



Université Abderrahmane Mira de Bejaia
Faculté des sciences humaines et sociales
Département de psychologie et d'orthophonie

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master en psychologie

Option : psychologie clinique

THEME

**IMPACT TRAUMATIQUE DES
INCENDIES DE KABYLIE**

Etude de huit (08) cas au niveau de la wilaya de Bejaia

Réalisé par :

SAIDANI Lydia

YAHIAOUI Latifa

Encadré par :

Dr. BENAMSILI Lamia

Année universitaire : 2021/2022

Remerciements

Tout d'abord nous voudrions exprimer nos sincères remerciements à notre promotrice Mme Benamsili Lamia, pour son grand intérêt à nous guider, nous conseiller et nous encourager à poursuivre la recherche.

Nous remercions également les membres de jury qui ont accepté de consulter et d'évaluer notre travail.

Aussi, nous adressons nos remerciements les plus chaleureux aux psychologues Bouslahi Sassa et Atmaniou Horia, pour nous avoir accueillis et guidés durant notre stage pratique à la polyclinique de Barbacha.

Nous ne pouvons pas non plus oublier de remercier les sujets de recherche, qui ont accepté de participer à cette recherche et n'ont pas hésité à nous aider à la réaliser.

Nous remercions également les personnes qui ont été le moyen de joindre les sujets de recherche.

Dédicaces

Je tiens à dédier ce modeste travail à toutes les personnes qui me sont chères.

A mes très chers parents. Je vous remercie pour votre amour, vos sacrifices, votre soutien et vos encouragements durant toutes mes années d'études et qui ne cessent de me donner de la force et qui m'encourage encore plus.

A mon très cher frère et mon bras droit, je te remercie pour ton soutien, ton aide et tes encouragements et sans oublier ma petite sœur adorable.

A toutes mes copines, Nadjat, Makilia, siham et ma binôme Lydia.

A mon très cher ami Nounou source du bonheur, je te remercie pour tes encouragements et ton soutien durant les moments difficiles, merci d'être dans ma vie.

A toute ma famille et toutes les personnes qui m'aiment.

Latifa.

Dédicaces

Je tiens c'est avec grand plaisir que je dédie ce modeste travail :

A mes chers parents. A l'homme de ma vie celui qui s'est toujours sacrifié pour me voir réussir, à toi mon père. A la lumière de mes jours, la source de mes efforts à toi ma mère.

Je vous remercie pour votre soutien et vos encouragements durant toutes mes études.

A mon cher frère Billal et mes adorables sœurs Radia et Ryma. Puisse Dieu vous garder et vous aider à réaliser tous vos vœux les plus chers.

A mes copines bien aimées, Nadjet, Amina, Makilia et ma binôme Latifa, merci d'ajouter de valeur aux moments que nous passons ensemble.

A mon ami Karim, merci pour ton encouragement, ton soutien, ta générosité et ton aide précieux durant ce travail.

A toute ma famille et à tous ceux qui m'aiment.

Lydia.

Liste des tableaux

N° du tableau	Titre	page
N°1	Les caractéristiques des sujets de recherche	84
N°2	Les caractéristiques du PCL-5	92
N°3	Résultat de l'échelle PCL-5 du cas de la pré-enquête	97
N°4	Résultat de l'échelle PCL-5 de Redouane	107
N°5	Résultat de l'échelle PCL-5 de Fahima	113
N°6	Résultat de l'échelle PCL-5 de Zahia	121
N°7	Résultat de l'échelle PCL-5 de Samira	126
N°8	Résultat de l'échelle PCL-5 de Yamina	130
N°9	Résultat de l'échelle PCL-5 de Naziha	135
N°10	Résultat de l'échelle PCL-5 de Salim	139
N°11	Résultat de l'échelle PCL-5 de Nacer	143
N°12	Récapitulatif des résultats de nos 08 cas de l'échelle PCL-5	146

Liste des annexes

N° de l'annexe	Titre
N°1	Guide d'entretien semi-directif
N°2	Echelle PCL-5
N°3	Résultat de l'échelle PCL-5 de Redouane
N°4	Résultat de l'échelle PCL-5 de Fahima
N°5	Résultat de l'échelle PCL-5 de Zahia
N°6	Résultat de l'échelle PCL-5 de Samira
N°7	Résultat de l'échelle PCL-5 de Yamina
N°8	Résultat de l'échelle PCL-5 de Naziha
N°9	Résultat de l'échelle PCL-5 de Salim
N°10	Résultat de l'échelle PCL-5 de Nacer

Liste des abréviations:

CIM: Classification Internationale des Maladies

CNTRL: Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales

CUMP: Cellule d'Urgence Médico-Psychologique

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux)

EMDR: Eye Mouvement Desensitization and Reprocessing (Désensibilisation et Retraitement par les Mouvements Oculaires)

EPSP: Etablissement Publique de Santé à Proximité

ESPT: Etat de stress post-traumatique

GHQ-12: General Health Questionnaire-12

IES: Impact of Event Scale

IRS: Inhibiteur de la Recapture de Sérotonine

IRS NA: Inhibiteur de la Recapture de Sérotonine Nor Adrénérique

PCL-5: Post-traumatique stress disorder Checklist for DSM-5

PMA: Poste Médical Avancé

PTSD: Post-traumatic Stress Disorder

QSA: Questionnaire de Style d'Attachement

QSPT: Questionnaire de Stress Post-traumatique

REM: Rapid Eye Mouvement

SSPT: Syndrome de Stress Post-traumatique

TCC: Thérapie Cognitivo-comportementale

TSA: Trouble Stress Aigu

TSPT: Trouble de Stress Post-traumatique

Sommaire

Introduction	1
Partie théorique	
Chapitre I : Les catastrophes : cas des incendies	5
préambule	6
Section 1 : les catastrophes naturelles	6
1- L'historique des catastrophes naturelles	6
2- L'Algérie et ses différentes catastrophes naturelles	9
3- Définitions de catastrophe naturelle	12
4- Les types de catastrophes naturelles	14
5- Les conséquences des catastrophes naturelles	15
6- La prise en charge des victimes des catastrophes naturelles	17
Section 2 : Les incendies	19
1- L'historique des incendies	19
2- Définitions des incendies	21
3- Types des incendies	22
4- Les causes des incendies	23
5- Les conséquences des incendies	25
6- La prise en charge des victimes des incendies	26
Synthèse	27
Chapitre II : Le traumatisme psychique à l'ère de catastrophes naturelles.....	28
Préambule	29
Section 1 : Rappel sur le traumatisme psychique	29
1- Historique du traumatisme psychique	29
2- Définitions du traumatisme psychique	32
3- Événement traumatique	33
4- La notion de victime	34
5- Les types du traumatisme psychique	35
6- Diagnostic et diagnostic différentiel selon DSM-5 et CIM 10	37
7- L'approche explicative du traumatisme psychique	42
8- La prise en charge du traumatisme psychique	43
Section 2 : Traumatisme psychique à l'ère des catastrophes.....	47

1- Aspect psychiatrique et psychologique des catastrophes naturelles	47
2- Deuil post-traumatique et catastrophe naturelle	48
3- Les études antérieures nationales et internationales sur les répercussions des catastrophes naturelles	49
4- La prise en charge du trauma après une catastrophe naturelle	61
Section 3 : Du trauma à la résilience	62
1- Historique de la résilience	62
2- Définitions de la résilience	64
3- Les approches explicatives de la résilience	65
4- Résilience et catastrophes	67
Synthèse	68
Problématique et hypothèse	69

Partie pratique

Chapitre III: La méthodologie de la recherche	77
Préambule	78
1- Les limites de la recherche	78
2- La méthode de la recherche	78
3- Lieu de recherche	82
4- Le groupe de recherche	82
5- Outils de recherche	85
6- Le déroulement de la recherche	94
7- Attitude du chercheur	99
8- Difficulté de la recherche	101
Synthèse	101
Chapitre IV : présentation, analyse des données et discussion des hypothèses	102
Préambule	103
I- Présentation et analyse des données	103
Cas n°1 : Redouane	103
Cas n°2 : Fahima	109
Cas n°3 : Zahia	116
Cas N°4 : Samira	123
Cas N°5 : Yamina	128

Cas N°6 : Naziha.....	132
Cas N°7 : Salim.....	137
Cas N°8 : Nacer	141
II- Discussion des hypothèses.....	145
Synthèse	152
Listes des références.....	157
Annexes	

La nature constitue l'élément essentiel pour la vie et la santé physique et psychique de l'être humain, elle alimente son esprit, ainsi elle a un effet positif sur toute l'humanité et dans différents domaines. Mais, la nature est toujours confrontée à tout type de catastrophes qui peuvent la détruire en quelques heures seulement.

De ce fait, les catastrophes sont parfois considérées naturelles comme (les séismes, tsunamis, éruptions volcaniques, inondations, tempêtes, sécheresses...) et parfois causées par l'homme lui-même. Alors, les incendies sont parfois comme résultat de causes naturelles mais parfois de causes humaines. Par conséquent, ces incendies constituent une menace chronique qui pèse lourdement sur les forêts du bassin méditerranéen causant d'énormes pertes humaines et écologiques.

On entend dans notre recherche par « catastrophes » tout événements qui va choquer le public en raison de son caractère imprévisible, violent et générant beaucoup de victimes.

En effet, l'Algérie est considérée parmi les pays les plus touchées par les incendies de forêt, depuis un certain temps. Ainsi, ces derniers provoquent non seulement un impact négatif sur l'environnement, mais aussi sur l'être humain. Par ailleurs, le phénomène d'incendie peut être considéré comme un événement traumatique, violent et meurtrier, causant différents troubles psychiques, à leur tête on trouve le traumatisme psychique.

En ce sens, notre étude porte sur « *l'impact traumatique des incendies de Kabylie* ». Nous avons choisi de s'intéresser à cet événement, parce que l'Algérie, et plus particulièrement la Kabylie, a vécu dernièrement le phénomène, qui n'a jamais été déjà vécu. En effet, l'incendie de août 2021 était l'incendie le plus meurtrier en Algérie, à peu près plus de 90 personnes décédées entre civiles et militaires, en laissant les victimes vivantes sous l'état de choc et de peur (<https://www.lepoint.fr>).

Malgré les efforts des forces de l'ordre, notamment des sapeurs-pompiers le feu fut non maîtrisable, cela a donné alors lieu à des scènes de désespoir et de désolation.

Dans notre recherche, nous allons donner de l'intérêt au terme « traumatisme psychique », car c'est l'une des variables de notre thématique. En effet, le traumatisme

psychique est une réaction émotionnelle, un choc psychologique généralement lié à événement soudain et violent, provoquant des perturbations dans l'organisme.

Ainsi, lorsqu'une personne a confrontée un événement choquant et douloureux, cela peut entraîner des grands moments de détresse et de dépression, où cette expérience reste présente et marquée toujours dans sa mémoire pour longtemps, et même cela diffère d'une personne à une autre.

A cet égard, l'objectif général de cette étude est d'interroger les effets des catastrophes sur la santé mentale, à savoir les incendies, survenus cet été, précisément en Kabylie, chez les victimes. Autrement dit, l'objectif est d'étudier le stress post-traumatique potentiellement présent chez ces victimes et évaluer les conséquences psycho-traumatiques d'un incendie. Il s'agit donc de décrire l'impact traumatique qu'a eu cette catastrophe sur ces victimes.

Dans ce cadre, cette étude vise à explorer les manifestations psychologiques à long terme exprimées par les victimes et à récolter les expériences subjectives de ces dernières.

Afin d'atteindre notre objectif, nous avons effectué cette étude au sein de la wilaya de Bejaia, en cherchant dans les régions les plus touchées par les incendies, la population d'étude constitué de huit cas, qui ont été directement touchés par l'incendie de août 2021. Ainsi, pour le bon déroulement de la recherche, et pour tester la fiabilité de nos hypothèses, nous vions récolter les données en employant l'entretien semi-directif, et l'échelle qui mesure le stress post-traumatique « *Post-traumatic stress disorder Checklist Version DSM-5* » (PCL-5) (2013).

Pour la réalisation de ce travail de recherche, nous nous sommes appuyés sur l'approche-athéorique, qui renvoie directement au DSM-5, et qui sert à la description des symptômes de trouble stress post-traumatique (TSPT), vue que notre étude, est une étude qualitative descriptive basée sur les études de cas.

Dès lors, notre étude portant sur l'impact traumatique des incendie de Kabylie, est structuré, après l'introduction, en deux parties principales : la partie théorique et la partie pratique. D'abord, la partie théorique comporte deux chapitres, le premier intitulé « les catastrophes » est divisé en deux sections, la première s'appuyé sur les catastrophes en générales, la deuxième est consacré pour les incendies. Dans le second

chapitre portant sur « le traumatisme psychique à l'ère des catastrophes naturelles » est divisé en trois sections, la première concerne un rappel sur le traumatisme psychique dont nous avons abordé les points essentiels ; la seconde section traite du traumatisme psychique à l'ère des incendies dans laquelle nous avons exposé les études antérieures nationales et internationales sur les répercussions des catastrophes naturelles, et la dernière section est consacrée pour aborder quelques points sur la résilience. Puis, s'en est suivi notre problématique, notre hypothèse et l'opérationnalisation des concepts.

Quant à la partie pratique, constituée de deux chapitres, nous allons en premier lieu présenter le chapitre de la méthodologie de la recherche qui illustre la démarche utilisée tout au long de travail de recherche à savoir : la méthode, les outils utilisés et le déroulement de la recherche. Et le dernier chapitre sera consacré pour la présentation, l'analyse des données et discussion des hypothèses. A la fin, nous allons terminer ce mémoire par la présentation de la conclusion, la liste des références selon les normes APA 7^e édition, et le résumé.

Partie théorique

Chapitre I : Les catastrophes : cas des incendies

Préambule

Depuis l'existence de l'humanité, les catastrophes existent en même temps. Elles sont des événements naturels ou peuvent être causés par l'être humain lui-même où la société qui ne peut pas faire face et qui cause beaucoup d'impacts négatifs sur la population, l'environnement et peut aussi détruire toute une économie du pays.

Dans ce chapitre nous allons tout d'abord présenter une première section qui inclura la présentation des catastrophes naturelles et comporte l'historique des catastrophes naturelles, les différentes catastrophes naturelles en Algérie et les définitions de catastrophes naturelles, leurs types, puis les conséquences des catastrophes naturelles et enfin la prise en charge des victimes des catastrophes naturelles. Par la suite, la deuxième section dont nous aborderons les incendies car il s'agit de notre thème, qui comporte l'historique des incendies et leurs définitions, les types d'incendies, les causes des incendies en Algérie et leurs conséquences finalement la prise en charge des victimes des incendies et on terminera le chapitre par une synthèse qui revient sur les éléments les plus importants.

Section 1 : les catastrophes naturelles

Les catastrophes naturelles sont des événements ou des phénomènes qui surviennent de façon inattendu, qui peuvent détruire des villes et même des pays et qui peuvent aussi avoir des conséquences psychologiques sur l'humanité.

1- L'historique des catastrophes naturelles

Les catastrophes naturelles, notamment (séismes, ouragans, tsunamis, éruptions volcaniques, inondations, ainsi que les incendies), ont depuis toujours existés, pendant des siècles, en causant de nombreux dégâts (humains et matériels).

Le Déluge, l'Atlantide, l'Apocalypse jalonnent l'histoire de l'humanité et de ses mythes. La création même de l'univers, selon certaines théories physiques, résulterait du « big bang ». Cette incidence du rôle des catastrophes dans le rythme de l'histoire apparaît également au cours de l'époque moderne. L'incendie du Bazar de la Charité à Paris et le naufrage du Titanic à la fin du 19^e siècle, la catastrophe du Concorde en juillet 2000 surviennent lors d'un changement de siècle, comme si l'effondrement d'un mythe marquait le passage vers une nouvelle étape de l'histoire humaine. Depuis le tremblement de terre de Lisbonne en 1775 et la célèbre controverse Rousseau/Voltaire, on repère trois modèles

explicatifs de la catastrophe : la punition divine ; la nature toute puissante ; la responsabilité le plus souvent partagée des hommes (Cremniter & Coq, 2007, p.2).

L'histoire nous raconte les différentes catastrophes naturelles qu'a connues le monde. Comme par exemple, le volcan de l'Indonésie le 27 août 1883, ce volcan indonésien a explosé, détruisant les deux tiers de son île, avec un bruit perçu à plus de 5000 km. Le tsunami engendré par l'explosion a tué au moins 40 000 personnes et pendant de nombreux mois les couchers de soleil furent, partout sur la terre, particulièrement rouges (Michaux, 2008, p.22).

Les incendies de forêt de juillet et août 1910, au cœur des montagnes Rocheuses, à la frontière entre l'Idaho et le Montana, qui, lors de la conflagration de la dernière décade d'août, rasèrent plusieurs villages, emportant 78 vies humaines. Le Black Friday du 13 janvier 1939, dans l'état de Victoria en Australie, au cours duquel entre 1,5 et 2 millions d'hectares ont été parcourus par le feu, faisant 71 victimes humaines : de vastes zones du Nord-Est du Gippsland, des chaînes Otway et des chaînes Grampians ont été touchées et les villes de Narbethong ont été détruites ; plus de six cent cinquante maisons et soixante-neuf scieries ont été brûlées. L'incendie du 29 août 1949, à Cestas dans les Landes de Gascogne, en France, au cours duquel un événement météorologique extrême a déclenché une tempête de feu sur plusieurs dizaines d'hectares qui encercla mortellement, en quelques minutes seulement (Rigolot et al, 2020, p.29).

En 1970, un cyclone a fait 300 000 victimes au Bangladesh, qui a ensuite perdu 140 000 de ses habitants lors du cyclone de 1991. Les Etats-Unis ont eu 1200 morts lors d'un cyclone en 1999. Les dégâts ont alors été évalués à 700 millions de dollars. Ainsi, le tremblement de terre d'une magnitude de 6 ou 7, a fait entre 250 000 et 700 000 morts, au nord de la Chine (Michaux, 2008, p.17).

La sécheresse de 1976, en France, pourtant bien moins impressionnante que celle de 2003 en matière de pics de température et de durée des températures caniculaires, a provoqué 6000 morts surnuméraires par rapport aux années normales. En 1983, la vague de chaleur dans le sud-est de la France, a été à l'origine d'une surmortalité de 300 décès dans la seule région de Marseille, imputable directement ou indirectement à la chaleur. La surmortalité en juin et juillet 1983 sur l'ensemble de la France s'est élevée au total à 4700 décès (Acot, 2006, p. 17).

Le séisme d'Arménie qui s'est produit la matinée du 7 décembre en 1988 dans le nord de l'Arménie soviétique, dont sa magnitude était de 6,7. C'est le plus grand séisme qu'a connu la région dans l'histoire, une grande partie du nord de l'Arménie était détruite. Ainsi, cette terrible catastrophe a fait environ 25 000 morts (Elie, 2013).

Puis, le tsunami du 26 décembre 2004, dont l'épicentre du séisme était au large de l'île Sumatra, d'une magnitude de plus de 9 degré sur l'échelle de Richter, a entraîné, localement, un déplacement des côtes de quelques vingt mètres, en certains points d'une zone de rupture de 400 kilomètres de long. La secousse a donné 3 minutes et 20 secondes de vibration. Le nombre de victimes est estimé à 220 000 morts ou disparus, 1,8 millions de sans-abris et des dégâts évalués à 10 milliards de dollars (Neuilly, 2008, pp.203-204). Ainsi, dans la même année, un tremblement de terre au Maroc, qui a eu lieu le 24 février 2004, à 2h 57min, à Imzouren, Aït Kamara et les douars de la montagne, d'une amplitude de 6,3 sur l'échelle de Richter, a occasionné la mort de 629 personnes, 926 blessés, et entraînant la destruction de 2539 maisons, avec 15 230 sans-abris (Neuilly, 2008, p.198).

Puis, un an après, l'ouragan de Katrina le 23 août 2005, qui s'abattait sur les côtes américaines du nord, du golfe du Mexique, était une catastrophe historique. Affectant cinq Etats, la Floride, la Louisiane, le Mississippi, l'Alabama et la Géorgie, le nombre de décès, il y eut plus de 1800 morts, les dégâts ont été estimés à près de 81 milliards de dollars et environ 1,2 millions de personnes furent déplacées (Planchon, 2010, p.67).

Ainsi que, récemment, la catastrophe de Fukushima au Japon, est un séisme qui a frappé l'est du Japon le 11 mars 2011, avec une magnitude de 9, provoquant un tsunami, et qui a fait 15 690 morts, ainsi qu'un impact économique pour le nombre de la société japonaise (Nivoix & Rey, 2020).

A partir de ce qui est vu dans l'historique, nous comprenons que les catastrophes naturelles ne sont pas récentes, elles ont existé depuis longtemps. De ce fait, après avoir terminé avec l'historique dans le monde, nous allons maintenant présenter un certains nombres de catastrophes naturelles en Algérie.

2- L'Algérie et ses différentes catastrophes naturelles

L'Algérie est exposée à plusieurs risques naturels. Une grande partie des territoires est exposée aux séismes, aux inondations, aux feux de forêt, aux glissements de terrains, à la sécheresse, à la désertification et au risque du tsunami. Nous allons donc dans ce qui suit présenter une série de catastrophes qu'a vécues l'Algérie :

2-1- Les séismes d'El Asnam

Le séisme du 9 septembre 1954, ce séisme fut le plus violent jamais enregistré en Algérie durant les cents dernières années, avec une magnitude de 6,7. Le séisme a fait plus de 1200 morts, 5000 blessés et plusieurs dizaines de dégâts. Ce séisme du 9 septembre 1954 a été suivi par plusieurs répliques dont la plus forte de magnitude supérieur à 6 s'est produite 40 minutes environ après la secousse principale. Puis, le 10 octobre 1980, la région, ont vécu un autre séisme d'une magnitude de 6,5 et 7,3, le séisme principal a été suivi par plusieurs répliques. Le tremblement de terre a fait 4000 morts, plusieurs milliers de blessés et laissé environ 400 000 personnes sans-abris. Plus de 80% des bâtiments de la ville d'El Asnam sont inhabitables, la plupart des ponts ont été endommagés (Ouyed, 2011, p.45).

2-2- Le séisme d'Ain Témouchent

Durant la période postindépendance, le séisme le plus meurtrier est, sans nul doute, celui de Chlef. La secousse tellurique d'Ain Témouchent d'une magnitude de 5,5 sur l'échelle de Richter a été enregistrée le 22 décembre 1999 avec une épicerne se situant à environ 5 kilomètres de la ville. Les dégâts ont été évalués comme suit : sur le plan humain : 25 décès, 175 blessés et 25 000 sinistrés ; au plan infrastructurel : plus de 600 habitations détruites, 1200 autres sérieusement endommagées, en même temps que de nombreux autres équipements sociaux et économiques ; au plan financier, le montant total des dégâts matériels avoisinent sinon dépasse, les 3,2 milliards de DA (Zakour, 2003).

2-3- Les inondations de Bad El-Oued

Le 10 novembre 2001, le quartier de Bab El-Oued est situé à l'ouest de la capitale est inondé suite aux pluies diluviennes qui se sont abattues sur cette localité. Le bilan de cette tragédie est très lourd. Selon le ministre Algérien de l'intérieur et des collectivités locales, il y avait plus de 800 morts, et des certains nombres de personnes disparus et des dégâts matériels estimés à des certaines millions de dollars. Bab El-Oued venait ce jour-là de vivre une véritable tragédie (Bouacida & Djeflat, 2018, p.57).

2-4- Le séisme de Boumerdes 2003

Le tremblement de terre qui a secoué Boumerdes le 21 mai 2003, ce tremblement de terre était violent, d'une magnitude de 6,7 sur l'échelle de Richter. Est un séisme catastrophique, le bilan de la catastrophe fit état de 2278 morts, dont 1382 à Boumerdes, et de 11 450 blessés, dont 6787 à Alger et 3442 à Boumerdes. Le séisme s'étend sur 100 kilomètres de long, d'Alger à Dellys, et 50 kilomètres de large. Les territoires affectés sont ceux de la wilaya d'Alger et Boumerdes (Thénia, Boumerdes, Bordj Ménéail, Dellys, soit un ensemble de 800 000 habitants) (Neully, 2008, p.181).

2-5- Autres séismes

Un séisme en 2014, d'une magnitude de 5,6 sur l'échelle de Richter a secoué Alger et ses environs. Selon le ministre de l'intérieur et des collectivités locales, 6 personnes ont trouvé la mort, 420 personnes ont été blessés et d'importants dommages ont été enregistrés sur les vieilles bâtisses dans plusieurs quartiers. Comme on le sait, les catastrophes naturelles restreignent les capacités d'un pays car elles détruisent le capital et conduit à orienter les ressources sur l'assistance et la reconstruction. Dès lors, le développement de la résilience face à ce type d'aléa naturelle implique d'anticiper, c'est-à-dire déployer tous les efforts nécessaires afin de mettre en place les capacités d'adaptation permettant de se protéger et réduire les risques. Cela pourrait se réaliser grâce à des mesures et des plans de sécurisation des anciennes construction afin de limiter des conséquences pour les systèmes économiques et sociaux. Et pour y parvenir, on doit mettre les moyens. C'est l'occasion de promouvoir une approche stratégique de la réduction de la vulnérabilité face aux dangers de tremblements de terre (Bouacida & Djeflat, 2018, p.59).

Ainsi, le tremblement de terre enregistré le jeudi matin 18 mars 2021 à Béjaia, a causé des pertes matérielles. Le tremblement de terre d'une magnitude de 5,9 sur l'échelle de Richter enregistré à 1h04 à 28 km au nord-est Cap Carbon (Béjaia). Dans la wilaya de Béjaia une situation de panique a été enregistrés chez les citoyens qui sont sortis de leurs domiciles, les agents de la protection civiles sont intervenus pour secourir 4 personnes légèrement blessées et transférés huis autres dans un état de choc vers l'établissement hospitalier de la ville. Un effondrement partiel de trois vieilles maisons vacantes sur les hauteurs de Béjaia, une fissuration des cages d'escalier de deux bâtiments à Hey Seghir (Commune de Béjaia), et un effondrement partiel d'un balcon d'une autre maisons, ont été enregistrés dans la même wilaya. A noter que le

tremblement de terre a été ressenti dans 12 wilayas, dont « Skikda, Constantine, Bordj Bou Arreridj, Sétif, Jijel, Mila, Bouira, Boumerdes, Tizi Ouzou, Alger et Tipaza ». A Jijel, cinq personnes blessées (des fractures) ont été évacuées, en sus d'une femme hypertendue, en situation de panique (<http://www.aps.dz>).

Toutefois, le 19 mars 2022 à 10 heures et 59 minutes, la wilaya de Bejaia a été secouée par un tremblement de terre de magnitude 5,5. Le tremblement de terre a été ressentie à Bejaia plus précisément au Cap Carbon. Le séisme a fait neuf blessés légers dont deux femmes en état de choc et de dégâts matériels minimes. La secousse a été ressentie même dans les wilayas limitrophes, notamment Jijel, a aussi généré des dégâts, tout aussi légers (<https://www.aps.dz>).

2-6- Les incendies de forêt

Les incendies de forêt dans la wilaya de Tizi Ouzou, on dénombre 5595 feux, qui ont parcouru une superficie forestière totale de 98 948 ha pour la période 1986-2017. Ceci correspond à une moyenne annuelle de 175 feux et 3092 ha de surface parcourue. Six valeurs extrêmement élevées sont enregistrées en 1994 (12 500 ha) 2012 (8922 ha), 1993 (8233 ha), 1986 (6836 ha), 1988 (6418 ha) et 2017 (6377 ha). L'année 1994 peut être qualifiée d'année noire pour la campagne incendie dans la wilaya de Tizi Ouzou, avec une superficie parcourue 4 fois supérieur à la moyenne annuelle de la période d'étude. Cette année est d'ailleurs considérée comme « une année catastrophe » à l'échelle nationale. Des incendies catastrophique comme en 2007 et 2017 (le 29 et 30 août 2007, où l'on a 6 personnes décédées ; le 13 juillet 2017, une personne décédée) (Sahar & Meddour, 2019, p.28).

La wilaya de Bouira a connu 97 incendies (31%) qui ont parcourue 991 ha soit 22% du total de la région. Les années 1993 et 1994 ont brûlé 8.196 ha soit 31,81% du total. Pour le nombre de feux, on enregistre un maximum de 194 durant l'année 2010. A l'opposé en 2002 et 2003, les superficies forestiers affectées par les incendies ont été exceptionnellement faibles, soit 65,58 ha et 47,50 ha pour 28 et 30 incendies respectivement. Ainsi, la wilaya de Boumerdes est la province la moins touchée par rapport les wilayas Tizi Ouzou et Bouira avec 70 incendies et une surface forestière brûlée de 629 ha, soit 14%. L'année 1987 est la plus affectée, la superficie parcourue par le feu est d'ordre de 3.432 ha soit 20,99% du total enregistré dans la région d'étude. Vient ensuite l'année 1986, dont la superficie parcourue par le feu est de 3.167 ha, soit 19,37%. Sur cette chronologie, certaines années ont été particulièrement

catastrophiques, il s'agit de 1986, 1987, 1988 et 2000, où la superficie touchée est largement supérieure à 1000 ha. La superficie minimale parcourue est celle de l'année 2002 avec 30,34 ha, soit 0,19% de surface totale affectée en 26 ans. Le nombre d'incendies le plus élevé est de 180 en 2010, tandis que l'année 2004 a enregistré un minimum de 8 incendies (Sahar & Meddour, 2020, p.289).

Durant la décennie écoulée allant de 1992 à 2001, il y a lieu de signaler que 40 wilayas sont régulièrement touchées par les incendies de forêts. Seules celles du Sud du pays sont épargnées par ce phénomène dû essentiellement au manque de couvertures forestières. La wilaya de Bejaia demeure celle qui a été la plus touchée par les effets des feux de forêts, avec une superficie globale incendiée de 73.993,68 ha, elle représente 13,44% du total de la décennie pour l'ensemble du pays. Par ailleurs, les 13 wilayas : Bejaia, Bouira, Tlemcen, Jijel, Skikda, Tizi-Ouzou, Sidi-Bel-Abbès, Annaba, Guelma, Médéa, El-Tarf, Aïn Defla et Souk-Ahras totalisent, à elles seules, une superficie importante de 463.617,50 ha faisant ainsi 84,23% de la superficie globale. Les incendies dans ces wilayas, prises individuellement, dépassent les 10.000 ha. Par contre, dans les 27 wilayas restantes, la superficie brûlée est en deçà de la valeur suscitée et atteint dans certains cas des valeurs négligeables comme c'est le cas de la majorité des wilayas situées dans les zones semi-arides (Benderradji & Alatou, 2004, p.37).

A partir de ce qui est abordé ci-dessus, nous pouvons comprendre que l'Algérie est parmi les pays les plus touchés par les catastrophes naturelles, beaucoup plus le phénomène des séismes, des inondations, ainsi que les incendies de forêt.

3- Définitions de catastrophe naturelle

Selon le dictionnaire des risques, une catastrophe est un « événement causant un sinistre d'ampleur majeure, dont les conséquences sociales et symboliques sont d'ordre historique ». Pour Yves Gauthier, rédacteur de l'entrée « catastrophe » de l'édition 2008 de l'*Encyclopaedia Universalis*, les catastrophes sont « des événements qui produisent des conséquences graves pour la vie en général, l'être humain en particulier, l'environnement, les infrastructures ». Le *Nouveau Petit Robert* de la langue française de 2010 définit l'usage courant du mot catastrophe en tant que « malheur effroyable et brusque... causant la mort de nombreuses personnes ». Le CNTRL (Centre national de ressources textuelles et lexicales) propose pour sa part une définition où les

catastrophes correspondent à « des événements aux conséquences particulièrement graves, voire irréparables ; état qui en résulte, ruine, désastre » (Moreau, 2017, p.17).

Une catastrophe naturelle « est une grave perturbation écologique et/ou psychosociale. C'est le cas des séismes, des éruptions volcaniques, des incendies, des ouragans, des tornades, et de tout autres événement entraînant des pertes humaines et/ou la destruction de moyens d'existence » (Altintas et al, 2012, p.369).

Donc une catastrophe est le résultat d'une interaction entre une exposition à un danger, une vulnérabilité et des capacités insuffisantes à faire face aux conséquences négatives de l'événement. Il est habituellement associé à une perturbation majeure de l'environnement, à une menace violente pour l'intégrité des personnes, à un stress psychologique extrême et à une désorganisation sociale étendue. En revanche, les catastrophes sont divisées en deux grands types : les catastrophes naturelles ou dites de la « main Dieu », et les catastrophes générées par la « main de l'homme ». ces dernières sont subdivisées en deux groupes : les catastrophes accidentelles ou technologiques, souvent provoquées par une erreur humaine, et celle résultant d'actes intentionnels comme les violences de masse, les conflits armés ou le terrorisme. Une catastrophe naturelle combinée à une catastrophe accidentelle est une catastrophe qualifiée de multidimensionnelle. En fait, pour être plus exact, on devrait parler de « catastrophes associées aux aléas naturels ». Elles comprennent les tremblements de terre, les tsunamis, les ouragans, les tornades, les inondations, les glissements de terrain, les avalanches, les feux de forêt, les éruptions volcaniques, les sécheresses, les infestations et les épidémies (Bergeron, 2019, P.465).

Un événement est une catastrophe lorsque :

- Les impacts sont massifs et diffus (à l'inverse des impacts d'un désastre qui sont plus localisés) ;
- Les responsables locaux ne peuvent accomplir leurs missions de façon habituelle ;
- L'aide provient principalement des régions plus éloignées, comme par exemple l'aide internationale ;
- Les fonctions communautaires les plus quotidiennes sont fortement et en même temps interrompues ;
- Les médias internationaux portent leur attention sur l'événement ;

- Les officiels et les agences gouvernementales de niveau national sont directement impliqués dans la gestion de l'événement (Dauphiné et Provitolo, 2013, p.28).

A partir des définitions précédentes, nous pouvons comprendre que, les catastrophes naturelles, sont des phénomènes désastreux, qui détruisent la nature et l'environnement, en provoquant des pertes humaines et matériels, ainsi que le nombre de perte dépend d'une catastrophe à une autre.

Après avoir terminé ce point de définitions, nous allons passer à la présentation des différents types de catastrophes naturelles.

4- Les types de catastrophes naturelles

Le monde entier est exposé à plusieurs types de catastrophes naturelles depuis un certain temps, telles que, les séismes, tsunamis, ouragans, et les inondations, ainsi que les feux de forêt. Nous allons donc dans ce qui suit définir quelques types de catastrophes naturelles:

4-1- Le cyclone

Sont des tempêtes tropicales très violentes. Ils se forment au-delà de 5° de latitude de part et d'autre de l'équateur, au-dessus des eaux chaudes océaniques. Ils sont fréquents dans le golfe du Mexique et le long de la côte sud des Etats-Unis, au large du sud de la Californie, en Asie du sud-est (Japon, Philippines, Sud de la Chine, golfe du Bengale) et dans l'océan Indien (Madagascar, La Réunion) (Michaux, 2008, p.11).

4-2- Feu de forêt

Les Ressources naturelles Canada (2017) définit un feu de forêt comme un feu non planifié qui consomme les végétaux et matières organiques des matériaux naturels en terrain forestier, et un feu végétation comme un feu qui se produit dans les forêts, les zones arbustives et les prairies (Adam-Poupart & Pouliot, 2020, p.10).

4-3- Inondation

Le phénomène d'inondation est défini comme l'envahissement passager des lieux habituellement émergés par l'eau de pluie. Les inondations résultent de l'accumulation des eaux en raison de facteurs géomorphologiques, hydrologiques, topographiques,

météorologiques ou anthropiques. Le risque d'inondation est intrinsèquement lié au lieu : certains espaces sont plus à risque que d'autres. L'aléa prend forme physiquement lorsque des inondations surviennent : il a une durée, une fréquence, une magnitude, une extension spatiale (Hountondji, 2019, p.334).

4-4- Séisme

C'est un tremblement de terre dont l'origine, le foyer, est plus ou moins profond, de 100 à 700 km au-dessous de la surface terrestre. Le point de cette surface situé à la verticale du foyer est l'épicentre. Les séismes ont lieu là où les plaques se rencontrent ou bien là où elles s'écartent. Les sismologues permettent mesurer leur magnitude. La magnitude est mesurée selon l'échelle déterminée par Richter en 1935. Et l'échelle de Mercalli mesure les dégâts occasionnés par un séisme. Par conséquent, les dégâts ne sont pas toujours proportionnels à la magnitude, mais plutôt au lieu du séisme (Michaux, 2008, pp.15-17).

4-5- Tsunami

Les tsunamis se propagent en océan profond à la vitesse d'un avion de ligne. Quand ils atteignent les eaux moins profondes, ils ralentissent et grandissent énormément. Il peut précéder d'un retrait de la mer. Ils entraînent des dégâts massifs avec un très grand nombre de victimes (Michaux, 2008).

4-6- Vague de chaleur

Une vague de chaleur est globalement définie comme une période pendant laquelle la température est anormalement élevée et inconfortable (Adam-Poupart & Pouliot, 2020, p.10).

Donc dans le point suivant nous allons présenter l'ensemble des conséquences que laissent ces catastrophes.

5- Les conséquences des catastrophes naturelles

Les catastrophes collectives sont un renversement destructeur et brutal de l'ordre préétabli d'un ensemble naturel et humain provoquant soudainement trois ordres de faits de structures : des dégâts matériels très importants, des masses de victimes (sinistrés, blessés, tués), une disparition plus ou moins totale des moyens nécessaires restant sur place pour lutter contre les agressions, pour secourir les sinistrés et soigner les blessés. Certaines catastrophes entraînent un état de crise, d'autres peuvent être

parfaitement gérées grâce à des moyens suffisants et une bonne organisation des secours (Kédia, 2020, p.70).

Les effets destructeurs des catastrophes naturelles sont davantage ressentis dans les pays pauvres que dans les pays riches. Les dégâts économiques causés par les catastrophes varient. Les biens immobilisés et les infrastructures, comme les habitations, les écoles, les usines et les équipements, les routes, les barrages et les ponts, sont détruits. Le capital humain est réduit à cause des pertes en vies humaines, les pertes des travailleurs qualifiés à la destruction des infrastructures éducatives qui perturbe la scolarité. Les ressources naturelles d'un pays peuvent ainsi être affecter, les ouragans détruisent les forêts, et les ouragans et les sécheresses diminuent la fertilité des sols. Les catastrophes naturelles cycliques peuvent induire un changement de comportement chez les personnes et chez les communautés, ce qui entraîne des pertes économiques. En effet, les pauvres sont les plus touchés par les catastrophes naturelles, souffrent aussi de manière disproportionnée de la perte des biens économiques (<http://www.un.org>).

Par conséquent, les catastrophes naturelles affectent non seulement l'économie, mais aussi affectent la vie psychique des victimes et des témoins de la catastrophe. Quel que soit le type de catastrophe rencontré : la durée de la catastrophe, son aspect inattendu, la récurrence et la répétition, la grandeur de l'aire géographique affectée, l'étendue de la destruction, le nombre de blessés et de morts, l'intensité de la terreur et de l'horreur, la perte de soutien social ainsi que la durée de la désorganisation sociale et la crise économique provoquées. Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est le syndrome immédiatement évoqué après une catastrophe, et la majorité des personnes directement ou indirectement exposées sont soumises à des reviviscences et connaissent un état d'alerte. Ces réactions universelles ne sont pas du tout considérées comme étant pathologiques. La dissociation ou l'émoussement affectif et l'évitement qui constituent les deux autres groupes de symptômes du TSPT, sont, quant à eux, davantage annonciateurs d'une pathologie, c'est-à-dire TSPT. De fait, les réactions psychologiques survenant après une catastrophe sont beaucoup plus complexes qu'une petite collection de symptômes spécifiques. On peut les regrouper dans trois grandes catégories : les réactions de détresse, les réactions cognitives, et les réactions physiques (Bergeron, 2019, p.471-472).

La confrontation à de tels événements naturels peut entraîner chez le sinistré un ensemble de symptômes psychologiques et/ou physiologiques (Altintis et al, 2012, p.369).

Les désastres, qu'ils soient de causes naturelles ou de causes technologiques au humaines, correspondent à une altération brutale ou à une rupture des conditions de vie auxquelles s'attendent les membres d'un système social. Cette rupture provoque une importante situation de stress collectif. Turuer (1976), pour sa part, associe un désastre à un événement menaçant pour une société ou pour une de ses sous-divisions autosuffisantes, qui occasionne des conséquences indésirables découlant d'une interruption de l'ordre social habituel ou d'un manque des moyens pour l'assurer. De plus, cette situation est culturellement jugée inacceptable par la population. Un désastre naturel avec les difficultés et les problèmes qu'il apporte perturbe et exacerbe les responsabilités sociales, familiales et individuelles. Plusieurs sinistrés dans les catastrophes, font état de problèmes de santé physique nouveaux ou d'aggravation de problèmes préexistants. En fait, les catastrophes naturelles altèrent non seulement la santé psychologique des victimes, mais compromettent également leur santé physique et modifient de façon substantielle divers sphères de leur vie (Maltais, 2002).

6- La prise en charge des victimes des catastrophes naturelles

6-1- Dans le cadre médical

Dans la médecine des catastrophes, la présence de psychiatres ou de médecins formés, exceptionnelle ou jugée superflue, serait indispensable dans ces situations de crise, en particulier auprès des personnes qui ne sont pas blessés et qui n'entrent pas dans la chaîne des soins médicaux mais risquent de souffrir de troubles psychiques ultérieurs (PTSD) (Filizzolo & Lopez, 1995, p.108).

En effet, cette équipe psychiatrique se compose de psychiatres, de psychologues, d'infirmières psychiatriques et de travailleurs sociaux ayant déjà vécu l'expérience du travail des urgences psychiatriques et ayant l'habitude des interventions avec les urgentistes. Ces équipes psychiatriques, une fois arrivées sur le lieu de la catastrophe, participent à la prise en charge des blessés psychiques en aval du poste médical avancé responsable du premier tri médical. Les blessés choqués et surtout les impliqués indemnes physiquement, mais souvent choqués psychiquement, vont retenir toute leur attention (De Clercq, 1999, p.80).

