



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

Université Abderrahmane MIRA de BEJAIA

Faculté des sciences humaines et sociales

Département des sciences sociales

Mémoire de fin de cycle

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

Option : psychologie clinique

THEME

**Le traumatisme psychique chez
Les adolescents victimes des incendies ;**
*Etude de cinq (05) cas au niveau du village AIT OUSSALAH,
Commune de TOUDJA , wilaya de BEJAIA*

Réalisé par :

Mr KHEREDDINE AMINE

Mr HAMED RAHIM

Encadré par :

Dr BELBESSAI RACHID

Année 2023/2024

Remerciements

Nous venons de terminer notre travail de recherche après plusieurs mois de persévérance et d'engagement soutenus par les bonnes volontés de nos familles et de notre encadrement.

*A cet effet nous tenons à remercier vivement et chaleureusement notre promoteur professeur **BELBESSAI RACHID** de nous avoir honoré par son encadrement et de nous avoir orienté, aidé d'une façon distincte depuis le début de notre travail jusqu'à son aboutissement, et qui sait conjuguer de façon remarquable la rigueur du chercheur avec la sensibilité du clinicien et le talent de communicateur d'un bon professeur. Avec un humour taquin, heureusement pour nous, incorrigible ! Je souhaite sincèrement que l'amitié développée au cours des derniers mois se poursuive à travers de prochaines collaborations, un remerciement particulier aux **victimes de traumatisme physique ou psychologique** qui, malgré leurs symptômes envahissants, ont donné généreusement de leur temps et de leur énergie pour participer à ce projet.*

*Nous tenons à remercier singulièrement nos femmes respectivement **MME HAMED ET MME KHEREDDINE** de nous avoir soutenu pendant toute cette période ainsi que nos enfants : **AYOUB ET RIHAM, AHMED SAMY, YASSER ET ANES.***

*Nous remercions avec beaucoup de reconnaissance **MR SOUALMIA ABDERRAHMANE** de nous avoir accueilli à bras ouvert au sein de la faculté des sciences humaines et sociales et nous avoir offert un climat de sérénité favorable pour notre réussite.*

*Merci également au directeur de l'EHS de psychiatrie **de Oued Ghir***

***MR BAHLOULI RAID** pour Son appui indéfectible et ses constants encouragements ont été tout aussi déterminants pour mener ce travail à terme.*

Enfin nous remercions tous ceux qui ont participé de près ou de loin dans la réalisation de ce travail.

Dédicace

Le Dieu tout puissant qui m'a accordé le courage et la force pour réaliser ce

Travail que je dédie :

*A mes parents qui sont la lumière de ma vie : maman **SAIDA** et mon père **AZIZE**.*

*A la lumière de mes yeux mes enfants : **AYOUB** et **RIHEM***

*A ma chère femme l'amour de ma vie **OUMNIA***

*A mon frère et ma sœur **TOUFIK** et **FOUZIA***

*A mon grand père et ma grand-mère **MERZOUK** et **ZOHRA***

*Ma belle-mère et mon beau père **DJAMILA** et **Lakhdar***

*A mon beau frère **OUSSAMA***

*Toute la famille **HAMED** et **SOUALEM**.*

*A tous mes amis **BOUDJOU NASSIM**, **HAMI MOUSSA***

*Et mon chère ami et frère **KHEREDDINE AMINE***

RAHIM

Dédicace

*À ce compagnon de tous les instants, je tiens à témoigner
spécialement toute ma gratitude pour son soutien, essentiel lors de
ces trop longs jours et nuits blanches qui ont ponctué des étapes
de deuils éprouvantes, décès **de mon père et de mes oncles
Belkacem, Boualem ; Omar et Youcef et de ma tante Cherifa**, je
dédie ce modeste travail à ma femme **ANISSA**, mère de mes
enfants **SAMY YASSER ET ANES**.*

*Je dédie également ce travail à mes parents aimés **LALDJA ET
TAHAR, MES FRERE ET SŒURS**,
A TOUS MES AMIS.*

AMINE

Introduction.....	1
--------------------------	----------

Partie théorique

Chapitre I :Section1 : Les incendies ,victime et prise en charge

Préambule	3
1. L'historique des incendies.....	3
2. Définitions des incendies.....	5
3. Types des incendies.....	5
4. Les causes des incendies.....	6
5. Les conséquences des incendies.....	8
6. La prise en charge des victimes des incendies.....	9
Synthèse.....	10

Section 2 : Le traumatisme psychique, diagnostique et prise en charge

Préambule.....	11
1. Histoire du traumatisme psychique.....	11
2. La définition du traumatisme psychique	14
3. La définition de l'évènement traumatique.....	15
4. Définition de l'état de stress post-traumatique.....	16
5. Types du traumatisme psychique	16
6. Diagnostique et diagnostique différentiel selon DSM-5 et CIM 10.....	18
6.1 diagnostique.....	18
6.1.1 selon DSM-5.....	18
6.1.2 selon CIM 10.....	21
6.2 Diagnostique déférentiel	21
7.l'approche explicatif du traumatisme psychique	23
8.la prise en charge de traumatisme psychique	24
8.1 prise en charge psychologie	24
8.1.1 le défusing.....	24
8.1.2 le débriefing.....	25
8.1.3 L'EMDR....	26

