. Deuxième révision.
65. Outoudert A et all. (2002). *Kabylie printemps noir*. Alger : SAEC-Liberté.
66. Pardinielli, J. L (1994). *Introduction à la psychologie clinique*. Paris, Nathan.
67. Quental, J-C (2011). *L'adolescence Aux Marges Du Social*. Fabert.
68. Ouivy Raymond, (1995), *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris : Dunod.
69. Rahmani S. (2011). *Coutume de Kabylie*. Alger : Belles Lettres
70. Ruquoy, D, Remy, J, (1990), *Méthodes d'analyse de contenu en sociologie*, Bruxelles, Facultés universitaires Saint Louis.
71. Samraoui. M (2003) *Chronique des années du sang*. Paris, Denoël.
72. Muriel Salmona, (2012) *Trauma et résilience*, Paris : Dunod.
73. Simozrag, A(2010). *A l'aube de la vérité sur les massacres en Algérie*. Alger.
74. Sironi, F. (2004) *psychopathologie des violences collective*. Paris : Odile Jacob.

75. Stora, J-B. (1999). *Quand le corps prend la relève, stress, traumatismes et maladies somatiques*. Paris : Odile Jacob.
76. Tisseron, S. (2012). *Violence et agressivité, une distinction essentielle*. Albin Michel, Paris.
77. Tisseron S. (2013). *Les Secrets de famille*. Paris : PUF.
78. Toumpsin. C. (2006). *Qu'est-ce que la violence ?* Paris.
79. Vaiva G, Lestavel P, F. Ducrocq (2008), «Quand traumatisme psychologique doit être traité. » Presse Med.
80. Younes, A. (2010) *La pensée kabyle*. Tizi-Ouzou : L'odyssée.
81. Zech, E. (2000), *Psychologie de deuil ; impact et processus d'adaptation au décès d'un proche*. Mardaga.
- **Articles :**
82. Constant, E. (2003). *L'état de stress post-traumatique*. Louvain Medical, 122, 398-404.
83. Cottencin, O, (2009) «*Les traitements du psycho-traumatismes.*» Stress et Trauma.
84. Jolly (2003), *journal international de victimologie, épidémiologie des PTSD*, France.
85. Perucchi. L, (2008), « *le traumatisme* », France.
86. Tisseron. (2012), *La résilience comme force : l'affaire de tous*, CHARLIE HEBDO.
- **Thèses :**
87. Djenadi. N et Sebahi. I (2014), « *Le devenir psychologique des enfants dont le père a été victime de violences intentionnelles au cours du Printemps Noir -Etude de cinq cas-* Université de Bejaia.
88. Linda, D. (2012), « *De la névrose traumatique à l'état de stress post-traumatique étude d'une population de consultants aux urgences psychiatriques* ». Thèse présentée pour l'obtention du Doctorat en Médecine. Université de Joseph Fourier.

89. Pignol. P, ((2011), *Le travail psychique de victime*. Essai de psychovictimologie, pour obtenir le titre de docteur de l'université rennes 2 haute Bretagne.

90. Séguin-Sabouraud A. (2007), «*Les modèles cognitivo comportementaux de l'état de stress post traumatique.*» Dans *Les troubles liés aux événements traumatiques: dépistage évaluation et traitement*, de Guay S et Marchand A. Les presses de l'université de Montréal.

- **Rapports :**

91. I.C.G (2003), *l'Algérie : agitation et impasse en Kabylie*, 10 juin 2003, ICG Afrique du Nord / Moyen-Orient Rapport N°15 Le Caire/Bruxelles

92. Amnesty International, (16 septembre 2003), *Algérie Mesures prometteuses ou simples faux-fuyants*, Londres, document public.

93. Ligue Algérienne de Défense des Droits de l'Homme, (Avril 2002), Rapport Algérie : *La répression du Printemps Noir avril 2001 - avril 2002*. FIDH édit.