6-2- Dans le cadre psychologique

L'intervention psychologique immédiate auprès des victimes est aujourd'hui passée dans les pratiques des psychologues et dans les mœurs du public. L'intervention médico-psychologique immédiate s'effectue dans les premières heures qui suivent l'événement et se déroule en général sur les mêmes lieux de l'événement. Les principes de l'intervention médico-psychologique immédiate, sont simples et évident, il s'agit de soulager la souffrance psychique au même titre que la souffrance physique. Par l'intervention précoce, il s'agit de prévenir ou atténuer la survenue de séquelles pathologiques en intervenant immédiatement sur le terrain, proposer et dispenser aux victimes de soins adéquats, spécifiques à la psychiatrie de catastrophe, proposer aussi un suivi de surveillance pour la phase post-immédiate qui va suivre, et enfin, œuvre en intégration au dispositif général des secours et des soins. La clinique de l'urgence en psychologie est plutôt récente et repose pour l'essentiel sur le concept de traumatisme et de ses conséquences. L'intervention précoce auprès des blessés psychiques est dans le but de prévenir les effets psycho-traumatiques possibles chez les victimes en favorisant le processus d'abréaction par le biais de la verbalisation de l'expérience traumatique, l'idée étant de tenter de libérer le sujet de la charge émotionnelle liée au trauma. Ainsi, l'accueil des victimes, qu'il s'agisse de l'accueil en urgence ou différé dans le temps, nécessite toujours un aménagement du cadre relationnel et/ou thérapeutique. Le psychologue qui se penche vers une victime ou un groupe de victimes fera plus que d'établir une simple prise de contact en vue d'assurer un relais thérapeutique. Il est là pour soulager la souffrance, inciter à verbaliser, écouter, en montrant de l'empathie, rassurer, apaiser, informer, modérer, contenir et accompagner plus que guider un être décontenancé et doutant de soi. Il faut alors être conscient qu'on aide la victime à revenir des enfers dans le monde des vivants, et des vivants parlant, mais on doit avoir aussi le souci de l'aider à redevenir une personne autonome, ce qui n'est pas possible si une gesticulation de commisération le maintient dans la dépendance (Baup & Gromb-Monoyer, 2016).

6-3- Dans le cadre social

De multiples associations se sont constituées à l'initiative de victimes d'un même préjudice (victimes de certaines grandes catastrophes). Le but de ces associations est d'aider les victimes à essayer de dépasser le traumatisme qu'elles ont vécu (c'est l'idée de certains) mais également de devenir représentatives aux yeux de la loi. Elles

peuvent se constituer partie civile pendant la procédure d'instruction et au procès et peuvent également être des groupes de pression qui peuvent enclencher des modifications législatives (certaines associations de victimes par exemple demandent une modification de la réglementation du port des armes à feu, d'autres demandent le rétablissement de la peine de mort pour les auteurs de sévices à enfant, etc)(Filizzolo & Lopez, 1995, p.114).

Après avoir terminé la première section qui porte sur les catastrophes naturelles, et après avoir abordé tous les points essentiels de ce dernier, nous allons présenter la deuxième section sur les « incendies », puisqu'il est le type de catastrophe étudiée dans notre travail de recherche.

Section 2 : Les incendies

Les incendies de forêt sont parmi les événements les plus catastrophiques dans le monde, qui détruisent la nature de façon générale et pas mal d'autres choses telles que les habitations,... on peut les dire aussi « l'ennemie de la nature verte ». Ils peuvent être d'origine naturelle ou humaine. Ces incendies forment des systèmes complexes que nous allons présenter ici.

1- L'historique des incendies

L'incendie de forêt existe depuis longtemps. Certains affirment que le feu est apparu en même temps que les plantes terrestres, avant l'arrivée de l'homme sur terre, et qu'il a joué un rôle important à travers l'histoire de la vie, ainsi que pendant des millions d'années, le feu a été un facteur majeur qui configurait la composition, la structure et le fonctionnement des écosystèmes méditerranéens (Melouani, 2014, P.6).

Depuis quelques années, les grands feux catastrophiques se succèdent sur chaque Continent autour de la planète, battant successivement de tristes records de surface, de dommages et de victimes. Les grands incendies de forêts catastrophiques réunissent dans leur dénomination à la fois les notions de magnitude et de dégâts hors normes (Rigolot et al, 2020, P.29).

Les incendies de forêts apparaissent dans tous les continents du monde et touchent même les régions froides, mais leur fréquence et leur intensité varie dans l'espace et à

travers le temps. Les années 1990 ont été particulièrement marquées par de graves incendies notamment ceux des années 1997 et 1998 dont la fumée a recouvert de vastes régions du bassin Amazonien de l'Amérique centrale du Mexique et de l'Asie du Sud-Est provoque la perturbation de la navigation aérienne et maritime et engendrant de graves problèmes sanitaires. Parmi les incendies les plus spectaculaires qui ont marqué la période récente, il y a lieu de citer de la Grand Xingan en Chine en 1987 qui a brûlé 870 000 ha de végétation et a fait 65 092 sinistrés parmi la population et le feu du parc naturel de Yellowstone en 1988 au U.S.A qui a eu pour conséquence la destruction de 45% de la superficie forestière du parc. Ajoutons à ceci l'épisode caniculaire de l'été 2010 en Russie, où plusieurs centaines de feux ont plongé sept entités fédérales dans un climat de catastrophe et d'état d'urgence (Belkaid, 2016, P.27).

La littérature spécialisée en matière de géographie et de foresterie nous enseigne qu'au 19^e siècle, la superficie forestière de notre pays avoisinait les 12 millions d'hectares avec de belles forêts bien venantes où se distinguaient des formations au stades de futaie à base chêne vert, chêne zeen, chêne afares, thuya, genévrier et pin d'Alep essentiellement. Les formations végétales couvraient encore 5 millions d'hectares avant la colonisation et, au lendemain de l'indépendance seulement 3,2 millions d'hectare. La revue officielle de la situation des établissements français : l'Algérie pour la période 1853-54, attribue les raisons des mises à feu par les arbres à leurs anciennes habitudes pastorales et agricoles, la pineraie algérienne est la terre d'élection des incendies. Par ailleurs, il ne faut pas oublier que le feu a été, en certaines occasions utilisé comme arme de guerre. Ce procédé en effet été utilisé par l'armée française en Algérie pendant la guerre de libération, en incendiant les bays (forêts et maquis) pour empêcher la résistance de s'y réfugier. Les formations forestières sont en permanence agressées et les feux de forêts viennent en tête avec un impact annuel moyen de 20 à 35000 hectares. Entre 1881 et 2006, trois décennies ont été particulièrement désastreuses pour la forêt algérienne, la décennie 1951-1960 qui coïncide avec la première guerre mondiale, la décennie 1951-1960 et la décennie 1990-2000. Entre 1881 et 2006, 4834874 ha, soit 118% du domaine forestier algérien à brûler en 126 ans. Pour la période 1985-2010, le degré de gravité de feu pour l'Algérie est classé en troisième position après le Portugal (3,31%) et l'Italie (1,14%) et à égalité avec l'Espagne dans le bassin méditerranéen. Ce taux, qui est de 1% pour longue

période de 132 ans (1876-2007), est un précieux indicateur en Algérie du degré de gravité du feu d'une région à l'autre, on d'une période à l'autre. L'analyse statistique exploratoire des feux passe, au niveau des 40 wilayas de l'Algérie du nord, pour la période d'étude 1985-2010, est très touchée par les feux de forêt puisqu'elle enregistre un cumul de 42 555 feux, qui ont détruit une superficie forestière totale de 910 640 hectares, soit une moyenne annuelle de 1637 feux et 35 025 hectares de surface brûlée (Melouani, 2014, P.16-17).

Nous allons à présent développer les choses concernant les incendies de Kabylie de août 2021 car il s'agit de l'événement traumatique de notre présente recherche.

Cependant, après le Canada, la Grèce, la Turquie ou encore les États-Unis, l'Algérie est à son tour frappée par les gigantesques incendies. De nombreux départs de feu, plus de 70, selon le gouvernement algérien, se sont déclarés dans la soirée du lundi 09 août 2021 dans le nord du pays, notamment en Kabylie (<https://www.francetvinfo.fr>).

Selon les bilans rapportés par les autorités locales, la protection civile et le ministère de la Défense font état au total de quelques 90 morts depuis le lundi, entre militaires et civil (<https://www.lepoint.fr>).

2- Définitions des incendies

L'incendie est « une combustion qui se développe sans contrôle dans le temps et l'espace, contrairement au feu qui est une combustion maîtrisée ». (Houacine, 2016, P.3).

Les feux de forêt ou incendies se déclarent dans une formation végétale, généralement de type forestière (forêt de feuillus ou/et conifères) ou subforestière (garrigues, maquis...). Ce terme désigne globalement les feux de forêt, de maquis ou de garrigues ayant brûlé au moins 1 ha de massif (Cherifi, 2017, p.3).

L'incendie de forêt résulte d'une réaction chimique, la combustion. Il s'agit d'une réaction d'oxydation vive fortement exothermique c'est-à-dire produisant de la chaleur, d'un comburant sur un combustible, en l'occurrence dans le cas des feux de forêt, de l'oxygène de l'air sur la végétation (Colin, 2001).

Selon toutes ces définitions présentées auparavant, nous pouvons dire que, l'incendie est un feu non maîtrisé, ni dans le temps ni dans l'espace, et causant de nombreux dégâts matériels, humains et environnementaux.

3- Types des incendies

3-1- Les feux profonds

Les feux profonds sont importants, mais souvent considérés comme une partie des plus grands feux (feux de surface, feux de cimes), malgré leurs dégâts. Il y a trois strates de combustibles qui contribuent à l'initiation de ce type de feu. Le combustible profond, constitué principalement par les horizons du sol organique (humus), contribuant d'une façon majeure pour donner la matière combustible, ce type de feu brûle lentement pour des jours même à des mois, si le combustible est mouillé. Les couches profondes de combustible sont aussi trouvées dans les forêts qui n'ont pas été soumises aux feux pendant des décennies, avec des grandes accumulations près des bases des arbres (Houacine, 2016, p.11).

3-2- Les feux de surfaces

L'intensité et la durée des feux de surface dépendent de la disponibilité du combustible de surface et de ses caractéristiques. Il y a trois strates de combustible (la végétation basse, combustibles ligneux, les mousses, les lichens et la litière) qui contribuent à l'initiation et la propagation des feux de surface. Ces matériaux peuvent être distribués à travers la forêt, ou concentrés dans des lieux donnés par les activités d'aménagement ou par les événements naturels (vents, neiges). Les combustibles ligneux peuvent augmenter l'énergie dégagée par les feux de surface, et dans quelques cas augmenter la longueur des flammes suffisamment pour brûler le combustible aérien. Les combustibles de surfaces sont influencés par la présence et la densité du couvert végétal aérien. L'humidité du combustible fin, température à la surface et l'ombrage du combustible de surface, contribuent à l'augmentation du taux de propagation des feux de surface dans les milieux ouverts comparés aux feux qui brûlent dans les milieux denses (Houacine, 2016, p.12).

3-3- Les feux de cimes

La continuité spatiale et la densité de la canopée, avec la combinaison du vent et le milieu physique fournissent les conditions demandées pour déclencher les feux

qui consomment les cimes (aiguilles et petites branches) des arbres. La hauteur, la densité ainsi que la continuité de la canopée sont des caractéristiques clé de la structure de la forêt qui affectent la naissance et la propagation des feux de cimes. La canopée moins dense, constitué d'unités espacées réduisent la propagation du feu. Les éclaircies par le haut sont plus recommandées pour réduire le taux de propagation des feux de cimes (Colin et al, 2001).

3-4- Les feux de braises

Les braises sont produisent par des feux de cimes ou pour certaines conditions de vent et de topographie. Ces braises sont transportées à distance et sont alors à l'origine de foyers secondaires. Les grands brandons peuvent brûler longtemps et être transportés très loin (jusqu'à 10 ou 20km dans les cas exceptionnelle (Houacine, 2016, p.14).

4- Les causes des incendies

L'origine d'un incendie est souvent difficile à déterminer du fait de l'absence de preuves matérielles concrètes. La cause d'un incendie peut être connue selon différents niveaux de certitudes.

La recherche des causes d'un incendie est une nécessité d'autant plus que la connaissance de la cause ne pourra être obtenue qu'à l'issue d'investigations parfois longues et difficiles. Néanmoins, une démarche systématique de l'expertise du site et une connaissance approfondie de la chimie et de la physique de l'incendie couplée à une nécessaire compétence technique permet le plus souvent d'en localiser d'éclosion, d'en expliquer le départ et d'en comprendre la propagation (Tourona, 2007, p.41).

Les causes d'incendie de forêt sont diverses et leur répartitions varie selon les zones géographiques mais aussi en fonction de temps.

Ainsi, les incendies peuvent être dûs à trois facteurs : 1- La croissance démographique et l'étalement urbain 2- les changements d'usage des sols 3- le changement climatique et la sécheresse (Rigolot et al, 2020, p.29).

4-1- Causes naturelles

La végétation ne s'enflamme pas seule, même par forte sécheresse ; l'unique cause naturelle connue dans le Bassin méditerranéen est la foudre.

Les causes naturelles d'un incendie sont toujours rares, telles que la sécheresse prolongée, et la température estivale élevée. Les éruptions volcaniques peuvent également être à l'origine d'incendies de forêt. Ce phénomène est cependant exceptionnel dans le Bassin Méditerranéen (Colin et al, 2001). Toutefois, les modifications actuelles du climat constituent une évidence dont attestent les incendies massifs et non maîtrisables (Swynghedauw, 2021, p.219).

4-2- Causes volontaires

- L'emploi du feu pour le renouvellement de l'herbe
- Les feux politiques
- La pyromanie
- L'usage du sol par intérêt et les feux allumés à partir des décharges sauvages (Sahar & Meddour, 2019).

4-3- Causes involontaires

- L'utilisation négligente des feux agricoles
- Le brûlage des chaumes en particulier
- Jets de mégots de cigarette par les promeneurs
- La négligence et l'abandon des terres.

Elles constituent les causes principales pour la majorité des pays du Bassin Méditerranéen (Colin et al, 2001).

Les causes des incendies en Algérie sont le résultat d'une complexe réalité socio-économique, d'une forte densité de population rurale, de la démographie croissante, de l'exode rural et de l'abandon des campagnes, de l'étalement urbain et de l'augmentation de la demande de la construction des zones le long de la côte, de l'augmentation de la production de déchets domestiques et des formes traditionnelles d'occupation des sols dominées par le pastoralisme. En Kabylie, la plupart des feux de forêt sont causés par les activités humaines, mais 90% des causes et des motivations demeurent inconnues, à l'instar de la situation nationale (Sahar & Meddour, 2019).

5- Les conséquences des incendies

Comme tout autre catastrophe, les incendies ont un impact ou conséquence négative sur l'environnement et sur les humains victimes de ceux-ci. Ainsi, les incendies de forêt sont parmi les catastrophes avec des conséquences importantes sur la biodiversité.

Le feu est un des plus redoutable par les pertes qu'il entraîne : pertes écologiques (disparition d'espèces rares), économiques et parfois humaines. En effet, est une menace non seulement pour les vies humaines et les biens, mais aussi pour des prestations d'importances vitale assurée par les écosystèmes, telle que le maintien du sol, la conservation des ressources biologiques et la capacité de régulation du climat par les écosystèmes à travers la modification du cycle global du carbone, entre autres. Les incendies forestier constituent l'une des perturbations majeures affectant la dynamique forestière. Au niveau des paysages, ces incendies sont responsables, de concert avec les caractéristiques physiques du territoire, de l'existence des mosaïques forestières, composées de peuplements d'âge et de composition variés. Par conséquent, les incendies de forêt constituent un des principaux perturbateurs de la forêt algérienne avec une intensité croissante. Malgré tous les efforts mobilisées par l'état algérienne pour réduire la propagation des incendies, le feu à chaque saison ravage des milliers d'hectares du milieu forestier (Melouani, 2014, P.6).

Les incendies provoquent la destruction d'environ 10 millions d'hectares de forêts proprement dites à travers le monde ; et lorsque les incendies se répètent dans les mêmes endroits avec une courte périodicité, ils entraînent une perte de la biodiversité et la destruction des biotopes (Belkaid, 2016, P.27).

Les incendies comme tout autre catastrophe ont un impact négatif sur la vie psychique des individus exposés ou ayant été témoins à cet événement. Ce genre d'événement provoque divers troubles psychologiques chez ces victimes, c'est fréquemment le traumatisme psychique avec des troubles associés qui sont directement évoqués. Ces victimes semblaient poursuivis par le souvenir des événements, se réveillaient la nuit en sueurs à la suite d'un cauchemar, s'enfermaient dans le silence, se tenaient à l'écart de leurs proches et, parfois même, de la civilisation. Ils semblaient avoir perdu intérêt pour les autres ou pour les activités qui leur plaisaient auparavant (Bond et al, 2019).

Nous allons dans le deuxième chapitre revenir longuement sur les conséquences psychologiques des catastrophes et incendies.

6- La prise en charge des victimes des incendies

Dans les cas des événements catastrophiques tels que les incendies, la prise en charge des victimes s'effectue dans les premières heures qui suivent l'événement et se déroule en général sur les mêmes lieux de l'événement (Baup & Gromp-Monnoyeur, 2016).

Parvenir à prendre en charge les victimes dès les premières heures, permet d'évaluer et de prendre en charge ces états aigus en adaptant au cas par cas le type d'intervention thérapeutique qui doit être mise en place. Il s'agit d'entretien à la demande, de groupes de paroles et, en cas de besoin, de prescriptions médicamenteuses voire d'arrêts de travail (Cremniter & Coq, 2007, p.9).

En général, dans les catastrophes, les premiers soins aux blessés psychiques sont assurés par les personnels des cellules d'urgences médico-psychologique (CUMP), psychiatres, psychologues cliniciens et infirmiers spécialement formés à la psychiatrie de catastrophe (Coutanceau & Damiani, 2018, p.115).

Le psychologue va favoriser, par une aide et un soutien sur le plan psychologique au plus près de l'événement traumatique, un travail d'élaboration psychique autour de cet événement. Le psychologue au-delà de son sens clinique fait appel à trouver ses capacités d'empathie de délicatesse et d'humanisme pour permettre à la victime d'aller au bout de son récit, sans jamais lui renvoyer une impression de méfiance. Au cours de l'accompagnement psychologique qui s'étend sur quelques entretiens, le psychologue fera le point avec le patient sur la situation vécue et l'évaluation de l'état psychologique depuis l'expérience traumatique (Baup, 2016).

La qualité d'écoute du thérapeute permet à la personne de verbaliser et d'expliquer les rouages du phénomène dont elle est victime. Même si devoir répéter et exprimer sa souffrance avec le plus de précision possible peut être douloureuse et se traduire par des manifestations somatiques (pleurs, tremblements, difficultés respiratoires, troubles accrus du sommeil). La personne va peu à peu se restaurer identitairement recouvrer l'estime de soi, donc la confiance, ne plus se sentir coupable, et dans le

meilleur des cas, arriver à se projeter dans un futur en pensant qu'elle a les capacités pour se réinsérer dans une vie professionnelle et sociale moyennant certaines précautions, ce qui va constituer pour elle un début de résilience (Kédia, 2020, p.107).

Synthèse

A partir des données traitées auparavant, les catastrophes naturelles se sont des événements ou phénomènes naturels causant un sinistre d'ampleur majeure et des conséquences désastreuses sur la nature et l'environnement d'une part, et sur les personnes qui sont directement exposées au danger, d'autre part. Le monde entier est touché par diverses catastrophes naturelles, plus précisément, les incendies qui ont souvent des conséquences sociales, environnementales et économiques désastreuses.

Toutefois, les catastrophes naturelles, et plus particulièrement les incendies affectent la santé psychique des victimes. En effet, les victimes des incendies peuvent être intoxiquées aux fumées brûlées ou traumatisées. De ce fait, nous allons présenter dans le chapitre suivant « le traumatisme psychique dans les catastrophes naturelles » qui est le trouble le plus évoqué dans les cas de catastrophe et surtout le trouble traité dans notre présente recherche.

Chapitre II :Le traumatisme psychique à l'ère de catastrophes naturelles

Préambule

Le traumatisme psychique est un phénomène qui détruit péniblement le psychisme à partir d'un événement soudain, inattendu et violent. L'événement traumatique étant un événement qui bouleverse l'intégrité psychique des victimes notamment dans les cas de catastrophe naturelle.

Ce chapitre est divisé en trois sections, dont la première intitulé « rappel sur le traumatisme psychique », nous allons aborder l'historique de traumatisme, ses définitions, la notion d'événement traumatique et la notion de victime, les types du traumatisme, le diagnostic et diagnostic différentiel selon DSM-5 et CIM 10, les approches explicatives et la prise en charge. La seconde section sera sur le traumatisme à l'ère des catastrophes dont nous allons parler sur l'aspect psychiatrique et psychologique des catastrophes naturelles, deuil post-traumatique et catastrophes naturelles et présenter les études antérieurs sur les répercussions des catastrophes naturelles et la prise en charge d'un trauma après une catastrophe naturelle. Puis la troisième section nommée « du trauma à la résilience », qui comporte l'historique de la résilience, ses définitions, les approches explicatives, résilience et catastrophes.

Section 1 : Rappel sur le traumatisme psychique

Le traumatisme psychique est une réaction émotionnelle, un résultat d'un événement choquant, qui entraîne des blessures psychique.

1- Historique du traumatisme psychique

L'histoire du trauma est aussi ancienne que la violence des hommes. On retrouve trace dans les relations des historiens, les observations des médecins et les réflexions des psychologues qui vont entreprendre l'exploration psychologique du phénomène de trauma (Crocq, 2012, p.245).

Quelques cas anecdotiques de traumatisme émaillent les récits historiques et scientifiques de l'Antiquité au début des Temps Modernes. Les premiers témoignages relatifs aux réactions psycho traumatiques datent de deux mille ans avant Jésus-Christ et relèvent la souffrance des Sumériens de Basse-Mésopotamie à la suite de destruction de Nippur. En 450 avant notre ère, l'historien grec Hérodote rapporte cas du guerrier athénien Epizelos qui, saisi d'effroi, fut frappé d'une cécité de conversion dans la bataille de Grecs et Mèdes. Quatre cents ans avant notre ère, le médecin grec

Chapitre II Le traumatisme psychique à l'ère de catastrophes naturelles

Hippocrate, consacre dans son ouvrage *Le Traité des songes* un chapitre aux cauchemars traumatiques (Josse, 2019, p.16).

Du 18^e au milieu du 19^e siècle ; les médecins militaires de l'Ancien Régime nomment « nostalgie » et « vent du boulet » les troubles traumatiques présentés par les soldats en compagnie effrayé par la fureur des combats ou désespérés par la mort d'un camarade sous le feu ennemi. La révolution française (1789-1799) et guerre de l'Empire (1799-1815) fournissent denombreux cas cliniques à Philippe Pinel. La seconde moitié du 19^e siècle voit s'accroître l'intérêt du monde médical pour les souffrances morales des victimes. Les accidents ferroviaires font en un grand nombre de victimes et causent aux rescapés une frayeur immense. Toutefois, s'ils suscitent l'attention plus que d'autres (accidents de calèche, incendies, séismes,...), c'est moins à cause de leur caractère spectaculaire et dramatique qu'en raison du contexte dans lequel ils surviennent (Josse, 2019, p.17).

Herman Oppenheim (1889) est le premier à utiliser le terme de « névrose traumatique ». Prenant une position organiciste, il estime notamment que les symptômes traumatiques sont le produit de changements moléculaires au niveau du système nerveux central. Il observe la fréquence des problèmes cardio-vasculaires chez les sujets traumatisés, en particulier des soldats. Ainsi, Oppenheim initie une longue tradition d'association des symptômes post-traumatiques avec les « névroses cardiaques » : on parle alors de « cœurs irritables » ou de « cœurs de soldats ». En raison de ces attributions organiques, les autorités ne cherchent pas à comprendre pourquoi un soldat autrefois valeureux s'effondre brusquement et se montre « lâche » ou peu fiable : le médecin n'a pas à diagnostiquer de faille personnelle chez le soldat qui conserve ainsi un semblant d'honneur (Kédia, 2013, p.3).

Pour sa part, il opte pour la thèse psychogénique incriminant l'effroi qui provoque un ébranlement psychique ou affectif. Sur le plan clinique, Oppenheim décrit quelques symptômes qui deviendront des éléments spécifiques des névroses traumatiques : cauchemars ou troubles de sommeil répétitifs, crises d'anxiété en réponse à tout ce qui rappelle l'accident, irritabilité et hypersensibilité aux stimulations externes. Ainsi, dès la parution de la publication d'Oppenheim, qui était d'une extrême précision et clarté du matériel clinique, Jean Martin Charcot soulève une nouvelle controverse déniait l'autonomie nosologique de la névrose traumatique qu'il rattache à l'hystérie, à la

Chapitre II Le traumatisme psychique à l'ère de catastrophes naturelles

neurasthénie ou à l'hystéro-neurasthénie et assure la défense de cette position (Samaï-Haddadi, 2010, p.16).

Pierre Janet qui avait soutenu sa thèse de Doctorat en Lettre sur « l'automatisme psychologique » en 1889, année pivot de l'introduction du concept de traumatisme dans le monde scientifique, a proposé une théorie explicative de la névrose traumatique. Pour lui, « la désagrégation de la conscience » est la caractéristique majeure des patients traumatisés. Ces derniers sont incapables de se détacher du souvenir de leur trauma qui est en particulier, subconscient, et non idéique (Samaï-Haddadi, 2010, p.17).

La place de Sigmund Freud dans la genèse de la notion du trauma est extrêmement importante. Les considérations de Freud sur le traumatisme remontent aux « études sur l'hystérie » (1893) lorsque Breuer et lui ont emprunté à Janet les hypothèses du souvenir traumatique parasite et de la dissociation du conscient et ont proposé de réminiscence. Ce qui fait trauma, c'est une expérience occasionnant des affects très pénibles « non abréagis dans l'immédiat » (par l'action, les pleurs ou la représentation mentale) et « non abréagis ultérieurement » (par des associations). Deux ans plus tard, Freud décrit l'événement traumatique comme étant essentiellement sexuel et avance l'idée que chaque névrosé est réellement séduit par un adulte. Le traumatisme se forme alors en deux temps : « ce ne sont pas les expériences vécues elles-mêmes traumatiquement, mais leur revivification comme souvenir, après que l'individu ait rentré dans la maturité sexuelle qui devient traumatique ». Ainsi, la situation traumatique actuelle ne peut être comprise qu'en référence à un événement ancien qui n'a pas été liquidé en son temps. C'est la notion d'après-coup de Freud et sa première tentative de comprendre le traumatisme (Samaï-Haddadi, 2010, p.17).

En 1896, Kraepelin parle de « névrose d'effroi » pour définir les symptômes névrotiques survenant après un traumatisme, et Honigman introduit en 1907 la notion de « névrose de guerre ». On voit alors s'affronter différentes théories pathogéniques concernant ces troubles. Ces pathologies viennent en effet illustrer de manière concrète l'hypothèse de Freud selon laquelle il peut y avoir traumatisme psychique sans traumatisme physique, ce qui rapproche la causalité de la névrose traumatique de celle de l'hystérie. Ainsi, la seconde guerre mondiale apporte des données nouvelles et permet d'affiner les découvertes précédentes en mettant en relief des éléments cliniques, pathogéniques et thérapeutiques originaux et novateurs, en particulier dans les

pays anglo-saxons. En 1945, Fenichel admet la conjonction de l'événement et de la personnalité dans des proportions variables selon la violence de l'agression et la prédisposition individuelle (Kapsambelis, 2012, p.360).

Après la guerre de Corée (1950-1953) et surtout du Vietnam (1959-1975), les psychiatres américains étudient à partir des années 1970 les séquelles psychiatriques observées chez les vétérans et ces constatations aboutissent en 1980, dans la 3^e édition du *Manuel diagnostique et statistique* de l'Association américaine de psychiatrie (DSM-3), à la définition du PTSD (*post traumatic stress disorder*) ou état de stress post-traumatique (ESPT), dans une logique descriptive et catégorielle, en insistant sur le caractère externe de l'événement stressant (en tant que menace pour l'intégrité du sujet) qui peut toucher tout un chacun et pas uniquement des personnes « vulnérables », prenant ainsi le contre-pied de l'approche psychanalytique. Toutefois, un nombre croissant d'études récentes met en avant les facteurs « pré-dispositionnels » qui permettraient d'anticiper l'avènement d'un ESPT. En France, les recherches récentes sur les pathologies traumatiques sont essentiellement menées par des psychiatres militaires, notamment L. Crocq et C. Barrois (Kapsambelis, 2012, P.360).

2- Définitions du traumatisme psychique

Le mot « trauma », contraction du mot « traumatisme », vient du grec ancien *traumatismos*, qui peut être traduit par « blessure ». Transposé à la pathologie chirurgicale, il signifie « transmission d'un choc mécanique violent exercé par un agent physique extérieur sur une partie du corps et provoquant une blessure ou une contusion ». Transposé ensuite à la psychopathologie, le mot assorti de sa précision « psychique », signifie « transmission d'un choc psychique (et non plus mécanique) exercé par des agents extérieurs psychiques (et non plus physiques) sur le psychisme (et non plus sur le corps), et y provoquant des désordres psychiques (et non plus somatiques) » (Crocq, 2012, P.13-14).

Pour Sillamy (2003), le traumatisme est un « *choc violent susceptible de déclencher des troubles somatiques et psychiques* » (Sillamy, 2003, P.272).

Le traumatisme psychique est « *la réponse de l'individu à un événement hors du commun et dont le caractère exceptionnel doit être souligné ; il s'agit d'un accident* »

de la vie imprévisible qui ne doit pas être confondu, comme c'est souvent le cas, avec des événements de la vie stressants comme les ruptures, les conflits ou les situations de deuil non traumatique » (Chahraoui, 2014, p.12).

Pour la CIM 11, elle écrit « Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) peut se développer après une exposition à un événement ou une série d'événements extrêmement menaçants ou terrifiants. Il se caractérise par tous les éléments suivants : 1) revivre l'événement ou les événements traumatiques dans le présent sous la forme de souvenirs, flashbacks ou cauchemars intrusifs saisissants. Cela peut survenir via une ou plusieurs modalités sensorielles et s'accompagne généralement d'émotions bouleversantes, en particulier de peur ou d'horreur, et de sensations physiques intenses ; 2) l'évitement de pensées et souvenirs de l'événement ou des événements, ou l'évitement d'activités, de situations ou de personnes rappelant l'événement ou les événements ; 3) des perceptions persistantes d'une menace actuelle accrue, visible par exemple sous la forme d'une hypervigilance ou d'une réaction de sursaut accrue à des stimuli tels que des bruits inattendus. Les symptômes persistent pendant au moins plusieurs semaines et entraînent une déficience significative dans les domaines personnel, familial, social, scolaire, professionnel ou d'autres domaines de fonctionnement important (<https://icd.who.int/browse11/I-m/fr>).

A partir de ces données, nous comprenons que le traumatisme psychique est un trouble qui existe depuis longtemps, et est considéré comme un choc violent qui touche l'intégrité du sujet, il se mesure à l'intensité de la désorganisation psychique. En effet, le traumatisme psychique constitue une réponse, un résultat d'un événement potentiellement traumatique.

3- Événement traumatique

La définition de ce que constitue un événement traumatique a elle aussi évolué au gré des différentes versions du DSM. Au sein du DSM-III et de sa révision (DSM-III-R), seuls les événements « hors expérience humaine habituelle pouvaient être considérés comme traumatiques : les désastres naturels par exemple. Avec le DSM-IV, la définition s'est élargie pour inclure d'autres événements impliquant la mort ou une menace à

la vie, comme apprendre que l'on souffre d'une maladie potentiellement mortelle ou apprendre la mort soudaine et inattendue d'une proche (Fortin & Bond, 2019, P.18).

Du point de vue du modèle comportemental, l'événement traumatique constitue un « stimulus inconditionnel », alors que les éléments externes ou internes rappelant l'événement sont des « stimuli conditionnels » déclenchant l'angoisse, les réactions d'évitement et le syndrome de répétition. Ces différents processus de conditionnement secondaire à l'événement traumatique font le lit d'un tableau d'hypervigilance avec un univers personnel rétréci et insatisfait, pouvant aller jusqu'aux affects dépressifs. Du côté cognitif, on est face à des « distorsions cognitives » caractérisées par des croyances irrationnelles, impliquant l'activation permanente de structures mentales de peur, avec une sélection préférentielle des signaux de danger dans l'environnement (Kapsambelis, 2012, P.370).

En effet, l'événement traumatique, constitue une menace pour la vie (mort réelle ou possible) ou pour l'intégrité physique (lésions corporelles, violation de l'intimité) et/ou mentale (perte de biens personnels, outrage à l'honneur ou aux droits fondamentaux...) d'une personne ou d'un groupe de personnes. Donc un événement traumatique constitue aussi les événements accidentels (les accidents routiers, ferroviaires, aériens, fluviaux et maritimes, les accidents de travail, les accidents domestiques, les accidents industriels, technologiques et nucléaire...), et les catastrophes naturelles (les séismes, les tsunamis, les éruptions volcaniques, les inondations, les cyclones, les sécheresses,...) (Josse, 2019).

A partir des données précédentes, nous pouvons considérer le phénomène des incendies comme un événement traumatique. De ce fait, nous comprenons que l'événement traumatique, est tout événement soudain, inattendu, violent et qui peut être catastrophique, provoquant de diverses conséquences psychiques. Et dans le point suivant nous allons aborder la notion de victime.

4- La notion de victime

Le terme « victime », emprunté au latin classique « victima », fait son apparition dans la langue vulgaire écrite à la fin du 15^e siècle (en 1485). Ainsi, deux mots ont été empruntés à des dérivés de « victima » (1555), emprunté au latin classique « victimarius », prêtre qui préparait

et frappait les victimes et « victimiser » (1600), emprunté au latin impérial « victimaire », sacrifier « une victime ». victimiser a signifier « tuer » puis, sous la révolution française, « condamner à mort » et « maltraiter quelqu'un » (1795) (Josse, 2019, p.28).

Selon Crocq et Chidiac (2014) : *« est victime toute personne qui, du fait de l'action (intentionnelle ou non) d'une autre personne, ou d'un autre groupe de personnes, ou du fait d'un événement non causé par une personne (catastrophe naturelle ou accident sans auteur), a subi une atteinte à son intégrité physique ou mentale, ou à ses droits fondamentaux, ou une perte matérielle, ou tout autre dommage ou préjudice (scolaire, professionnel d'agrément, moral, ect. (Crocq& Chidiac, 2014, p.2).*

Pour Mendelsohn (1956), la victime est *« une personne se situant individuellement ou faisant partie d'une collectivité, subirait les conséquences douloureuses déterminées par les facteurs de diverses origines : physiques, psychologiques, économiques, politiques et sociales mais aussi naturelles (catastrophiques)(Josse, 2019, p.34).*

Par conséquent, nous comprenons que la victime, est toute personne qui a subi un dommage physique ou psychique et a été atteint dans son intégrité, que ce soit par une personne, une catastrophe ou un accident.

5- Les types du traumatisme psychique

Selon la typologie des traumatismes proposée par Lenore Terr (1991), on distingue différents types de traumatismes. Ainsi, Terr distingue deux catégories de traumatismes :

- **Le traumatisme de type 1 :** est un traumatisme induit par un événement unique, limité dans le temps, présentant un commencement net et une fin claire. Une agression, un hold-up, incendie, une catastrophe naturelle sont quelque illustrations de ce genre d'incidents critiques.
- **Le traumatisme type 2 :** renvoie à l'événement d'origine des troubles répété, lorsqu'il a été présent constamment ou qu'il a menacé de se reproduire à tout instant durant une longue période. La violence intrafamiliale, les abus sexuels, la violence politique, le traumatisme et les faits de guerre répondent à cette définition.

- **Le traumatisme de type 3 :** introduit par Eldra Solomon et Katheen Heide en 1999, pour décrire les conséquences d'événement multiples, envahissants et violents débutant à un âge précoce et présent durant une longue période, cas typique des abus (Josse, 2019, p.54).

Ainsi, Judith Herman (1997), professeur à Harvard Medical School, choisit de classer les traumatismes simples et complexes.

- **Le traumatisme simple :** sa définition assimile aux traumatismes de type 1 définis par Terr. Les événements qui les engendrent constituent un événement ponctuel dans la vie du sujet.
- **Le traumatisme complexe :** désigne le résultat d'une victimisation chronique d'assujettissement à une personne ou à un groupe de personnes. Dans ces situations, la victime est généralement captive durant une longue période, sous le contrôle de l'auteur des actes traumatogènes et incapables de lui échapper. Ces traumatismes complexes sont à rapprocher des traumatismes de types 2 précisés par Terr et s'ils débutent à un âge précoce, aux traumatismes de type 3 définis par Solomon et Heide (Josse, 2019, p.54).

On distingue enfin d'autres types de traumatismes, traumatisme direct et indirect :

- **Le traumatisme direct :** on parle de traumatisme direct lorsque la victime a été confrontée au sentiment de mort imminente, à l'horreur ou au chaos. Elle peut avoir été sujet, acteur ou témoin de l'agression ou de la menace soudaine ayant mis en danger sa vie, son intégrité physique ou mentale ou celle d'autrui (Josse, 2019, p.55).
- **Le traumatisme indirect :** il est aujourd'hui admis par de nombreux psychologues et psychiatres qu'un sujet, enfant comme adulte, qui n'a pas subi de traumatisme direct peut présenter des troubles psycho-traumatiques consécutifs aux contacts qu'il entretient avec la personne traumatisée (Josse, 2019, p.60).

6- Diagnostic et diagnostic différentiel selon DSM-5 et CIM 10

Ces manuels (DSM et CIM) se voulant athéoriques et descriptifs s'étaient sur des critères diagnostiques rigoureux. L'exposition à un événement traumatique ou stressant est explicitement notée comme critère diagnostique.

L'approche a-théorique s'avère très proche du manuel psychiatrique et statistique des troubles mentaux, elle consiste à décrire les caractéristiques cliniques des troubles. Nous avons choisis de présenter la clinique du traumatisme psychique selon l'approche purement descriptive qui est le DSM, et en même temps a-théorique.

Les critères de diagnostic du traumatisme psychique s'appelle dans le manuel « Trouble stress post-traumatique ». Le trouble se situe dans la section II du manuel dans la catégorie « troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress ». Ainsi, nous allons présenter les critères diagnostic concernant les adultes seulement car notre population d'étude est composé d'adulte.

5-1- Critères diagnostiques selon DSM-5

N.B : Les critères suivants s'appliquent aux adultes, aux adolescents et aux enfants âgées de plus de 6 ans. Pour les enfants de 6 ans ou moins.

A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou plusieurs) des façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatiques.
2. En étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membres de la familles proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques.

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

Chapitre II Le traumatisme psychique à l'ère de catastrophes naturelles

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.
2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.
3. Réactions dissociatives au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement).
4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.
5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.

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

1. Evitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
2. Evitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un détresse (DSM-5, 2015, p.350).

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

1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).
2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde.

Chapitre II Le traumatisme psychique à l'ère de catastrophes naturelles

3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.
4. Etat émotionnel négatif persistant (p.ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).
5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces même activités.
6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
7. Incapacité de détachement d'éprouver des émotions positives (p.ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux) (DSM-5, 2015, p.351).

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

1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.
3. Hypervigilance.
4. Réaction de sursaut exagérée.
5. Problèmes de concentration.
6. Perturbation de sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

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

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

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament, alcool) ou à une autre affection médicale (DSM-5, 2015, pp.350-351).

5-2- La classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes : CIM 10

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

Ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquent des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Des facteurs prédisposants, tels que certains traits de personnalité (par exemple compulsive, asthénique) ou des antécédents de type névrotique, peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggravant son évolution : ces facteurs ne sont pas toutefois nécessaires ou suffisants pour expliquer la survenue du syndrome. Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants (« flashback »), des rêves ou des cauchemars ; ils surviennent dans un contexte durable « d'anesthésie psychique » et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'un hyperéveil neuro-végétatif, avec hypervigilance, état de « qui-vive » et insomnie. Ils sont fréquemment associés à une anxiété, une dépression ou une idéation suicidaire. La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années et entraîner une modification durable de la personnalité (F62.0) (CIM 10, 2012, p.246).

5-2- Diagnostics différentiels

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et le trouble stress aigu (TSA), caractérisés par l'exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles, puis par le développement de symptômes de reviviscence envahissants, d'évitement persistant des stimuli associés au traumatisme, d'altérations négative des cognitions et de l'humeur, et d'altérations marquées de l'éveil et de la réactivité, doivent être différenciés...

1. Du trouble de l'adaptation : est caractérisé par un facteur de stress qui peut avoir toutes sortes de niveaux de sévérité, et n'a pas un mode de réponse spécifique (p. ex. symptômes de reviviscence envahissants). Le diagnostic de trouble de l'adaptation est porté quand la réponse à un facteur de stress extrême ne répond pas aux critères du TSPT ou du TSA (ni à ceux d'un autre trouble mental), quand le mode symptomatique du TSPT ou du TSA survient en réponse à un facteur de stress qui n'est pas extrêmement traumatisant (p. ex. départ du conjoint, licenciement).
- 2- Du deuil complexe persistant dans la section III du DSM-5 : est caractérisé par des souvenirs intrusifs concernant le défunt, qui persistent pendant au moins 12 mois après le décès. A la différence du TSPT, où les symptômes intrusifs et envahissants concernant les événements traumatiques liés à la perte, dans le deuil complexe persistant les symptômes intrusifs se focalisent sur plusieurs aspects du défunt, y compris des aspects positifs de la relation avec lui, et sur la détresse de la séparation.
- 3- D'autres troubles mentaux pouvant survenir après l'exposition à un facteur de stress extrême : sont caractérisés par un mode de réponse qui répond aux autres troubles mentaux dans le DSM-5 (p. ex. trouble psychotique bref, trouble dépressif caractérisé) (DSM-5, 2016, p.220).
- 4- Du trouble obsessionnel-compulsif : est habituellement caractérisé par des pensées intrusives récurrentes, mais ces dernières sont vécues comme inappropriées et elles ne sont pas en lien avec un événement traumatique vécu.
- 5- Du trouble panique : peut-être caractérisé par un hyperéréthisme et des symptômes dissociatifs, mais ceux-ci surviennent durant les attaques de panique et ne sont pas associés à un facteur de stress traumatique.
- 6- De l'anxiété généralisée : peut-être caractérisée par des symptômes persistants d'irritabilité et d'anxiété mais, à la différence du TSPT et du TSA, ces symptômes ne sont pas associés à un facteur de stress traumatique.
- 7- Des troubles dissociatifs : sont caractérisés par des symptômes dissociatifs qui ne sont pas nécessairement liés à l'exposition à un facteur de stress traumatique (mais qui le sont souvent). Des symptômes dissociatifs survenant dans le contexte d'un syndrome complet de TSPT peuvent justifier l'emploi de la spécification « avec symptômes dissociatifs ».