- **Article de journaux :**

94. El-watan 26-04-2010.

95. Liberté 26-04-2001.

96. Le monde 20-04-2010.

97. Le matin 18-04-2001.

- **Dictionnaires :**

98. Laplanch J, Pontalis J-B. (1994). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: PUF.

99. Martyn B et all(2005). *Le Robert*. Paris: Le robert.

100. E(2005), *Le Petit Larousse De La Médecine*, Paris : Larousse.

-قائمة المراجع باللغة العربية

المذكرات

بن أمسيلى، ل. (2012) الصورة الجسدية، الهوية النفسية و الآليات الدفاعية عند مصدومي أحداث 2001 الذكرى لنيل

شهادة الماجستير في علم النفس الصدمي. كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية، جامعة الجزائر. 02

## Sommaire

### *Cadre méthodologique de la recherche*

<b>Introduction :</b> .....	13
<b>I. La Problématique</b> .....	19
<b>II. Hypothèses</b> .....	19
<b>III. Objectif de recherche</b> .....	24

### *Partie théorique*

#### **Chapitre I: la violence**

<b>Préambule :</b> .....	26
<b>1. Définition des concepts</b> .....	26
<b>2. La violence et l'agressivité, déférence</b> .....	28
<b>4. les conséquences de la violence collective</b> .....	31
<b>5. Les critères et les causes de la violence</b> .....	32
<b>6. Les conséquences de la violence</b> .....	33
<b>7. Comment éviter la violence ?</b> .....	34
<b>8. La violence collective existe partout dans le monde et le traumatisme persiste.</b> .....	34
<b>Conclusion de chapitre</b> .....	38

#### **Chapitre II : Les événements du printemps noir de 2001 en Kabylie**

<b>1. La Kabylie, une société à forte traditions</b> .....	39
<b>2. Tous les chemins mènent vers le printemps noir de 2001.</b> .....	41

3. Reconstitution de la chronologie des événements de 20 Avril 2001.....	44
4. La réaction de la société civile .....	46
5. l'enquête sur les homicides de la Kabylie .....	47
6. La violence collective et le traumatisme intentionnel.....	50
7. La mémoire traumatique et La spécificité des évènements de 2001 .....	51
8. Le traumatisme psychique chez les victimes des évènements de 2001 ..	52
Conclusion de chapitre.....	54

### **Chapitre III : Le traumatisme psychique**

Préambule.....	55
1. Trauma : aperçu historique.....	55
2. Les modèles explicatifs de trauma.....	60
3. Définitions.....	65
4. Données épidémiologique de l'ESPT.....	67
5. Stress et trauma .....	70
6. Diagnostic différentiel .....	73
7. Stress post traumatique et névrose traumatique .....	75
8. Etiologie :.....	76
9. Tableaux cliniques.....	79
10. Évolution .....	82
11. L'évaluation.....	83
12. Prise en charge .....	86
Conclusion de chapitre.....	91

### **Chapitre IV : Le devenir des victimes**

préambule .....	92
1. L'événement traumatique .....	92
2. Que ce que c'est qu'une victime ? .....	93
3. Quand est-ce qu'on parle de victimes ? .....	93

<b>4. Le travail psychique des victimes.....</b>	<b>95</b>
<b>5. Les mécanismes de défense « stratégie de survie ».....</b>	<b>98</b>
<b>6. La résilience.....</b>	<b>98</b>
<b>Conclusion de chapitre.....</b>	<b>104</b>

*Partie pratique*

**Chapitre V: Méthodologie**

<b>Préambule.....</b>	<b>106</b>
<b>1. La démarche de la recherche.....</b>	<b>106</b>
<b>2. Les techniques utilisées.....</b>	<b>109</b>
<b>3. La méthode suivie dans la présentation et l’analyse des cas.....</b>	<b>116</b>
<b>4. Difficultés rencontrées.....</b>	<b>117</b>
<b>5. Analyse et traitement des données.....</b>	<b>118</b>
<b>Conclusion de chapitre.....</b>	<b>118</b>

**Chapitre VI: Présentation des données, analyse et discussion des hypothèses.**

<b>Préambule.....</b>	<b>119</b>
<b>I. Présentation et analyse de l’entretien et des données du Traumaq. ....</b>	<b>119</b>
<b>1. Analyse des données de l’entretien et de Traumaq avec A.B.....</b>	<b>119</b>
<b>2. Présentation des données de l’entretien et du Traumaq avec B.F.....</b>	<b>124</b>
<b>3. Analyse des données de l’entretien et de questionnaire Traumaq.....</b>	<b>131</b>
<b>4. Analyse des données de l’entretien et de Traumaq avec M.S.....</b>	<b>137</b>
<b>5. Analyse des données de l’entretien et de Traumaq avec Z.B.....</b>	<b>143</b>
<b>II. Discussions des hypothèses.....</b>	<b>149</b>
<b>Conclusion de la discussion des hypothèses.....</b>	<b>152</b>
<b>Conclusion générale.....</b>	<b>153</b>

## Liste bibliographique

### Annexes

### Annexes

#### Annexe n°1

#### Le guide d'entretien :

<b>Thèmes du guide d'entretien</b>	<b>Relance verbales prévues</b>
1. La situation de la victime pendant l'évènement et la nature de ce dernier.	1- Pourriez-vous nous parler de ce qui s'est passé lors des évènements de 2001 ? Ce qui s'est passé pour vous ?
2. Les circonstances de rétablissement de la victime après l'évènement.	2- Que s'est-il passé après ces évènements ? Comment avez-vous été soigné ?
3. Le vécu quotidien de la victime après l'évènement.	3- Après ces évènements avez-vous constaté un changement vous concernant ? y a-t-il eu des personnes qui vous ont aidé ?
4. La qualité de vie de la victime actuellement.	4- Après 14 ans comment vous vous sentez-vous ?



# Traumaq

Questionnaire d'évaluation du traumatisme

Carole Damiani  
Maria Pereira-Fradin

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

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

## Informations concernant l'événement :

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

## \* Nature de l'événement

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

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

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

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

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

*Situation familiale*

Marié(e) ou en concubinage  Divorcé(e) ou séparé(e)  Célibataire  Veuf/Veuve

Nombre d'enfants (préciser leur âge) : \_\_\_\_\_

*Situation professionnelle*

Étudiant(e)

Salarié(e) : plein temps  temps partiel

Sans emploi : homme ou femme au foyer  chômage  congé parental

en stage formation  congé maladie  retraité(e)

*État de santé*

Avez-vous des problèmes de santé : Non  Oui  lesquels : \_\_\_\_\_

Suivez-vous un traitement médical : Non  Oui  de quelle nature : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà consulté un psychologue, un psychiatre ou un psychothérapeute :  Non  Oui

Avez-vous suivi une psychothérapie : Non  Oui  sous quelle forme : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_

Avez-vous vécu d'autres événements qui vous ont profondément marqué(e) :

Non  Oui  Nature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

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

Avez-vous consulté un psychologue, un psychiatre ou un psychothérapeute :  Non  Oui

Suivi d'une psychothérapie : Non  Oui  Sous quelle forme : \_\_\_\_\_

Date de la première séance : \_\_\_\_\_

Nombre de consultations (à ce jour) : \_\_\_\_\_

Traitement médical : Non  Oui  Lequel : \_\_\_\_\_

Durée : \_\_\_\_\_

## PREMIERE PARTIE

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

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

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

### Pendant l'événement

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

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

### Depuis l'événement

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

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

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





## DEUXIEME PARTIE

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

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

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

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

### Durée des troubles

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

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

## Résultats au TRAUMAQ

### Cotation des échelles de la première partie

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

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

### Conversion des notes brutes en notes étalonnées

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