- 8- Des troubles psychotiques (p. ex. schizophrénie) : peuvent être caractérisés par des symptômes perceptuels comme des illusions ou des hallucinations. Ces symptômes doivent être distingués des flash-backs du TSPT et du TSA, qui sont caractérisés par des intrusions sensorielles reproduisant des parties de l'événement traumatique et qui peuvent survenir avec une perte complète de la conscience de l'environnement réel. Ces épisodes sont typiquement brefs mais ils peuvent être associés à une détresse prolongée et à un hyperéréthisme exacerbé. Les flash-backs ne sont généralement pas considérés comme des phénomènes psychotiques.
- 9- D'une lésion cérébrale traumatique : est caractérisée par des symptômes neurocognitifs (p. ex. désorientation et confusion persistantes) qui se développent à la suite d'une lésion cérébrale traumatique (p. ex. accident traumatique, souffle d'une bombe, traumatisme par accélération/décélération). Comme ce type d'événements traumatiques peut également entraîner le développement d'un TSA et d'un TSPT, ces deux diagnostics doivent aussi être envisagés.
- 10- De la stimulation : est caractérisée par l'imitation de symptômes et doit toujours être éliminée quand des bénéfices légaux, financiers ou autres jouent un rôle (DSM-5, 2016, pp.220-221).

7- L'approche explicative du traumatisme psychique

En effet, il existe plusieurs modèles et approches théoriques, explicatives du traumatisme psychique, telles que les théories comportementales et cognitives, l'approche intégrative, l'approche psycho-dynamique, et l'approche phénoménologique, ... néanmoins, tenant compte de notre thématique et de l'outil adopté pour notre travail de recherche, nous avons décidé de mettre en évidence l'approche a-théorique du traumatisme psychique.

Ainsi, l'approche a-théorique utilisée à partir du DSM-III vise à pallier les limites de nos connaissances concernant l'étiologie des troubles mentaux. Le principe fondamental en est l'absence de référence à toute conception théorique non démontrée concernant l'étiologie ou la pathogénie. L'a-théorisme était, sans doute, prédominant dans le DSM-III et le DSM-III-R. L'adoption d'une position a-théorique quant à l'étiologie fait qu'au lieu d'indiquer comment sont apparus les troubles mentaux, les

auteurs du DSM tentaient, dans la grande majorité des cas, de décrire ce que sont les manifestations de ces troubles. En fait, cette approche consiste à définir les troubles en décrivant les caractéristiques cliniques de ceux-ci, est qualifiée de descriptive. Elle est aussi utilisée pour regrouper, en classe diagnostiques, les troubles pour lesquels l'étiologie et la physiopathologie ne sont pas connues (Ionescu, 2015).

Les états de stress post-traumatique ont été introduits en 1980 dans le DSM sous l'impulsion des vétérans américains du Vietnam qui souhaitaient faire reconnaître leur souffrance et développer le système de prise en charge de ces nombreuses psychopathologies d'après-guerres. La description clinique des états de stress post-traumatique proposée par le DSM-IV-TR s'appuie sur l'existence d'un événement qui a impliqué une menace de mort ou d'intégrité physique et qui a provoqué des sentiments intenses de peur, de désespoir et d'horreur. La description des états de stress post-traumatique par le DSM a eu l'intérêt de faire reconnaître sur le plan international une psychopathologie fréquente dont les conséquences peuvent être redoutable pour la santé et l'équilibre des sujets. D'autres part, elle a facilité les travaux de recherche et la communication entre les cliniciens à travers le monde grâce au consensus sur les critères diagnostiques (Chahraoui, 2014, p.7).

8- La prise en charge du traumatisme psychique

Divers prises en charge thérapeutiques (TCC, EMDR, pharmacologique, etc) ainsi que les différentes modalités sont apparues.

8-1- Les cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP)

Dans des grandes catastrophes se monte un « centre d'accueil des impliqués » où du personnel administratif, municipal par exemple, et d'assistantes sociales s'occupent des conséquences matérielles et concrètes de l'événement pour les victimes. Le psychiatre et son équipe reçoivent les gens troublés par ce qu'ils viennent de vivre et qui leur sont envoyés par les pompiers, la police, le poste médical avancé (PMA) ou les infirmiers psychiatriques qui ont reçu la tâche de parcourir le terrain. Ils s'en occupent individuellement dans des échanges assez courts ou collectivement dans des ébauches de groupe de parole. Ils interviennent aussi dans le PMA, à sa demande. Lorsqu'un blessé psychique présente aussi des troubles psychiques (confusions, grands états anxieux, état de

sédation massive) sont accompagnés sur le PMA pour être évacués vers des services hospitaliers. Les psychiatres ont avec eux des anxiolytiques à durée de vie courte qu'ils peuvent distribuer si nécessaire (Lebigot, 2005, p.123).

Les cellules d'urgence médico-psychologique, en France, préconisent une prise en charge immédiate après un événement traumatique collectif appelée défusing ou démorçage. Le défusing consiste à assurer une présence apaisante et favoriser la verbalisation des émotions. On pratique de façon précoce après l'événement et il se substitue parfois au débriefing, ou permet ensuite de préparer et d'organiser le débriefing (Sabouraud-Sguin, 2020, p.458).

8-2- Le débriefing

Le débriefing psychologique a été formalisée par Jeffrey Mitchell en 1983. En France le débriefing a été repensé afin d'en faire un outil de soins plus conforme au modèle de la psychopathologie traumatique (Cremniter & Coq, 2007, p.9).

Dans les jours qui suivent l'événement, un certain nombre d'actions thérapeutiques peuvent être présentées aux victimes. Le débriefing poursuit deux buts, dont l'un est atteint assez facilement tandis que l'autre reste hypothétique. Le stress bénéficie d'une façon très évidente de l'application de la méthode : les victimes se sentent immédiatement soulagées et apaisés. Leur symptômes, comme le trouble du sommeil, les céphalées, diminuent ou disparaissent dans les heures ou les jours qui suivent. Ainsi, le débriefing est dirigé par un psychiatre auquel est adjoint un autre psychiatre, un psychologue, deux assistants sociaux et un prêtre. Le déroulement de la séance est codifié, comme il le sera plus tard dans le débriefing de Mitchell, et comporte quatre phases, une phase de préparation qui comporte une organisation logistique de la réunion en liaison avec les autorités militaires et/ou civiles et un briefing de l'équipe visant à définir les rôles de chacun à réduire leur anxiété anticipatoire. Une phase d'extraction-triage qui est une première rencontre, informelle, entre les victimes et les membres de l'équipe. Ainsi, une phase de débriefing qui est le débriefing proprement dit. Et finalement, la phase de réinsertion qui est le moment où l'équipe soignante incite les victimes à reprendre leur autonomie (Lebigot, 2005, pp.137-138).

8-3- Prise en charge pharmacologique

Les traitements pharmacologiques que l'on doit proposer aux personnes souffrant de psycho-traumatismes sont aujourd'hui construits à partir de référentiels internationaux et nationaux qui ont été renforcés depuis les années 1990 par de très nombreuses études.

En situation d'urgence, aucun médicament n'a apporté de façon une preuve d'efficacité pour être recommandé. La priorité est à donner à l'intervention psychothérapeutique. Les benzodiazépines sont majoritairement considérées comme néfastes à cette phase. Le traitement par bêtabloquant, comme le propranolol, a été évalué sur des études pilotes notamment par Vaiva et ses collaborateurs (2003), avec des résultats encourageants. L'hydroxyzine est régulièrement utilisée en phase d'urgence par les équipes françaises car elle a une indication compatible avec la phase aiguë du psycho-traumatisme. En situation de trouble stress post-traumatique (PTSD) constitué, il est établi que les inhibiteurs de la recapture de sérotonine (IRS) et IRS NA (Nor Adrénérge) sont efficaces pour traiter le PTSD. La sérotonine modulerait l'hyperstimulation du circuit de la peur, au niveau de locus coeruleus. En effet, les antipsychotiques, il a été éprouvé que se sont efficaces pour traiter les symptômes du PTSD. Cependant, ils pourraient être bénéfiques pour des adultes ayant de PTSD et leurs symptômes n'ont pas répondu à d'autres médicaments ou à la psychothérapie et lors de la persistance de symptômes invalidants avec des comportements qui rendent difficile l'accès à une psychothérapie. Ainsi, les thymorégulateurs, qui ont un effet anti-kindling (processus neurophysiologique prédisposant les neurones à une sensibilisation et à une augmentation de leur décharge du fait de la répétition de stimuli correspondant à la répétition ou la reviviscence d'événements traumatiques). Elles agiraient sur les intrusions, l'irritabilité et les troubles du sommeil, et sont le plus souvent utilisées en association avec d'autres psychotropes (Jehel et Ducrocq, 2020, p.402-406).

8-4- La prise en charge cognitivo-comportementale

La TCC axée sur le trauma pour le traitement de TSPT a pour objectif de désensibiliser le client aux stimuli et aux souvenirs liés à l'événement traumatique afin de diminuer son niveau de détresse. De façon générale, la thérapie commence avec la mise en place du cadre thérapeutique, la psychoéducation (réactions post-traumatiques et facteurs de développement et de maintien du TSPT) et l'établissement d'une alliance thérapeutique. La

prise de conscience par le client de l'ensemble de ses émotions négatives et de l'impact de celles-ci dans sa vie quotidienne est également favorisée. Par des stratégies d'exposition graduelle et prolongée en imagination et ensuite *in vivo*, le clinicien aide le client à mieux gérer les pensées intrusives et les cauchemars récurrents ainsi qu'à freiner l'évitement cognitif et comportemental. Le thérapeute utilise également la reconstruction cognitive afin de recadrer, reformuler et modifier les croyances erronées du client telles que se blâmer pour la survenue de l'événement traumatique, se percevoir comme faible, ou percevoir les symptômes du TSPT comme un échec personnel et qui peuvent être associés à des émotions de peur, de honte, de culpabilité ou de colère. Si nécessaire, le clinicien intègre des stratégies de gestion de l'anxiété pour diminuer les réactions neurovégétatives, travaille à l'amélioration des compétences interpersonnelles, et planifie des stratégies spécifiques pour traiter les problèmes connexes. La TCC pour le traitement d'un TSPT découlant d'un seul et peut être relativement de courte durée, huit à douze séances de 60 à 90 minutes. Les séances devraient avoir lieu sur une base hebdomadaire et inclure la réalisation de devoirs entre les séances. Cependant, puisque la majorité des individus avec un TSPT présentent également d'autres problèmes, le clinicien devra généralement planifier un traitement plus long pour obtenir des résultats optimaux et prolonger le traitement jusqu'à ce que des améliorations cliniquement significatives soient observées dans le fonctionnement du client (Guay et Sader, 2019, p.113).

8-5- EMDR et prise en charge du traumatisme psychique

Cette technique particulièrement originale est le fruit d'une découverte fortuite faite par Francine Shapiro, de Palo-Alto aux Etats-Unis. Elle repose sur l'effet facilitateur des mouvements oculaires sur la qualité affective des souvenirs ainsi que sur leur intégration. Encore assez peu développée en France bien qu'en croissance régulière, c'est une technique très utilisée outre-Atlantique. Pour le spécialiste du sommeil, cette technique est d'autant plus intéressante qu'elle reproduit l'un des phénomènes les plus énigmatiques de la physiologie du sommeil et qui est l'existence de saccades oculaires rythmiques durant le sommeil paradoxal, accompagnant les rêves et les intenses traitement automatique des données psychiques et émotionnelles qui se produit durant ce stade si particulier du sommeil. Ce n'est pas un hasard si la terminologie anglo-saxonne utilise, pour désigner le sommeil paradoxal, le terme de REM sleep (rapid eye movement sleep) qui spécifie ainsi précisément le stade par ces mouvements oculaires mêmes (sommeil à mouvements oculaires rapides). Cette extrême singularité du sommeil paradoxal en fait d'ailleurs

beaucoup plus un troisième état de conscience du cerveau qu'un simple stade de sommeil (Fresco, 2012, p.70).

Après avoir terminé la première section qui porte sur un rappel sur le traumatisme psychique et après avoir abordé tous les points essentiels de ce dernier, nous allons présenter la deuxième section.

Section 2 : Traumatisme psychique à l'ère des catastrophes

Les incendies sont des événements catastrophiques considérés comme des événements traumatiques. Tenant compte de la recrudescence des risques des catastrophes naturelles, il importe de mettre en valeur les conséquences psychologiques et psychiatriques des événements catastrophiques de nos jours, nous allons dans ce qui suit présenter une revue de la littérature à ce sujet.

1- Aspect psychiatrique et psychologique des catastrophes naturelles

Les catastrophes naturelles entraînent des pertes brutales en vies humaines, et des conséquences néfastes non seulement pour le côté matériel et physique des individus, mais aussi sur la santé mentale de ces victimes. En effet, les catastrophes naturelles amènent la victime à un trauma, qui est une réaction psychopathologique provoquant des manifestations cliniques caractéristiques du syndrome psycho-traumatique. Ces manifestations cliniques se repèrent à un niveau individuel et collectif.

Au niveau individuel, les symptômes les plus habituels sont ceux du stress remarquablement décrits par Crocq, dans sa forme adaptée et dans sa forme dépassée. Il s'agit d'anxiété le plus souvent névrotique pouvant s'exprimer de façon variable depuis des manifestations mineurs (stress adaptée) jusqu'à des phénomènes d'agitation, d'inhibition, voire de stupeur ou des conduites automatiques (stress dépassée). Chez d'autres patients, il peut s'agir de troubles thymiques, de phénomènes conversifs et surtout phobiques avec retrait au niveau des activités habituelles. Parfois même certains troubles de la conscience avec dépersonnalisation, déréalisation et dissociation peuvent être observés. Il s'agit alors de symptômes évoquant une psychose aiguë. D'autres manifestations peuvent être observer, notamment des phénomènes psychosomatiques précoces, dermatologiques, gastriques, cardiovasculaires... L'ensemble de ces réactions cliniques, même si elles traduisent la survenue d'un stress dépassé, éventuellement associé à un trauma, surviennent dès les

premiers jours qui suivent l'événement pour régresser progressivement les jours suivants. La nature et l'évolution de ces symptômes éprouvés par les victimes de catastrophes distinguent de l'état de stress post-traumatique ou des syndromes psycho-traumatiques (Cremniter & Coq, 2007, p.5).

Au niveau collectif, les phénomènes de panique sont rarement observés, mais possibles ; ils se déroulent classiquement en cinq phase bien distinctes : 1) une phase de préparation ou d'alerte où règne un état de surfusion émotionnelle alimentée par des rumeurs ; 2) une phase de choc avec inhibition du jugement et de la censure (comportement dissociatif grégaire) ; 3) une phase de réaction régressive très archaïque, avec de possibles comportements automatiques faussement héroïques, des états d'agitations stériles, voire des suicides ; 4) une phase de résolution avec diminution du climat de peur et apparition de comportements d'entraide ; 5) une phase de complication avec l'inévitable phénomène de bouc émissaire (lynchage). Ont également été décrits : la sidération d'une foule entièrement dissociée (survivants déambulant comme des automates) ; des formes de déni collectif nécessitant une forte volonté des autorités pour exiger l'évacuation des zones à risques ; des revendications pathologiques avec un risque majeur de lynchage du bouc émissaire (Lopez, 2020, p.72).

2- Deuil post-traumatique et catastrophe naturelle

La notion de pertes brutales en vies humaines lors des catastrophes conduit à évoquer le concept discuté de deuil traumatique compte tenu de l'impact groupal de l'événement, de la violence et de la soudaineté de la disparition (Cremniter & Coq, 2007, p.6).

Le deuil est un processus universel qui touche l'être humain sur tous les axes qui le constituent. Chaque deuil est une épreuve à traverser. Un travail psychologique est nécessaire pour pouvoir se séparer de l'être disparu : c'est un processus psychique de réaménagement qui se poursuit dans la durée (Crocq, 2014, p.102).

Le deuil est une réaction psychologique à la perte d'un objet (chose ou personne), réel ou symbolique. Cette perte va en principe entraîner chez l'individu un travail de deuil. Celui-ci consiste en un processus d'élaboration et de dépassement de cette perte, caractérisé par le détachement psychique et affectif du sujet avec l'objet perdu, et

permettant à l'individu de réinvestir ensuite d'autres objets (d'amour, d'investissement) dans l'existence (Charron et al, 2007, P.44).

Les deuils traumatiques sont donc considérés comme des pertes brutales d'un être aimé dans des circonstances tragiques ou catastrophiques s'accompagne bien entendu d'un état de deuil, mais provoque parfois des réactions post-traumatiques qui sont à différencier des réactions de deuil. Le deuil peut être considéré comme traumatique lorsqu'il intervient dans des circonstances potentiellement traumatiques, par exemple lorsque l'annonce du décès est subite et inattendue, dans un contexte de souffrance et de déshumanisation (par exemple, dans le cas de catastrophe naturelle). Les familles des victimes décédées lors de catastrophes peuvent avoir vécu une effraction traumatique (Crocq, 2014, p.103-104).

Un deuil traumatique peut avoir des répercussions importantes sur la famille, surtout en cas de perte de plusieurs membres. Le trou béant laissé par la disparition de ces membres peut provoquer une désorganisation des liens et des rites familiaux qui, si elle n'est pas parlée, peut devenir pathologique. Les conséquences se manifestent par un ébranlement de la base familiale de sécurité, ce qui bloque la communication. La désorganisation des liens familiaux vient troubler le déroulement du cycle de la vie, la famille apparaît comme vidée de son énergie, qui était une réserve de souplesse nécessaire pour que les enfants grandissent en sécurité (Crocq, 2014, p.107-108).

3- Les études antérieures nationales et internationales sur les répercussions des catastrophes naturelles

La survenue d'une catastrophe naturelle est associée à une variété de réactions psychophysiologiques et comportementales qui peuvent aller d'une anxiété passagère à un état susceptible de s'étaler sur plusieurs mois voire plusieurs années. En terme d'ESPT, on distingue trois types de réactions dans les suites d'une catastrophe naturelle :

1. Les sinistrés ne présentent aucune détresse psychique suite à l'événement traumatique

2. Les sinistrés sont décrits comme « à risque » ne présentant pas de perturbation avérée mais susceptibles de développer un tableau clinique en lien avec l'événement traumatique
3. Les sinistrés présentent une symptomatologie en lien direct avec l'événement à travers un tableau clinique d'ESPT (Altintas et al, 2012, p.371).

Depuis longtemps, les catastrophes naturelles sont considérées comme des phénomènes les plus dangereux et les plus meurtriers, provoquant des dégâts massifs et des pertes en vies humaines, que ce soit sur le plan national ou international. De nombreuses études effectuées sur celles-ci, estiment que les catastrophes naturelles entraînent des conséquences traumatiques, dont nous proposons les suivantes :

Adam-Poupart et al (2020), dans une recherche sur « Impacts psychosociaux négatifs des vagues de chaleur, des inondations, des feux de forêt et des tempêtes chez les travailleurs du Québec ». Les objectifs spécifiques de cette étude étaient d'établir un bilan des connaissances sur les impacts psychosociaux négatifs vécus chez les travailleurs à la suite des vagues de chaleur, des inondations, des tempêtes et des feux de forêt ; de valider le bilan des connaissances, d'en dégager les lacunes, et d'identifier les enjeux prioritaires pour les milieux de travail et pour la santé publique ainsi que des pistes de recherche et d'intervention ; et enfin d'établir un ordre de priorité aux pistes de recherche et d'intervention. Les premiers répondants ont un risque accru de présenter des symptômes typiques d'une réaction négative au stress, des symptômes plus graves évoquant un état de stress post-traumatique (ESPT) ou encore d'une dépression. Par ailleurs, d'autres études ont rapportés qu'à la suite de saison des ouragans et tempêtes, des troubles du sommeil et des symptômes d'hypervigilance avaient été rapportés chez les intervenants de la santé publique. Selon les études, ces impacts ont engendrés une diminution du fonctionnement au quotidien et de performance au travail qui était toujours présente neuf mois après l'événement. Au-delà de ces impacts, divers facteurs de risque personnels et professionnels ont aussi été identifiés chez les premiers répondants déployés sur le terrain. Ces facteurs contribuent à augmenter la probabilité de symptômes de détresse psychologique chez les travailleurs à la suite d'un événement catastrophique. Ainsi, plusieurs auteurs ont rapportés le risque de traumatisme vicariant, de fatigue, de compassion, d'épuisement professionnel ou d'abus de substances auprès des intervenants psychosociaux ayant travaillé lors de catastrophe.

Chapitre II Le traumatisme psychique à l'ère de catastrophes naturelles

Bouchard et al (2019), dans l'étude intitulé « Psycho-traumatologie : conséquences psychologiques de l'explosion de l'usine AZF de Toulouse sur le personnel d'une entreprise voisine. Evaluation clinique post-catastrophe et intérêt de développer un plan blanc psychologique et psychiatrique ». L'objectif de cette étude est l'analyse de l'impact psycho-traumatique qu'a eu cette terrible catastrophe sur ces victimes. L'événement traumatique, s'est passé à Toulouse, le vendredi 21 septembre 2001 à 10h 17min 56s, 300 à 400 tonnes de nitrate d'ammonium stockés dans un bâtiment de l'usine AZF explosent. Cette explosion d'une rare intensité émet successivement un flash lumineux visible instantanément, une onde sismique. L'extrême violence de l'onde de choc et de l'effet de souffle fond des dégâts matériels et humains considérables : 31 morts, 9000 blessés physiques au moins, plus de 37 000 logements, entreprises et établissements publics endommagés ou dévastés et un très grand nombre de victimes psychiques. L'échantillon de cette étude se compose de 54 personnes, trois femmes et 51 hommes, âgées de 27 à 59 ans. Les résultats selon le premier questionnaire (Echelle des fonctions intellectuelles), est que la majorité des victimes « ne s'attendaient pas à la survenue d'une telle explosion » et « ne comprenaient pas la situation ». Malgré l'extrême surprise liée à cette effraction traumatique. La majorité des sujets restent bien repérés dans le temps et l'espace. Pour le questionnaire 2 (Echelle de l'état affectif), la majorité des sujets, immédiatement après l'explosion, ont eu très peur pour un parent ou un ami et ont été très anxieux. Le questionnaire 3 (Echelle des symptômes neurovégétatifs) les scores les plus élevés sont moins importants que les scores les plus fréquentes et importantes sont les réactions de « gorge serrée » et de « tachycardie ». Les réactions neurovégétatives les moins intenses sont « les frissons » et « sensation de froid et l'impression d'être prêt à s'évanouir. Et puis le 4^e questionnaire (Echelle « volonté, décision, comportement »). Les items 1 et 5 révèlent les réponses les plus intenses : « mes gestes étaient maladroits » (score 34). Les items 6 et 8 révèlent les réactions les moins intenses : « je me suis resté muet » (score 17) et « j'ai eu une crise de larmes » (score 8). Les crises de larmes seront beaucoup plus intenses et fréquentes dans les six heures qui suivront. Et enfin le questionnaire 5 (Echelle de post-stress immédiat), les résultats à cette échelle révèlent également que pendant les six premières heures, la majorité des victimes « ont pu raconter ce qui leur était arrivé » et « présentaient peu de troubles neurovégétatifs ». « L'auto-questionnaire se stress immédiat » de Louis Crocq révèle également que l'impact psycho-traumatique a été différent selon les diverses fonctions évalués.

Laurin et al (2018), dans la recherche sur « Conséquences psychologiques et état de stress post-traumatique chez les victimes de la tempête Xynthia ». Cette étude a pour objectif de mesurer la prévalence de l'état de stress post-traumatique et de détresse émotionnelle chez les victimes de cet événement. La tempête a balayé la France du 27 au 28 février 2010, touchant plus particulièrement les départements de Vendée et de la Charente-Maritime et mobilisant le réseau national des cellules d'urgences médico-psychologiques. Elle a évoqué son lot de pertes humaines avec un lourd tribut de 27 morts, principalement sur le littoral Vendéen, plus de 1,5 milliard d'euros de dégâts matériels et d'importantes conséquences sanitaires. Pour les victimes d'exposition directe, cet événement extraordinaire peut constituer une vraie fracture de leur histoire, en les confrontant à leur propre mort et leur vulnérabilité. Ce moment traumatique laisse place à un moment d'effroi et de sidération inaccessible au langage. L'image de la mort ébranlant les certitudes de la victime et ne souffrant d'aucune représentation possible confronte le psychisme à un corps étranger inassimilable, source de dysfonctionnement interne qui sera potentiellement à l'origine de manifestations post-traumatiques. Parmi ces manifestations, se trouve le trouble de stress post-traumatique, associe des symptômes de répétition pathognomoniques, des mécanismes d'évitement et/ou un état d'émoussement affectif, une humeur et/ou des cognitions négatives et des signes d'hyperéveil sur une durée minimum de quatre semaines. Dans cette étude, la population cible est constituée de victimes d'exposition directe à la tempête Xynthia (rescapées et/ou blessées) de plus de 18 ans. Les outils utilisés, le GHQ-12 (General Health Questionnaire) ou le questionnaire de santé générale-12 items, est un auto-questionnaire réalisé par Goldberg, largement utilisé pour dépister les troubles psychologiques présents au cours des dernières semaines. Et l'autre outil qui s'agit de l'échelle d'impact de l'événement (IES) d'Horwitz et al (1979), permet de mesurer la présence de stress traumatique lié à des événements traumatogènes, dans cette étude s'agit de la tempête Xynthia. Puis, le questionnaire de stress post-traumatique (QSPT), ce questionnaire permet d'évaluer la présence d'un état de stress post-traumatique actuel ou passé, selon les critères d'évaluation du DSM-III-R. Et enfin, les résultats obtenus montrent un lourd travail de deuil. Les données du GHQ-12 montrent l'existence de troubles psychiques (symptômes dépressifs et désadaptation sociale) dans l'ensemble de l'échantillon qui se compose de 36 victimes. En effet, concernant les aspects post-traumatiques évalués par le QSPT, 30 victimes ont présentés des symptômes de répétition depuis le passage de la tempête Xynthia. On retrouve également des

Chapitre II Le traumatisme psychique à l'ère de catastrophes naturelles

symptômes d'évitement chez 32 victimes et des symptômes d'hyper éveil chez 33 autres victimes. Néanmoins, seul sept sujets qui remplissent les critères d'un état de stress post-traumatique complet.

Cependant, Soedj et al (2015), dans son étude nommée « Intervention médico-psychologique lors des incendies des grands marchés de Lomé (Togo) par une cellule d'urgence médico-psychologique informelle ». Le but de cette recherche est de décrire, à partir de cette intervention, les représentations, les attentes et les besoins psychologiques des sujets aux prises avec cet événement traumatique. Dans la nuit du 11 au 12 janvier 2013, le grand marché de Lomé, poumon économique du pays, a été victime d'un incendie suivi de scène de pillage. Toute la ville était en alerte cette nuit, avec des cris, des pleurs et des scènes de paniques. Face à cette situation le ministre de la santé a décidé de dépêcher sur les lieux une équipe d'urgence médico-psychologique, dans des objectifs d'assurer des soins médicaux psychologiques aux victimes directes et indirectes et de faciliter le suivi à moyen et long termes du soutien psychologiques en plus de la prévention de troubles psychiatriques éventuels. En effet, la confrontation d'une situation telle qu'un incendie, mettant en jeu aussi bien les marchandises que les réserves financières dans un laps de temps relativement court et où l'on se sent impuissant amène à se poser des questions sur l'existence elle-même et la place de l'œuvre de toute une vie. La force et surtout l'instant du trauma. Ainsi, cette cellule d'urgence médico-psychologique à la demande du ministère de la santé a été la première à impliquer des professionnels de santé mentale au Togo. Elle apparaissait riche en enseignement aussi bien sur les possibilités d'intervention in situ que sur les possibilités d'adaptation psychologique. Le débriefing psychologique pratiqué auprès des victimes des incendies du grand marché s'inscrivait dans les stratégies de soins appliquées aux personnes susceptibles d'être traumatisées par cet événement. Dans ce cadre, la coopération psychiatres, psychologues, infirmiers et personnels de la Croix-Rouge, chacun dans sa spécificité dans l'exercice de ces tâches, s'est révélée très bénéfique.

Dans la même année, une autre recherche faite en thèse de doctorat de Blanc (2015), sur « Evénement sismique de 2010 en Haïti et psychopathologies : facteurs de risques pré, péri et post-traumatiques ». Les objectifs principaux de ce travail visaient à combler des lacunes de données scientifiques sur les éventuelles relations entre des facteurs pré, péri et post-traumatiques spécifiques et le développement de trouble post-traumatiques dans des groupes vulnérables suite au séisme de 2010 en Haïti. Le séisme a eu lieu le 12 janvier 2010,

Chapitre II Le traumatisme psychique à l'ère de catastrophes naturelles

à 16h 53, des secousses telluriques d'une magnitude de 7,3 sur l'échelle de Richter, frappa le département de l'ouest et potentiellement le Sud de Haïti. Suivant un rapport des Nations-Unis (2010), le lourd bilan s'élève à 222 000 morts 6000 blessés et amputés et 1 million de déplacés. Le Disasters Emergency Committee (DEC) (2015) dénombrait plus de 188 383 maisons sérieusement endommagées et 105 000 effondrées. 4000 écoles endommagées ; 60% des édifices administratifs et 80% des bâtiments scolaires de Port-au-Prince, ou 60% des écoles du département du sud et de l'ouest qui auraient été touchées. L'évaluation psychologique des survivants, dans les instants précoces suivant le tremblement de terre et sur le long terme, démontrent que certains symptômes psychopathologiques sont courants dans cette population, particulièrement le trouble stress post-traumatique (TSPT) et la dépression chez les adultes, les adolescents et les enfants, ou encore les femmes enceinte et les nouvelles mères. La sévérité de l'événement traumatique, la proximité avec l'épicentre, l'ampleur des pertes humaines et matérielles, le genre féminin et l'âge se sont démarqués comme des facteurs de risque significatifs pour le développement du TSPT et de la dépression dans les données épidémiologiques sur les victimes du séisme. Par ailleurs, les résultats de cette étude soulignent, d'une part, l'urgence de la création de dispositifs de suivi psychologique systématique des femmes enceintes exposées au trauma, dont l'état mentale conditionne pour une large mesure la croissance psychologique future des enfants à naître ; et d'autre part, ils mettent en lumière la nécessité d'adéquation des programmes de santé mentale destinés aux rescapés d'événements traumatiques au pays au contexte culturel local.

Hemdane et al (2015), a fait une étude qualitative intitulée « Exposition aux facteurs de stress et impact psychosocial du tremblement de terre de Tohoku et de ses conséquences sur les français présents au Japon en mars 2011 ». L'objectif de cette étude est de mieux connaître, pour les ressortissants français présents, les expositions au facteurs de stress liés à cet événements, ainsi que l'impact psychosocial et les besoins d'informations et de prise en charge qui en ont résulté. Le séisme survenu le 11 mars 2011 a entraîné un tsunami et un accident nucléaire. Le tremblement de terre est d'une violence extrême (9 sur l'échelle de Richter) au large de l'île de Honshu au Japon entraînant un tsunami sur 600 km de côtes aux conséquences très importantes (près de 16 000 morts, et 3000 disparus). En outre, le tsunami a provoqué le 12 mars 2011 un accident grave sur la centrale nucléaire de Fukushima Daïchi. La communauté française au Japon est importante. Au moment de l'événement, environ 10 000 français étaient enregistrés auprès de l'ambassade de France

Chapitre II Le traumatisme psychique à l'ère de catastrophes naturelles

dans ce pays. Le 18 mars 2011, compte tenu des incertitudes sur la gravité des conséquences du tremblement de terre, du tsunami et de l'accident nucléaire ainsi que des nombreuses situations de stress psychique auxquels les ressortissants français auraient pu être soumis. Les études épidémiologiques post-catastrophes montrent des impacts psychologiques et de santé mentale auprès des populations exposées à court comme à moyen et long terme. Ces impacts sur la santé mentale sont parfois importants et sévères. Ils sont liés au caractère dramatique du vécu de l'événement mais aussi aux multiples conséquences sur l'environnement et la qualité de vie qui en résulte. L'outil utilisé pour la collecte de donnée est l'entretien semi-directif individuel pour une dizaine de personnes sélectionnées parmi celles qui avaient répondu à l'enregistrement proposé par l'InVS. Les résultats confirment le vécu bouleversant de cette catastrophe multiple pouvant contribuer, parfois à distance de l'événement, à la survenue de manifestations anxieuses, thymiques ou des modifications de la personnalité qui peuvent nécessiter un recours aux soins. Les facteurs de stress classiquement identifiés en rapport avec les catastrophes naturelles sont retrouvés.

Agneray et al (2013), ont fait une recherche intitulée «Trauma et inondation : incidence de l'attachement à l'habitat ». Etude qualitative portée sur 10 sinistrés de la Vallée de la Somme (Picardie, France) du printemps 2001. Cette étude cherche à évaluer le lien entre les manifestations du vécu traumatique et l'attachement à l'habitat des personnes inondées. En 2001, la Vallée de la Somme a connu d'importantes inondations. Après avoir reçu une information claire, dix participants ont consenti à répondre dans un premier temps à un entretien semi-directif portant à la fois sur le vécu de l'inondation et sur l'attachement à l'habitat, puis aux auto-questionnaires suivants : Questionnaire de Style d'Attachement (QSA) de Feeney, Noller et Hanrahan (1994), Impact of Event Scale-Revised (IES-R) de Weiss et Marmar (1997) est un questionnaire de données sociodémographiques. Les passations se sont déroulées aux domiciles des participants. Les résultats indiquent que pour une probabilité de trauma non négligeable (n=5), on retrouve un attachement à l'habitat n'apparaît pas exclusivement déterminant pour la survenue d'un trauma, en revanche, il colore nettement les manifestations du vécu traumatique. L'utilisation du QSA n'a pas permis d'évaluer les liens éventuels entre le style d'attachement des individus et celui porté à leur habitat. A défaut, d'être généralisables, ces résultats alimentent les connaissances sur les liens existant entre un individu et son habitat et de l'incidence de ce dernier dans le vécu traumatique lié à une

inondation. Cette étude soulève la perspective de recherches spécifiques portant sur l'articulation entre l'attachement des individus et celui concernant leur habitat.

Labra (2013), dans une étude « Conséquences psychosociales chez les adultes suite au séisme 8,8 de la ville de Talca au Chili ». Les objectifs de la recherche s'agit d'identifier les types de conséquences subies par les personnes interviewés, sur le plan comportemental et social, de même que les impacts des manifestations de l'exposition au séisme. De décrire la signification de l'ampleur du séisme vécu par les interviewés. Et de décrire les mécanismes d'adaptation des participants après le séisme. Le séisme de 8,8 qu'a connu la région de Maule le 27 février 2010 à 03h 34 a pris les gens au dépourvu. La force de destruction du séisme a été comparé si dévastatrice qu'elle a été comparé à un bombardement. Dans ce sens, cette image du séisme destructeur demeure fortement imprégnée des dommages produits aux propriétés ainsi qu'au nombre de personnes qui ont perdu leur vie : plus de 500 morts, 800 000 personnes sans-abris et des pertes estimées à 30 milliards de dollars. A partir de l'entretien, tous les participants à l'étude ont rapporté ressentir une peur persistante dans leur vie après le séisme et ont fait face à d'importantes difficultés diverses. Le séisme a provoqué des émotions qui sont au bord de la panique, dans ce cas, il s'agit surtout de femmes mères de famille. Ainsi, après les sentiments de peur, de panique, survient le désarroi. Le bruit, le mouvement et les dommages produits par le séisme ont tous constitués des éléments de stress importants. Le séisme a constitué une grande menace pour la vie des 14 répondants et pour celle des membres de leur famille.

Giordano, Crocq et al (2012), ont effectués une étude sur « Le non-sens et le chaos dans les dessins des enfants victimes du tremblement de terre aux Abruzzes ». Donc, est une étude pilote sur l'utilisation de « Test de trois dessins : avant, pendant et avenir » comme aide au diagnostic du traumatisme psychique chez des enfants victimes du tremblement de terre aux Abruzzes du 6 avril 2006. Le dessin constitue un langage préférentiel pour l'enfant, qu'il utilise dans la description et la narration de sa propre réalité, à la fois interne et externe. Ainsi, pour pouvoir relever la présence et l'entité du traumatisme chez l'enfant victime d'une catastrophe naturelle, il est nécessaire d'avoir accès à son imaginaire. Le dessin permet à l'enfant de mettre en scène son monde intérieur en dépassant toutes ces censures qui naissent de l'action des mécanismes de défense, qui rendent difficile l'expression verbale des vécus douloureux. En particulier, s'agit d'une étude qualitative, basée sur des études de cas, de 14 enfants. L'outil d'investigation est le « Test de trois dessins : avant, pendant et avenir ». Il est

Chapitre II Le traumatisme psychique à l'ère de catastrophes naturelles

composé de trois épreuves successives, qui comportent chacune un dessin suivi d'un entretien, référées aux trois moments, de l' « avant » le tremblement de terre, du « pendant » le tremblement de terre et du futur, quand le tremblement de terre ne sera plus là. Les résultats d'après les dessins, indiquent que les enfants présentent certains troubles psychopathologiques tels qu'un traumatisme psychique, une anxiété intense, dans certains cas, le besoin de sécurité apparaît comme la base principale sur laquelle l'enfant construit son futur.

Zekkar (2009) dans sa thèse de doctorat a réalisé une étude « Deuil post-traumatique entre maladie et bien-être », une étude projective des adolescents victimes du séisme 2003. Le mercredi 21 mai 2003, un séisme violent a tremblé l'Algérie exactement dans la ville Zemouri à Boumerdes, qui a fait 2266 morts et plus de 10 000 blessés, ainsi que des dommages importants de la ville. Cette étude a pour but de savoir le niveau de bien-être psychologique du trouble de stress post-traumatique ; et l'accès à certaines fonctionnalités de choc et de deuil, à partir des tests de Rorschach et TAT. D'après les données précédentes, l'auteur a classé la population d'étude selon trois niveaux : dont le premier, s'agit du deuil post-traumatique complexe qui indique un échec dans l'harmonisation du choc et du deuil, soit à cause de la force du choc, ou du manque d'environnement adapté. Plusieurs indicateurs ont émergé à ce niveau (palmes excessives, gel de la conscience, distorsion de la perception, exubérance de la projection) indique que plusieurs sujets n'ont pas dépassés le deuil. Et puis dans le deuxième niveau, indique un dépassement de la période de déni et quelques sujets n'arrivent pas à exprimer leur sentiment. Et le troisième niveau est une réalisation du deuil post-traumatique. Puis dans les résultats finals, on trouve une cohérence dans le diagnostic de nombreux cas, dont ils n'ont pas dépassés le deuil.

Et puis, en 2008, une autre étude est effectuée par « Ben Moufek » sur « L'image parentale chez les enfants en phase de latence, victimes de séisme 21 mai 2003 ». Suite au tremblement de terre, les répercussions ont eu un impact sévère sur la vie des individus sous tous ses aspects, depuis la perte d'un ou plusieurs membres de la famille, jusqu'à la survenue des dommages physiques graves, jusqu'aux répercussions psychologiques des individus. Et des enfants qui présentent des troubles du comportement, échec scolaire, l'énurésie, et des perturbations de leurs relations avec leurs parents. C'est pour cela le but principal de cette étude est de savoir la façon dont un enfant peut percevoir ses parents après avoir vécu un événement traumatisant, plus particulièrement le séisme de 21 mai 2003. S'agit d'une étude clinique de dix sujets, à l'aide de l'épreuve projective « Dynamique Personnelle et Image » (DPI) de Perron. Et après la passation de l'épreuve l'auteur a arrivé aux résultats suivants :

Chapitre II Le traumatisme psychique à l'ère de catastrophes naturelles

chez la plupart des cas, en général, l'image du père, a acquis l'image du don et de l'amour, ainsi que la capacité d'aider, de rassurer les enfants. Comme l'image du père, l'image de la mère permettait souvent un sentiment de confiance et de sécurité, malgré les menaces que l'environnement pouvait porter de temps à l'autre. Concernant l'image parentale ensemble, en général, cette image a pu refléter le confort et la protection que les enfants ressentent dans leur environnement pendant que les parents sont présents.

En 2007, une étude faite par « Driouche » qui s'intitule « Traumatisme psychique et qualité du fonctionnement psychologique chez les adolescents victimes des inondations de Bab El-Oued 2001 ». L'objectif de cette recherche est de savoir l'état psychique des adolescents victimes ou témoins des inondations de Bab El-Oued en 2001 après 15 mois. L'étude est effectuée à l'aide des deux tests projectifs : le rorschach et le TAT. A partir du test rorschach les victimes expriment un sentiment de perte ou de deuil à travers certains imaginaires comme le stipulent certains protocoles. Toutes les expressions indiquent l'existence d'une préoccupation claire et précise. Le degré de l'anxiété a dépassé la norme et cette anxiété est accompagnée des émotions vécues. Les filles ont davantage recours à la suppression et au déplacement que les garçons pour résister aux stimuli et se protéger de l'émergence ou de l'invasion de perceptions et d'émotions perturbatrices et harcelantes. A partir des résultats des protocoles expliquent que les victimes ont déjà vécu trois ou quatre événements traumatiques. Concernant l'agressivité est plus élevée chez les garçons que les filles. Et pour les résultats du TAT, les victimes expriment des sentiments de perte avec des émotions de tristesse. Le fonctionnement psychologique de la plupart des membres de la population d'étude est un fonctionnement moyen chez les garçons plus que les filles. En effet, les réactions les plus fréquentes après cet événement on trouve les troubles de la pensée, l'anxiété, et des plaintes somatiques, l'humeur triste, crises de larmes et les symptômes de reviviscences peuvent être présents.

Kadri (2006), dans une recherche qui s'intitule « Syndrome de stress post-traumatique chez les survivants du séisme d'Agadir (Maroc) de 1960 ». Le but de ce travail est l'étude de la prévalence du syndrome de stress post-traumatique chez les survivants du séisme de 1960 d'Agadir. Ce tremblement de terre d'Agadir représente la catastrophe naturelle la plus importante que le pays ait connue durant le 20^e siècle. Agadir a été frappé par ce séisme le 29 février 1960 à 03h 41min, dont la magnitude a été de 6° sur l'échelle de Richter ; il a duré entre 10 à 12 secondes. Cette catastrophe a fait plus de 17 000 morts alors que la population comptait environ 37 000 habitants à l'époque et 60% de la ville ont été détruits. Deux groupes

Chapitre II Le traumatisme psychique à l'ère de catastrophes naturelles

ont été étudiés ; le premier, il est constitué par les survivants du séisme d'Agadir 1960. Et le deuxième, est un groupe témoin, qui comporte des personnes qui n'ont pas vécu le séisme, mais qui ont eu un autre événement traumatique. Le questionnaire utilisé pour faire le diagnostic de SSPT est le PDS (*Post-traumatic Stress Diagnostic Scale*- Edra Foa 1995). Il comprend 49 items regroupés en 4 parties dont la structure et le contenant correspondent aux critères diagnostiques DSM-4 du SSPT. Les résultats essentiels obtenus dans cette étude sont que le SSPT après les événements traumatiques prévaut significativement chez les survivants du séisme par rapport au 2^e groupe : 38,8% contre 20% ; au moment de l'étude, les prévalences du SSPT ne diffèrent pas significativement entre les deux groupes : 10% pour les survivants du séisme contre 7,5% pour le deuxième groupe, alors que les datent des traumatismes sont différents ; la vie socio-professionnelle est perturbée chez les survivants du séisme, même 40 ans après. Quarante ans plus tard, les survivants continuent à avoir besoin de prise en charge pour traiter le SSPT.

En 2001, Maltais et al, ont réalisés une recherche sur « Les conséquences de la tempête de verglas sur la santé des individus, des intervenants et des communautés ». Toutefois, l'objectif de cette recherche est de mettre en lumière les problèmes de santé et les difficultés qu'ont éprouvés les sinistrés tout au long de cet événement traumatisant. Premièrement, sur la santé des individus, puis sur la santé des intervenants et dernièrement sur la santé des communautés. Cette tempête a commencé le samedi 03 janvier 1998. Les entrevues semi-dirigées ont également conclu à une plus forte proportion de symptômes de détresse psychologique chez les sinistrés devant assumer des responsabilités. Ainsi, la présence d'enfants, l'accueil de sinistrés, les dommages à la résidence et l'augmentation de la charge du travail sont associés à plus de détresse psychologique. Une vue d'ensemble des résultats permet de constater que, pendant la crise du verglas, l'interruption du service d'électricité constitue l'élément le plus dérangeant et ayant eu le plus de répercussions psychosociales. De même est le facteur causant le plus de stress. Par ailleurs, les dommages à l'environnement et à la propriété s'étant avérés mineurs dans l'ensemble, le rétablissement des sinistrés correspond davantage à une réorganisation du quotidien s'étant effectuée dans des délais plutôt acceptables, compte tenu de l'ampleur du sinistre et de sa durée, et à une absence de traumatisme profond chez la population en dépit de l'exposition à de nombreuses situations fort stressantes et comportant des risques pour la santé physique ou psychologique. En Montérégie, la grande majorité de la population a été affecté à divers degrés et par différents aspects par la crise du verglas pendant deux à quatre semaines, quand il y avait plus de un

Chapitre II Le traumatisme psychique à l'ère de catastrophes naturelles

million de personnes réparties dans 220 municipalités. L'impact de la crise sur la santé des Montérégiens fut analysé en fonction de trois aspects : la mortalité, la morbidité hospitalière et les consultations médicales. L'enquête qui fut réalisée, permis d'observer une hausse de la mortalité (22%) pour la période du 6 au 31 janvier 1998. Les résultats de l'enquête sur les impacts psychosociaux de la tempête, montrent une fréquence plus élevée de difficultés dans les relations interpersonnelles, les manifestations d'agressivité ou de violence verbale ainsi que les modifications dans la consommation d'alcool ou de médicaments et la mesure de détresse psychologique chez les sinistrés. L'inquiétude pour les biens matériels était fortement présente chez les sinistrés. L'enquête s'est aussi intéressée à la présence de détresse psychologique chez les sinistrés pendant la durée de la panne l'électricité ou durant la semaine qui ont suivi. Les questions de l'échelle de détresse psychologique de santé Québec ont été utilisées à cette fin. La recherche a été réalisée auprès de 109 individus représentant des familles urbaines et rurales. La majorité des répondants dont demeurés privés d'électricité pendant plus de 21 jours et ont séjournés pour la majeure partie de la crise dans les centres d'hébergement ou chez des parents ou des amis. En effet, les résultats obtenus quant à la santé physique ou psychologique des sinistrés, pour la moitié des répondants font état de malaise, de maladies, de blessures ou de divers symptômes de malaise lors de la crise du verglas.

Ainsi, en 2000, Maltais et al ont effectués une autre étude intitulée « L'état de santé psychologique et physique des sinistrés des inondations de juillet 1996 : étude comparative entre sinistrés et non-sinistrés ». Cette étude poursuit deux objectifs, le premier vise à comparer l'état de santé physique et le bien-être psychologique des sinistrés de cette catastrophe et non exposés à ce sinistre. Le second a pour objet de vérifier si des différences significatives entre sinistrés et non-sinistrés. En juillet 1996, le Saguenay a vécu l'une des plus grandes catastrophes naturelles dans l'histoire de Québec. Les autorités civiles estiment que les gouvernements fédéral et provincial ont versé, un an après la catastrophe, plus de 285 million de dollars pour la reconstruction des infrastructures... . Ainsi, plus de 400 résidences principales ont été détruites et 2000 autres ont subi des dommages. Des certaines familles ont donc tout perdu : maisons, terrain, garage, auto et biens personnels. Le questionnaire utilisé dans cette recherche comprenait essentiellement des questions fermées. L'état de santé physique a été évalué par des questions fermées abordant la perception subjective de l'état de santé, son évolution depuis les inondations, l'aggravation et l'apparition de problèmes de santé depuis juillet 1996. Et l'état de santé psychologique a été évalué par quatre échelles de mesure : l'échelle de mesure « *Affect Balance Scale* » qui mesure le sentiment de bien-être.

« *Impact of Event Scale* » qui sert à identifier la présence de manifestations intrusives ou d'évitement consécutives à un événement stressant. Pui la version française du « *Beck Depression Inventory* » pour évaluer le niveau de dépression répondants. Et finalement, la version de 28 questions du « *General Health Questionnaire* ». Les résultats indiquent que les sinistrés, indépendamment de leur sexe, présentent un bien-être psychologique ainsi qu'un état de santé physique post-désastre différents des non-sinistrés. Les victimes des inondations sont, entre autres, beaucoup plus nombreux que les non-sinistrés à considérer que leur état de santé est mauvais ou moyen et à déclarer l'apparition de nouveaux problèmes de santé ou l'exacerbation de problèmes existants. Les sinistrés présentent plus de manifestations de stress post-traumatiques et de plaintes somatiques, ont des niveaux plus élevés de dépression, d'anxiété et de dysfonctionnement social que les non-sinistrés. Après une catastrophe naturelle ou technologique impliquant des dommages aux biens individuels, les sinistrés sont plus affectés que les no-sinistrés au plan de leur état de santé psychologique ou physique.

4- La prise en charge du trauma après une catastrophe naturelle

La prise en charge des victimes et la prévention d'une chronicisation de leurs troubles sont donc d'une grande importance. Schématiquement on peut distinguer trois phases d'intervention dans le respect d'une approche systémique du traumatisé et de sa dimension bio-psycho-sociale (Savary, 2001).

Les soins immédiats (effectués dans les premières 24h), assurées sur le terrain, en pré-hospitalier, par les cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP) dans les suites d'événement de type catastrophe ou à retentissement psychologique collectif sont très spécifiques. Les événements dit à fort impact collectif vont engendrer une charge émotionnelle massive, source de désordre et de crise qu'il va falloir impérativement prendre en compte et réduire pour ne pas renvoyer une image de chaos cristallisant le traumatisme. Pour cela, les soins immédiats s'entendent comme processus, une première aide proposée au sujet, ils comprennent une orientation vers des soins ultérieurs si nécessaire. Ainsi, les soins post-immédiats (dans les premiers mois), parfois appelée « phase de latence ». La prise en charge collectives (en cas de catastrophes) fait que ces soins sont le plus souvent pratiqués par les spécialistes formés des CUMP ; sous forme de débriefing ou de groupe de parole. La prise en charge collective en post-immédiat (48 à 72h après l'événement) s'assurant préalablement que tous les sujets sont volontaires pour cette séance pour réduire l'impact traumatique. Et

finalement, la prise en charge à long terme, cette prise en charge est longue et spécialiste. Un traitement combiné psychothérapique et médicamenteux doit être préconisé. Il semble que les psychothérapies validées maintiennent une efficacité après arrêt alors que le risque de rechute est important après l'arrêt des traitements médicamenteux. Il est donc nécessaire de se fixer des objectifs thérapeutiques pour répondre à la souffrance exprimée du patient (Méadel, 2017).

Nous recommandons la prise en charge immédiate et post-immédiate des victimes car cela permet de prévenir la survenue de séquelles post-traumatiques.

Le diagnostic d'état de stress post-traumatique (PTSD) ne peut être posé qu'après quelques semaines, la survenue de cette affection n'a que rarement lieu plus de six mois après l'événement. Son traitement relève de spécialistes, la meilleure combinaison thérapeutique consistant en une psychothérapie associée à une médiation appropriée, souvent à base d'antidépresseurs (Savary, 2001).

Après avoir terminé avec la présentation de la deuxième section dont nous avons abordé les points essentiels sur ce dernier nous allons aborder dans ce qui suit la troisième section.

Section 3 : Du trauma à la résilience

La résilience évoque la récupération après un traumatisme. Elle fait référence à la capacité de l'individu à se confronter, intégrer et à supporter psychiquement les événements de la vie, et de prendre un nouveau départ après un traumatisme. Partant du constat que certains victimes des catastrophes peuvent être résiliente, nous allons présenter les points essentiels sur ce dernier.

1- Historique de la résilience

A l'origine, le concept de résilience était uniquement associé à la physique et à l'ingénierie. Puis, il a été appliqué au domaine des sciences sociales et les premiers à en avoir traité sont les psychologues américains Werner et Smith dans les années 1950.

La psychologue américaine Emmy Werner est souvent présentée comme la « mère » de la résilience. Elle a suivi 698 enfants d'une île voisine d'Hawaï, de la naissance à l'âge adulte. Pour chacun d'entre eux, elle a identifié les stress survenus à la période

Chapitre II Le traumatisme psychique à l'ère de catastrophes naturelles

prénatale et périnatale, puis elle a suivi leur développement physique, intellectuel et psychosocial. Elle a ainsi pu montrer que sur 201 enfants présentant de forts facteurs de risque et qui pouvaient pour cela être identifiés comme « vulnérables ». Près d'un tiers d'entre eux (exactement 72) avait évolué favorablement (Tisseron, 2017).

La résilience a une mère, elle a aussi un « père », au plutôt deux ! les américains Michael Rutter et Norman Garmezy, souvent cités au même titre qu'Emmy Werner. Michael Rutter a travaillé à identifier, dès les années 1970, les facteurs de protections susceptibles de contrebalancer l'influence des facteurs de risque. Une contribution importante de ce pionnier a été de montrer que la résilience ne se construit pas seulement dans les premières années de la vie, mais qu'elle peut s'apprendre à tout âge (Tisseron, 2017).

La résilience est étudiée dans la perspective du cycle de vie et non seulement au cours de l'enfance ; au-delà de son étude au niveau individuel, la résilience est abordée au niveau des groupes (et, en particulier, de la famille), des communautés et de la société ; les chercheurs s'intéressent aux mécanismes universels et culturellement spécifiques de la résilience (Cyrulnek & Jorland, 2012).

Après la seconde guerre mondiale personne ne parvenait à penser le traumatisme on disait que les polonais savaient payé très cher leur résistance à l'Allemagne mais qui se réparaient tous seuls, ce qui permettait de ne pas les aider. Puis, quand les souffrances psychologiques ont été reconnues, il a fallu se demander comment on pouvait les réparer. Les interprétations se sont alors inspirées des stéréotypes du contexte culturel. Certains ont dit que les blessés souffraient d'une faiblesse constitutionnelle, ils étaient nés avec ce handicap, le moindre choc pouvait les casser (Lani-Byle et Slouik, 2016, p.10).

Emmy Werner (1995) et son équipe ont décrit et étudié la résilience comme résultat d'un équilibre évolutif comprenant plusieurs dimensions d'ordre interne et externe en interaction. Ainsi, entrent en jeu notamment la confrontation aux éléments délétères ou stressants du milieu, la vulnérabilité et les facteurs de protection internes du sujet (tempérament, aptitudes cognitives, estime de soi) mais aussi les protections externes du milieu. Celles-ci peuvent concerner des sources non officielles de soutien, telle qu'un membre de la famille élargie, les soutiens telles qu'un membre de la famille élargie, les soutiens de quartier ou ressources communautaires. Autant de pôles

d'étayage qui participent au processus de résilience et qui ont dans certains cas, pu compenser les défaillances de l'environnement familial immédiat (Anaut, 2015, p.44).

2- Définitions de la résilience

Le mot résilience vient du latin « resilire » construit à partir du verbe « salire », sauter, bondir, jaillir et du préfixe « re » signalant un mouvement vers l'arrière ou traduisant la répétition. « resilire » signifie sauter en arrière, sauter de nouveau, rebondir, rejaillir, être repoussé, se retirer sur soi-même, se raccourir, rentrer, reculer, se replier (dans un combat). Deux nuances se dégagent de ces définitions : le rebond et le recul (Josse, 2019, p.103).

Pourtant, la racine du mot « resilire » est là pour suggérer une autre signification : délier les effets d'un traumatisme sur soi. La résilience ainsi envisagée n'est plus le pouvoir de résister à tout, mais celui d'être capable de se reconstruire après un choc. En pratique, nous verrons que les deux entrées coexistent : la résilience est à la fois la capacité de résister à un traumatisme et celle de se reconstruire après lui (Tisseron, 2017).

Pour Sillamy (2003), la résilience est « *résistance d'une personne ou d'un groupe à des conditions d'existence difficiles ; capacité de vivre et de se développer en dépit de circonstances défavorables, voire désastreuses* » (Sillamy, 2003, p.228).

Cependant, le terme de résilience, est un concept polysémique qui fait référence aux compétences trouvées créées par des individus pour faire face à des événements dangereux, tels que : les événements de vie traumatiques, les accidents, les maladies, les handicaps, les carences affectives graves, les grandes précarités, etc (Anaut, 2015, p.28).

A partir de cela, nous comprenons que la résilience est une résistance, ou plutôt une capacité d'un individu à résister à des événements difficiles et à se reconstruire après un traumatisme.

3- Les approches explicatives de la résilience

Le concept de résilience a trouvé assez rapidement des adeptes dans le champ social, comportemental et cognitif et en psychiatrie. Nous pouvons considérer que ce concept s'est également enrichi, plus récemment, du point de vue théorique, au contact de la psychopathologie et de la psychologie clinique (Anaut, 2005).

3-1- La résilience selon la théorie d'attachement

Le concept d'attachement étudié par Bowlby (1980), qui a souligné son importance dans le développement de l'enfant qu'est complètement dépendant de sa mère, il a besoin de construire une relation d'attachement pour croître et se construire. Le style d'attachement contribue à la résilience ou à la vulnérabilité de l'enfant. Il se fonde tôt et reste stable à condition que l'environnement ne se modifie pas de manière significative (Lighezzolo & De Tychey, 2004, p.70-76).

Pour Peter Fonagy, c'est le travail psychique de mentalisation, c'est-à-dire la capacité de donner du sens à un événement, qui est au cœur de cette interaction. Autrement dit, l'expression de nos gènes est sous la dépendance des interrelations que nous établissons avec les autres (Cyrulnik et pourtois, 2007, p.26).

La théorie de l'attachement ne concerne pas seulement l'enfant, mais plutôt aussi les adultes. Selon Kédia (2020), il y a un lien direct entre les types d'attachement développés dans la petite enfance, et celui de l'adulte dans son fonctionnement, dans les relations sociales, de couples parentales (Main, Goldwyn, et al 1998) met au point l'Adulte Attachment Interview (AAI), un entretien semi-structuré, destiné aux adultes, composé par des questions autour des expériences d'attachement. A travers cet entretien, il est possible d'identifier trois types d'état d'esprit vis-à-vis de l'attachement qui sont en étroite relation avec les styles d'attachement des enfants montrés par la SSP : sécure, détaché et préoccupé. Un quatrième style de discours a été identifié plus tard : un état d'esprit non résolu/désorganisé qui apparaît dans les situations d'exposition aux traumatismes, pertes... (Kédia, 2020).

3-2- Les modèles de l'aptitude adaptative

Parallèlement à la théorie de l'attachement, un autre modèle de résistance aux traumatismes et de capacité de rebond s'est développé autour de l'approche cognitive et comportementale. Les thérapeutes et les théoriciens de ce courant ont commencé à penser le

psychisme comme une « boîte noire » dont le contenu serait impossible à connaître, et à étudier les comportements, avant de s'intéresser aux processus cognitifs et enfin aujourd'hui aux émotions. Ils raisonnent moins en termes de « traumatisme » qui en termes de stress ou de situation stressante dont les effets sont mesurables. Ceux-ci sont étudiés à partir de questionnaires d'événements de vie. Leurs études concluent que tout sujet confronté à un stress important au recours à deux stratégies complémentaires : la première consiste à analyser la situation, ses enjeux et ses dangers ; la seconde à interroger les moyens possibles pour gérer la situation. Cette seconde stratégie, à visée adaptative, est désignée sous le nom de coping (Tisseron, 2017).

3-3- Approche cognitive et comportementale de la résilience

L'approche cognitive comportementale met l'accent d'une part sur l'importance des mécanismes ou processus de nature prioritairement cognitive, d'autre part, sur les stratégies de comportement observable, pour rendre compte de l'état de résilience.

Aujourd'hui, le courant cognitive-comportementaliste s'attache à identifier les moyens par lesquels il est possible à chacun de renforcer sa résilience. Autrement dit, la prise en charge de chacun par lui-même. Certains éléments intervenants dans la résilience sont très difficiles à modifier, comme le caractère, l'environnement social, la pauvreté ou la maladie. En revanche, chacun peut s'entraîner à penser et agir pour augmenter sa résilience. Il a en effet été que plus nous activons certaines régions cérébrales par le biais de comportements que nous nous imposons, et plus certaines connexions neuronales se renforcent. Autrement dit chacun peut augmenter son niveau de résilience en installant et en développant des habitudes mentales et physiques qui favorisent l'adaptation aux traumatismes et aux stress. Les moyens les plus largement reconnus pour renforcer la résilience sont les suivants : apprendre à réguler les émotions telles que la tristesse ou la peur pour faire face aux stress et aux traumatismes, l'entraînement à la réévaluation cognitive, l'amélioration de la condition physique, maintenir un réseau social solide, et chercher autour de soi les personnes qui surmontent rapidement leurs difficultés (Tisseron, 2017).

4- Résilience et catastrophes

Les catastrophes notamment les incendies, ne portaient pas seulement atteinte à l'aspect physique extérieur, mais aussi un impact sur le vécu de la victime, c'est-à-dire les victimes d'incendie passent par un état psychologique, tel que le traumatisme.

L'événement traumatique comme un événement brutal, en dehors de l'expérience habituelle qui provoquerait chez toute personne une détresse intense et confronte le sujet à la mort (Kédia, 2020, p. 218).

La victime d'incendie passe par un événement traumatique à la résilience. Selon Boris (2007), la résilience caractérise la résistance au choc. Et que le sujet en ressort plus fort, plus créatif, et parfois même plus tranquille. On est « plus quelque choc » après le traumatisme qu'avait le traumatisme.

Pour O'Leary (2004), les chercheurs ont constaté au moins immédiatement après la survenue d'une catastrophe, que la résilience va de pair avec l'unité de la communauté, le renforcement des liens, l'auto assistance, l'altruisme et le comportement pro-social. En bref, quand les choses sont au pire, les communautés sinistrées tendent à sortir collectivement de la situation (Vergaz-Florez, 2014).

Quand un incendie transforme un territoire verdoyant en terre brûlée, cette situation dure peu de temps, mais c'est une catastrophe somatique et psychique pour les victimes. Alors que les capacités de résilience peuvent avoir une fonction d'absorption d'adaptation et de transformation. Ces capacités donnent les moyens aux individus, communautés et systèmes de se préparer à faire face aux risques et à gérer au fil du temps.

La résilience collective/sociale dépende des facteurs de risques et des facteurs de protection qui permettent au groupe aux communautés de répondre, plus ou moins bien, au stress et aux adversités (Claire, 2015).

Concernant la résilience et risque collectifs, la résilience donne au travail de mémoire une grande importance. Si beaucoup de catastrophes sont inévitables, les répercussions de nombre d'entre elles seraient moindres si les populations concernées avaient pu s'y préparer. Le problème est que les traumatismes individuels associés à de tels événements sont si graves, et souvent si peu accompagnés dans les suites du drame, que les victimes n'ont pas d'autre solution que de tenter d'oublier ce qui leur est arrivé pour continuer à faire face à leurs difficultés quotidiennes (Tisseron, 2017).

Synthèse

Dans ce chapitre, nous avons vu que le traumatisme psychique est une expérience difficile, que toute personne peut la subir, à cause d'un événement soudain, violent et stressant. En effet, un événement traumatisant, tel qu'une catastrophe naturelle et bien précisément les incendies, par sa brutalité, et sa violence, menace l'intégrité physique et psychique du sujet, en lui laissant en général, des effets durables et pathologiques, tels que les symptômes de reviviscence, troubles du sommeil, anxiété...

Dès lors, les événements de vie inattendus et désorganisateur tels que les incendies peuvent être source de blessures psychiques immédiates ou différées.

Avec ce chapitre, nous avons conclu notre partie théorique, et nous passons à la problématique et hypothèses de notre recherche, puis, on abordera la partie pratique qui est aussi divisée en deux chapitres, un chapitre méthodologique, et un chapitre de présentations, d'analyse et de discussion des hypothèses.

Problématique et hypothèse

La nature est la source de la vie, elle est la deuxième mère de tout humain qui est passé sur la face de cette terre, respirant et vivant dans ses richesses. Et comme l'homme est celui qui s'occupe le plus de l'environnement, il peut l'enrichir mais aussi la détruire. En fait, le principal facteur de destruction de la nature sont les catastrophes, et quand on dit catastrophe, on dit les dégâts, les risques, les pertes, etc.

Ainsi, la catastrophe correspond à une perturbation grave du fonctionnement d'une communauté ou d'une société à n'importe quel niveau par suite d'événement dangereux dont les répercussions dépendent des conditions d'exposition de la vulnérabilité et des capacités de la communauté ou de la société concernée, et qui peuvent provoquer des pertes humaines ou matérielles ou avoir des conséquences sur les plans économiques ou environnemental (Devès, 2019).

Dans ce sens, la catastrophe, a deux types : catastrophe naturelle et catastrophe humaine. Alors que depuis quelques années, des catastrophes naturelles de toutes sortes, de plus en plus fréquentes et graves, font des milliers de victimes et réduisent à néant ce qui a été construit pendant des années. Aucun continent n'y échappe et aucun pays n'est à l'abri de telles catastrophes. Les avalanches, les mouvements de terrain, les feux de forêts, les inondations dévastatrices, les cyclones puissants, les tempêtes violentes, les séismes destructeurs, les éruptions volcaniques... Il y a là un panel de catastrophes dites naturelles rapportées régulièrement par les médias du monde entier ces dernières années, de n'importe quel point de notre planète (Assam, 2009).

Depuis l'année 2000, chaque année plus de 400 catastrophes naturelles sont enregistrées à travers le monde et dans de nombreuses régions du monde. Les catastrophes se produisent de manière récurrente : sécheresse, cyclone, incendie, inondation... En 2011, 302 désastres naturels ont touchés la planète (Vergas-Florez, 2014, p.10).

L'Algérie est parmi les pays touchés par les catastrophes naturelles tels que les tremblement de terre, les inondations, la sécheresse, ect. Et parmi ces catastrophes on cite les incendies. On peut définir ces derniers comme un grand feu non maîtrisé qui, en se propageant rapidement et de façon incontrôlée cause des dégâts très important.

L'Algérie possède 4,1 millions d'hectares de forêts de maquis et de broussailles qui ne représentent qu'un taux de boisement de 16,4% en ne considérant que le nord du pays, et seulement 1,7% si l'on prend en ligne du compte tout le

territoire national. Dans les deux cas, cette couverture forestière est nettement insuffisante en comparaison au taux de 25% mondialement admis. Chaque année cette superficie, déjà insuffisante, perd une moyenne de 30 000 ha ce qui est nettement important pour un pays comme l'Algérie qui se situe dans une zone à climat désertique pour une large de son territoire (Aiteche, 2016).

De ce fait, notre recherche s'intéresse à l'expérience vécu en Algérie plus exactement par la région de la Kabylie en août 2021. Un grand incendie a touché les montagnes de la Kabylie. L'incendie a causé la mort d'au moins 90 personnes parmi lesquelles 33 militaires, selon divers bilans des autorités locales et le ministres de la défense, cette dernière catastrophe a enregistré plusieurs dégâts matériels et humains, et aussi, elle a porté atteinte à l'intégrité psychique des victimes (<http://www.lepoint.fr>).

Les chiffres donnés concernant le nombre de victimes sont discordants, ceci est notamment dû au fait que dans le cas des incendies, nous sommes devant un type de catastrophes dites « ouvertes » car en réalité le nombre de blessés, de tués et de victimes en général est indéfinissable en l'absence de référence.

Les catastrophes naturelles génèrent souvent chez les personnes victimes des pathologies traumatiques sévères et invalidantes. Le psycho-traumatisme immédiat rassemble la poly-symptomatologie aiguë directement liée aux situations d'urgence. La personne présente une sémiologie proche des états psychotiques. Le tableau clinique est envahi de sidération psychique ou de fuite panique, d'épisodes hallucinatoires ou confusionnels ou de vécus organiques (Lebigot & Bessoles, 2005).

L'objectif de notre travail était d'étudier le traumatisme psychique potentiellement présent chez ces victimes. Comme le souligne Josse (2014) si après un événement potentiellement traumatisant, certaines personnes n'éprouvent pas de déplaisantes réactions de stress ou ne manifestent qu'un éphémère désordre traumatique, d'autres souffrent quant à elles de troubles chroniques sous forme de symptômes sporadiques, récurrents ou fixés en névrose traumatique.

La CIM-11 (2022) aborde dans la catégorie « causes externes de morbidité ou de mortalité » un point qui s'intitule « exposition à des forces extrêmes de la nature » qui comprend les incendies.

Elle aborde également dans la catégorie « facteurs influant sur l'état de santé » le point « problèmes liés à des événements dommageables ou traumatiques » le problème de l'exposition à une catastrophe. En plus du TSPT abordé dans la classification. Quant au DSM-5 (2015), il aborde dans le chapitre 7 « troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress » des troubles consécutifs à l'exposition à des événements traumatiques. Il été à ce propos « les catastrophes naturelles ou causées par l'homme » (DSM-5, 2015, p.354).

Dans ce sens et parmi les études qui sont intéressés aux effets psychologiques des victimes des catastrophes naturelles, on cite celles de : Bouchard et al (2019), dans l'étude intitulée « *psycho-traumatologie : conséquences psychologiques de l'explosion de l'usine AZF de Toulouse sur le personnel d'une entreprise voisine* ». L'objectif de cette étude est l'analyse de l'impact traumatique, qu'a eu cette terrible catastrophe sur ces victimes, les résultats indiquent une peur intense et une anxiété chez les victimes.

Une autre étude de Laurin et al (2018), ils ont fait la recherche sur les « *conséquences psychologiques et état de stress post-traumatique chez les victimes de la tempête Xynthia* ». Cette étude a pour objectif de mesurer la prévalence de l'état de stress post-traumatique et de détresse émotionnelle chez les victimes de cet événement, les résultats de cette recherche indiquent, un lourd travail de deuil, l'existence des symptômes dépressifs et désadaptation sociale, ainsi que des symptômes d'évitement et d'hyper éveil, et certains sujets remplissent les critères d'un état de stress post-traumatique complet.

Ajouter à ces études, plusieurs chercheurs ont fait des études sur l'état psychologique des victimes des catastrophes naturelles en Algérie, parmi eux, Zekkar (2009) a réalisé une étude qui a pour but de savoir le niveau de bien-être psychologique du trouble de stress post-traumatique chez les adolescents victimes du séisme 2003 ; et l'accès à certaines fonctionnalités de choc et de deuil, les résultats finals indiquent que les sujets n'ont pas dépassés le deuil.

Ainsi, Benmoufek 2008, met en lumière la façon dont un enfant peut percevoir ses parents après avoir vécu un événement traumatisant, plus particulièrement le séisme de mai 2003 à Boumerdes dont les résultats montrent que l'image du père a acquis l'image du don de l'amour ainsi que la capacité d'aider et pour l'image de la mère montre souvent un sentiment de confiance et de sécurité. Et Driouche 2007, a

étudié l'état psychique des victimes ou témoins des inondations de Bab El-Oued en 2001 après 15 mois, les résultats indiquent que les victimes expriment un sentiment de perte et du deuil, et une anxiété qui a dépassée la norme, trouble de la pensée et des plaintes somatiques.

Dès lors, à partir de ces catastrophes on peut observer l'impact physique et psychique sur la personne qui la subi. Parmi les impacts psychiques, on a retenu le traumatisme psychique.

Dans ce cadre, le traumatisme psychique est un choc psychologique important. Louis Crocq, confirme que le trauma est « un phénomène d'effraction du psychisme, et le 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 et psychique) d'un individu qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur » (Josse, 2019, p.39).

L'individu passe alors par une expérience traumatique, cette expérience est fondamentalement une réaction collective ou individuelle à des traumas, des événements particulièrement catastrophiques qui causent du désarroi chez les personnes qui les ont vécus. Le traumatisme représente l'effet sur un être humain de ces événements traumatiques qui peuvent causer un choc ou des pathologies plus graves.

Cependant, le TSPT se manifeste par la présence d'un ou plusieurs symptômes envahissants associés à un ou plusieurs événements traumatiques, évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, les altérations négatives des cognitions et de l'humeur, ainsi que l'altération marquée de l'éveil et de la réactivité, la perturbation qui entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (DSM-5, 2015).

Dans le contexte algérien, le trouble de stress post-traumatique dont il est question ici serait fréquent, selon les données issues de l'étude de Bensaida, 13,6% se sujets souffrent de PTSD (Bensaida, 2012). Ce résultat pourrait s'expliquer en partie par les événements « potentiellement » traumatisant auxquels la population algérienne a été auparavant exposée (attentats terroristes, inondation du 2001, séisme de 2003...) (Sider, 2017).

A la lumière de toutes les données précédentes que nous avons exploré dans la revue de la littérature et lors de notre pré-enquête, et pour réaliser notre recherche, nous avons opté pour le modèle a-théorique du traumatisme psychique, parce que c'est une approche descriptive qui sert à définir le trouble à partir de ces caractéristiques cliniques, vue que notre étude est qualitative descriptive. Cette approche décrit les états de stress post-traumatique comme l'existence d'un événement qui implique une menace de mort ou d'intégrité physique et qui provoque des sentiments intenses de peur, d'horreur, et de désespoir.

Ensuite, pour vérifier notre hypothèses, et évaluer le traumatisme psychique chez les victimes des incendies de août 2021, nous avons choisis d'utiliser un guide d'entretien semi-directif, ajoutant à cela l'échelle PCL-5.

A partir de ce qui a été énoncé ci-dessus, notre question et notre hypothèse sont formulées de la manière suivante :

Question

Existent-t-il un trouble de stress post-traumatique chez les victimes des incendies de Kabylie d'août 2021 ?

Hypothèse

Oui, il existerait un trouble de stress post-traumatique chez les victimes des incendies de Kabylie d'août 2021.

Opérationnalisation des concepts

1- Incendie

Est un grand feu qui se propage dans les forêts. Est un phénomène naturel et parfois humain, qui cause des dégâts matériels, environnementaux, et humains. Notre recherche porte sur les feux de forêt de 2021 en Algérie, c'est-à-dire une série d'incendies qui se déroulent en août 2021 dans le nord de l'Algérie, principalement dans la région de Kabylie.

2- Victimes

Ce sont des personnes qui ont subi un préjudice ou un dommage ou qui ont vécu un événement potentiellement traumatique, touchant leur intégrité physique et psychique.

3- Trouble de stress post-traumatique

Est une réponse ou une réaction psychologique et physique, à la suite d'une exposition à un ou des événements violents. Il se manifeste par les symptômes de reviviscence (des rêves répétitifs ainsi que des cauchemars), le comportement d'évitement (éviter tout ce qui est en lien avec l'événement ou qui le rappelle), les réactions physiques (accélération cardiaque, difficultés à respirer, sudation...), la peur, la culpabilité, honte, ainsi que des difficultés de concentration. Pour mesurer le TSPT des victimes nous avons retenu l'échelle PCL-5 qui se compose de 20 items. Et pour la description qualitative nous avons opté pour un guide d'entretien semi-directif composé de 20 questions.

Partie pratique

Chapitre III: La méthodologie de la recherche

Préambule

Nous sommes dans le savoir que le traumatisme psychique est une thématique importante, qui nécessite un travail de recherche sur celle-ci. Ainsi, tout travail de recherche nécessite une méthodologie à suivre, dans le but de mener une recherche de la manière la plus efficace et la plus adéquate au type de recherche et aux objectifs du chercheur. Ainsi, ce dernier s'agit d'un rappel et une explication de toute la démarche adopter dans le travail du chercheur, en exposant les méthodes et les outils utilisées au cours de son étude. En effet, à travers ce chapitre intitulé « *la méthodologie de la recherche* » nous allons présenter la démarche de notre recherche.

Nous allons en premier lieu, traiter les limites de notre recherche, puis présenter la méthode que nous avons adopté dans notre travail, présenter le lieu de la recherche ainsi que le groupe de recherche, ensuite, les outils de recherche que nous avons utilisées pour collecter les données et leurs analyses. Enfin, nous allons vers le déroulement de la pré-enquête et de l'enquête, pour terminer par l'attitude de chercheur et les difficultés rencontrés lors de la réalisation de la recherche. Nous clôturerons ce chapitre par une synthèse.

1- Les limites de la recherche

- Limite spatiale : la recherche s'est déroulée au domicile des sujets dans la wilaya de Bejaia.
- Limite temporelle : du 17 mars 2022 au 02 mai 2022.
- Limite du groupe : l'étude est réalisée auprès de 8 cas adultes ayant été victimes des incendies de août 2021, à savoir (05) femmes et (03) hommes.
- Outils de recherche : nous avons optés comme pour un entretien semi-directif ainsi qu'une échelle qui mesure le traumatisme : le PCL-5.
- L'approche que nous avons adopté est l'approche a théorique.

2- La méthode de la recherche

La recherche en psychologie, comme dans tous les autres domaines d'investigation scientifique, qui vise à l'explication et à la compréhension des phénomènes étudiés. Ainsi, dans toute recherche, le chercheur doit opter pour une méthode qui varie selon l'étude, les sujets traités, la problématique et les objectifs de son étude.

La méthode de recherche peut donc se définir comme « *l'ensemble des procédures, des démarches précises adopter pour en arriver à un résultat. En science, la méthode est primordiale, et les procédures utilisés lors d'une recherche en déterminent les résultats* » (Angers, 2005, p.9).

A cet égard, nous avons adopté la méthode qualitative qui est souvent utilisée dans les recherches en psychologie clinique. Dans ce cadre, le terme recherche qualitative désigne ordinairement la recherche qui produit et analyse des données descriptives, telles que les paroles écrites ou dites, et le comportement observable des personnes. Elle renvoie à une méthode de recherche intéressée d'abord par le sens et par l'observation d'un phénomène social en milieu naturel. La recherche qualitative ne se caractérise pas par les données, puisqu'elles peuvent être quantifiées, mais bien par sa méthode d'analyse qui n'est pas mathématique. La recherche qualitative est plutôt intensive en ce qu'elle s'intéresse surtout à des cas et à des échantillons plus restreints mais étudiés en profondeur (Deslauriers, 1991, p.6).

En effet, les méthodes qualitatives visent d'abord à comprendre le phénomène à l'étude. Il s'agit d'établir le sens de propos recueillis ou de comportements observés. On se base davantage sur l'étude de cas ou de petits nombres d'individus (Angers, 2005, p. 60).

Ainsi, La place des méthodes qualitatives dans les sciences humaines et sociales est donc particulière et ne recouvre pas celle des méthodes quantitatives. Elles mettent l'accent sur les effets de la situation, les interactions sous contraintes, la place de l'imaginaire ou le jeu des acteurs avec les normes sociales. Néanmoins, les méthodes qualitatives possèdent un spectre d'utilisation à la fois spécifique et relativement large : elles sont mobilisées comme méthodes exploratoires d'un phénomène social. Elles permettent essentiellement de faire apparaître des dimensions qui ne sont pas directement visibles par le biais des approches quantitatives (Alami et al, 2013, pp.8-9).

En ce sens, nous entendons par « enquête qualitative du terrain » la recherche qui implique un contact personnel avec les sujets de la recherche, principalement par le biais d'entretiens et par l'observation des pratiques dans les milieux mêmes où évoluent les acteurs. L'enquête est dite « qualitative » principalement dans deux sens : d'abord, dans le sens que les instruments et méthodes utilisés sont conçus, d'une part, pour recueillir des données qualitatives (témoignages, notes de terrain, images vidéo, etc),

d'autres part, pour analyser ces données de manière qualitatives (c'est-à-dire en extraire le sens plutôt que les transformer en pourcentages ou en statistiques); l'enquête est aussi dite qualitative dans un deuxième sens, qui signifie que l'ensemble du processus est mené d'une manière « naturelle », sans appareils sophistiqués ou mises en situations artificielles, selon une logique proche des personnes, de leurs actions et leurs témoignages (Paillé & Mucchielli, 2016, p.06).

Dans ce contexte, la méthode qualitative occupe une place importante dans les sciences humaines et sociales. Elle s'agit de la méthode la plus adéquate dans les recherches en psychologie clinique car s'agit d'une recherche qui analyse des données descriptive et qui se base sur les études de cas.

De ce fait, la démarche qualitative semble particulièrement la mieux adaptée pour notre travail de recherche, qui nous permet d'atteindre notre principal objectif qui est la description du vécu et de l'impact traumatique des incendies de 2021 en Kabylie.

Par la suite, la méthode est définie comme une « *manière d'agir pour parvenir à un but. Parmi les démarches naturelles de l'esprit, on distingue la conduite déductive (passage du général au particulier), l'induction (généralisation à partir d'un cas particulier), l'analyse et la synthèse.* » (Sillamy, 2003, pp.169).

Aussi, la méthode clinique est avant tout une pratique. Elle guide une activité pratique visant à la reconnaissance et à la nomination de certains états, aptitudes, comportements dans le but de proposer une thérapeutique, une mesure d'ordre social ou éducatif ou une forme de conseil. Ainsi, la méthode clinique pourrait comporter deux niveaux complémentaires : le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelles, entretien...) de recueil *in vivo* des informations (en les isolant le moins possible de la situation « naturelle » dans laquelle elles sont recueillies et en respectant le contexte) alors que le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive des cas (Pedinelli, 2012, p.33).

On comprend alors que, la méthode clinique est une démarche qui vise à la description, l'interprétation, et la compréhension des particularités et des spécificités des individus, ainsi que, de donner sens aux phénomènes psychologiques étudiés.

Pour cela, nous avons eu recours à la méthode clinique, car elle permet de nous donner une description bien précise sur un phénomène psychologique. Plus précisément,

elle nous permet de savoir l'impact des incendies de Kabylie sur les personnes ayant vécu.

En ce sens, dans la méthode clinique qualitative se trouve l'étude de cas que nous avons opté pour compléter notre travail de recherche. En effet, l'étude de cas « vise à dégager la logique d'une histoire de vie singulière aux prises avec des situations complexes nécessitant des lectures à différents niveaux, et mettant en œuvre des outils conceptuels adaptés. De ce fait, elle n'est plus essentiellement référée à l'anamnèse et au diagnostic, et se dégage des contraintes d'une psychologie médicale, tout en restant clinique et psychopathologique ». Ainsi, « l'étude de cas vise non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ces problèmes ». Les deux orientations sont proches, l'une vise à intégrer les données en les référant à l'individu et en évitant de le morceler, l'autre tente de restituer la singularité intérieure en refusant l'objectivation (Pedinielli, 2012, p.65).

Donc l'étude de cas, est sans doute une étude qualitative et descriptive des cas individuels, s'agit d'une observation d'un sujet ou d'un groupe de sujets. A cet effet, l'étude de cas convient à notre objectif de recherche, de plus elle a pour but d'enrichir le savoir et les connaissances sur les phénomènes étudiés, comme par exemple, le cas de l'impact traumatique chez les victimes ayant vécu les incendies de août 2021.

L'étude de cas est une forme de recueil et d'intégration des données supposant que dans l'approche d'un problème l'on se fixe comme objectif de comprendre une personne et non pas seulement le problème ou le symptôme. Mais elle est aussi une construction du clinicien qui répond à certains principes. Elle se fonde sur plusieurs ordres de données : entretiens, observation, informations anamnestiques... Ces données sont articulées dans un projet permettant de rendre compte de l'ensemble des phénomènes, de les nommer et de produire des hypothèses sur la genèse, la fonction et les conséquences du problème posé, sur la place qu'il occupe dans l'histoire du sujet et sur le sens qu'il lui donne (Pedinielli, 2012, pp.65-66).

En résumé, dans notre travail de recherche nous sommes appuyé sur la méthode clinique et l'étude de cas dans le cadre d'une démarche qualitative, qui nous permettra

de vérifier notre hypothèse et d'atteindre notre objectif de recherche et convient de plus à notre travail, en cherchant l'impact traumatique chez les victimes d'incendie.

Nous allons dans ce qui suit, présenter notre lieu de recherche.

3- Lieu de recherche

Notre enquête de terrain est effectuée auprès des personnes ayant vécu l'incendie de l'été de 2021 en Kabylie, plus précisément dans la wilaya de Bejaia. En raison de la non disponibilité de ces sujets dans les hôpitaux et les centres médicaux, nous nous sommes déplacés aux domiciles et au lieu de travail de ces sujets pour effectuer notre travail de recherche. Sans cela, la recherche n'aurait pas été possible.

La wilaya de Bejaia est une wilaya d'Algérie en Afrique du Nord, qui s'étend d'une superficie de 3261 km² avec 902 087 habitants. Bejaia, Akbou et Amizour sont les plus grandes villes de la wilaya de Bejaia parmi les 52 villes qui la compose. La wilaya de Bejaia est divisée en 19 daïras : la daïra d'Adekar, d'Akbou, d'Amizour, d'Aokas, de Barbacha, de Bejaia, de Beni Maouche, de Chemini, de Derguina, d'El Kseur, d'Ighil Ali, de Kherrata, d'Ouzellaguen, de Seddouk, de Sidi Aich, de Souk El Ténine, de Tazmalt, de Tichy et de Timzrit (fr.db-city.com/Algérie—Béjaia).

En effet, notre recherche s'est effectuée au niveau de deux daïras, à savoir la daïra de Barbacha et d'Elkseur.

4- Le groupe de recherche

Notre travail de recherche est centré sur des sujets ayant vécu ou ayant été victimes des incendies de août de 2021 en Kabylie plus spécifiquement dans la wilaya de Bejaia. Ainsi, notre groupe de recherche est composé de 08 cas qui ont vécu l'événement. Afin de préserver l'anonymat des sujets ayant participés à la recherche nous avons remplacés leurs noms par d'autres noms. Compte tenu des règles d'ordre éthique et déontologique, nous avons tout d'abord obtenus l'accord et le consentement formulé oralement auprès de tous les sujets ayant participés à notre étude.

En effet, avant de choisir nos sujets de recherche nous sommes appuyés sur les critères cités dans ce qui suit :

4-1- Critères d'inclusion

Les critères sur lesquels nous nous sommes appuyés pour la sélection des sujets de notre groupe de recherche sont :

1. Tout sujet adulte hommes et femmes, âgés entre 18 et 65 ans (personne adulte selon l'OMS).
2. Tout sujet ayant été exposé à l'événement traumatique, à savoir les incendies d'août 2021 en Kabylie (wilaya de Bejaia) et plus précisément le point 1 du critère A notant une exposition directe à l'événement traumatique c'est-à-dire la personne est personnellement exposé en tant que victime.
3. Les sujets habitants dans les régions directement touchées par l'événement cité ci-dessus (wilaya de Bejaia).
4. Consentement libre et éclairé du sujet à participer à la recherche.

4-2- Critères d'exclusion

- 1- Des adolescents ou des enfants.
- 2- Des personnes n'ayant pas été exposé directement à l'événement traumatique.
- 3- Des personnes habitants loin des régions concernées par les incendies.
- 4- Des personnes n'ayant pas donné de consentement.

Ainsi, on peut ajouter plusieurs critères que nous n'avons pas pris en considération comme le sexe, l'âge, le niveau d'instruction, la langue du sujet, la situation matrimoniale et professionnelle, les antécédents médicaux.

De plus, dans ce qui suit, nous allons illustrer dans un tableau les caractéristiques à savoir le prénom que nous avons changé pour préserver l'anonymat des sujets dans le respect des règles éthiques et déontologiques en psychologie, l'âge, la situation matrimoniale, le niveau d'instruction, la situation professionnelle.

Tableau n°01 : les caractéristiques des sujets de recherche

Prénom	âge	Situation matrimoniale	Niveau d'instruction	Situation professionnelle	Dommages existants
Redouane	49 ans	Marié	Terminal	Superviseur d'éducation	Pertes matérielles
Fahima	41 ans	Mariée	Analphabète	Femme au foyer	Pertes matérielles
Zahia	23 ans	Célibataire	Universitaire	Etudiante	Des blessés et des pertes matérielles
Samira	43 ans	Mariée	Analphabète	Femme au foyer	Pertes matérielles
Yamina	55 ans	Mariée	Analphabète	Femme au foyer	Pertes matérielles
Naziha	43 ans	Mariée	Analphabète	Femme au foyer	Des blessés et des pertes matérielles
Salim	40 ans	Marié	9 ^{ème} année	Peintre	Pertes matérielles
Nacer	50 ans	Marié	1 ^{ère} année secondaire	Maintenance informatique	Pertes matérielles

(Source : nous-mêmes).

A partir du tableau ci-dessus, on représente les différentes caractéristiques des sujets participés à notre recherche. On constate que notre groupe de recherche se compose de cinq femmes dont quatre sont mariées et une célibataire et trois hommes mariés, leur âge varié entre 23 ans à 55 ans. Ainsi, quatre sujets sont analphabètes et qui sont aussi des femmes au foyer et une autre étudiante. Quant aux trois hommes, M. Redouane a un niveau terminal et est un superviseur d'éducation, M ; Salim a un niveau 9^{ème} année et actuellement peintre, et enfin, M. Nacer qui a un niveau 1^{ère} année secondaire et il exerce un métier de maintenance informatique. Compte tenu des antécédents médicaux, la plupart des sujets n'ont aucune maladie sauf trois femmes.

Notons enfin que même si notre groupe de recherche est composé de 08 cas, cela reste acceptable car, comme le note Frisch (1999) une étude ayant un 8 à 10 personnes comme petit échantillon, elle est considérée comme étant une étude qualitative fiable et convenable en plus du phénomène de saturation qu'on observe également dans ce type d'étude de cas.

5- Outils de recherche

A travers ce point, nous aborderons les outils que nous avons mis en avance pour compléter notre recherche. Nous avons d'abord commencé par l'entretien de recherche, notamment l'entretien de recherche semi-directif, que nous a permis de collecter des données concernant le vécu des sujets lors de l'événement et après ce dernier. Et ensuite, nous avons utilisé l'échelle PCL-5 qui permet de mesurer le traumatisme psychique.

5-1- L'entretien de recherche

En premier lieu, le petit Rober définit le terme entretien comme : « *action d'échanger des paroles avec une ou plusieurs personnes* » (Chiland, 2013, p.1).

L'entretien dans les sciences humaines et sociales a déjà une longue histoire. Son origine est multiple : enquêtes sociales du 19^e siècle, travail de terrain des ethnologues, entretiens cliniques de la psychologie. Et il s'inscrit aujourd'hui dans une vaste nébuleuse de pratiques plus ou moins proches des critères scientifiques : études de motivation, interview journalistiques... (Kaufmann, 2004, p.14).

Avant tout, « l'entretien est une rencontre ». On pourrait penser qu'il s'agit d'un échange naturel auquel on est habitué, puisqu'il est courant dans la vie de tous les jours de rencontrer de nouvelles personnes et de parler avec elles. Néanmoins, l'entretien en tant que technique d'enquête en sciences sociales nécessite de la préparation, des connaissances préalables, et divers outils pour maximiser les chances de recueillir des informations riches et fiables (Sauvayre, 2013, p.8).

Par la suite, l'entretien, comme technique d'enquête, est né de la nécessité d'établir un rapport suffisamment égalitaire entre l'enquêteur et l'enquêté pour que ce dernier ne se sente pas, comme dans un interrogatoire, contraint de donner des informations. Ainsi, l'entretien est, à l'origine, un type de rapport social et verbal appartenant au

langage diplomatique, à la fois antérieur et externe à la constitution des sciences sociales et leurs outils méthodologiques (Blanchet & Gotman, 2010).

L'entretien clinique fait partie de la méthode clinique et des techniques d'enquête en science sociales, il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives du sujet. Dans le sens, évidemment, où l'on postule un lien entre le discours et le substrat psychique (Bénony & Chahraoui, 1999, pp.11-12).

Dans l'entretien clinique « *le psychologue est centré sur la dynamique de la vie psychique du sujet qu'il cherche à saisir à travers des données objectives ainsi qu'en utilisant sa propre subjectivité comme instrument de compréhension en s'appuyant sur les phénomènes de résonance, d'empathie et d'intuition. Il met aussi en œuvre des interventionstechniques spécifiques pour comprendre et agir sur la vie psychique du sujet* » (Bouvet, 2018, p.14).

Dans notre recherche, nous avons opté la réalisation de l'entretien clinique pour but de recueillir les différents renseignements en lien avec notre thématique de recherche soit une multitude d'informations en rapport avec les sujets ayant vécu l'événement d'incendie de 2021. L'entretien nous permettra donc dans notre recherche d'explorer le vécu subjectif de l'exposition à l'événement en question (incendies) et aussi d'explorer les émotions ressenties, les réactions comportementales et physiques du sujet face à cette exposition nous cherchons ici à appréhender le vécu au cours et après l'exposition à l'événement traumatique.

Ainsi, l'entretien clinique vise à comprendre le fonctionnement psychologique, on basant sur l'histoire ou le vécu psychologique dans l'objectif d'avoir des informations suffisantes pour discuter notre hypothèse.

En effet, l'entretien clinique, peut faire partie des outils destinés à recueillir les données au cours de la procédure. Il peut éventuellement être utilisé seul ou bien associé à un certain nombre de tests psychologiques, d'échelles cliniques ou à l'observation directe avec les méthodes vidéo(Bénony & Chahraoui, 1999, p.61).

Aussi, l'entretien clinique est comme la technique de choix pour accéder à des informations subjectives (histoire de vie, représentations, sentiments, émotions, expérience) qui témoignent la singularité et la complexité d'un sujet. L'entretien est donc la technique permettant l'objectivation de la subjectivité, les conditions de production et

d'analyse des discours interrogent la validité des connaissances produites (Fernandez & Pedinielli, 2006, pp.48-49).

En somme, l'entretien de recherche est un outil qui permet d'obtenir plus d'information sur le ressenti et le vécu des victimes d'un événement, bien précisément « l'incendie d'août 2021 ». Pour cela, nous avons eu recours à l'entretien de recherche pour atteindre notre objectif visant à décrire et à appréhender un ressenti, un vécu, en souhaitant d'étudier les sentiments et les affects du sujet concerné. Nous estimons que l'entretien de recherche est l'outil le plus adapté à notre objectif. Ce dernier permet une approche nécessaire pour obtenir la confiance du sujet de recherche afin qu'il exprime du mieux que possible son ressenti vis-à-vis de la situation vécue et ce ressenti authentique et vrai permet de s'assurer de la fiabilité de notre étude.

Toutefois, il existe une diversité d'approches de l'entretien selon les modèles théoriques. Nous retenons l'approche a-théorique du DSM et de la CIM car elle fournit une description claire du trouble en question, et ce grâce à ses critères diagnostiques. Rajouter à cela, ces deux classifications ont eu un retentissement mondial considérable. Il n'est donc pas possible de les contourner ici dans notre travail.

En ce sens, il existe trois types d'entretien de recherche en psychologie clinique, à savoir l'entretien non-directif, l'entretien directif et l'entretien semi-directif. L'entretien non directif se caractérise par l'expression libre du sujet, à partir d'un thème ou d'une question proposée par le clinicien. Puis, l'entretien directif, correspond au questionnaire dans lequel les questions sont ordonnées et hiérarchisées ; celui-ci répond seulement aux questions qui sont posées. Et enfin, l'entretien semi-directif, des questions qui correspondent à des thèmes proposés par le clinicien dans un guide d'entretien (Bénony & Chahraoui, pp.14-16).

En ce qui concerne notre recherche, nous avons utilisé l'entretien semi-directif en estimant qu'il est le type qui convient à notre recherche et à notre objectif, en recueillant des renseignements sur le ressenti des victimes des incendies, à travers des questions précises et semi-directives et laissant le sujet s'exprimer librement.

Ainsi, selon Berthier (2010), « l'entretien semi-directif combine attitude non-directive pour favoriser l'exploration de la pensée dans un climat de confiance et projet directif pour obtenir des informations sur des points définis à l'avance ». D'après, Quivy et Van Campenhoudt (2006), l'entretien semi-directif a plus de souplesse

que l'entretien directif puisque, disposant d'un guide d'entretien tout aussi structuré, l'enquêteur posera les questions dans l'ordre le plus adapté au discours de l'enquêté. Et puis, pour Desanti et Cardon (2010), l'enquêteur peut également opter pour un guide d'entretien thématique comptant une liste de thèmes à aborder sans questions pré-rédigées (Sauvayre, 2013, p.9).

Par la suite, pendant la passation de l'entretien de recherche semi-directif, les informations ne sont pas seulement véhiculées à travers le discours (communication verbale) mais aussi à travers la communication non verbale (l'observation). Les manifestations non verbales peuvent donner des précieuses informations, comme les mimiques du visage, le regard, les gestes, les postures, la communication tactiles, aspect vocal, les manifestations neurovégétatives (rougeur, pâleur, etc), l'investissement de l'espace, etc. (Bénony, Chahraoui, 2013, pp.22-23). Ainsi, dans notre entretien semi-directif effectué auprès de nos sujets de recherche, l'accent a été mis surtout sur les expressions verbales que sur les expressions et les manifestations non verbales.

En effet, l'observation en psychologie clinique est ambiguë puisqu'elle désigne à la fois l'activité d'identification, de description des comportements et la présentation rapide d'un cas. L'observation est donc comme méthode de recueil, en clinique est souvent nécessaire. Il existe des situations où l'entretien est impossible : petite enfance, pathologie comme l'autisme,... Mais le recours à l'observation est aussi essentiel pour compléter d'autres informations (Pediñelli, 2012, p.57). Nous avons donc eu recours à l'observation au cours de l'entretien.

Puis, comme nous avons déjà cité, nous sommes donc appuyé sur l'entretien de recherche semi-directif avec guide d'entretien. De ce fait, le guide d'entretien est défini par Blanchet (1992) comme un « *ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention d'interview* ». Le guide d'entretien comprend aussi les axes thématiques à traiter : le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celles-ci ne sont pas posées de manière directive ; il s'agit davantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien (Bénony & Chahraoui, 1999, pp.68-69).

Dans ce cadre, nous avons élaboré un guide d'entretien semi-directif de 20 questions, réparties sur deux axes.

Notre guide d'entretien semi-directif comprenait au début une partie introductive, composée de questions d'ordre sociodémographiques relatives à l'âge, à la situation matrimoniale et professionnelle, suivi ensuite d'une trame de questions réparties en axe pour explorer le vécu (péri et post-événement) de nos sujets.

En premier lieu, six questions sur les « *renseignements personnels du sujet* » dans le but d'avoir des informations sur le sujet. Ensuite, le premier axe intitulé : « *renseignements sur l'événement : les incendies d'août 2021* », composé de sept questions qui nous renseignent sur les incendies de 2021 c'est-à-dire sur l'événement et ses caractéristiques. Puis le deuxième axe nommé : « *renseignements sur le vécu de l'événement : les incendies d'août 2021* » qui comporte six questions, a pour but d'explorer le vécu de l'événement. Et enfin, nous avons clôturé notre guide d'entretien avec la question : « *avez-vous des choses à rajouter, que vous estimez importantes et qu'on a pas abordé ?* » visant à explorer ce qui semble important chez les sujets et qu'on a pas abordé dans les questions précédentes.

Ainsi, l'objectif de notre guide d'entretien est de nous permettre d'explorer le vécu des sujets victimes d'incendie. Dans ce contexte, nous nous sommes adopté non seulement le guide d'entretien semi-directif mais aussi l'échelle PCL-5 pour mesurer le trouble de stress post-traumatique et pour recueillir des résultats de nature objective concernant l'événement, ce qui permettra de compléter les données de l'entretien.

Dans ce contexte, avant d'aborder les différentes questions de notre guide d'entretien pour nos sujets de recherche, nous avons commencé d'abord par la consigne suivante : « *nous allons vous poser quelques questions concernant l'incendie de l'été 2021 et concernant votre vécu lors de cet événement* ». La consigne que nous avons a été traduite en langue kabyle presque pour tous les sujets.

Par la suite, un entretien fournit un certain nombre d'informations qu'il faut essayer de décoder et d'analyser (Bénony & Chahraoui, 1999, p.72). En ce qui concerne la démarche d'analyse des données de l'entretien de recherche, nous avons utilisé la méthode qualitative.

Dans notre étude, nous avons opté pour une interprétation qualitative en s'appuyant sur l'approche a-théorique, dans le but de la compréhension du discours des sujets et d'effectuer une lecture des données pour répondre à notre question et atteindre l'objectif de notre recherche.

En effet, un entretien fait l'objet d'un compte rendu, d'une synthèse, d'une analyse pareille qui constitue une partie du bilan ou de l'étude de cas. Dans le domaine de la recherche, ces traitements sont connus sous les termes d'analyse du discours et d'analyse de contenu (Pedinielli, 2012, p.50).

Ainsi, dans les méthodes qualitatives, ce qui caractérise les techniques de traitement ou d'analyse c'est, essentiellement, la mise en œuvre des ressources de l'intelligence pour saisir des significations. Les rapprochements, les confrontations et les mises en relation de données, les mises en perspectives et les cadrages, la saisie des récurrences et des analogies ainsi que les généralisations et les synthèses font surgir ces significations. Il s'agit donc toujours, par un travail intellectuel, de faire surgir le sens qui n'est jamais un donné immédiat et qui est toujours implicite et à la fois structurant et structuré, participant de manière diffuse à un ensemble de phénomènes (Paillé & Mucchielli, 2016).

Dans le cadre de l'analyse qualitative des entretiens effectués, nous avons repris les verbatims de chaque sujet dans l'axe convenant. Ainsi, le récit ayant été produit par l'individu lors des entretiens, a été traduit et soumis à une lecture clinique qui inclut la mise en évidence du discours significatif en lien avec la question et l'hypothèse de recherche, en s'appuyant sur la théorie adoptée.

5-2- L'échelle PCL-5

Dans notre recherche nous avons utilisé l'échelle de PCL-5 (post-traumatic stress disorder Checklist-5), qui a été créée par Weathers et al en 2013 il fait partie des questionnaires ayant largement été utilisés par la recherche clinique en Amérique du Nord. Depuis sa création, ce questionnaire a démontré de très bonnes capacités psychométriques, tant sur le plan de validité de construit que sur celui de la fidélité (Savard & Kelly, 2020).

C'est un questionnaire d'auto-évaluation de 20 items qui évalue les symptômes de l'ESPT selon les critères du DSM-5. Cet instrument permet de dépister les individus avec un ESPT, d'établir un diagnostic provisoire d'ESPT et de pouvoir évaluer les changements symptomatiques avant et après le traitement. Il existe plusieurs formats de la PCL-5. Depuis la publication du PCL-5, plusieurs traductions ont été proposées afin d'adapter le questionnaire à certaines populations spécifiques. Cependant, certaines recherches se sont intéressées à la validation de ces outils comme

le démontre l'étude de Liu (2014) pour une version chinoise, celle de Krüger-Gottschalk (2017) pour une version allemande ainsi que celle de Ashbaug (2016) pour une traduction française et aussi Ibrahim, H & Weuner, F (2018) font une version arabe de PCL-5. Globalement, les auteurs dressent la conclusion que le PCL-5, lorsqu'il est traduit dans ces langues, est un outil valide et fidèle qui peut être utilisé pour donner un diagnostic provisoire chez ces populations (Savard & Kelly, 2020).

Comparativement à la PCLs elle ajoute les questions suivantes : le fait de se faire des reproches, la tristesse de l'humeur et l'existence de comportement à risque. Elle correspond aux quatre critères de symptômes pour l'ESPT en fonction du DSM-5 (Frayssé, 2019, p.28).

5-2-1- La consigne

« Voici une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois suite à une expérience vraiment stressante. Veuillez lire chaque énoncé attentivement et cocher la case pour indiquer dans quelle mesure ce problème vous a affecté le dernier mois ». (Frayssé, 2019, p.81).

5-2-2- Mode de passation

PCL-5 est un questionnaire auto-rapporté de 20 items cotés de 0 « pas du tout » à 4 « extrêmement ». Sa durée d'administration est de 10 minutes. Ainsi que, le participant doit lire attentivement les items correspond à une situation stressante, puis il doit cocher la case qui lui décrit ses sentiments et ses perceptions pendant l'événement qu'il a vécu. Par exemple : *« Se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience »* (ptsd.va.gov).

- Pas du tout = 0
- Un peu = 1
- Modérément = 2
- Beaucoup = 3
- Extrêmement = 4 (ptsd.va.gov).

5-2-3- La cotation

Un score total qui indique la sévérité des symptômes post-traumatiques sera obtenu en additionnant les scores de chacun des vingt symptômes (le score total varie entre 0 et 80) (Martin & Bond, 2019, p.54).

Tableau N°2 : les caractéristiques du PCL-5

Les critères du PCL-5	Les fonctions	Items
Critères B	Reviviscence	1, 2, 3, 4, 5
Critères C	Évitement	6, 7
Critères D	Altérations négatives des cognitions et de l'humeur	8, 9, 10, 11, 12, 13,14
Critères E	Altération de l'éveil et de la réactivation	15, 16, 17, 18, 19, 20

(Source : nous-mêmes).

Un score qui indique la sévérité de chacune des quatre catégories de symptômes du DSM-5 sera obtenu en additionnant les scores des items suivants : items un à cinq pour les reviviscences (catégorie B), items six et sept pour l'évitement (catégories C), items huit à quatorze pour les altérations négatives des cognitions et de l'humeur (catégorie D), et items quinze à vingt pour l'altération de l'éveil et de la réactivation (catégorie E) (Martin & Bond, 2019, p.54).

Le score total peut aussi suggérer la présence d'un TSPT si le score obtenu se situe au-delà d'un certain point. Pour la version anglaise, les auteurs de la mesure estiment que les études préliminaires de validation sont suffisantes pour suggérer un point de coupure de 33, mais que cette information est sujette à changement. Pour la version québécoise, le point de coupure optimal a été établi à 32 (Ashbaugh, Houle-Johnson, Herbert, El-Hage et Brunet, 2019), ce qui signifie qu'un score total de 32 ou plus suggère la présence d'un TSPT. Un point de coupure moins élevé pourrait être utilisé pour dépister les gens à risque et ainsi s'assurer de détecter le plus grand nombre de cas possible. Ainsi, le point de coupure optimal peut varier selon les types de trauma, la population étudiée et l'application qu'on souhaite en faire. Il est donc recommandé d'utiliser les points de coupure validés chez une population donnée. Sur la version précédente de PCL, un changement de cinq à dix points au niveau du score total représente un changement fiable qui n'est pas dû au hasard, alors qu'un changement de dix à vingt points est considéré comme étant cliniquement significatif ? ainsi, il est recommandé d'utilisé un seuil minimum de cinq points pour savoir si l'individu a répondu au traitement et un seuil de dix points pour déterminer si l'amélioration est significative. Ces seuils n'ont pas encore été établis pour PCL-5,

mais l'on peut s'étendre à ce qu'ils soient similaires à ceux de la version précédente (Martin & Bond, 2019, p.54).

5-2-4- Interprétation

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

5-2-5- La validité

Des changements majeurs dans le diagnostic du TSPT entre DSM-IV (APA, 1994) et le DSM-5 (APA, 2013) ont amené les auteurs du questionnaire à effectuer plusieurs modifications. Tout d'abord, l'ajout de trois nouveaux symptômes au TSPT (blâme, émotions négatives et comportements d'imprudence ou autodestructeurs) a fait passer le PCL-5 de 17 à 20 items. Maintenant, plusieurs études de validation ont été menées afin d'établir les propriétés psychométriques de cette nouvelle version du PCL. Une d'entre elles, menée par Blevins (2015), nous indique que l'instrument de mesure possède une forte consistance interne ($\alpha=94$) ainsi qu'une bonne fidélité test-retest ($r=82$), pour un intervalle d'une semaine, lorsque testé auprès d'étudiants gradués. Pour la validité convergente, qui s'intéresse aux relations avec des construits analogues, le PCL-5 est fortement corrélé aux autres mesures du TSPT ($r_s=85$ et 85 ; pour le PCL, PDS). Pour la validité divergente qui s'intéresse aux relations avec des construits divergents, l'outil de mesure est moyennement corrélé à une mesure de la personnalité antisociale ($r=39$) ainsi qu'à la manie ($r=31$). Ainsi, les études de Bovin (2016) et Wortmann (2016) se sont intéressées à la validité du PCL-5 auprès d'échantillons militaires. Respectivement, les résultats indiquent une très bonne consistance interne ($\alpha=96$; $\alpha=91$) ainsi que d'excellents résultats pour la validité convergente et divergente. Dans d'autres études comme celle de Asgbough (2016) avec des individus exposés à des EPT ou celle de Geier (2018) avec des patients hospitalisés ayant vécu des traumatismes ont aussi répliqué et appuyé la validité du PCL-5 pour ces populations. Dans le même sens, la validité de construit d'une version francophone du PCL-5 n'a été évalué qu'une

seule fois (Ashbough, 2016), et ce, auprès d'un échantillon non clinique composé d'étudiants universitaires (Savard-Kelly, 2020, pp.12-14).

Dans ce qui suit, nous allons présenter le déroulement de notre recherche.

6- Le déroulement de la recherche

Pour mener à bien le déroulement de notre recherche, nous avons d'abord en premier lieu, effectué une pré-enquête qui est une étape préopératoire et nécessaire pour entamer l'enquête de terrain. Nous allons dans ce qui suit, présenter ces deux phases indispensables dans une recherche.

6-1- La pré-enquête

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

La pré-enquête, elle permet de situer l'objet d'étude dans un contexte global (sociologique, économique, historique, psychologique) et de formuler des hypothèses générales, bien que cruciale, cette étape est peu formalisée. Tous les supports au moyens d'informations accessibles sont exploités, il peut ainsi s'agir de réaliser une observation directe ou de mettre en œuvre une méthode documentaliste (Edith, 2013, p.08).

Autrement dit, l'objectif de la pré-enquête est un balisage de terrain observé et une définition du protocole d'enquête.

Ainsi, notre pré-enquête s'est déroulé au niveau de la wilaya de Bejaia, nous avons commencé notre recherche plus exactement en mois d'octobre 2021, nous avons parlé avec le psychologue clinicien M. Bekkaoui, il nous a dit vous trouverez les cas à l'EPSP de Elkseur, et sinon il faut se déplacer aux villages. Et puis nous avons cherché le contact d'un psychologue clinicien de l'EPSP Elkseur, nous avons parlé avec lui, et il nous a dit qu'il a pris en charge les victimes d'incendie d'août 2021, mais ces personnes-là sont rentrées chez eux, mais il nous a dit qu'il peut nous aider à

les contacter. Après le moment où on devait le rencontrer il a été atteint par la COVID-19.

Après, en décembre 2021, un ami nous a donné un contact d'un psychologue qui travaille au lycée de Barbacha, le 05 décembre 2021, nous avons contacté ce psychologue, il nous a dit qu'il y avait des cas au lycée, ce sont des élèves qui ont été pris en charge psychologiquement concernant l'événement d'incendie, il nous a proposé son aide, et malheureusement, il a changé d'avis, et il n'a plus donné suite à notre demande.

Ainsi, nous nous sommes allés à la polyclinique de Barbacha dont nous avons effectué notre stage pratique, nous avons rencontré l'ensemble des psychologues qui travaillent à la polyclinique pour nous mettre en contact avec des sujets ayant été victimes de cet événement. Mais malgré cela, plusieurs sujets ont refusé de participer à la recherche.

Ensuite, nous avons décidé d'utiliser une autre méthode, de bouche à oreille, c'est-à-dire nous avons parlé avec nos proches, nos amis, nos voisins, sur notre problématique et notre recherche, et du fait que nous devons rencontrer certains des cas touchés par l'incendie.

Dans ce sens, à partir du mois de janvier, nous avons reçu un soutien où chacun comment il nous a aidé, il y a ceux qui cherchent avec nous avec ces cas, et il y a ceux qui ont un membre de la famille qui a été victime de l'incendie, et il y a ceux qui nous ont indiqué les lieux touchés par l'incendie.

Et puis, après avoir reçu quelques adresses de personnes victimes de cet événement, nous nous sommes déplacés vers les lieux pour effectuer notre recherche. Le 20 janvier 2022, c'était le jour où nous sommes, nous même allées au lieu de recherche, dans différents villages touchés par l'incendie pour enfin rencontrer les sujets et avoir leur consentement éclairé quant à la participation à la recherche.

Dans le cadre de la pré-enquête, nous avons donc effectué un entretien avec une personne d'un village touché par l'incendie. Cette rencontre s'est effectuée au domicile de cette personne. D'abord, nous nous sommes présentés comme étudiantes en Master 2 psychologie clinique, nous lui avons exposé l'objectif de notre recherche et les règles

éthiques et déontologiques et nous avons obtenu le consentement éclairé formulé clairement et oralement de la part de celui-ci.

L'entretien, s'est bien déroulé, nous avons noté au début une retenue de la part du sujet. L'entretien a été contenu par notre guide d'entretien, que nous avons construit et modifié au fur et à mesure de la pré-enquête, de nos lectures pour réaliser notre revue de littérature. Il a été ensuite lu et validé par notre encadrant. Ensuite, nous avons présenté l'échelle de mesure de trouble de stress post-traumatique.

Le contenu des entretiens a été enregistré à l'aide d'un enregistreur audio, qui nous semble utile pour la rédaction de notre travail de recherche, bien sûr après l'accord verbal du sujet.

Lors de l'entretien avec le sujet, Meriem, nous a confirmé que les incendies de cette année étaient catastrophiques « *times n usgas-ayi tsekhlā3 t3el dēgāts* » (l'incendie de cette année est effrayant il a fait des dégâts). Elle nous a dit également, « *neki difghen gh berra par hasard kan zright, abrid amenzu amakan normal ukhli3egh ara nwich times normal ruhegh lu3agh i ljiran nighasen* » (c'est moi qui s'est sorti à l'extérieur comme par hasard je l'ai vu, la première fois tout à fait normal, je suis allé appeler les voisins). Meriem nous a confirmé qu'elle était sous le choc et la panique dès que l'incendie commence de se rapprocher du village et il était incontrôlable « *khel3egh mlih mais ufighegh ara g kham parce que argaziw illa ihlek mlih uyezmir ara adihrek qimegh dides d anchteni yijan ugdagh ljiran ikel rewlen siwa nekni nwich dayen anregh anemeth dayen kan f wachu tkhemimegh* » (j'ai trop paniquée, mais je ne suis pas sortie de la maison parce que mon mari était vraiment malade il ne peut se bouger, je suis restée avec lui et c'est ça qui m'a fait peur tous les voisins ont quittés leur maisons j'ai cru qu'on va se brûler et mourir je pense seulement sur ça). Elle nous a dit également « *qelqegh mlih yerna jamais adeshugh ayen 3achegh asseni parce que jamais 3achegh déjà le choc wahi lkhel3a am tina* » (je me suis inquiétée je n'oublie jamais ce que j'ai vécu je jour-ci parce que je n'ai jamais déjà vécu un choc et une panique comme ceux-ci). Cela nous renvoie à la présence d'une mémoire traumatique. Elle a dit aussi « *mi tekhsi times utfaghegh ara g kham anagar ma obligé itqerihyi uliw ma adzregh dunith tqel taberkant* » (quand le feu était éteint je ne sors pas de la maison sauf si c'était obligé ça me fait mal au cœur quand je vois le monde est devenu noir). Ceci nous ramène à la notion d'évitement, le symptôme

du trouble stress post-traumatique. Après l'entretien nous avons demandé à Meriem de remplir le PCL-5, ainsi les résultats sont comme suit.

Tableau N°3 : résultats du PCL-5 du cas de la pré-enquête

Nom	Score total obtenu	Interprétation
Meriem	52	TSPT très élevé

Les résultats précédents, à savoir le verbatim de Meriem durant l'entretien nous indique la présence de quelques manifestations du trouble de stress post-traumatique, ainsi que ceux obtenus du PCL-5 témoignent la présence d'un trouble de stress post-traumatique très élevé suite au vécu difficile durant l'événement des incendies.

Enfin, cette pré-enquête nous a permis, en premier lieu d'accéder à nos sujets de recherche, puis, après une analyse de nature qualitative des données obtenues, nous a permis de nous rassurer sur les outils à passer sur nos sujets de recherche et sur la faisabilité de notre travail de recherche dans le but de vérifier notre hypothèse.

6-2- L'enquête

Nous allons d'abord en premier lieu définir l'enquête, puis nous allons présenter son déroulement dans notre recherche.

L'enquête est « une mesure interrogative ». Elle permet de mesurer la perception que les individus ont des objets sociaux. L'enquêteur provoque la situation et mets les sujets en situation de verbalisation de leurs points de vue, comportements et connaissances. L'enquêteur se trouve ainsi dans apparent paradoxe parce qu'il tente d'obtenir des réponses spontanées en réponse à un questionnement planifié (Salès-Wuillemin, 2013, p.1).

Ensuite, l'enquête par entretien est une technique qui s'impose lors qu'on veut aborder certaines questions, et une démarche qui soumet le questionnement à la rencontre, au lieu de le fixer d'avance. L'enquête par entretien est ainsi particulièrement pertinente lorsque l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, aux événements dont ils ont pu être les témoins actifs. Toutefois, l'enquête par entretien a été utilisée, on l'a vu, en psychologie expérimentale pour l'étude de l'action humaine (ce qui se passe quand les gens font quelque chose) et en psychologie appliquée (Blanchet & Gotman, 2010).

En effet, l'enquête apprécie la relation que des enquêtés ont avec un objet social. Il est important de préciser quel est le type de relation visé pour que l'entretien et le questionnaire ne se résument pas à une suite de questions désordonnées mais à des outils présentant des garanties de validité (prédictive et interprétative notamment) (Salès-Wuillemins, 2013, p.2).

Dans ce contexte, notre enquête s'est déroulé sur une période d'environ un mois du 17 mars au 15 avril, celui-ci a eu lieu avec des personnes ayant été victimes des incendies d'août 2021. Les sujets de notre recherche se sont montrés très compréhensif, la majorité faisait de son mieux pour nous aider et nous donner les informations qu'on cherche. Ils étaient très intéressés de participer à notre recherche.

Mais avant de commencer notre recherche, nous leurs avons demandé leur consentement libre et éclairé formulé oralement pour participer à la recherche. Ainsi, nous les avons informés sur le but principal de la recherche et sur le respect des règles de déontologie en psychologie, tout en insistant sur l'anonymat et que les informations recueillis servaient pour la recherche seulement. Ces explications relatives au code de déontologie dans la recherche en psychologie nous a permis d'obtenir la confiance de nos sujets pour la réalisation des entretiens.

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

Dans, la rencontre des sujets s'est fait en face à face afin de réaliser des entretiens individuels semi-dirigés et la passation des tests. Le déroulement de la recherche (pré-enquête et enquête) s'est fait en présentiel mais en respectant les mesures sanitaires dues à la pandémie COVID-19.

Puis, après avoir eu leur consentement libre et éclairé en respectant leurs volonté de participer, la passation des entretiens de recherche en fonction du contenu du guide d'entretien semi-directifs, s'est déroulé en face à face au domicile des sujets, et la durée de l'entretien varie d'un sujet à un autre.

Aussi, nous avons eu recours à la traduction des outils, puisque la plupart des sujets sont analphabètes et n'ont pas une certaine compréhension de la langue française. Donc les entretiens se sont déroulés en langue kabyle.

Ensuite, nous avons procédé à la passation de l'outil psychométrique PCL-5, pour la passation de l'outil, nous avons réalisé une lecture à haute voix de chaque item en français puis en kabyle afin de garantir une bonne compréhension pour chaque sujet.

Et enfin, à la fin de chaque entretien semi-directif et chaque passation de l'échelle, nous avons remerciés les sujets de recherche pour leur participation et pour le temps qui nous ont accordé pour répondre à nos questions de recherche.

Après avoir présenté le déroulement de la pré-enquête et de l'enquête, nous allons aborder dans ce qui suit, l'attitude du chercheur.

7- Attitude du chercheur

Si la recherche en psychologie comme dans tout autre domaine a pour finalité de mieux connaître l'objet d'étude soutenue par le souci de la preuve et l'effort de généralisation, elle a pour particularité et spécificité d'étudier l'être humain. Plus précisément, elle a pour cible l'étude du fonctionnement psychique, cognitif et comportemental du sujet (Varescon, 2013, p.65, cité dans Benamsili, 2019, p.103).

L'attitude du clinicien peut être comprise sous deux aspects : l'attitude visible, comportementale et relationnelle qui permet de créer une relation de confiance au sein de laquelle le sujet se sente suffisamment bien pour pouvoir livrer et découvrir son intimité psychique et une attitude plutôt intérieure, une attitude mentale, intellectuelle, qui fait du psychologue un professionnel qui pense à la situation clinique (Bouvet, 2018, p.62).

Ensuite, l'enquêteur joue un rôle de stimulateur, de facilitateur et par ses interventions montre qu'il écoute et qu'il comprend. Il doit apparaître comme quelqu'un de neutre (d'une neutralité bienveillante), capable de tout entendre mais sans être indifférent, qui ne suggère, ni évalue, ni argumente. Les personnes interrogées prennent alors plaisir à parler avec un étranger qui ne met pas en doute leurs affirmations, qui

prête attention à chacune de leurs paroles, ne les bouscule pas, ne les contredit jamais (Sauvayre, 2013, p.61).

Ainsi, dans toute recherche en psychologie, le chercheur doit adopter une attitude de neutralité bienveillante, car l'objet de travail en clinique est donc l'intimité psychique du sujet. Le chercheur peut aussi adopter une attitude souple et variable selon les sujets et les situations. Toutefois, le chercheur doit être assez à l'aise avec tous ces sujets, et de créer une relation de confiance.

En plus, les principes généraux concernant le respect des droits de la personne, la compétence, la responsabilité, la probité, le respect du but assigné et l'indépendance professionnelle s'appliquent de toute évidence au psychologue-chercheur. Il en est de même pour le principe réservé à la qualité scientifique. Il faut aussi préciser la nécessité d'obtenir le consentement des personnes qui y participent et de leur droit à s'en retirer à tout moment. Dans le cadre de la recherche, le chercheur assume les conclusions de ses travaux après avoir détaillé la façon dont il ont obtenu les résultats et doit être prêt à fournir un rapport aux personnes sollicitées pour participer à la recherche et les modalités techniques de l'exercice professionnel stipule clairement que les données utilisées à des fins de recherche, de publication ou de communication, sont impérativement traitées dans le respect absolu de l'anonymat, par la suppression de tout élément permettant l'identification directe ou indirecte des personnes concernées, ceci toujours en conformité avec les dispositions légales concernant les informations nominatives (Varescon, 2013, cité dans Benamsili, 2019, p.105).

A cet égard, dans le sens de nos lectures, et durant les rencontres effectuées auprès des sujets ayant été victimes d'incendie d'août 2021, nous avons adopté une attitude de neutralité bienveillante, sans jugements, mais également accompagnée d'une empathie afin de se rapprocher et de comprendre les sujets. Nous avons fait également appel à l'écoute attentive afin de créer le climat de confiance.

Nous tenons à souligner ici que compte tenu de la nature de notre thème et de nos sujets, qui sont des victimes, nous sommes conscientes de l'enjeu éthique que cela soulève, c'est-à-dire aller demander à ces personnes de relater un vécu sans doute douloureux, néanmoins la nécessité d'aborder ces thématiques et le souhait de mettre en lumière leur vécu a fait qu'on a décidé de relever ce défi scientifique tout en

restant très attentives aux réactions de nos sujets lors des rencontres et aux règles éthiques et déontologiques relatives à la recherche auprès des sujets victimes.

8- Difficulté de la recherche

Comme toute recherche scientifique, le chercheur est toujours confronté à certaines difficultés qui peuvent être un obstacle pour la bonne réalisation et le bon déroulement de sa recherche. Mais malgré les difficultés le chercheur est obligé de trouver des solutions plus adéquates afin de réaliser la recherche.

Dans notre recherche, nous avons rencontré la difficulté d'accès au terrain et d'accéder à la population d'étude, nous avons reçu plusieurs refus de la part de plusieurs sujets concernés, car ils ne souhaitent pas de parler sur ce sujet sensible. Néanmoins, malgré toutes les difficultés qu'on a vu mais nous avons continué notre recherche jusqu'à ce qu'on trouve les sujets de recherche.

Synthèse

Dans ce présent chapitre, nous avons présenté la méthodologie qui permet le bon déroulement de toute recherche scientifique en organisant toutes les étapes de la recherche.

Pour assurer la fiabilité de notre recherche, nous avons utilisé deux outils de recherche, à savoir l'entretien semi-directif par lequel nous avons commencé, ainsi que le PCL-5 pour collecter les informations nécessaires sur le vécu traumatique des sujets. Ces outils nous permettront d'évaluer les répercussions de l'événement traumatique auquel les sujets de recherche ont été exposés directement.

Dans le chapitre qui suit, nous allons présenter les cas de la recherche.

Chapitre IV : présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Préambule

Dans ce dernier chapitre, nous allons présenter la partie pratique de notre recherche qui a pour objet « *l'impact traumatique des incendies de Kabylie* ». Cette dernière a été réalisée en référence à la méthode clinique, ainsi qu'à divers outils à savoir l'entretien clinique semi-directif ainsi qu'une échelle qui mesure le trouble de stress post-traumatique qui est le PCL-5 ces outils nous ont permis tout au long de notre enquête de terrain de recueillir les données nécessaires pour explorer le vécu des personnes ayant été victimes d'incendie de 2021 en Kabylie, précisément à Bejaia.

Pour commencer, nous allons avancer une présentation et une analyse des données que nous avons recueillies au cours de l'entretien semi-directif, tout en gardant les intitulés des axes et en mettant à l'intérieur le récit du sujet en se basant sur l'approche adoptée (a-théorique). Les sujets se sont exprimés avec la langue kabyle, nous allons donc, présenter d'abord leurs discours en langue kabyle, après nous allons apporter une traduction en langue française de leurs discours. Ensuite, nous allons passer à la présentation et l'analyse des résultats de l'échelle. Enfin, nous allons présenter une analyse détaillée de trois cas, en raison de la richesse des informations qui nous ont apportés, puis nous passerons aux six autres cas de manière plus au moins résumé.

Par la suite, nous allons discuter les résultats que nous avons obtenus, par rapport à notre hypothèse, soit en confirmant ou infirmant cette dernière et on finira avec une synthèse.

I- Présentation et analyse des données

Cas n°1 : Redouane

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

Redouane nous a accueillis et était prêt pour l'entretien il semblait de bonne humeur. L'entretien s'est déroulé l'après-midi du 26 février 2022 à son domicile. Son entretien a duré environ une heure. Il s'est effectué dans une pièce de la maison où toutes les conditions étaient réunies.

Redouane est âgé de 49 ans, marié avec deux enfants, son niveau scolaire est secondaire, maintenant c'est un superviseur d'éducation, il n'a aucun antécédent ni

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

médical ni psychiatrique. Redouane a été directement exposé à l'événement traumatique, ce qui fait qu'il remplit bien le critère A du DSM-5 (point 1).

Axe 1 : Renseignement sur l'événement (les incendies d'août 2021)

Lorsque nous avons demandé à Redouane de nous parler sur l'événement, il nous a dit qu'il avait déjà vu les incendies au cours des dernières années pas comme ceux-ci, il a dit que cette fois l'incendie était fort « *times webrid-ayi elle est fort* ».

Redouane, il a entendu la nouvelle de l'incendie sur les réseaux sociaux, car il a vu quelqu'un en direct parler de l'incendie et alerter les gens. Après être sorti de la maison, il a vu qu'il y avait un feu d'un peu plus loin, puis il a lancé un appel aussi, il a dit qu'il a fait un live directement du site où le feu s'est déclaré afin de donner des informations aux régions qui sont près pour le soutien ou la protection civile, aussi il a appelé à la radio soummam pour les informer.

Au départ, Redouane, tout lui semblait normal, il n'avait ni crainte, ni peur de l'incendie « *amdinigh g début normal, machi aka tela lkhal3a akayi tamqrant negh* ». Il a ajouté que, par la suite, il a commencé à ressentir de la peur lorsque le feu commençait à s'approcher de la maison « *mais par la suite ça commence lkhal3a ni imi times tetgharabed ar dayi akham* ».

Selon Redouane, il a eu une forte réaction lorsqu'il a vu les incendies, car il a décrit sa réaction avec une grande panique : fuite, peur indescriptible, il a ajouté qu'en période de détresse, nous avons eu peur, nous nous sommes enfuis, et je courais j'appelais les gens à quitter leurs maisons pour qu'ils ne soient pas des victimes « *tazalagh je lance l'appel i l3ibad pour quitter ikhamen-nsen bach utilint ara les victimes* ». il a dit « *c'est une journée inoubliable* ». Et malgré la panique et la peur, ils ont contribué à aider les gens, y compris les personnes âgées, à se mettre en sécurité « *nqel des secouristes* » (nous sommes devenus des sauveteurs).

Redouane nous a décrit les incendies comme une guerre, il a dit c'est comme un bombardement « *nekni nerwel, times ni tsuti, tzwaragh-d gh ubrid, tsuti teche3el, atwahmet* ».

D'après Redouane, il n'a pas enregistré des dégâts humains, mais il a eu des dégâts matériels « *ghuri akham, tiya plus de 80 botes iyarghan, ghuri tibura n luh, n usghar, ghuri le pvc, même tekchem gh le kuri, s3igh les chèvres dina, d ilis 3ami* ».

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

iyislken lmal-ni » (pertes à la maison, plus de 80 botes de foin, portes en bois, le pvc, et même le feu est entré dans les écuries, où il y a des chèvres et c'est ma cousine qui les a sauvées).

Quand la situation est réglée, tout est redevenu normal, les incendies sont éteints, Redouane, il est resté cinq jours, sans rentrer à la maison « *tezrit la guerre, adefghen l3ibad gher udrar aka* » (t'as vu la guerre, les gens sortent à la montagne, comme ça). Pour Redouane, la situation dans laquelle ils se trouvaient était comme une guerre, il ne pouvait pas entrer à la maison, d'un côté il combattait le feu, et de l'autre côté, il pensait que sa maison était complètement brûlée.

Axe 2 : Renseignement sur le vécu de l'événement (les incendies d'août 2021)

Quand nous lui avons demandé de décrire son sentiment et ses pensées au moment des incendies, il est resté silencieux, le visage triste et les yeux remplis de larmes. Il a dit ça m'as vraiment fait mal au cœur, parce que tout ce que nos grands-parents et nos pères ont laissé il y a des années, en une heure, tout est parti « *l'affaire d'une heure, times ayi temeshagh un patrimoine, tejra, d lebni, d lehhbab negh... Netwajrah, neki twatuchigh vraiment* » (ces incendies ont supprimé un patrimoine, arbre, maison, proches,.. nous sommes touchés, je suis vraiment touché).

Concernant ce qui s'est passé le jour de l'événement, Redouane n'a pas oublié et pense toujours à ce jour-là, il est resté graver dans sa tête « *machi d lhaja dikes yiwen tekhamam-is* » (ce n'est pas quelque chose que n'importe qui peut le sortir de son esprit). Ce qui nous renvoie à la présence sans doute d'une mémoire traumatique.

Redouane, il n'a jamais vu des rêves concernant l'événement. Il a ajouté qu'il a vécu des moments plus difficiles et touchant, lorsqu'il était en service militaire, et il peut donc gérer des situations difficiles dans sa vie. Cela peut faire penser à des capacités d'adaptation acquises.

Lorsque l'incendie s'est éteint, Redouane nous a décrit le monde extérieur comme un désastre, il n'avait pas le courage de retourner chez lui, car il pensait que sa maison était brûlée et réduite en cendre.

Redouane, il a bénéficié d'une prise en charge psychologique après un long entêtement car il avait peur d'avoir une maladie chronique, et il ne pensait pas à son état psychologique.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Il y a un groupe qui est venu de Tizi Ouzou, de Médéa, des psychologues, il a parlé avec eux et ils lui ont fait un dépistage, il a eu de bons résultats après. Puis il a parlé à un psychologue, en une séance d'environ une heure, et cela l'a beaucoup aidé à se débarrasser des pensées négatives et de l'anxiété. Cela nous indique l'importance de la prise en charge précoce.

Nous avons demandé à Redouane de nous décrire son état physique et psychologique durant les premières semaines après les incendies, « *physiquement j'étais épuisé, tazalegh, khedmegh sans arrêt, j'étais vraiment épuisé* » (physiquement j'étais épuisé, je courais, je travaillais sans arrêt, j'étais vraiment épuisé). Moralement, il était fatigué par beaucoup de réflexion, et de stress, il souffre également d'un manque de sommeil. Cela semble correspondre à ce que le DSM-5 (2015) note dans son critère E (irritabilité, troubles du sommeil) mais aussi rumination du critère B.

À la fin nous avons demandé s'il voulait rajouter des choses qu'on a pas abordé il a dit « *zemreggh adehdregh ghaf yimawlan* » (je peux parler des parents) il nous a raconté son expérience avec sa mère au moment des incendies et aussi la covid-19 et la pression des gens, et maintenant il a regretté parce qu'il a perdu sa mère et il n'y accordait aucune importance, les larmes aux yeux, il a dit « *les parents avant tout, surtout prendre soin des parents est la meilleure chose, c'est ce que je veux rajouter* ». Un sentiment de culpabilité est donc présent pour ce cas.

Redouane a conclu l'entretien en nous remerciant de s'être intéressé au vécu de l'événement des incendies de la Kabylie, nous l'avons remercié à notre tour d'avoir accepté de participer à notre recherche et d'avoir été coopératif tout au long de l'entretien.

Synthèse de l'entretien de recherche de Redouane

D'après les informations recueillies lors de l'entretien et de nos observations, Redouane, nous démontrent qu'il exprime des indices renvoyant pour certains à un vécu traumatique tels que la fuite panique, état émotionnel négatifs, changement de l'humeur. En effet, Redouane présente des reviviscences, et des évitements dont le DSM-5 mentionne l'importance de l'apparition comme critère diagnostique au TSPT.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

A la lumière de toutes ces données nous pouvons conclure que Redouane présente des signes du trouble stress post-traumatique dont les données de l'échelle PCL-5 qui va suivre vont appuyer la présence.

2- Présentation et analyse des résultats du PCL-5 de Redouane

Dans ce qui va suivre nous allons étudier le résultat de Redouane obtenu dans l'échelle PCL-5 et nous allons présenter les critères de cet échelle concernant les scores des critères obtenus par des résultats de Redouane.

Tableau N°4 : résultat de l'échelle PCL-5 de Redouane

Items	Scores	Critères	Les fonctions	Scores des critères	Interprétation
1	3	B	Reviviscence	9/20	
2	0				
3	3				
4	2				
5	1				
6	2	C	Evitement	4/8	moyen
7	2				
8	3	D	Cognition et humeur	15/28	modéré
9	3				
10	4				
11	0				
12	1				
13	4				
14	0				
15	0	E	Hyperéveil	5/24	faible
16	1				
17	2				
18	1				
19	0				
20	1				
Total	33	/	/	33/80	modéré

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Le tableau ci-dessus présente les résultats de Redouane obtenu de l'échelle PCL-5, d'après ses résultats, on constate qu'il présente un TSPT modéré avec un score de 33. Le manuel indique une présence d'un TSPT à partir du score 33.

Concernant le score des critères B, C, D, E, le score obtenu de critère B c'est 9, dans le critère C le score obtenu c'est 4, et 15 le score obtenu dans le critère D, le critère E il a obtenu un score de 5.

Chaque items représente les critères du DSM-5. Ainsi, le critère B dans les items 1, 2, 3, 4, 5, représente le symptôme pathognomique de répétition à savoir les reviviscences, l'impression de revivre l'événement.

Redouane a coché la case « *Beaucoup* » dans les items B1 et B3 « *des souvenirs répétés, pénibles, et involontaires, de l'expérience stressante ?* », « *se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?* », cela signifie que Redouane présente des souvenirs répétitifs et de retour en arrière de l'expérience stressante qu'il a vécu, et l'item B4 « *se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement ?* » Redouane a coché la case « *modérément* », qui signifie qu'il a des émotions négatives liées aux souvenirs, dans l'item 5 il a coché la case « *un peu* » qui signifie que Redouane présente une faible réaction physique et il n'a pas des rêves répétitifs.

Les items 6, 7 dans le critère C représente l'évitement, Redouane a coché la case « *modérément* » dans les items C6 et C7, « *essayer d'éviter les souvenirs, pensées et sentiments liés à l'événement ?* », « *essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (lieux, personnes, activités) ?* », et cela signifie que Redouane a recours à l'évitement des indices internes et externes concernant l'événement.

Ainsi, les items 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, dans le critère D, représente des difficultés cognitives et de l'humeur. Redouane a coché la case « *extrêmement* » dans les items D10 et D13, « *vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?* » et « *vous sentir distant ou coupé des autres ?* ». Ce signifie que Redouane blâme trop lui-même et les autres sur l'événement et qu'il évite les autres et reste loin d'eux. Dans les items D8 et D9, il a coché la case « *beaucoup* », qui signifie que Redouane avait beaucoup de difficulté à se remémorer et beaucoup de croyances négatives. L'item D12, « *perdre de l'intérêt pour des*

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

activités que vous aimiez auparavant ? » il a coché la case « *un peu* », ce qui signifie qu'il présente peu de perted'intérêt. Les items D11, D14, il a coché la case « *pas du tout* », qu'il n'a pas été affecté par des émotions négatives et qu'il n'avait pas des difficultés à vivre des émotions positives aussi qu'il n'a aucune agressivité.

Les items 15, 16, 17, 18, 19, 20, dans le critère E, Redouane a coché la case « *modérément* » dans l'item E17, « *être en état de super-alerte, hyper vigilant ou sur vos garde ?* », cela signifie qu'il est vigilant et attentif à tout mouvement qui lui rappelle l'événement. Aussi Redouane il a coché la case « *un peu* » dans les items E16, E18, E20, ce qui signifie que Redouane, il pris un peu de risques qui pouvait le mettre en danger, et il est un peu sursaut et qu'il trouve un peu de difficulté à s'endormir, concernant l'item E19 « *avoir du mal à vous concentrer ?* » Redouane a coché la case « *pas du tout* », qui veut dire qu'il n'a pas de difficulté se concentrer.

Synthèse des données de l'échelle PCL-5 de Redouane

À travers les résultats de l'analyse de PCL-5, nous pouvons déduire que le score total enregistré par Redouane est 33 de 80, selon la version validée de PCL-5, le score total de la présence de TSPT est 33 et plus, alors les résultats de Redouane nous indique la présence d'un TSPT. On retient aussi qu'il présent des signes dans chacun des critères.

Nous avons constaté que Redouane présente d'un TSPT modéré, selon l'échelle PCL-5, Redouane présente des symtômes de reviviscences et d'évitement, aussi un peu de signes d'altération de humeur, et qu'il a une faible altération de l'éveil et de réaction.

Cas n°2 : Fahima

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

Fahima est une femme de 41 ans qui est mariée et une mère de trois enfants, qu'elle a toujours mentionné durant l'entretien. Cette dernière est analphabète et une femme au foyer. Fahima n'a aucun antécédent antécédent ni médical ni psychiatrique.

L'entretien s'est déroulé à son domicile, l'après-midi du 20 mars, l'entretien s'est déroulé d'une manière claire. Fahima s'est montré très à l'aise et ça lui ferait du bien d'en parler.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Fahima a été directement exposée à l'événement traumatique, ce qui fait qu'elle remplit bien le critère A du DSM-5 (point 1).

Axe 1 : Renseignements sur l'événement (les incendies d'août 2021)

Fahima nous a dit qu'elle a déjà vue l'événement d'incendie mais pas autant que celui de 2021 « *zrigh déjà times mais tayi n ssif jamais zrigh* » (j'ai vu déjà l'incendie mais comme celui de cet été je n'ai jamais vu). Elle a insisté de dire qu'elle n'a jamais vue un incendie comme celui-là.

Fahima a vu l'incendie directement de près de sa maison, à ce moment-là Fahima était sous le choc, elle ne savait pas comment faire, elle était vraiment peur puisqu'elle est une mère de trois enfants, d'après ce qu'elle a dit : « *ugdagh mlih surtout ghef warraw-iw u3limegh ara achu ad3legh* » (j'avais très peur surtout pour mes enfants je ne savais pas quoi faire).

Lorsqu'on lui a posé la question sur sa réaction quand elle a vue l'incendie, elle a dit : « *chokigh, trugh trugh mlih* » (j'ai choqué, j'ai pleuré j'ai trop pleuré). D'après sa réaction lors de sa réponse sur cette question, Fahima s'est montré un peu stressé lorsqu'elle nous raconte sur l'événement.

Fahima dit que l'incendie est arrivé au village à 07h du matin et presque tout le village a été cerclé par l'incendie, en disant : « *heureusement kan sbah idelheq nezrat, ghas akken tedwred ikel taddart mais nuffa amek nerwel, nerwel ikel nejja ikhamen-negh nejja tadart-negh, nenwa dayen taggara n dunith, nebgha kan anslek l3ibad wahi deriya-negh, yerna machi times-ayi machi am times normal tsuti g mkan gh wayet* » (heureusement que l'incendie est arrivé le matin et on l'a vu, même si le village a été cerclé mais on a trouvé comment s'enfuir, on a tous quitté nos maisons et notre village, nous avons l'intention que c'était la fin de la vie, on cherche seulement a sauvé les gens et nos enfants, en plus ce n'est pas un feu normal il saute d'un lieu un autre). Selon Fahima l'incendie était effrayant et un événement de panique en disant : « *times-ni machi normal les pompiers sagaman atsensen* » (ce n'était pas un incendie normal les pompiers n'arrivent pas à l'éteindre).

Au sein de son village, Fahima nous a confirmé qu'y avait plusieurs dégâts matériels, des voitures, des maisons, des animaux, des jardins... et y avait certaines

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

maisons qui sont totalement brûlées, d'ailleurs Fahima a pensé que même sa maison a été brûlée.

Une fois que la situation est réglé Fahima a dit qu'ils sont rentré chez eux et sa réponse était : « *g 7h n sbah almi le3cha nekni g berra, unekchim ara akham almi tensa times, nqim asseni ikel g berra* » (du 07h du matin jusqu'à la nuit, nous nous sommes resté ailleurs, nous n'avons pas rentré chez nous jusqu'à le feu est éteint, nous étions ailleurs toute la journée).

Axe 2 : Renseignements sur le vécu de l'événement (les incendies d'août 2021)

Lorsqu'on a demandé à Fahima de décrire son ressenti et ses pensées au moment des incendies, elle a soupiré en disant : « *u3limegh ara achu adinigh* » (je ne sais pas quoi dire), elle est resté quelques secondes sans dire rien et puis elle a dit : « *husegh amaken dayen anemeth, khel3egh khel3egh mlih ar tura ma ademktigh, assni tkhemimegh kan amek adselkegh arraw-iw* » (j'ai senti on dirait qu'on va mourir, j'ai trop paniqué jusqu'à maintenant quand je me souviens, cette journée-là je pense seulement comment sauver mes enfants). Le traumatisme psychique est associé à des situations où le sujet a vécu un sentiment de menace vitale ou a été confronté à des visions d'horreur (Chahraoui, 2014).

Fahima pense toujours sur ce qui s'est passé le jour-là « *les images n wass-ni sgamagh athentshugh, uthibigh admektigh ikel ass-ni, tqeligh asma admekthigh, tqeliqegh mlih* » (je n'arrive pas à oublier les images de ce jour-là, je n'aime plus me souvenir de ce jour, je m'inquiète quand je me souviens, je m'inquiète trop). Cela nous renvoie à la présence sans doute de la mémoire traumatique.

Selon Fahima durant le dernier mois, elle a souffert des rêves qui se répètent tout au long de cette période concernant l'événement qu'elle a vécu, « *ussan-ni targugh siwa times* » (ces jours-ci je rêve seulement les incendies). Les réponses de Fahima sur ces questions semble correspondre à ce que le DSM-5 (2015) note dans son critère B (souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants aussi rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse) (DSM-5, 2015).

Après l'incendie c'était éteint, Fahima nous a décrit le monde extérieur comme si quelque chose d'effrayant en disant : « *dounith g berra ikel tqel taberkant, times techa koulech, ça va pas ikel* » (le monde extérieur est devenu noir, l'incendie a tout

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

ravagé, ça ne va pas du tout). Fahima n'est pas bénéficié d'une prise en charge psychologique, les prises en charges était juste pour les enfants.

Concernant l'état physique et psychologique de Fahima durant les premières semaines, elle nous a dit : « *samana-ni tamzwaruth ikel 3ayigh, 3ayigh mlih, ur ligh ara ikel normal, 3ayugh bla ma 3legh kra, surtout le3cha uganegh ara ikel tagadegh adeynegh times-ni at3awed atech3el, même l'appétit us3igh ara* » (durant toute la première semaine j'étais fatigué, trop fatigué, je n'étais pas du tout normal, je me fatigue sans rien faire, surtout la nuit je ne dors pas, j'avais peur de s'endormir et le feu s'enflamme encore une fois, même l'appétit je n'ai pas). Cela semble correspondre à ce que le DSM-5 note dans le critère E (perturbation du sommeil) (DSM-5, 2015).

Lorsque nous avons demandé à Fahima si elle avait quelque chose à rajouter elle a dit : « *n3edda-d g yiweth lhala tu3er mlih, heureusement ughjin ara l3ibad ussaned kul amkan 3awnen-agh mlih ussan-ni. Akken idenigh déjà smana-ni ikel net3assa, ungan ara ikel nettagad at3awed atech3el ghas akken techa kulech mais nettagad parce que tajjad zeynegh lkhouf, ussan-ni ça va pas ikel itqerrih-yi uliw ma adzregh lhala-ni g berra akkeni taberkant, tella techbah tazegzawt g dqiqqa kulech iqel daberkan* » (on a passé par une situation très difficile, heureusement que les gens sont venus pour nous aider, ils nous ont beaucoup aidés ces jours-ci. Comme j'ai déjà dit toute la semaine on attend, on ne dort pas on a peur que l'incendie s'enflamme encore une fois malgré qu'elle a tout ravagé mais on a peur parce que il nous a laissé une crainte, ces jours-ci ça ne va pas du tout ça me fait mal au cœur quand je vois cette situation noire à l'extérieur, elle était belle et verte d'un seul coup tout est devenu noir).

Fahima a conclu l'entretien en nous remerciant de s'être intéressé au vécu le l'événement des incendies de Kabylie, nous l'avons remercié à notre tour d'avoir accepté de participer à notre recherche et d'avoir été coopérative tout au long de l'entretien.

Synthèse de l'entretien semi-directif de Fahima

A partir des données que nous avons recueillies à travers cet entretien, nous constatons que Fahima a vécu une période difficile durant l'événement. Elle semble présenter certains signes renvoyant pour certains à un vécu traumatique tels que : les souvenirs répétitifs, les rêves répétitifs ainsi que les altérations de l'humeur..

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Nous allons à présent passer à la présentation des résultats de Fahima obtenu de l'échelle PCL-5.

2- Présentation et analyse des résultats du PCL-5 de Fahima

Dans ce qui va suivre nous allons étudier le résultat de Fahima obtenu dans l'échelle PCL-5.

Tableau N°5 : résultat de l'échelle PCL-5 de Fahima

Items	Scores	Critères	Les fonctions	Score des critères	interprétation
1	3	B	Reviviscence	14/20	élevé
2	3				
3	2				
4	3				
5	3				
6	3	C	Evitement	5/8	modéré
7	2				
8	1	D	Cognition et humeur	14/28	modéré
9	2				
10	4				
11	4				
12	2				
13	0				
14	1				
15	1	E	Hyperéveil	12/24	modéré
16	0				
17	4				
18	2				
19	2				
20	3				
Total	45	/	/	45/80	TSPT élevé

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Le tableau ci-dessus présente les résultats obtenus de l'échelle PCL-5 de Fahima, d'après ces résultats, on constate qu'elle présente un TSPT élevé avec un score de 45. Alors que le manuel indique la présence d'un TSPT à partir du score 33.

Concernant le score des critères B, C, D, E, le score obtenu de critère B c'est 14, dans le critère C le score obtenu c'est 5 et 14 pour le critère D, le critère E elle a obtenu un score de 12.

Chaque item représente les critères du DSM-5. Ainsi le critère B dans les items 1, 2, 3, 4, 5, signifie les symptômes pathognomoniques de répétition à savoir les reviviscences, l'impression de revivre l'événement.

Fahima a coché la case « *beaucoup* » dans les items B1, B2, B4, B5 « *des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?* », « *des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?* », « *se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement ?* » et « *avoir fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation ?* », cela signifie que Fahima présente les symptômes envahissants de reviviscence et qu'elle présente des réactions physiques et des émotions négatives liées aux souvenirs. Ainsi, Fahima a coché la case « *modérément* » pour l'item B3, « *se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?* », et cela signifie qu'elle présente un retour en arrière modéré de l'expérience stressante.

Les items 6 et 7 dans le critère C représente l'évitement, Fahima a coché la case « *beaucoup* » pour l'item 6, « *essayer d'éviter les souvenirs, pensées et sentiments liés à l'événement ?* » et pour l'item 7 elle a coché la case « *modérément* », et cela signifie qu'elle a recours à l'évitement des indices internes plus que externes concernant l'événement.

Cependant, les items 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, dans le critère D, représente les difficultés cognitives et de l'humeur. Fatima a coché la case « *un peu* » pour les items D8 et D14, « *difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ?* », et « *avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches ?* », ce qui signifie que Fahima a un peu de difficulté à remémorer de certaines parties de l'événement et elle n'avait pas trop de difficulté à éprouver des émotions positives. Ainsi, pour les items D9 et D12 elle a coché la case « *modérément* » ce qui indique la présence des croyances

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

négatives avec un niveau modéré et la présence de perte d'intérêt. Fahima a coché la case « *extrêmement* » pour les items D10 et D11, « *vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?* » et « *avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?* », cela signifie que Fahima blâme trop elle-même et les autres sur l'événement et qu'elle présente d'intenses sentiments négatifs. Pour l'item D13 elle a coché la case « *pas du tout* » ce qui signifie qu'elle n'est pas distante des autres.

Ainsi, les items 15, 16, 17, 18, 19, 20, dans le critère E, Fahima a coché la case « *un peu* » pour l'item E15, « *comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?* » et « *pas du tout* » pour l'item E16, cela indique qu'elle ne pris pas de risque qui pouvait la mettre en danger, et « *extrêmement* » pour l'item E17 « *être en état de super-alerte, hyper vigilant ou sur vos gardes ?* » qui signifie qu'elle est vigilante et attentif à tout mouvement qui lui rappelle l'événement. Pour les items E18 et E19, elle a coché la case « *modérément* » ce qui signifie qu'elle a des sursauts et elle a du mal à se concentrer. L'item E20 « *avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?* », elle a coché la case « *beaucoup* » qui signifie qu'elle a des difficultés de sommeil.

Synthèse des données de l'échelle PCL-5 de Fahima

A partir des résultats obtenus à travers l'échelle PCL-5, nous pouvons déduire que le score total enregistré par Fahima est 45 de 80, selon la version validée de PCL-5, le score total de la présence de TSPT est 33 et plus, alors les résultats de Fahima nous indique la présence du trouble stress post-traumatique, en retenant aussi qu'elle présente des signes dans chacun des critères.

Nous avons constaté que Fahima présente un TSPT avec un niveau élevé, selon l'échelle PCL-5, Fahima présente des symptômes de reviviscences et d'évitement, des signes d'altération de l'humeur et d'altération de l'éveil et de la réaction.

Synthèse du cas n°2 : Fahima

A partir des données recueillis à travers les deux outils de recherche à savoir l'entretien clinique semi-directif et l'échelle PCL-5, Fahima semble qu'elle présente des symptômes du TSPT, on constate qu'elle présente un TSPT avec un niveau élevé

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

selon l'échelle PCL-5 avec un score de 45 et on retient aussi qu'elle présente des signes dans chacun des critères.

Cas n°3 : Zahia

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

Zahia est une jeune fille de 23 ans, étudiante à l'université et célibataire. L'entretien avec Zahia s'est déroulé la matinée du 22 mars, dans une salle vide et fermée à l'université. Ce dernier a duré une vingtaine de minutes et s'est dans son ensemble bien déroulé, Zahia s'est montrée très à l'aise de nous parler et semblait de bonne humeur.

Zahia a été directement exposé à l'événement traumatique ce qui fait qu'elle remplit bien le critère A du DSM-5 (point 1), qu'on a retenu comme critère.

Axe 1 : Renseignements sur l'événement (incendie d'août 2021)

Concernant le vécu d'événement d'incendie, Zahia nous a dit : « *zrigh déjà times mais machi gh le point n tayi n ssif-ayi, elle est bizarre on ne dirait pas ikel times* » (j'ai vu déjà un incendie mais ce n'est pas au point de celui de cet été, il était bizarre on ne dirait pas que c'est un incendie).

Zahia a pris la nouvelle des feux à partir des réseaux sociaux, en disant : « *la première fois zrigh g les réseaux sociaux même g la télévision et la radio et tout, puis après zright mais tella teb3ed f taddarth, d'un seul coup tlahqed zath n ukham, vraiment ugdagh g le moment-ni tebda-d lkhel3a, machi dayen tzemert atinit, parce que times n usgas-ayi machi times kan c'est une catastrophe, to3er vraiment* » (la première fois j'ai vu sur les réseaux sociaux puis après je l'ai vu directement mais était loin du village, d'un seul coup il est arrivé à côté de la maison, vraiment j'avais peur dans ce moment la panique commence, ce n'est pas quelque chose qu'on peut dire parce que l'incendie de cette année ce n'était pas juste un incendie c'est une catastrophe, était vraiment difficile).

Lorsqu'on lui a posé la question sur sa réaction elle a dit : « *trugh, 3aytegh, la vérité u3limegh ara même pas achu ilaq ad3legh parce que tella teb3ed d'un seul coup kechmegh akham fgheghed ufigh-t zath wekham* » (j'ai pleurée, j'ai criée, la vérité je ne savais pas du tout quoi faire parce que le feu était loin d'un seul coup je suis

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

rentrée à la maison et quand je suis sortie je l'ai trouvé à côté de la maison). Une forme de panique semble avoir pris le dessus sur notre cas.

Zahia dit, dès que le feu est arrivé au village ils ont quitté complètement le village : « *les femmes et enfants sufeghen-agh ak g taddarth, parce que les femmes wahi les enfants iytwatuchin mlih, après un bon moment terteq lhaja cheghel la bombe, umba3 nekni nekhlal mlih, trugh, 3aytegh parce que gma dina iyla, lejiran-ynu ikel dina khel3egh et c'était vraiment difficile, même si ugdagh f l3amriw mais ugdagh felasen akter ugdagh mi nezrigh qerben akkeni gh times-ni* » (les femmes et les enfants ils nous ont sortis tous du village parce que nous sommes les plus touchés, après un bon moment y avait quelque chose qui s'est explosé comme une bombe après nous avons été très paniqués, j'ai pleuré et j'ai crié parce que mon frère était là-bas, mes voisins tous étaient là-bas, j'ai été paniqué et c'était vraiment difficile, même si j'avais peur pour moi mais j'avais peur plus pour eux, j'avais craint quand je les ai vu près du feu). Zahia nous décrit l'incendie comme quelque chose indescriptible « *machi dayen zemregh adwesfegh* » (ce n'est pas quelque chose que je peux décrire). Le sujet exprime une peur pour sa vie et celle des autres.

D'après Zahia, elle n'a pas enregistré de dégâts humains juste des blessés mais ils ont enregistré des dégâts matériels : « *net3ach s la nature-ni d'un seul coup y a pas de nature kulech iregha, chejra, les animaux, ikhamen rghan, zemret atinit lhayat-negh ikel tergha, et les blessés llan bezaf* » (on vit avec cette nature d'un seul coup n'y pas de nature tout est brûlé, arbre, animaux, maisons tu peux dire que toute notre vie a été brûlée, et les blessés y avait beaucoup). Le sujet exprime une perte soudaine et inattendues de chose importante pour elle.

Après la situation est réglée Zahia est revenue chez elle : « *neba3ed complètement f taddarth ami dayen tekhsi times umba3 neqled une demi-journée à peu près negh plus* » (on s'est éloigné complètement du village jusqu'à le feu été éteint puis on est revenu, une demi-journée à peu près ou plus). Zahia nous confirme que le lendemain un autre incendie s'enflamme sur l'autre côté du village « *après cheghel ne3ach lhaja niden plus que tina iy3eddin akkeni, 3awden sufeghenagh daghen g taddarth parce que tella dina une explosion jusqu'à présent una3lim ara dachut, donc on a quitté ikhamen-negh pour la deuxième fois, neqqim wahed n trois heures daghen d'ailleurs* » (après on a vécu une autre situation plus que celle qui s'est passée, ils nous

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

ont sortis aussi du village parce qu'y avait une explosion là-bas jusqu'à maintenant on ne sait pas de quoi elle s'agit, donc on a quitté nos maisons pour la deuxième fois, on est resté ailleurs environs trois heures).

Axe 2 : Renseignements sur le vécu de l'événement (incendie d'août 2021)

Quand nous avons demandé à Zahia de décrire son sentiment et ses pensées au moment des incendies, elle est restée quelques secondes silencieuse et puis elle a dit : « *vraiment times-ayi tejja-d lkhel3a zeynegh ar tura parce que jamais nezra times am tayi, vraiment teskhel3agh, tekhemagh lweswas, ma adyili yiwen en bonne santé izmer aditef lehlak s lkhel3a-ni. C'est très difficile amek adwsfegh même ayen ihusegh neki parce que ayen i3achegh g le moment-ni yu3er mlih jamais 3achegh déjà akkeni, tejja-d zeynegh lkhu f ar tura lukan anzer times tamezyant nezmer anekhla3 akter n wass-ni parce que tejja-d les victimes, les pertes matérielles et humaines, elle est très difficile* » (vraiment cet incendie a laissé en nous une panique jusqu'à maintenant parce qu'on a jamais vu un incendie comme celui-ci, vraiment nous a paniqué, nous a fait une obsession, quand une personne est en bonne santé avec cette panique-là peut tomber malade. C'est très difficile même pour décrire ce que j'ai ressenti parce que j'ai vécu un moment très difficile et je n'ai jamais déjà passé par un cas comme celui-ci, il a laissé en nous une crainte jusqu'à présent si on voit un petit indice rappelant l'événement on peut paniquer plus que ce jour-ci parce qu'il a laissé des victimes, des pertes matérielles et humaines et c'était très difficile). Nous pouvons constater que Zahia présente une peur persistante, toujours présente. Le sujet a également exprimé à plusieurs reprises la difficulté de trouver les mots adéquats pour relater son expérience.

Concernant ce qui s'est passé le jour de l'événement, Zahia n'a pas oublié et pense toujours à ce jour-là, « *tkhemimegh bezaf f la journée-ni, ayen ine3ach ass-ni jamais atheshugh pendant toute la vie machi dayen zemreggh adeshugh, asma ademekhthigh tehusugh imaniw ça va pas ça me dérange* » (je pense trop sur ce jour-ci, ce qu'on a vécu ce jour-ci je ne l'oublie jamais pendant toute la vie ce n'est pas quelque chose que je peux oublier, quand je me souviens je ne me sens pas bien ça me dérange). Ce qui indique la présence d'une mémoire traumatique, en effet pour Levine (2016), si notre corps et notre cerveau n'avaient pas cette capacité de mémoire,

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

le traumatisme n'existerait pas cela renvoie au critère B du DSM-5 (2015). Concernant les rêves, Zahia n'a jamais vu des rêves liés à l'événement.

Lorsque nous avons demandé à Zahia de décrire le monde extérieur elle a réagi en disant : « *olala, ça va pas ikel, on dirait pas ikel net3ach g tmurth-ni, kulech itwach, kulech daberkan ça va pas ikel nella g la nature kulech vert c'était la belle vie et puis après kulech yeqel noir ussan-ni utefaghegh ara même pas g kham parce que itqerih-yi uliw ma adezregh la nature-ni teqel akkeni zemret atetrut normal* » (olala, ce n'est pas du tout bien, on ne dirait pas du tout on vit dans ce village, tout était ravagé, tout est noir ce n'est pas du tout bien on était dans une nature toute verte c'était la belle vie et puis après tout est devenu noir ces jours-ci je ne sors pas de la maison parce que me fait mal au cœur quand je vois la nature devenu comme ça tu peux pleurer normal). D'après sa réponse sur cette question nous comprenons que Zahia a recours à l'évitement des indices externes. Tel que le DSM-5 le note : évitement ou efforts pour éviter les rappels externes qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse (DSM-5, 2015).

Zahia n'a pas bénéficiée d'une prise en charge psychologique, elle a dit que y avait des psychologues qui sont venus mais ils ont pris en charge beaucoup plus les enfants pour les adultes elle ne sait pas.

Pour son état physique et psychologique durant les premières semaines : « *wellah ar s3eddagh-t très difficile, utetegh ara, ugganegh ara, déjà qlegh ta3fegh parce que l'appétit truhyi complètement tekhemimegh ghef wanechteni kan* » (je jure que ça a été très difficile, je ne mange pas, je ne dors pas, déjà j'ai perdu du poids parce que j'ai complètement perdu l'appétit je pense seulement à ce qui s'est passé). Et cela semble correspondre à ce que le DSM-5 note dans le critère E (perturbation du sommeil). Ainsi, il existe une association fréquente entre les troubles psycho-traumatiques et de nombreux troubles d'allures somatiques, dépressive, pseudo-délirante et des troubles des conduites (Chahraoui, 2014). La perte d'appétit renvoie ici à une symptomatologie d'allure traumatique.

Lorsque nous avons demandé à Zahia si elle avait des choses à rajouter qu'on n'a pas abordé, elle a dit : « *ne3ach une période très difficile abrid amenzou unenwa ara aghetlhaq wan3ich anechteni netmena lukan une3ach ara la situation-ni, netmena* »

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

lukan ut3il ara anechteni les dégâts, ne3ach yiweth la période très difficile au point uzemret ara même pas atwesfet, nekhser ayen swachu net3ach, nekhser des personnes nesnithen, mais la vérité fkanaghed afus ughejan ara partout g le moment-ni et...c'est tout » (on a vécu une période très difficile la première fois on n'a pas pensé que ça va nous arriver on souhaite que nous n'ayons pas vécu cette situation, on souhaite qu'il n'a pas fait tous ces dégâts, on a vécu une période très difficile on n'arrive même pas à la décrire, on a perdu tous ce qu'on vit avec, on a perdu des personnes qu'on connaît, mais la vérité ils nous ont aidés partout ils ne n'ont pas laissés en ce moment et... c'est tou). Une forme de sidération est toujours présente avec une difficulté à accéder au langage pour décrire l'éprouvé. Un sentiment de culpabilité est donc présent pour ce cas, une amertume aussi.

On a conclu l'entretien en remerciant Zahia d'avoir accepté de participer à notre recherche et d'avoir été coopérative tout au long de l'entretien, elle aussi nous a remercié de s'être intéressé au vécu de cet événement.

Synthèse de l'entretien de recherche

A travers les informations recueillis au cours de l'entretien de recherche, Zahia, nous semble qu'elle exprime quelques indices renvoyant pour certains à un vécu traumatique tels que : les souvenirs répétitifs et pénibles, état émotionnel négatifs et le trouble du sommeil. Une symptomatologie neurovégétatives également.

2- Présentation et analyse des résultats de l'échelle PCL-5

Dans ce qui va suivre nous allons étudier le résultat de Zahia obtenu dans l'échelle PCL-5.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Tableau N°6 : résultat de l'échelle PCL-5 de Zahia

Items	Scores	Critères	Les fonctions	Scores des critères	interprétations
1	2	B	Reviviscences	10/20	modéré
2	0				
3	3				
4	4				
5	1				
6	4	C	Evitement	4/8	modéré
7	0				
8	0	D	Cognition et humeur	14/28	modéré
9	3				
10	2				
11	3				
12	4				
13	0				
14	2				
15	0	E	Hyperéveil	10/20	modéré
16	0				
17	4				
18	2				
19	1				
20	3				
Total	38	/	/	38/80	TSPT modéré

Le tableau ci-dessus présente les résultats de Zahia obtenu de l'échelle PCL-5, d'après ces résultats, on constate qu'elle présente un TSPT modéré avec un score de 38. Le manuel indique une présence d'un TSPT à partir du score 33.

Concernant le score des critères B, C, D, E, le score obtenu de critère B c'est 10, dans le critère C le score obtenu c'est 4, et 14 est le score obtenu dans le critère D, le critère E elle a obtenu un score de 10.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Chaque items représente les critères du DSM-5. Ainsi, le critère B dans les items 1, 2, 3, 4, 5, représente les symptômes pathognomonique de répétition à savoir les reviviscences, l'impression de revivre l'événement.

Zahia a coché la case « *modérément* » dans l'item B1 « *des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?* » Cela signifie qu'elle présente des souvenirs répétitifs. Et pour l'item B2 « *pas du tout* » ce qui signifie qu'elle n'avait pas de rêves liés à l'événement. Zahia a coché la case « *beaucoup* » pour l'item B3 « *se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?* » ce qui signifie qu'elle présente le retour en arrière de l'expérience stressante qu'elle a vécu, et l'item B4 « *se sentir mal quand quelques chose vous rappelle l'événement* » elle a coché la case « *extrêmement* » qui signifie qu'elle a trop d'émotions négatives liées aux souvenirs, dans l'item B5 elle a coché la case « *un peu* » qui signifie que Zahia présente une faible réaction physique.

Les items 6,7, dans le critère C représente l'évitement, Zahia a coché la cas « *extrêmement* » pour l'item C6 « *essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'événement* » qui signifie qu'elle a recours à l'évitement des indices internes. Et pour l'item C7 a coché la case « *pas du tout* » qui signifie qu'elle n'a pas recours à l'évitement des indices externes.

Ainsi, les items 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, dans le critère D, représente des difficultés cognitives et de l'humeur. Zahia a coché la case « *pas du tout* » pour les items D8 et D13 qui signifie qu'elle n'a pas de difficulté de mémorisation et n'est pas éloigné des autres. Pour les items D9 et D11 « *des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (des croyances comme : je suis mauvais, j'ai quelque chose qui cloche, je ne peux avoir confiance en personne, le monde est dangereux)?* » et « *avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?* » elle a coché la case « *beaucoup* », cela signifie qu'elle a beaucoup de croyances négatives et trop de sentiments négatifs. Zahia a coché la case « *modérément* » dans les items D10 et D14 « *vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?* » et « *avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?* » qui signifie que Zahia blâme elle-même ou autrui sur l'événement, et qu'elle a du mal à éprouver des sentiments positifs. Dans l'item D12

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

« *perdre de l'intérêt pour les activités que vous aimiez auparavant ?* » elle a coché la case « *extrêmement* » qui indique qu'elle présente une perte d'intérêt.

Les items 15, 16, 17, 18, 19, 20, dans le critère E, Zahia a coché la case « *pas du tout* » dans les items D15 et D16 qui signifie qu'elle ne présente pas de l'irritabilité et qu'elle ne prend pas de risques qui pouvait la mettre en danger. Elle a coché la case « *extrêmement* » dans l'item E17 « *être en état de super-alerte, hyper vigilant ou sur vos gardes ?* » qui signifie qu'elle est hyper-vigilante et attentif à tout mouvement qui lui rappelle l'événement. Dans l'item E18 « *sursauter facilement* » qui signifie qu'elle a des sursauts. Et « *un peu* » dans l'item E19 qui indique qu'elle a un peu du mal à se concentrer. Ainsi, dans l'item E20 « *avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?* » a coché la case « *beaucoup* » cela signifie qu'elle a beaucoup de difficulté à s'endormir.

Synthèse des données de l'échelle PCL-5 de Zahia

A travers les résultats de l'analyse de l'échelle PCL-5, nous pouvons constater que Zahia présente un TSPT modéré avec un score total de 38 de 80, selon la version validée de PCL-5, le score total de la présence d'un TSPT est 33, alors les résultats de Zahia indique la présence de TSPT avec un niveau modéré. En retenant aussi qu'elle présente des signes dans chacun des critères, elle présente des symptômes de reviviscences et d'évitement, des signes d'altération de l'humeur et aussi d'altération de l'éveil et de réaction.

Synthèse du cas N°3 : Zahia

A partir des données recueillis à travers l'entretien de recherche semi-directif, et les résultats obtenus de l'outil psychométrique, nous pouvons constater que notre sujet présente des signes d'un TSPT qu'on a repéré dans son discours durant l'entretien, et le niveau modéré du trauma exprimé par un score total de 38 à travers l'échelle PCL-5. Les résultats sont concordants et complémentaires.

Cas N°4 : Samira

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

Samira est une femme de 43 ans, mariée et une mère de trois enfants et une femme au foyer, Samira présente comme antécédent médical l'hypertension artérielle.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

L'entretien avec Samira s'est déroulé l'après-midi du 28 mars, ainsi ce dernier a duré environ vingt minutes. Son entretien est effectué à son domicile, dans une pièce de la maison où toutes les conditions étaient réunies, et elle était prête pour l'entretien et semblait de bonne humeur.

Samira a été directement exposé à l'événement traumatique, ce qui fait qu'elle remplit bien le critère A du DSM-5 (point 1).

Elle était tout le temps silencieuse jusqu'à ce qu'on pose la question et elle répond avec émoussement affectif ou une sidération peuvent expliquer cette attitude juste par une petite phrase sur la question. Ne pas avoir les mots pour rapporter son ressenti est courant chez les victimes de trauma.

Axe 1 : Renseignements sur l'événement (incendies d'août 2021)

Lorsque nous avons demandé à Samira de nous parler sur l'événement, elle nous a dit qu'elle déjà vu les incendies mais la première fois qu'elle voit un incendie comme celui-là « *zrigh déjà times mais la première fois adezregh am tayi* ».

Samira a vu le feu de près « *feghegh kan gh berra twalight* » (je suis sortie à l'extérieur je l'ai vu) et elle a été choqué lorsqu'elle l'a vu « *chukigh mi tezrigh* ». une confrontation et une exposition soudaine et directe à l'événement.

Samira a réagi par une panique puis après ils se sont enfuis « *khel3egh umba3 nerwel* ».

Concernant ce qui s'est passé ce jour-là, Samira nous a dit : « *nerwel ikel g kham nruh gh la famille net3assa atness almi dazeka sbah bach neqled akham* » (nous avons quitté tous nos maisons nous sommes allés chez la famille en attendant qu'il soit éteint et nous sommes revenus le lendemain).

Selon Samira ils n'ont pas enregistré des dégâts humains y avait seulement des pertes matérielles « *irgha-yi azemmur wahi le kuri* » (les oliviers et l'écurie étaient brûlés).

Après que la situation soit réglée Samira est entré chez elle « *mi tekkes times neqled akham* » en confirmant qu'ils sont restés une journée complète dehors.

Axe 2 : Renseignements sur le vécu de l'événement

Lorsque nous avons demandé à Samira de décrire son ressenti et ses pensées au moment des incendies, elle a dit : « *khel3egh ugdagh aderghegh nigh adiregh hed g kham-iw daya kan f wachu tekhemimegh siwa yir ikhemimen* » (j'ai paniqué et j'avais peur d'être brûlée ou quelqu'un de ma famille se brûle je pense uniquement sur ça juste des pensées négatives). Elle exprime une véritable crainte pour son intégrité physique et celle des autres.

Concernant ce qui s'est passé le jour de l'événement, Samira pense toujours à ce jour-là « *tekhemimegh kan ghef wass-ni ghas akken teliqegh ma adetekhemimegh f wanechteni me3na sgamagh adeksegh akhemem-ni* » (je pense seulement à ce jour-là malgré que ça m'inquiet en pensant à ça mais je ne peux pas éviter ces pensées). Le sujet rapporte des pensées intrusives.

Samira, elle avait des rêves répétitifs liés à l'événement d'incendie « *wighed achehal neki targugh siwa times* » (j'avais un certain temps et moi je rêve seulement du feu). Ce qui fait que Samira remplit bien le critère B du DSM-5 (souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse, et rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement / aux événements traumatiques) (DSM-5, 2015).

Après que l'incendie soit éteint, Samira a vu le monde extérieur comme quelque chose d'effrayant « *mi tekhsi times kulech isekhla3 daberkan obligé atetrut* » (après le feu c'était éteint tout est noir et effrayant j'ai pleuré).

Samira n'a pas bénéficié d'une prise en charge psychologique. Pour sa santé physique, elle a dit : « *3ayigh mlih ussan-ni l'appétit ulach utetegh ara nudam ulach* » (ces jours-là j'étais trop fatigué, je ne mangeais, j'ai perdu l'appétit et j'ai perdu le sommeil). Cela correspondre à ce que le DSM-5 note dans le critère E (perturbation du sommeil) (DSM-5, 2015). Le langage est souvent pauvre chez les victimes. Le traumatisme est une blessure du langage.

A la fin, nous avons demandé à Samira si elle voulait rajouter quelque chose qu'on pas abordé, elle a dit qu'elle a tout dit et elle n'a rien à rajouter. Sachant que Samira ne parle pas trop, elle répond juste sur la question de façon précise.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Synthèse de l'entretien de Samira

A partir des informations recueillies au cours de l'entretien, Samira nous montrent qu'elle exprime des indices renvoyant pour certains à un vécu traumatique tels que : la fuite panique, les souvenirs et les rêves répétitifs et envahissants de l'événement vécu, ainsi que le trouble du sommeil, rajoutant à ça les pensées et les émotions négatives.

2-Présentation et analyse des résultats du PCL-5 de Samira

Dans ce qui va suivre nous allons étudier le résultat de Samira obtenu dans l'échelle PCL-5.

Tableau N°7 : résultat de l'échelle PCL-5 de Samira

Items	Scores	Critères	Les fonctions	Score des critères	interprétation
1	4	B	Reviviscence	15/20	élevé
2	1				
3	3				
4	4				
5	3				
6	3	C	Evitement	6/8	élevé
7	3				
8	2	D	Cognition et humeur	13/28	moyen
9	2				
10	2				
11	3				
12	3				
13	0				
14	1				
15	0	E	Hyperéveil	9/24	Faible
16	0				
17	3				
18	2				
19	0				
20	4				
Total	43	/	/	43/80	Elevé

Le tableau ci-dessus présente les résultats de Samira obtenu de l'échelle PCL-5, d'après ses résultats, on constate qu'elle présente un TSPT élevé avec un score de 43.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Concernant le score des critères B, C, D, E, le score obtenu de critère B c'est 15, dans le critère C le score obtenu c'est 6, et 13 le score obtenu dans le critère D, le critère E elle a obtenu un score de 9.

Dans les items B1 et B4, Samira a coché la case « *extrêmement* » et cela signifie qu'elle présente des souvenirs répétitifs et qu'elle a des émotions négatives liées à l'événement. Dans l'item B2, elle a coché la case « *un peu* » qui signifie qu'elle présente peu de rêves répétitifs. Ainsi, Samira a coché la case « *beaucoup* » dans les items B3 et B5, et cela indique qu'elle a de retour en arrière de l'expérience stressante qu'elle a vécu et présente une forte réaction physique.

Les items 6, 7, dans le critère C représente l'évitement, Samira a coché la case « *beaucoup* » et cela signifie qu'elle a recours à l'évitement des indices internes et externes.

Ainsi, les items 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, dans le critère D représente des difficultés cognitives et de l'humeur. Samira a coché la case « *modérément* » dans les items D1, D2 et D3 qui indique qu'elle a des difficultés à rappeler certaines parties importantes de l'événement, des croyances négatives ainsi qu'elle blâme elle-même et autrui sur l'événement. Dans les items D11 et D12 elle a coché la case « *Beaucoup* » qui indique qu'elle présente des sentiments négatifs et une perte d'intérêt. Samira a coché la case « *Pas du tout* » dans l'items D13 qui signifie qu'elle n'est pas distante et n'évite pas les autres. Ainsi, l'item D14, elle a coché la case « *Un peu* » qui signifie qu'elle présente un peu de difficulté à éprouver des sentiments positifs.

Les items 15, 16, 17, 18, 19, 20, dans le critère E, Samira a coché la case « *pas du tout* » dans les items E15, E16 et E19, et cela signifie qu'elle ne présente pas l'irritabilité, ne prend pas risque qui pouvait la mettre en danger et ne présente pas des difficultés de concentration. Dans l'item E17, elle a coché la case « *beaucoup* » qui signifie qu'elle est toujours vigilante et attentif à tout mouvement qui lui rappelle l'événement. Elle a coché la case « *modérément* » dans l'item E18 qui indique qu'elle a des sursauts, et puis dans l'item E20, elle a coché la case « *extrêmement* » qui signifie que Samira présente des difficultés à s'endormir.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Synthèse de l'échelle PCL-5 de Samira

A travers les résultats obtenus de l'analyse de PCL-5, nous pouvons déduire que le score total enregistré par Samira est 43 de 80, selon la version validée de PCL-5, le score total de la présence de TSPT est 33 et plus, alors les résultats de Samira nous indique la présence d'un TSPT.

Nous avons constaté que Samira présente un TSPT élevé, selon l'échelle PCL-5, elle présente des symptômes de reviviscences et d'évitement, aussi un peu des signes d'altération de l'humeur, et qu'elle a une faible altération de l'éveil et de réaction.

Synthèse du cas N°4 : Samira

A partir des données recueillies à travers l'entretien de recherche semi-directif, et les résultats obtenus de l'outil psychométrique, nous pouvons constater que notre sujet présente des signes d'un TSPT qu'on a repéré à partir de son discours durant l'entretien, le niveau élevé exprimé par un score total de 43 à travers l'échelle PCL-5.

Cas N°5 : Yamina

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

Yamina est une femme âgée de 55 ans, elle est une femme au foyer mariée et une mère de sept enfants, Yamina présente comme antécédent médical le diabète. L'entretien avec Yamina s'est déroulé l'après-midi du 28 mars dans une pièce à sa maison où toute les conditions étaient réunies. Ce dernier a duré une trentaine de minutes, il s'est dans son ensemble bien déroulé.

Yamina a été directement exposé à l'événement traumatique ce qui fait qu'elle remplit bien le critère A du DSM-5 (point 1).

Axe 1 : Renseignements sur l'événement (incendie d'août 2021)

Lorsque nous avons demandé à Yamina de nous parler sur l'événement, elle nous a dit qu'elle avait déjà vu les incendies mais pas comme celui de cette année, elle a dit : « *times n usgas-ayi tameqrant* » (l'incendie de cette année est grand).

Yamina, elle a entendu la nouvelle de l'incendie par ses voisins « *nella g kham una3lim ara lu3anaghed ljiran mi nfegh nezrat umba3 nekhl3, imiren tebda-d*

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

lkhel3a »(on était à la maison on ne savait pas, c'est les voisins qui nous ont appelé quand on est sorti on l'a vu on a paniqué, à ce moment la panique commence). Dans l'immédiat, le sujet a donc répondu par un stress qu'on peut qualifier selon ses dires de « dépassé » une hyper-réaction (agitation, fuite).

Ainsi, Yamina nous a dit qu'ils ont quitté le village complètement « *nerwel ikel sayi g taddarth udneqil ara ami tensa times* » (on a quitté tous le village on n'est pas revenu jusqu'à ce que le feu est éteint).

D'après Yamina, ils n'ont pas enregistré des dégâts humains mais y avait des petites pertes matérielles.

Quand la situation est réglé, Yamina est revenu chez elle, en confirmant qu'ils ont resté toute une journée en dehors du village et ils sont revenus le lendemain « *neqled azeka-ni akham, neqqim yiwen wass g berra* ».

Axe 2 : Renseignements sur le vécu de l'événement

Quand nous avons demandé à Yamina de décrire son sentiment, elle a dit : « *khel3egh mlih ugdagh aderghen ikhamen-negh, g le moment-ni, parce que nekni nerwel neslek imanegh mais nejja ikham-negh ayen ines3a ikel nejjath* » (j'ai trop paniqué j'avais peur que nos maisons se brûle en ce moment parce que on a fui on a sauvé nous-même mais on a laissé nos maisons tous ce qu'on avait on l'a laissé). Nous comprenons que Yamina présente des pensées négatives.

Yamina, elle n'a pas vu beaucoup de rêve concernant l'événement.

Après l'incendie c'était éteint pour Yamina le monde extérieur est comme un désespoir : « *d lhala tezemret atetrut, lhala taberkant, kulech irgha, desepirigh dayen mi zrigh akkeni, lukan ufigh ilaq ruhegh ikel bach uzaregh lhala-ni* » (est une situation qui fait pleurer, tout est noir, tout est brûlé, j'ai perdu l'espoir quand j'ai vu tout ça, j'avais l'impression de partir pour ne pas voir cette situation). La réponse de Yamina sur cette question renvoie à ce que le DSM-5 note dans son critère C (évitement ou efforts pour éviter les rappels externes qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques provoquant une détresse) (DSM-5, 2015).

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Yamina n'a pas bénéficié d'une prise en charge psychologique. Pour son état physique, elle a dit : « *3ayigh fechlegh mi twaligh kulech taberkan* » (j'étais fatigué j'ai faibli quand je vois tout est devenu noir).

A la fin, nous avons demandé si elle voulait rajouter quelque chose qu'on a pas abordé, elle a dit : « *g taswi3th-ni wellah ar khel3egh mlih nwich dayen ademthegh adejehg arraw-iw, ugdagh aderghegh ghas ugdagh ghef l3amriw mais ugdagh ghef warraw-iw akter* » (durant le moment-ci je jure que j'ai trop paniqué j'ai cru que je vais mourir je vais laisser mes enfants, j'ai peur de me brûler malgré j'ai peur pour moi mais j'avais peur pour mes enfants plus).

Synthèse de l'entretien de Yamina

A partir des données recueillies durant l'entretien, nous comprenons qu'elle exprime certaines indices renvoyant à un vécu traumatique tels que : la fuite panique, les états émotionnels négatifs, et les évitements.

2-Présentation et analyse des résultats du PCL-5 de Yamina

Dans ce qui va suivre nous allons présenter les résultats que Yamina a obtenu de l'échelle PCL-5.

Tableau N°8 : résultat de l'échelle PCL-5 de Yamina

Items	Scores	Critères	Les fonctions	Scores des critères	interprétation
1	3	B	Reviviscences	8/20	Faible
2	1				
3	0				
4	3				
5	1				
6	2	C	Evitement	4/8	Modéré
7	2				
8	1	D	Cognition et humeur	14/28	Modéré
9	1				
10	3				
11	4				

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

12	3				
13	1				
14	1				
15	1				
16	0				
17	3				
18	0	E	Hyperéveil	8/24	Faible
19	2				
20	2				
Total	34	/	/	34/80	modéré

Le tableau ci-dessus présente les résultats de Yamina obtenu de l'échelle PCL-5, d'après ses résultats, on constate qu'elle présente un TSPT modéré avec un score de 34.

Concernant les scores des critères B, C, D, E, le score obtenu de critère B c'est 8, dans le critère C le score obtenu c'est 4, et 14 le score obtenu dans le critère D, le critère E elle a obtenu un score de 8.

Dans les items B1 et B4, Yamina a coché la case « *beaucoup* » et cela signifie qu'elle présente des souvenirs répétitifs et qu'elle a des émotions négatives liées à l'événement. Dans les items B2 et B5 elle a coché la case « *un peu* » qui signifie qu'elle présente peu de rêve et peu de réactions physiques liées à l'événement. Ainsi, l'item B3, elle a coché la case « *pas du tout* » qui indique qu'elle n'a pas de retour en arrière de l'expérience stressante.

Les items 6, 7 dans le critère C représente l'évitement, Yamina a coché la case « *modérément* » et cela signifie qu'elle a recours à l'évitement des indices internes et externes concernant l'événement.

Ainsi, les items 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 dans le critère D, représente des difficultés cognitives et de l'humeur. Yamina a coché la case « *un peu* » dans les items D8, D9, D13 et D14, et cela signifie qu'elle n'a pas des difficultés de mémorisation et qu'elle a peu de croyances négatives, elle évite un peu les autres et qu'elle éprouve peu de sentiments positifs. Ainsi, les items D10 et D12, elle a coché la case « *beaucoup* », cela signifie qu'elle blâme elle-même et autrui sur l'événement, et elle a

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

une perte d'intérêt. Yamina a coché la case « *extrêmement* » dans l'item D11, qui signifie qu'elle présente des sentiments négatifs.

Les items 15, 16, 17, 18, 19, 20, dans le critère E, Yamina a coché la case « *un peu* » dans l'item E15, et cela signifie qu'elle a un peu d'irritabilité. Ainsi, dans les items E16 et E18, elle a coché la case « *pas du tout* » qui signifie qu'elle ne prend pas risque qui pouvait la mettre en danger et elle n'a pas des sursauts. Yamina a coché la case « *beaucoup* » dans l'item E17, et cela signifie qu'elle est vigilante et attentive à tout mouvement qui lui rappelle l'événement. Et dans les items E19 et E20, elle a coché la case « *modérément* », qui indique qu'elle a des difficultés à se concentrer et à s'endormir.

Synthèse des données de l'échelle PCL-5 de Yamina

A partir des résultats de l'analyse de PCL-5, nous pouvons déduire que le score total enregistré par Yamina est 34 de 80, selon la version validée de PCL-5, le score total de la présence d'un TSPT est 33 et plus, alors les résultats de Yamina nous indique la présence d'un TSPT.

Nous avons constaté que Yamina présente un TSPT modéré, selon l'échelle PCL-5, Yamina présente quelques symptômes de reviviscences et d'évitement, aussi des signes d'altération de l'humeur et une faible altération de l'éveil et de réaction.

Synthèse du cas N°5 : Yamina

A travers les données recueillies à partir de l'entretien de recherche semi-directif et les résultats obtenus de l'outil psychométrique, nous comprenons que notre sujet présente quelque signes d'un TSPT qu'on a repéré à travers son discours durant l'entretien, dont le niveau est modéré exprimé par un score total de 34 à travers l'échelle PCL-5.

Cas N°6 : Naziha

1- Présentation et analyse des données de l'entretien de Naziha

Naziha nous a accueillies et était prête pour l'entretien, et elle semblait de bonne humeur. L'entretien s'est déroulé l'après-midi du 29 mars à son domicile. L'entretien avec Naziha a duré environ trente minutes.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Naziha est âgée de 43 ans, mariée avec trois enfants, elle est analphabète et femme au foyer, elle n'a aucun antécédent ni médical ni psychiatrique. Naziha a été directement exposé à l'événement traumatique ce qui fait qu'elle remplit bien le critère A du DSM-5 (point 1).

Axe 1 : Renseignements sur l'événement (les incendies d'août 2021)

Lorsque nous avons demandé à Naziha si elle a vécu déjà l'événement d'incendie, elle a dit : « *zrigh yakan times temchabah tina n ssif-ayi mais machi anechet n tayi* » (j'ai vu déjà l'incendie qui ressemble à celui de cet été mais ce n'est pas au point de celui-ci).

Naziha a appris la nouvelle par ses voisins, en disant : « *d l'jiran ighedilu3an* » (c'est les voisins qui nous ont appelé). Naziha quand elle a vu l'incendie elle avait des tremblements musculaires, de forts battements de cœur, en confirmant que c'était la première fois de se sentir comme ça.

Selon Naziha, elle a eu une forte réaction lorsqu'elle a vu les incendies, car elle a décrit sa réaction avec une grande panique « *chukigh mi tezrigh, jamais 3achegh g lhayatiw le choc am wina* » (j'ai choqué quand je l'ai vu, j'ai jamais vécu un choc comme celui-ci).

Naziha nous a dit qu'ils ont quitté les maisons et ont laissé tous « *nerwel nejja kulech, tkechmaghed time akham, times-ayi tsekhlaz tameqrant tsuti, l3amriw walagh times am tina* » (on a fui, on a laissé tout, l'incendie est entré à la maison, cet incendie est grand effrayant et il saute, je n'ai jamais vu de ma vie un incendie comme ceux-ci).

D'après Naziha, elle n'a pas enregistré des dégâts humains sauf son marié qui y avait des blessures, mais elle a eu des dégâts matériels « *nes3a khila n chejer irgha ikel tibhirth-negh tergha kulech irgha cheghel amaken neqqimed wahdenegh kan* » (on a beaucoup d'arbres étaient complètement brûlés notre jardin était brûlé tout est incendiés on dirait qu'on est resté tout seul).

Après la situation est réglé, Naziha et sa famille sont rentrés chez eux, après avoir resté toute une journée à l'extérieur « *neffegh sbah neqled le3cha imi dayen tensa times techa kulech* » (on est sorti le matin et on est revenu la nuit quand l'incendie est éteint et a tout ravagé).

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Axe 2 : Renseignements sur le vécu de l'événement

Quand nous avons demandé à Naziha de nous décrire son sentiment et ses pensées au moment des incendies, elle a dit : « *hussegh dayen tfuk fellanegh dunith, tekhemimegh kan amek an3ich* » (j'ai senti c'était notre fin de vie, je pense seulement comment on va vivre).

Concernant ce qui s'est passé le jour de l'événement, Naziha n'a pas oubliée et pense toujours à ce jour-là « *machi lhaja tamezyant tzemret ateshut* » (ce n'est pas une petite chose pour l'oublie). Ce qui nous renvoie à la présence sans doute d'une mémoire traumatique.

Naziha avait souvent des rêves répétitifs liés à l'événement d'incendie. Ce qui remplit le critère B du DSM-5 (2015) (souvenirs répétitifs et rêves répétitifs).

Lorsque l'incendie s'est éteint Naziha a décrit l'extérieur comme une fin du monde, tout est noir, et elle a dit même notre espoir est fini.

Naziha n'a pas bénéficié d'une prise en charge psychologique. Pour son état physique elle avait des tremblements musculaires et des forts battements de cœur et elle est parti à l'hôpital parce qu'elle avait une faiblesse et elle a souffert des troubles du sommeil et même le trouble alimentaire.

Naziha a rajouté : « *3achegh yiwen le choc jamais atheshugh ar tura ma ademekthigh trugh teqqim-yi akken lkhel3a ma sligh lhaja adenwugh d kra yetran* » (j'ai vécu un choc que je ne peux jamais oublier jusqu'à maintenant quand j'entends quelque chose je crois directement que y a quelque chose qui s'est passé).

Synthèse de l'entretien de Naziha

Compte tenu des informations recueillis au cours de l'entretien de recherche, Naziha semble qu'elle exprime des indices qui renvoie à un vécu traumatique tels que : fuite panique, sentiments négatifs, des rêves et des souvenirs répétitifs, les troubles du sommeil ainsi que le trouble alimentaire.

2-Présentation et analyse des résultats du PCL-5 de Naziha

Dans ce qui va suivre nous allons étudier le résultat de Naziha obtenu dans l'échelle PCL-5.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Tableau N°9 : résultat de l'échelle PCL-5 de Naziha

Items	Scores	Critères	Les fonctions	Score des critères	Interprétation
1	3	B	Reviviscences	17/20	Sévère
2	3				
3	3				
4	4				
5	4				
6	3	C	Evitement	6/8	Elevé
7	3				
8	2	D	Cognition et humeur	20/28	Elevé
9	3				
10	3				
11	4				
12	2				
13	4				
14	2				
15	2	E	Hyperéveil	15/24	Elevé
16	0				
17	4				
18	2				
19	3				
20	4				
Total	58	/	/	58/80	Très élevé

Le tableau ci-dessus présente les résultats de Naziha obtenu de l'échelle PCL-5, d'après ses résultats, on constate qu'elle présente un TSPT très élevé avec un score de 58.

Concernant le score des critères B, C, D, E, le score obtenu de critère B c'est 17, dans le critère C le score obtenu c'est 6, et 20 le score obtenu dans le critère D, le critère E elle a obtenu un score de 15.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Naziha a coché la case « *beaucoup* » dans les items B1, B2 et B3 qui signifie qu'elle présente des souvenirs et des rêves répétitifs ainsi qu'elle a de retour en arrière de l'expérience stressante. Dans les items B4 et B5, elle a coché la case « *extrêmement* » et cela signifie qu'elle a trop d'émotions négatives et de fortes réactions physiques liés aux souvenirs.

Les items 6, 7, dans le critère C représente l'évitement, Naziha a coché la case « *beaucoup* » dans les items C6 et C7, et cela signifie que Naziha a recours à l'évitement des indices internes et externes concernant l'événement.

Ainsi, les items 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, dans le critère D, représente des difficultés cognitives et de l'humeur. Naziha a coché la case « *modérément* » dans les items D8, D12 et D14 et cela signifie qu'elle avait de difficulté à se remémorer et présente une perte d'intérêt ainsi que des difficultés à éprouver des sentiments positifs. Dans les items D9 et D10, elle a coché la case « *beaucoup* » cela indique qu'elle a beaucoup de croyances négatives et elle blâme quelqu'un pour l'événement. Puis les items D11 et D13, Naziha a coché la case « *extrêmement* » qui signifie qu'elle a trop d'émotions négatives et s'éloigne des autres.

Les items 15,16,17,18,19,20, dans le critère E, Naziha a coché la case « *modérément* » dans les items E15 et E18 et cela indique qu'elle est irritable et a des sursauts. Ainsi, elle a coché la case « *pas du tout* » dans l'item E16 qui signifie qu'elle ne prend pas risque qui pouvait la mettre en danger. Les items E17 et E20, Naziha a coché la case « *extrêmement* » et cela signifie qu'elle est hyper-vigilante à tout mouvement qui lui rappelle l'événement et elle a trop de difficulté à s'endormir. Et finalement l'item E19 elle a coché la case « *beaucoup* », qui indique qu'elle a des difficultés à se concentrer.

Synthèse de l'échelle PCL-5 de Naziha

A travers les résultats de l'analyse de PCL-5, nous pouvons déduire que le score total enregistré par Naziha est 58 de 80, alors ces résultats nous indiquent la présence d'un TSPT.

Nous avons constaté que Naziha présente un TSPT très élevé, selon l'échelle PCL-5 présente des signes dans chacun des critères, elle présente des symptômes de

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

reviviscences et d'évitement, aussi des signes d'altération de l'humeur et d'altération de l'éveil et de réaction.

Synthèse de cas N°6 : Naziha

En se référant aux données recueillis de l'entretien de recherche semi-directif, et des résultats obtenus de l'échelle PCL-5, on constate que Naziha présente des signes claires de nature et d'allure traumatique et exprimé par un niveau très élevé de TSPT selon l'échelle PCL-5.

Cas N°7 : Salim

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

Salim est âgé 40 ans, marié avec deux enfants, son niveau scolaire est 9^{ème} année et il travaille comme peintre. Salim, il était spontané et il était prêt à partager avec nous son expérience pendant les incendies, et il nous a semblé qu'il était à l'aise et volontaire à répondre à nos questions. Nous avons rencontré l'après-midi vers 15h à son domicile. Son entretien a duré environ 25 minutes.

Axe 1 : Renseignements sur l'événement (incendie d'août 2021)

Nous avons posé la première question de l'entretien à Salim, « *est-il la première fois que vous voyez l'incendie ?* ». Au début, il était confus il a répondu par « *balak* » (peut-être), puis il a dit oui.

Salim il a appris la nouvelle par sa femme, alors que le jour de l'événement, il n'était pas au courant, il était au travail, puis à 11h, sa femme l'a appelé et lui a dit qu'il y avait des incendies dans le village et qu'il devait revenir, mais il n'a pas accordé d'importance puis son voisin l'a appelé et lui a confirmé la nouvelle, alors il s'est dépêché et a quitté le lieu de travail. Lorsque Salim est arrivé à sa région et il a vu la scène où toute la terre était devenue noire, à ce moment-là, il a été choqué « *juste akken idwelagh la région tawalaghed lqa3a tqel taberkant merra dina le temps gachu idezrigh lhala-ni chukigh, amaken atkhedmet l'anesthésie i yiwen, dayen le corps-ynu utisayalegh ara* ». Une réaction aiguë d'allure dissociative est décrite ici.

Salim a décrit son état comme anesthésié où vous ne sentez pas votre corps. En effet, une catastrophe est le résultat d'une interaction entre une exposition à un

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

danger, une vulnérabilité et des capacités insuffisantes à faire face aux conséquences négatives de l'événement (Bergeron, 2019). Ce cas il est directement exposé à un événement traumatique, selon le critère A de DSM-5 (en étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatiques) (DSM-5, 2015).

Salim, il a décrit les incendies comme une guerre. D'après lui, il n'a aucun dégâts matériels ni humains. Et c'est ce qu'il nous a expliqué qu'après avoir éteint les incendies, sa femme et ses enfants sont revenus à la maison, mais lui, il se débattait avec les autres sur le champ de bataille et est resté quatre jours pour rentrer chez lui.

Axe 2 : Renseignements sur le vécu de l'événement

Lorsque nous avons demandé à Salim de nous dire est-ce-que il pense au jour des incendies il a répondu oui, il a ajouté qu'il entend parfois des chansons tristes, qui lui rappellent ce qu'il a vécu lors de cet incendie, il dit parce qu'on a vécu des jours noirs « *attas atswi3eth mi aydasen imtawen, at3eddi taswi3th-ni dayen* » (plusieurs fois je pleure, et quand ce moment passe, j'en ai assez de pleurer). Ce cas est directement ou indirectement exposé il soumis à des reviviscences et connaisse un état d'alerte (Bergeron, 2019). Cela semble correspondre à ce que le DSM-5 note dans son critère B (souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants d'un événement traumatique provoque un sentiment de détresse et altération de l'humeur (DSM-5, 2015).

Salim a fait des cauchemars pendant l'événement « *ussan imenzuya, khadmegh les cauchemars, umba3 dayen* » (les premiers jours, j'ai fait des cauchemars et puis je ne fais plus de cauchemars). Cela évoque des reviviscences liées à l'événement traumatique.

Salim n'a pas fait la prise en charge psychologique parce qu'il lui semblait qu'il n'était pas traumatisé ou paniqué. Physiquement il était très fatigué et même moralement, il a travaillé jour et nuit jusqu'à la situation soit réglée.

Synthèse de l'entretien de Salim

D'après les informations de l'entretien de Salim, nous constatons qu'il a vécu une expérience stressante, et qu'il présente des symptômes traumatiques tels que : des souvenirs et des rêves répétitifs, la fatigue, le manque de sommeil. Nous avons démontré qu'il présente des symptômes de SPT, mais ce cas-là, il semble qu'il est

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

dans la résistance à relater son expérience (peut-être, il y a toujours l'effet du choc et de la sédation).

2- Présentation et analyse des résultats de l'échelle PCL-5 de Salim

Nous allons dans ce qui suit étudier les résultats de Salim obtenu dans l'échelle PCL-5.

Tableau N°10 : résultat de l'échelle PCL-5 de Salim

Items	Scores	Critères	Les fonctions	Scores des critères	Interprétation
1	3	B	Reviviscences	9/20	Moyen
2	3				
3	1				
4	1				
5	1				
6	0	C	Evitement	4/8	Moyen
7	4				
8	0	D	Cognition et humeur	11/28	Faible
9	1				
10	3				
11	1				
12	3				
13	3				
14	0				
15	0	E	Hyperéveil	4/24	Faible
16	0				
17	1				
18	0				
19	0				
20	3				
Total	28	/	/	28/80	Faible

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Le tableau ci-dessus présente les résultats de Salim obtenu de l'échelle PCL-5, d'après ses résultats on constate qu'il présente peu de réactions à valeur traumatique, il a obtenu un score de 28.

Dans le premier critère B dans les items 1, 2, 3, 4, 5, Salim a coché la case « *beaucoup* » dans les items B1 et B2 cela signifie que Salim présente des souvenirs et des rêves répétitifs. Ainsi, il a coché la case « *un peu* » dans les items B3, B4 et B5 ce qui signifie qu'il n'avait pas de retour en arrière et il n'avait pas de réaction physique et des émotions négatives liées à l'événement.

Dans le critère C, Salim a coché la case « *extrêmement* » dans l'item C7 ce qui signifie qu'il a recours à l'évitement des indices externes concernant l'événement, et il a coché la case « *pas du tout* » dans l'item C6, cela signifie qu'il n'a pas recours à l'évitement des indices internes.

Aussi les items 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, dans le critère D, Salim a coché la case « *beaucoup* » dans les items D10, D12, D13, cela signifie qu'il blâme lui-même et les autres sur l'événement et qu'il évite les autres et reste loin d'eux. Dans les items D9 et D11, il a coché la case « *un peu* » cela signifie que Salim avait peu de croyances négatives et des émotions négatives sur l'événement. Les items D8 et D14 il a coché la case « *pas du tout* » ce qui signifie qu'il n'a pas de difficulté à se remémorer et qu'il n'a pas de difficulté à vivre des émotions positives.

Dans le critère E, Salim a coché la case « *pas du tout* » dans les items E15, E16, E18 et E19, ce qui signifie qu'il n'a pas de comportement agressif et qu'il ne prend pas risque qui pouvait le mettre en danger et qu'il n'a pas des sursauts. Ensuite, il a coché case « *un peu* » dans l'item E17 et cela signifie qu'il est un peu vigilant et attentif. L'item E20, il a coché la case « *modérément* » qui veut dire qu'il a des difficultés à s'endormir.

Synthèse des données de l'échelle PCL-5 de Salim

D'après les résultats de l'analyse des données du PCL-5 nous pouvons déduire que le score total enregistré par Salim est 28 de 80, selon la version validée de PCL-5, le score total de la présence de TSPT est 33 et plus, alors les résultats de Salim nous indique qu'il n'y a pas de TSPT. On retient aussi qu'il présente des signes dans chacun des critères.

Synthèse du cas N°7 : Salim

A partir des données recueillis à travers les deux outils de recherche à savoir l'entretien clinique semi-directif et l'échelle PCL-5, nous constatons une discordance de résultats entre les deux outils, dans l'entretien, il nous indique qu'il exprime des indices renvoyant pour certains à un vécu traumatique, mais dans l'échelle PCL-5 nous indique qu'il ne présente pas le trouble stress post-traumatique, dans ce cas, le sujet semble qu'il voulait donner une bonne image de lui, en plus d'une forme d'inhibition ou de résistance à remplir l'échelle.

Cas N°8 : Nacer

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

Nacer est âgé de 57 ans, marié avec quatre enfants, son niveau scolaire est première année secondaire, son métier est maintenance informatique, il n'a aucune maladie.

L'entretien s'est déroulé l'après-midi du 26 février dans son lieu de travail, son entretien a duré environ 20 minutes.

Axe 1 : Renseignements sur l'événement (incendie d'août 2021)

D'après Nacer, il n'a jamais vu des incendie comme ceux de 2021, il a dit cette fois il est différent.

Lorsque nous avons posé la question à Nacer de nous dire comment il a appris la nouvelle ? il a dit : « *nezrat mi tebda, netalay zyeh tech3al, tetaf akken wahed azgen wass ulach menhu atisakhsin, tina iytsotin une question de 20 minutes tlehqaghed techa kulech* » (nous l'avons vu quand il a commencé à s'enflammer, nous le regardions et cela a duré environ une demi-journée, et il n'y avait personne pour l'éteindre, et celui-là saute, pendant environ 20 minutes il a tout brûlé) il a rajouté qu'il était à l'endroit et il a vu comment a tout brûlé et le n'a rien laissé. A ce moment Nacer a été désespérer « *tzemret atemkhelet* » (tu peux devenir fou). La peur de devenir fou est souvent rapportée par les victimes.

La réaction de Nacer était normale, il s'est rendu sur place avec un appareil photo pour prendre quelques photos et vidéos, « *j'ai filmé kra akken, umbaz talayegh*

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

les pompiers mi ruhen adawin widak imuthen » (j'ai filmé quelques trucs et puis j'ai observé la protection civile quand ils sont allés sortir les morts). Il s'avère que Nacer n'avait pas de symptômes de peur et de panique.

Concernant ce qui s'est passé le jour de l'événement, il a mentionné que certains partent, d'autres reviennent, celui-ci a quitté sa maison et nous les aidons à s'enfuir, surtout ceux dont la maison était devant les arbres, et il a dit que heureusement, il y avait ceux qui sont venus apporter de l'eau et les choses nécessaires, puis sont venus de toutes les directions pour nous aider, « *nudam ulach le3cha unegan ara, nekni net3assa nwid akken wahed n smana* » (il n'y a pas de sommeil, nous ne dormons pas la nuit et nous avons resté comme ça pendant presque une semaine). Cela semble correspondre à ce que le DSM-5 (2015) note dans son critère E (irritabilité et trouble du sommeil).

Nacer n'a pas enregistré des dégâts humains et matériels, parce que les incendies ne les ont pas attrapés.

Nacer nous a dit que lui et les habitants de sa région n'avaient pas quittés leur maisons, et dès que les incendies ont été éteint ils sont retournés chez eux.

Concernant les sentiments de Nacer, il était désespéré, et il s'est avéré qu'il ne se souvenait pas de son sentiment, et a ajouté qu'il veut oublier « *awin idimkthan, le moment-ni desispirigh neqar-as kan menhu ykhmen aka, iwachu ikhamen aka, dachu amdinigh f lihsas-ynu...*, parce que *dayen t3edda chewiya f le moment-ni bghigh adeshugh déjà parce que t3edda mlih* » (à ce moment j'étais désespéré, nous disons seulement qui a fait cela et pourquoi a-t-il fait cela. Que dis-je de mes sentiments..., car le temps a passé depuis ce moment, je veux oublier du tout, parce que je suis tellement fatigué). Des signes de l'évitement et blâmer les autres est présent pour ce cas. DSM-5 (2015) note dans le critère C (évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant un événement traumatique et provoquant un sentiment de détresse).

Axe 2 : Renseignements sur le vécu de l'événement

Nacer pense toujours sur le jour de l'événement, il a dit : « *daymen c'est un rappel toujours, c'est obligatoire adkhememegh felas, wadensajed imanegh gassa ar zath, usneqar ara kan dayen t3edda* » (toujours c'est un rappel, et je dois y pensé, et

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

nous préparons dès maintenant et nous ne disons pas que s'est passé). Le sujet développe un symptôme de reviviscence envahissant ce qui a noté dans le DSM-5 par le critère B (présence d'un symptôme envahissant) (DSM-5, 2015).

Nacer a vu des rêves concernant l'événement et il a dit que ce sont pas des rêves effrayants.

Ainsi, il nous a décrit le monde extérieur après l'incendie c'était éteint : « *l'extérieur d sahra noir, kulech zyes noir donc c'est une désespérance total, t3edda i lgirra* » (l'extérieur est un désert noir, tout est noir, et elle a dépassé la guerre donc c'est une désespérance totale).

Nacer a dit qu'il a traversé une période difficile et qu'il était fatigué physiquement et qu'il avait perdu l'appétit, il cherche juste de l'eau et il a resté.

Synthèse de l'entretien de Nacer

D'après les informations de l'entretien et de nos observations, nous constatons que Nacer présente des signes traumatiques tels que : les souvenirs répétitifs, les évitements et les émotions négatives, la fatigue, le manque de sommeil. Nous avons démontré qu'il présente le trouble de stress post-traumatique, et dont les données de l'échelle PCL-5 qui va suivre vont appuyer sa présence.

2- Présentation et analyse des résultats du PCL-5 de Nacer

Nous allons étudier les résultats de Nacer obtenu dans l'échelle PCL-5.

Tableau N°11 : résultat de l'échelle PCL-5 de Nacer

Items	Scores	Critères	Les fonctions	Score des critères	Interprétation
1	2	B	Reviviscences	11/20	Modéré
2	1				
3	2				
4	3				
5	3				
6	3	C	Evitement	6/8	Elevé
7	3				
8	0	D	Cognition et	14/24	Modéré
9	2				
10	3				
11	3				

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

12	3		humeur		
13	1				
14	2				
15	2				
16	0				
17	3				
18	1	E	Hyperéveil	8/20	Faible
19	1				
20	1				
Total	39	/	/	39/80	Modéré

Le tableau ci-dessus présente les résultats de Nacer obtenu de l'échelle PCL-5, d'après ses résultats on constate qu'il présente un TSPT modéré, il a obtenu un score de 39.

Dans le critère D dans les items 1, 2, 3, 4, 5, Nacer a coché la case « *beaucoup* » dans les items B4 et B5 cela signifie qu'il présente des émotions négatives liées aux souvenirs et des réactions physiques, il a coché la case « *modérément* » dans les items B1 et B3, ce qui signifie qu'il a des souvenirs répétitifs et de retour en arrière, il a coché la case « *un peu* » dans l'item B2 cela signifie qu'il a des rêves répétitifs.

Dans le critère C, Nacer a coché la « *beaucoup* » dans les items C6 et C7, cela signifie qu'il a recours à l'évitement des indices internes et externes concernant l'événement.

Ainsi, les items 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, dans le critère D, Nacer a coché la case « *beaucoup* » dans les items D10, D11 et D12, cela signifie que Nacer blâme beaucoup d'émotions négatives et de pertes d'intérêts, il a coché la case « *modérément* » dans les items D9 et D14, ce qui signifie qu'il a des croyances négatives et de difficultés à vivre des émotions positives, il a coché la case « *un peu* » dans l'item D13, ce qui signifie qu'il s'éloigne des autres, ainsi il a coché la case « *pas du tout* » dans l'item D8 et cela signifie qu'il a une difficulté à se remémorer.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Dans le critère E, Nacer a coché la case « *beaucoup* » dans l’item E17, cela signifie qu’il est vigilant et attentif à tout mouvement qui lui rappelle l’événement. Aussi, Nacer a coché la case « *modérément* » dans l’item E15, ce qui signifie qu’il présente des signes d’agressivité, et il a coché la case « *un peu* » dans les items E18, E19 et E20, ce qui signifie qu’il a des sursauts et qu’il a une difficulté à se concentrer et à s’endormir. Il a coché la case « *pas du tout* » dans l’item E16 cela signifie qu’il ne pris pas risque qui pouvait le mettre en danger.

Synthèse des données de l’échelle PCL-5 de Nacer

D’après les résultats de l’analyse de PCL-5 nous pouvons déduire que le score total enregistré par Nacer est 39 de 80, selon la version validée du PCL-5, le score total de la présence de TSPT est 33 et plus, alors les résultats de Nacer nous indique qu’il présente un trouble stress post-traumatique, on retient aussi qu’il présente des signes dans chacun des critères.

Synthèse du cas N°8 : Nacer

A partir des données recueillis à travers les deux outils de recherche à savoir l’entretien clinique semi-directif et l’échelle PCL-5, nous pouvons constater que Nacer présente des symptômes de trouble stress post-traumatique, on constate qu’il présente un TSPT avec un niveau modéré selon l’échelle PCL-5 avec un score de 39.

II- Discussion des hypothèses

La dernière partie de ce présent chapitre, nous servira à aboutir à une discussion de l’hypothèse que nous avons émise au départ, qui sera éventuellement confirmée ou infirmée, à travers la présentation et l’analyse des résultats obtenus, grâce aux outils que nous avons utilisés qui sont l’entretien semi-directif ainsi que l’échelle PCL-5 dans le but d’évaluer le trouble stress post-traumatique. Notre objectif étant de décrire le vécu des sujet ayant vécu les incendies d’août 2021 ainsi que de préciser l’impact de ce dernier.

Nous allons commencer par discuter notre hypothèse de recherche puis présenter un tableau récapitulatif des résultats du PCL-5 nous irons ensuite vers la comparaison des résultats des cas entre eux, et une comparaison avec les études antérieures.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Hypothèse : oui, il existerait un trouble de stress post-traumatique chez les victimes des incendies de Kabylie d'août 2021.

Dans le but de vérifier notre hypothèse nous nous sommes basés sur les résultats obtenus au cours de l'analyse de l'entretien clinique semi-directif, ainsi que ceux de l'échelle PCL-5.

Dans ce qui va suivre nous allons présenter un tableau récapitulatif des résultats de nos 08 cas de l'échelle PCL-5 :

Tableau N°12 : récapitulatif des résultats de nos 08 cas de l'échelle PCL-5

Prénoms	Scores	Interprétations
Redouane	33	Modéré
Fahima	45	Un peu élevé
Zahia	38	modéré
Samira	43	Elevé
Yamina	34	Modéré
Naziha	58	Très élevé
Salim	28	Faible
Nacer	39	Modéré

D'après le tableau présenté ci-dessus, nous constatons que Redouane, Zahia, Yamina et Nacer ont un trouble de stress post-traumatique modéré, et un trouble de stress post-traumatique un peu élevé pour Fahima, élevé pour Samira, très élevé pour Naziha et pour Salim est faible.

Cas N°1 : Redouane

En fonction de notre entretien clinique nous avons conclu que Redouane a vécu une expérience stressante concernant l'événement des incendies. Nous avons constaté qu'il présente des symptômes traumatiques. Redouane a manifesté une grande panique et des reviviscences, il n'a cessé de penser au jour de l'événement et il a des souvenirs répétés, aussi des évitement, il évite les choses qui lui rappellent l'événement jusqu'à quelques semaines après.

L'analyse de l'échelle PCL-5 a relevé un score totale obtenu par Redouane de 33, ce que signifie qu'il présente un TSPT modéré.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Ainsi, d'après l'analyse des données obtenues grâce à l'entretien clinique semi-directif et à l'échelle PCL-5 nous arrivons à confirmer notre hypothèse à savoir que notre sujet présente un TSPT.

Cas N°2 : Fahima

Compte tenu des données recueillis à partir de l'entretien clinique, nous avons conclu que Fahima présente une difficulté liée à son vécu de l'événement. En effet, nous avons constaté qu'elle présente des signes claires de nature ou d'allure traumatique. Ces derniers ont commencé dès le vécu de l'événement (péri-traumatique). Ainsi, Fahima présente des reviviscences qui sont un des symptômes pathognomonique au TSPT. Aussi des évitements, Fahima évite tout ce qui lui fait rappeler l'événement surtout les pensées et les souvenirs. Enfin Fahima présente aussi quelques symptômes pathognomoniques au TSPT. Aussi des évitements, Fahima évite tout ce qui lui fait rappeler l'événement surtout les pensées et les souvenirs. Enfin, Fahima présente aussi quelques symptômes physiques tels que la fatigue.

L'analyse de l'échelle PCL-5 a relevé un score total obtenu par Fahima de 45. En effet, les scores obtenus par chaque critères du PCL-5 sont un peu élevés.

Ainsi, d'après l'analyse des données obtenues grâce à l'entretien clinique semi-directif et l'échelle PCL-5 nous arrivons à confirmer notre hypothèse à savoir le fait que notre sujet présente un TSPT.

Cas N°03 : Zahia

Compte tenu des données recueillis à partir de l'entretien clinique, nous avons conclu que Zahia a vécu une expérience stressante concernant l'événement des incendies. Nous avons constaté qu'elle présente des symptômes traumatiques. Ces derniers ont commencé dès le vécu de l'événement. Ainsi, Zahia présente des reviviscences, aussi des évitements qui sont des signes claires de nature ou d'allure traumatique. Enfin, elle présente des états émotionnels négatifs et de trouble du sommeil.

L'analyse de l'échelle PCL-5 a relevé un score total obtenu par Zahia de 38. En effet, les scores obtenus par chaque critères du PCL-5 sont modéré.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Ainsi, d'après l'analyse des données obtenus grâce à l'entretien clinique semi-directif et à l'échelle PCL-5 nous arrivons à confirmer notre hypothèse à savoir que notre sujet présente un TSPT.

Cas N°4 : Samira

En fonction des données recueillis à travers de l'entretien clinique, nous avons conclu que Samira présente des symptômes traumatiques dès le vécu de l'événement. Ainsi, Samira présente des reviviscences qui sont le symptôme pathognomonique de TSPT, ainsi que des évitements. Et enfin, elle présente aussi des troubles du sommeil.

L'analyse de l'échelle PCL-5 a relevé un score total obtenu par Samira de 43. En effet, les scores obtenus par chaque critères du PCL-5 sont élevés.

D'après l'analyse des données obtenus grâce à l'entretien clinique semi-directif et à l'échelle PCL-5 nous arrivons à confirmer notre hypothèse à savoir que notre sujet présente un TSPT.

Cas N°5 : Yamina

En fonction des données recueillis à travers l'entretien clinique, nous avons conclu que Yamina présente des symptômes traumatiques dès le vécu de l'événement. Ainsi, Yamina présente quelques symptômes de reviviscences qui sont le symptôme pathognomonique du TSPT, ainsi que des évitements.

L'analyse de l'échelle PCL-5 a relevé un score total obtenu par Yamina de 34. En effet, elle a obtenu des scores modéré dans chacun des critères.

D'après l'analyse des données obtenus grâce à l'entretien clinique semi-directif et à l'échelle PCL-5 nous arrivons à confirmer notre hypothèse à savoir que notre sujet présente un TSPT.

Cas N°6 : Naziha

En se référant aux données recueillis à partir de l'entretien clinique semi-directif, nous avons conclu que Naziha a vécu une expérience stressante concernant l'événement des incendies. Nous avons constaté qu'elle présente des signes claires de nature ou d'allure traumatique, ces derniers ont commencé dès le vécu de l'événement. Ainsi, Naziha présente des reviviscences, aussi des évitements, ainsi que des états émotionnels négatifs et de trouble du sommeil.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

L'analyse de l'échelle PCL-5 a relevé un score total obtenu par Naziha de 58. En effet, les scores obtenus par chaque critères du PCL-5 sont élevé.

Ainsi, d'après l'analyse des données obtenus grâce à l'entretien de recherche semi-directif et à l'échelle PCL-5 nous arrivons à confirmer notre hypothèse à savoir le fait que notre sujet présente un TSPT.

Cas N°7 : Salim

D'après les données recueillis dans l'entretien clinique, nous avons conclu que Salim a vécu une expérience stressante et nous constatons qu'il présente des symptômes traumatiques tels que les souvenirs répétitifs qui sont un signe de reviviscences qui lui rend en détresse. Aussi, il a souffert d'une fatigue importante (physique et mentale) et le manque du sommeil même des rêves.

L'analyse de l'échelle PCL-5 a relevé un score total obtenu par Salim de 28. En effet, les scores obtenus par chaque critère du PCL-5, il y a absence de TSPT. Dans ce cas, on a constaté une discordance de résultats entre les deux outils. Certaines victimes pourraient éviter de parler du trauma pour ne pas exacerber la détresse liée à l'événement, éviter de préciser les symptômes ou nier leur présence, ce qui mènerait à sous-diagnostiquer le TSPT à l'échelle ou ne pas le percevoir à l'entretien. En plus, Salim a donné des éléments d'informations incomplets ou incertains, pour donner une bonne image de lui-même ou suite à une forme de résistance ou d'inhibition de leur part.

Ainsi, d'après l'analyse des données obtenus grâce à l'entretien semi-directif et à l'échelle PCL-5 nous pouvons déduire que Salim a confirmé notre hypothèse d'après les données de l'entretien.

Cas N°8 : Nacer

Compte tenu des données recueillis à partir de l'entretien clinique, nous avosn conclu que Nacer présente une difficulté liée à son vécu de l'événement stressant. Nous avons constaté qu'il présente des signes de traumatisme tels que les souvenirs répétitifs, des évitements, des émotions négatives, la fatigue, le manque du sommeil, et manque d'appétit.

L'analyse de l'échelle PCL-5 a relevé un score totale obtenu par Nacer de 39. En effet, les scores obtenus par chaque critères du PCL-5 sont un peu élevé.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Ainsi, d'après l'analyse des données obtenues grâce à l'entretien clinique semi-directif et à l'échelle PCL-5, nous arrivons à confirmer notre hypothèse à savoir le fait que notre sujet présente un TSPT.

En effet, à travers les résultats cités, nos sujets de recherche présentent en effet un vécu différent à la suite de l'événement des incendies d'août 2021. Redouane, Fahima, Zahia, Samira, Yamina, Naziha, Salim et Nacer présente un trouble stress post-traumatique toutefois à des degrés différents. Ces diversités en termes d'intensité et de degrés, peuvent être expliquées par les différences individuelles et par les différentes circonstances du vécu de l'événement.

Ainsi, Redouane, Zahia, Yamina et Nacer présentent un trouble stress post-traumatique modéré, en présentant des indices renvoyant à un vécu traumatique tels que : les reviviscences, souvenirs répétitifs pour Redouane, Zahia et Yamina et pour Nacer, il a des souvenirs et des rêves répétitifs, ainsi que le trouble du sommeil. Fahima, Samira, et Naziha quant à eux, présentent un trouble stress post-traumatique élevé en présentant presque toute la symptomatologie renvoyant à ce dernier tels que les reviviscences (rêves et souvenirs répétitifs envahissants), les sentiments négatifs, le trouble du sommeil, ainsi que les troubles somatiques. Ainsi, pour Salim, il présente quelques manifestations renvoyant à un trouble de stress post-traumatique.

D'après tous les résultats obtenus des deux outils de recherche, on trouve que nos 08 cas (Redouane, Fahima, Zahia, Samira, Yamina, Naziha, Salim et Nacer), présentent presque les mêmes symptômes à savoir les souvenirs répétitifs, la panique, les états émotionnels négatifs, la fatigue, trouble du sommeil ainsi que les évitements. Ainsi, pour Fahima, Samira, Yamina, Naziha, Salim et Nacer présentent des rêves répétitifs. Ensuite, selon l'échelle PCL-5, Redouane, Zahia, Yamina et Nacer ont obtenus un niveau modéré. Pour Fahima a un niveau un peu élevé, ainsi Samira a un niveau élevé. Puis, Naziha a un TSPT très élevé, et enfin, Salim a un niveau de TSPT faible.

De plus, les résultats que nous avons obtenus concordent avec les études qui ont déjà effectuées sur les personnes ayant vécu une catastrophe. Ces dernières seront mises en avant dans les prochaines lignes.

En 2020, une étude réalisée par Adam-Poupart et al, ayant pour objectif d'évaluer les impacts psychosociaux négatifs suite au vague de chaleur, les inondations, les tempêtes et les feux de forêts. Les résultats obtenus présente des

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

symptômes typiques d'une réaction négative au stress, des symptômes graves évoquant un état de stress post-traumatique (ESPT) ou encore d'une dépression. Ces facteurs contribuent à augmenter la probabilité des symptômes de détresse psychologique chez les travailleurs à la suite d'un événement catastrophique.

En 2018, une étude réalisée par Laurin et al, ayant pour objectif d'évaluer les conséquences psychologiques et état de stress post-traumatique chez les victimes de la tempête Xynthia. Les outils utilisés, le GHQ-12 (General Health Questionnaire), l'échelle de l'impact de l'événement (IES), puis le questionnaire de stress post-traumatique (QSPT). Les données de QHQ-12 montrent l'existence de trouble psychique (symptômes dépressifs et désadaptation sociale). Concernant les résultats du QSPT les victimes présentent des symptômes de répétition depuis le passage de la tempête, ce trouve également des symptômes d'évitements et des symptômes d'hyperveil.

En 2009, une étude effectuée par Zekkar, qui a pour but de savoir le niveau de bien-être psychologique du trouble de stress post-traumatique. Les outils utilisés dans cette recherche sont les test de rorschach et TAT. Dans les résultats finals, on trouve une cohérence dans le diagnostic de nombreux cas, dont ils n'ont pas dépassés le deuil.

Puis en 2007, une étude réalisée par Driouche, dans l'objectif de savoir l'état psychique des adolescents victimes ou témoins des inondations de Bab El-Oued en 2001 après 15 mois. L'étude est effectuée à l'aide des deux tests projectifs le rorschach et le TAT. En effet, selon les résultats des deux tests, les réactions les plus fréquentes après cet événement on trouve les troubles de la pensée, l'anxiété, et des plaintes somatiques, l'humeur triste, crises de larmes ainsi que les symptômes de reviviscences.

En 2000, une étude effectuée par Maltais et al, qui a pour objectifs de comparer l'état de santé physique et le bien-être psychologique des sinistrés de la catastrophe, ainsi de vérifier si des différences significatives des sinistrés et non-sinistrés. Les outils utilisés dans cette recherche sont : Affect Balance Scale, Impact of Event Scale, Beck Depression Inventory et General Health Questionnaire. Les résultats indiquent que sinistrés présentent un bien-être psychologique ainsi qu'un état de santé physique post-désastre différents des non-sinistrés. Les sinistrés présentent plus de

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

manifestations de stress post-traumatique et de plaintes somatiques ont des niveaux plus élevés de dépression et d'anxiété.

On peut conclure que nos résultats de recherche concordent avec les études antérieures que nous venons de présenter, à savoir le fait que nos sujets présentent presque les mêmes résultats avec ces études : les symptômes de répétition, d'évitements les symptômes d'hyperéveil, de détresse psychologique ainsi que de troubles somatiques.

Synthèse

En se basant sur les résultats obtenus grâce à nos outils de recherche, soit l'entretien de recherche semi-directif ainsi que l'échelle PCL-5 nous pouvons synthétiser par le fait que tous nos sujets de recherche ont confirmés notre hypothèse de recherche, à savoir le fait qu'il existe un trouble de stress post-traumatique chez les victimes des incendies de Kabylie d'août 2021.

En effet, suite aux données recueillis notre hypothèse « *il existerait un trouble de stress post-traumatique chez les victimes des incendies de Kabylie d'août 2021* » a été confirmée par Redouane, Fahima, Zahia, Samira, Yamina, Naziha, Nacer ainsi que Salim malgré qu'il est un cas complexe, qui ont en effet présenté une symptomatologie traumatique qui incluait globalement les reviviscences, les évitements liés à l'événement, des altérations des cognitions et de l'humeur ainsi que des altérations du sommeil et des symptômes somatiques.

Dans ce qui suit, nous allons présenter la conclusion qui va clôturer ce présent travail de recherche.

C'est ici que notre modeste travail de recherche s'achève, dans lequel notre intérêt s'est porté sur le vécu émotionnel des victimes des catastrophes plus particulièrement les incendies comme en témoigne l'intitulé « *Impact traumatique des incendies de Kabylie* ».

Les catastrophes sont des événements soudain et inattendu qui peuvent être naturelles ou technologiques et qui perturbent l'humanité. Ces catastrophes sont inscrites dans l'histoire depuis des millénaires.

Ainsi, les catastrophes, qu'elles soient d'origine naturelle ou technologique, ont des coûts économiques, sociaux et psychologiques importants pour l'ensemble des citoyens concernés.

En ce qui concerne les conséquences des catastrophes, ils peuvent affecter plusieurs aspects de la vie des individus tels que la santé psychique, la santé physique, la vie personnelle, professionnelle et sociale. Il est très rare qu'un seul aspect soit affecté.

Dans ce contexte, les conséquences peuvent varier d'un individu à l'autre en fonction de ses caractéristiques et antécédents personnels, familiaux et sociaux, de ses croyances, de ses façons de considérer l'événement, ect. La revue de la littérature effectuée a démontré les caractéristiques traumatiques des catastrophes.

En ce qui concerne l'impact psychologique, il n'est pas rare qu'après une catastrophe, précisément les incendies dans le cas de notre recherche, les victimes développent des symptômes d'anxiété, de dépression voire des manifestations de stress post-traumatique. De ce fait, les catastrophes ont souvent des conséquences pathologiques au niveau individuel mais aussi collectif.

Ainsi, à la suite de leur exposition à une catastrophe, les victimes peuvent donc éprouver des difficultés diverses.

Nous concluons que les incendies de Kabylie de 2021 sont une catastrophe dont les conséquences humaines et matérielles sont considérables.

Dans notre travail de recherche que nous avons réalisé auprès de huit sujets ayant vécu ce dernier événement qui est les incendies de Kabylie, notre attention s'est porté sur le vécu de cet événement, et plus particulièrement un vécu traumatique avec

développement du trouble de stress post-traumatique. Pour arriver à l'objectif de notre recherche, qui est alors l'exploration du vécu des sujets adultes ayant connu les incendies d'août 2021 en Kabylie (dans la wilaya de Bejaia).

Pour réaliser notre étude, ainsi que de vérifier notre hypothèse nous avons eu recours à une approche qualitative et clinique afin d'approfondir le vécu des incendies. Un entretien semi-directif effectué en majorité au domicile des sujets avait pour but de récolter le vécu émotionnel immédiat, post-immédiat et actuel des victimes.

Ensuite, l'entretien était complété par l'échelle PCL-5 afin d'évaluer le stress post-traumatique. Les deux outils ont été ensuite soumis à une analyse descriptive.

Les résultats que nous avons obtenu dans notre recherche indiquent que nos sujets présentent un trouble de stress post-traumatique après avoir vécu une expérience stressante qui est les incendies d'août 2021, à l'issue de cet outil on a pu indiquer la présence d'un trouble stress post-traumatique ou les signes dernier.

Ainsi, les deux outils ont donc été nécessaire dans notre travail puisqu'ils nous ont éclairés concernant notre question et notre hypothèse. Aussi, l'analyse des données a permis la mise à l'évidence d'une éventuelle symptomatologie traumatique qui aurait pu apparaître après le vécu des incendies.

Tout ceci nous a permis, donc de constater que notre hypothèse suivante «*il existerait un trouble de stress post-traumatique chez les victimes des incendies de Kabylie d'août 2021* », a été confirmé par Redouane, Fahima, Zahia, Samira, Yamina, Naziha et Nacer, étant donné le fait que nous avons, à travers leur résultats pu indiquer la présence de stress post-traumatique dont la présente s'est appuyé par les scores obtenus à l'échelle. Notre hypothèse aussi a été confirmée pour Salim, qui est un cas complexe, il a donné des résultats différents dans les deux outils. En effet, certains sujets peuvent donner des éléments d'informations incomplets ou incertains, pour donner une bonne image d'eux-mêmes ou suite à une forme de résistance ou d'inhibition de leur part. Mais en général, le traumatisme des incendies semble toujours présent.

Ainsi, cela signifie qu'un même événement peut être vécu différemment par les sujets qui y ont confrontés. Les résultats que nous sommes parvenus à mettre en évidence sont, en effet, dans le sens des différentes études réalisées en rapport à une

population d'étude qui ont vécu un événement traumatique suite à des catastrophes naturelles.

Par ailleurs, au cours de notre recherche, nous nous sommes heurtés à un certains nombres d'obstacles. En effet, nous avons rencontré la difficulté d'accès au terrain, et d'accéder à la population d'étude, nous avons reçu plusieurs refus de la part de plusieurs sujets directement et indirectement, car ils ne souhaitent pas de parler de ce sujet sensible. Il semblait que l'effet du choc est toujours là.

Pour éviter comme cet événement, il serait souhaitable de faire des formations concernant les incendies pour enseigner aux gens comment faire face aux incendies et quoi faire pendant les incendies et comment éviter l'inflammation de ce dernier, pour que si tels incendies se répètent à l'avenir les gens auront une idée de ce qu'ils feront pour qu'il n'y ait pas beaucoup de pertes.

Aussi, il serait souhaitable, si y'aura des possibilités de faire des accès menant aux forêts pour faciliter l'extinction des incendies et sauver les victimes.

Nous allons recommandé aux psychologues et aux futurs psychologues de s'intéresser à cette catégorie d'étude sur les catastrophes ainsi que les incendies car c'est un phénomène fréquents en Algérie.

Comme nous avons remarqué dans notre présente étude que la plupart de sujets de recherche n'ont pas été pris en charge par des psychologues, donc nous voulons recommandé aux psychologues de faire face à ce problème de manque d'intervention psychologique durant les catastrophes. Les victimes ont besoin d'information, de soutien et d'une société capable de fournir une reconnaissance officielle, une cérémonie et des commémorations.

En outre, il faudra à notre pays de repenser les conséquences et la prise en charge psychologique des victimes pour prévenir les séquelles psychotraumatiques, car on sait maintenant en psychotraumatologie qu'une prise en charge immédiate permet d'endiguer les conséquences psychologiques à long terme, y compris les traumatismes ultérieurs.

Pour conclure notre recherche, nous espérons avoir posé une première pierre concernant l'impact traumatique chez les victimes des incendies. Pour cela, nous avons tenté d'ouvrir les fenêtres aux prochains étudiants et chercheurs pour explorer en

profondeur la problématique et pourquoi pas d'étudier et de mettre en question « *les victimes des incendies présentent-elles une mémoire traumatique ?* » Et/ou « *Existe-t-il une résilience chez les victimes des incendies ?* ».

Listes des références

Liste des références

- Acot, P. (2006). *Catastrophes climatiques, désastres sociaux*. PUF.
- Adam-Poupart, A., Pouliot, L. Et al. (2020). *Impacts psychosociaux négatifs des vagues de chaleur, des inondations, des feux de forêt et des tempêtes chez les travailleurs du Québec*. INSPQ.
- Agneray, F., Tisseron, S., et Wawrzyniak, M. (2013). *Trauma et inondation : incidence de l'attachement à l'habitat. Etude qualitative portée sur 10 sinistrés de la Vallée de la Somme (Picardie, France) du printemps 2001, 2013* (221), 85-86.
- Aiteche, T. (2016). *Evaluation selon le relief de la recolonisation après l'incendie d'une communauté à Pinux Halenxis pour les cistes et les légumineuses et les propositions de restauration contre l'érosion hydrique* [Mémoire de maîtrise en Sciences de la nature, Université de Bejaia].
- Alami, S., Desjeux, D., & Garabuau-Moussaoui, I. (2013). *Les méthodes qualitatives*. PUF.
- Altintas, E. Et al (2012). *Conséquences d'une catastrophe naturelle. Psychologie du travail*, 18 (4), 368-383.
- American Psychiatric Association. (2015). *Manuel Diagnostique et Statistiques des troubles mentaux (DSM-5)*. Masson.
- American Psychiatric Association. (2016). *DSM-5- Diagnostics Différentiels*. Masson.
- Anaut, M. (2015). *Psychologie de la résilience*. (3ed). Armand Colin.
- Angers, M. (2005). *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*. Dunod.
- Assam, N. (2009). *La gestion de crise en matière de catastrophes naturelles dans l'union européenne. La coopération régionale de l'Europe de Sud* [Mémoire de maîtrise en faculté de droit, Université d'Alger].
- Baup, C., & Gromb-Monnoyeur, S. (2016). *La prise en charge psychologique des victimes de catastrophes collectives*, 2016 (2), 5-12.
- Belkaid, H. (2016). *Analyse spatiale et environnementale du risque d'incendie de forêt en Algérie : Cas de la Kabylie maritime* [thèse de doctorat en géographie, Université Nice-Sophia Antipolis].

Liste des références

- Benamsili, L. (2019). Ethique et déontologie en psychologie clinique. Le malaise en Algérie. *Revue Cahiers du laboratoire*, 14 (1), 100-112.
- Benderradji, H., Alatou, Dj. Et al. (2004). *Bilan des incendies de forêt dans l'extrême nord-est algérien : la cas de Skikda, Annaba, et El-taref*, 2004 (2), 35-41.
- Bénony, H. & Chahraoui, Kh. (1999). *L'entretien clinique*. Dunod.
- Bergeron, N. (2019). *Traumatismes de masse : les catastrophes naturelles*. Dans S. Bond, G. Belleville, S. Guay. *Les troubles liés aux événements traumatiques* (p.464-500). Presses de l'Université Laval.
- Blanc, J. (2015). *Evénements sismique de 2010 en Haïti et psychopathologies : facteurs de risques pré, péri et post-traumatiques* [thèse de doctorat en psychologie, Université Sorbonne Paris].
- Blanchet, A. & Gotman, A. (2010). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. (2ed). Armand colin.
- Bouacida, R-Y. & Djeflat, A. (2018). *Construction de la résilience face aux vulnérabilité liés aux risques de catastrophes naturelles et industrielles en Algérie : Un essai d'analyse à partir d'études de cas*. *Revue des études multidisciplinaire en sciences économiques et sociales*, 2018 (7), 48-69. <http://revues.imist.ma/?=REMSES&page=index>.
- Bouchard, J-P., Franchi, C., Bourrée, C. (2019). *Psycho-traumatologie : conséquences psychologiques de l'explosion de l'usine AZF de Toulouse sur le personnel d'une entreprise voisine. Evaluation clinique post-traumatique et intérêt de développer un plan blanc psychologique et psychiatrique*, 2019 (177), 946-953.
- Bouvet, C. (2018). *18 grandes notions de la pratique de l'entretien clinique*. Dunod.
- Chahraoui, Kh. (2014). *15 cas cliniques en psychopathologies du traumatisme*. Dunod.
- Charron, C., Dumet, N., et Guéguen, N. (2007). *La psychologie du A à Z*. Dunod.
- Chiland, C. (2015). *L'entretien clinique*. PUF.
- Colin, P-Y. Et al. (2001). *Protection des forêts contre l'incendie*. Cemagref.

Liste des références

- Coutanceau, R. & Damiani, C. (2018). *Victimologie : évaluation, traitement, résilience*. Dunod.
- Cremniter, D., Coq, J-M. Et al. (2007). *Catastrophes. Aspects psychiatriques et psychopathologiques actuels*, 37 (113), 1-14.
- Crocq, L. (2012). *Seize leçons sur le trauma*. Odile Jacob.
- Crocq, L. (2014). *Traumatisme psychique : Prise en charge des victimes*. (2ed). Masson.
- Cyrulnik, B. & Poutois, J-P. (2007). *Ecole et résilience*. Odile Jacob.
- Cyrulnik, B. & Jorland, G. (2012). *Résilience, connaissance de base*. Odile Jacob.
- Dauphiné, A. & Provitolo, D. (2013). *Risques et catastrophes : observer, spatialiser, comprendre, gérer*. Armand Colin.
- De Clercq, M. (1999). *L'abord thérapeutique des victimes de catastrophes et de traumatisme psychique*, 1999 (2), 79-82.
- Deslauries, J-P. (1991). *Recherche qualitative*. Thema.
- Devès, M. & Bougeault, Ph. (2019). *Risques et catastrophes naturels*. ANR.
- Elie, M. (2013). *Au centre d'un double malheur, le séisme du 7 décembre 1988 en Arménie et l'expulsion des sinistrés Azéris de Spitak*, 2013 (44), 45-75.
- Fernandez, L. & Pardinielli, J-L. (2006). *La recherche en psychologie clinique. Recherche en soins infirmiers*, 84 (1), 41-51.
- Filizzolo, G. & Lopez, G. (1995). *Victimes et victimologie*. PUF.
- Fortin, Ch-A. & Bond, S. (2019). *Les événements traumatiques : des conséquences pour les victimes, leurs proches et la société*. Dans S. Bond, G. Belleville, S. Guay, *Les troubles liés aux événements traumatiques* (p. 14-39). Presses de l'Université Laval.
- Fr.db-city.com/Algérie---Bejaia. Consulté le 07 avril 2022.
- Fresco, J-P. (2012). *Stress, traumatismes et insomnies*. EDK.

Liste des références

- Frisch, F. (1999). *Les études qualitatives*. Editions de l'Organisation.
- Giordarro, F., Castelli, C., Crocq, L. Et al. (2012). *Le non-sens et le chaos dans les dessins des enfants victimes du tremblement de terre aux Abruzzes*, 170 (2012), 342-348.
- Grawitz, M. (2001). *Méthodes des sciences sociales*. (11ed). Dalloz.
- Houacine, N. (2016). *Analyses des incendies de forêts de la wilaya de Tlemcen : période (2010-2015)* [mémoire de maîtrise en sciences de la terre et de l'univers, Université de Tlemcen].
- Hountondji, B., Codo, F-P., Dahountou, S-V-H. Et al. (2019). *Gestion des inondations en milieu urbain : cas de la ville de Cotonou au Bénin*, 2019 (39), 333-347.
- <http://www.aps.dz>. Consulté le 13 février 2022.
- <http://www.un.org>. Consulté le 14 février 2022.
- <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>. Consulté le 22 février 2022.
- <https://www.lepoint.fr>. Consulté le 03 mai 2022.
- <https://www.aps.dz>. Consulté le 03 mai 2022.
- <https://www.francetvinfo.fr>. Consulté le 03 mai 2022.
- <https://icd.who.int/browse11/I-m/fr>. Consulté le 14 juin 2022.
- Ionesco, S. (2015). *15 approches de la psychopathologie*. Armand Colin.
- Jehel, L.& Ducrocq, F. (2020). *Traitements pharmacologiques*. Dans M.Kédia, *Psychotraumatologie* (402-406).
- Josse, E. (2019). *Le traumatisme psychique chez l'adulte*. (2ed). De Boeck.
- Josse, E. (2014). *Le traumatisme psychique chez l'adulte*. De Boeck.

Liste des références

- Kapsambelis, V. (2012). *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologie de l'adulte*. PUF.
- Kaufmann, J-C. (2004). *L'entretien compréhensif*. Armand Colin.
- Kédia, M. (2013). *L'aide-mémoire de psychotraumatologie*. (2ed). Dunod.
- Kédia, M. (2020). *Psychotraumatologie*. Dunod.
- Labra, O. (2013). *Conséquences psychosociales chez les adultes suite au séisme 8,8 de la ville de Talca au Chili*. Chicoutimi.
- Laurin, A., Murat, C., Bescond, Y. (2018). *Conséquences psychologiques et état de stress post-traumatique chez les victimes de la tempête Xynthia, 2018* (176), 477-482.
- Lebigot, F. (2005). *Traiter les traumatismes psychiques*. Dunod.
- Lebigot, F., & Bessoles, Ph. (2005). *Vicimologie-criminologie*. Tome 5. Champ social Edition.
- Lighezzolo, J-Y., & De Tychev, C. (2004). *La résilience : se (re)construire après le traumatisme*. In Press.
- Lopez, G. (2020). *Traiter les psychotraumatismes*. Dunod.
- Maltais, D., Lalonde, C., Bellerose, C. et al (2001). *Les conséquences de la tempête de verglas sur la santé des individus, des intervenants et des communautés*. GRIR.
- Maltais, D. (2002). *Catastrophes et état de santé des individus, des intervenants et des communautés*. Chicoutimi.
- Méadel, J. (2017). *L'aide aux victimes*. DILA.
- Melouani, N. (2016). *Contribution à l'étude phytoécologique et dynamique de la végétation après un incendie dans l'Atlas Blidéen* [mémoire de maîtrise en sciences biologique, Université d'Alger].
- Michaux, M. (2008). *Les mots clés de la géographie*. Eyrolles.

Liste des références

- Moreau, Y. (2017). *Vivre avec les catastrophes*. PUF.
- Neuilly, M-T. (2008). *Gestion et prévention en situation post-traumatique, prise en charge des traumatismes collectifs, nouvelles pratiques psychologiques et psychosociales*. De Boeck.
- Nivoix, S. Et Rey, S. (2020). *La catastrophes de Fukushima 2011 : Quelles conséquences financières et boursières ?*, 2020 (11), 355-366.
- Ouyed, M. (2011). *Tremblement de terre d'El Asnam du 10 octobre 1980 : étude explicative. Algérie* [thèse de doctorat en physique, Université scientifique et médicale de Grenoble].
- Paillé, P. & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. (4ed). Armand Colin.
- Pedinielli, J-L. (2012). *Introduction à la psychologie clinique*. Armand Colin.
- Planchon, S. (2010). *L'ouragan Katrina, une catastrophe historique ?*, 2010 (31), 67-78.
- Rigolot, E., Dupuy, J-L., Pimont, F. et al (2020). *Les incendies de forêt catastrophiques*, 2020 (98), 29-35.
- Roberge, M-A. (2007). *Etat de stress aigu et état de stress post-traumatique après un infarctus du myocarde : prévalence et facteurs associés* [thèse de doctorat en psychologie, Université du Québec].
- Sabouraud-Séguin, A. (2020). Intervention précoce ou débriefing. Dans M. Kédia (dir), *Psychotraumatologie* (p.458-465). Dunod.
- Sahar, O., Meddour, R., Leone, V. (2019). *Les causes des incendies de forêts : enquête auprès des bergers dans la wilaya de Tizi Ouzou (Algérie)*, 9 (19), 24-45.
- Sahar, O.& Meddour, R. (2020). *Diagnostics des incendies de forêt dans le Nord Centre Algérie : cas les provinces boisées et peuplées de Boumerdes, Bouira et Tizi Ouzou*, 10 (22), 282-303.

Liste des références

- Salès-Wuillemin, E. (2013). *Méthodologie de l'enquête : De l'entretien au questionnaire* [psychologie sociale, Université de Paris 8]. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00903244>.
- Samai-Haddadi, D. (2010). *Psychologie et psychopathologie des traumatismes et des maladies somatiques*. OPU.
- Sauvayre, R. (2013). *Les méthodes de l'entretien en sciences sociales*. Dunod.
- Savard-Kelly, P. (2020). *Validité du construit d'une traduction française du Post-traumatic Stress Disorder Checklist For DSM-5 auprès d'une population clinique au prise avec un trouble stress post-traumatique* [mémoire de maîtrise en psychologie, Université de Montréal].
- Savary, P-A. (2001). *Après la catastrophe : la prise en charge psychologique des victimes*, 2001 (82), 2096-2070.
- Sider, Ch. (2017). *La relation entre le trouble de stress post-traumatique et risque suicidaire en Algérie. Résultats de l'enquête Santé Mentale en Population Générale (SMPG)* [thèse de doctorat en psychologie, Université de Paris 13].
- Sillamy, N. (2003). *Dictionnaire de psychologie*. Larousse.
- Soedj, K-M-A., Kpassagon, B-L. Et al (2015). *Intervention médico-psychologique in situ lors des incendies des grands marchés de Lomé (Togo) par une cellule d'urgence médico-psychologique informelle : janvier 2013*, 173 (2015), 841-845.
- Swynghedauw, B. Et Weméau, J-L. (2021). *Conséquences du changement climatique sur la santé humaine et animale*, 205 (2021), 219-226.
- Tisseron, S. (2017). *La résilience*. PUF.
- Tourona, P. (2007). *Les incendies : La recherche des causes*. *Revue francophone des laboratoires*, 2007 (392), 41-50.
- Vergas Florez, J. (2014). *Aide à la conception de chaînes logistiques humanitaires efficaces et résilientes : application au cas de crises récurrentes péruviennes* [thèse de doctorat, Université de Toulouse].

Liste des références

Référence en arabe

بن موفق، ف. (2008). الصور الوالدية عند أطفال في مرحلة الكمون، ضحايا زلزال 21 ماي 2003. دراسة عيادية لعشر حالات. [مذكرة الماجستير، جامعة الجزائر]

دريوش، ع-س. (2007). الصدمة النفسية ونوعية السير النفسي عند مراقبين فيضانات باب الوادي 2001. دراسة عيادية ل 17 حالة. [مذكرة الماجستير، جامعة الجزائر]

زقار، ر. (2009). حداد ما بعد الصدمة بين السواء والمرضى. دراسة إسقاطية لمراقبين ضحايا زلزال 2003. [أطروحة الدكتوراه، جامعة الجزائر]

Annexes

Annexes N°1 : Guide d'entretien semi-directif

Renseignements personnels sur le sujet :

- 1- Quel âge avez-vous ?
- 2- Quel est votre niveau d'instruction ?
- 3- Quel est votre situation matrimoniale ?
- 4- Avez-vous des enfants ? combien ?
- 5- Quel métier exercez-vous ?
- 6- Avez-vous des antécédents médicaux ou psychiatriques ?

Axe 1 : Renseignements sur l'événement (les incendies d'août 2021)

- 7- Est-il la première fois que vous voyez cet événement (incendie) ?
- 8- Comment avez-vous appris la nouvelle ? et qu'avez-vous ressenti à ce moment-là ?
- 9- Comment avez-vous réagi quand vous avez vu cet événement ?
- 10- Pouvez-vous nous raconter ce qui s'est passé ce jour-là ? et qu'avez-vous fait à ce moment-là ? et pouvez-vous nous décrire ces incendies ?
- 11- Avez-vous enregistré des dégâts matériels et humains dans votre famille ?
- 12- Etes-vous resté à la maison une fois la situation réglé ou avez-vous quitté votre maison ? et où êtes-vous allé ?
- 13- Combien du temps a-t-il fallu pour rentrer chez vous ?

Axe 2 : Renseignements sur le vécu de l'événement (les incendies d'août 2021)

- 14- Pouvez-vous nous décrire votre ressenti et vos pensées au moment des incendies ?
- 15- Pensez-vous sur ce qui s'est passé le jour-là ? et qu'est-ce que vous ressentiez lorsque vous pensez ?
- 16- Avez-vous rêvé ? et qu'est-ce-que vous voyez dans vos rêves ? et ces rêves répètent-ils souvent ?
- 17- Comment avez-vous vu le monde extérieur après l'incendie c'était éteint ? et qu'avez-vous ressenti ?
- 18- Etes-vous bénéficiés d'une prise en charge psychologique ?
- 19- Pouvez-vous nous décrire votre état physique et psychologique durant les premières semaines après les incendies ?
- 20- Avez-vous des choses à rajouter, que vous estimez importantes et qu'on a pas abordé ?

Annexe N°2 : échelle PCL-5

PCL-5

Post-traumatic stress disorder Checklist version DSM-5

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

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

Annexe N°3 : résultats de l'échelle PCL-5 de Redouane

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

Annexe N°4 : résultats de l'échelle PCL-5 de Fahima

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

Annexe N°5 : résultats de l'échelle PCL-5 de Zahia

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

Annexe N°6 : résultats de l'échelle PCL-5 de Samira

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

Annexe N°7 : résultats de l'échelle PCL-5 de Yamina

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

Annexe N°8 : résultats de l'échelle PCL-5 de Naziha

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

Annexe N°9 : résultats de l'échelle PCL-5 de Salim

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

Annexe N°10 : résultats de l'échelle PCL-5 de Nacer

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

Impact traumatique des incendies de Kabylie

Résumé

Cette présente recherche porte sur « *Impact traumatique des incendies de Kabylie* ». Elle a pour objectif général l'exploration de l'éprouvé des victimes des incendies d'août 2021 en Kabylie, et pour objectif secondaire l'étude de l'impact psychologique de ces incendies chez les victimes. Elle s'est déroulée au niveau de la wilaya de Bejaia, auprès de huit sujets adultes victimes de cet événement. Pour réaliser cette étude, nous avons adopté la méthode clinique, l'étude de cas et nous avons utilisé l'entretien de recherche semi-directif, l'échelle PCL-5 pour mesurer le trouble de stress post-traumatique. Les résultats de cette recherche ont révélés qu'il existe bien un trouble de stress post-traumatique chez tous nos sujets, mais à des niveaux différents. L'échelle PCL-5 a démontré l'existence d'un trouble de stress post-traumatique modéré chez quatre de nos sujets, un trouble de stress post-traumatique élevé pour un cas, un peu élevé pour un cas, très élevé pour un cas, ainsi que un trouble de stress post-traumatique faible pour un cas.

Mots-clés : impact traumatique, incendies, Kabylie, trouble de stress post-traumatique.

Traumatic impact of fires in Kabylia

Abstract

This present research focuses on « *Traumatic impact of fires in Kabylia* ». Its general objective is to explore the experience of the victims of the fires of auguste 2021 in Kabylia, and as a secondary objective the study of the psychological impact of these fires on the victims. Its took place in the wilaya of Bejaia, with eight adult victims of this event. To carry out this study, we adopted the clinical method, the case study and used the semi-directive research interview, the PCL-5 scale to measuring post-traumatic stress disorder. The results of this research revealed that there is indeed post-traumatic stress disorder in all our cases. But at different levels. The PCL-5 scale demontred the existence of moderate post-traumatic stress disorder in four of our cases, a high post-traumatic stress disorder for one case, a little high for one case, very high for one case, as well as low post-traumatic stress disorder for one case.

Keywords : traumatic impact, fires, Kabylia, post-traumatic stress disorder.