8.1.4 la thérapie analytique ou psycho dynamique.....	27
8.1.5 l'hypnose.....	27
8.1.6 La thérapie cognitive et comportementale.....	28
8.1.7 La relaxation.....	28
8.1.8 L'exposition.....	29
8.1.9 Les groupes de paroles.....	29
8.2. Prise en charge médicamenteuse.....	29
Synthèse.....	30
Chapitre II : section 1 :l'adolescence et son développement affectif	
Préambule.....	31
1. Définition de l'adolescence.....	31
2. Aperçu historique.....	32
3. Les phases de l'adolescence.....	33
3.1. La pré-adolescence.....	33
3.2. La première adolescence.....	33
3.3. L'adolescence proprement dite.....	33
3.4. L'adolescence tardive.....	33
3.5. La post adolescence.....	33
4. Les aspects du développement chez l'adolescent	34
4.1. Le développement physique.....	34
4.2. Le développement cognitif.....	34
4.3. Le développement moral et affectif.....	35
5. Les troubles émotionnels et comportementaux à l'adolescence.....	36
5.1. Les troubles anxieux.....	36
5.2. Les troubles dépressifs.....	37
5.4 .Le trouble oppositionnel avec provocation.....	38
5.5. Les troubles de la conduite.....	40
Synthèse.....	41

Section 2 : la victime et victimologie

Préambule.....	42
1. Aperçu historique.....	42
2. Définition de victime.....	45
3. Définition de la victimologie.....	47
4. Type de victime.....	47
4-1 la victime directe ou primaire	47
4-2 la victime indirecte ou secondaire.....	48
4-3 les victimes potentielle ou tertiaires.....	49
Synthèse.....	50
Problématique et hypothèses	51

Partie pratique

Chapitre III: La méthodologie de la recherche

Préambule.....	56
1- La pré enquête	56
2- Enquête.....	57
3- Attitude du chercheur.....	58
4- Difficulté de la recherche.....	58
5- Méthode et techniques d'investigation.....	59
6- Lieu de recherche.....	61
7- Le groupe de recherche.....	61
8- Outils de recherche.....	62
9- Le déroulement de la recherche.....	68
Synthèse.....	69

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

Préambule.....	70
I- Présentation et analyse des données.....	70
1- Cas n°1 :	70
2- Cas n°2 :	76
3- Cas n°3 :	82
4- Cas N°4 :	88
5- Cas N°5 :	94
II- Discussion des hypothèses.....	100
Conclusion	104
Listes des références.....	105

Liste des tableaux

N° du tableau	Titre	Page
N°1	Tableau récapitulatif selon l'Age, le niveau d'instruction des sujets de recherche	62
N°2	Grille de cotation des items de l'échelle J	67
N°3	Conversion des notes brutes en notes étalonnées, par échelle	67
N°4	Interprétation des scores obtenus des dix échelles au questionnaire	68
N°5	conversion les notes brutes obtenues par Ahmed en notes étalonnées	72
N°6	conversion les notes brutes obtenus par Karim en notes étalonnées :	78
N°7	conversion les notes brutes obtenus par Samy en notes étalonnées	84
N°8	conversion les notes brutes obtenues par Lamia en notes étalonnées	90
N°9	conversion les notes brutes obtenues par Farid en notes étalonnées	96
N°10	récapitulatif des résultats de nos 05 cas au questionnaire TRAUMAQ	103

Liste des annexes

N°de l'annexe	Titre
N°1	Guide d'entretien semi-directif
N°2	le questionnaire du TRAUMAQ
N°3	Feuille de résultats du TRAUMAQ
N°4	Resultat au TRAUMAQ AHMED
N°5	Resultat au TRAUMAQ KARIM
N°6	Resultat au TRAUMAQ SAMY
N°7	Resultat au TRAUMAQ LAMIA
N°8	Resultat au TRAUMAQ FARID

Liste des abréviations :

Abbreviations	Significations
CIM	Classification internationale des maladies
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
EHS	Establishment hospitalier spécialisé
OMS	Organisation mondiale de la santé
PTSD	Post traumatic stress disorder
TCC	Thérapie cognitive et comportementale
TRAUMAQ	Questionnaire d'évaluation du traumatisme psychique
TSPT	Trouble stress post-traumatique
EMDR	Eye-movement desensitization and reprocessing (Désensibilisation et Retraitement par les Mouvements Oculaires)

Introduction

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 tel que les incendies qui peuvent la détruire en quelques heures seulement. Subir un événement traumatique est une expérience extrêmement douloureuse. Elle peut changer pour toujours notre vision de la vie. Elle peut nous empêcher de fonctionner pendant de longues périodes et affecter négativement nos relations. Cependant, elle peut aussi se révéler pour nous une occasion de mieux nous connaître et de remettre en question nos valeurs de façon positive. Elle peut mener à l'apprentissage de nouveaux outils permettant une amélioration de notre qualité de vie.

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 chez les adolescents.

L'adolescence est une période caractérisée par l'apparition des crises correspondant à un processus de changement. Cette période sera accompagnée par des phénomènes tels que les comportements agressifs et les comportements antisociaux. Ce moment est un phénomène inquiétant qui entrave et trouble le milieu de l'adolescent.

En ce sens, notre étude porte sur ***«le traumatisme psychique chez les adolescents victimes des incendies de village n'aïth oussalah »***. Nous avons choisi de s'intéresser à cet événement, parce que l'Algérie, et plus particulièrement le village n'aïth oussalah la commune de toudja qui a connu une grande perte humaine .

Pour la réalisation de ce travail de recherche, nous nous sommes appuyés sur l'approche intégrative , Dès lors, notre étude portant sur l'impact traumatique chez les adolescent victimes des incendies de village n'aïth Oussalah 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 incendies et traumatisme psychique » est divisé en deux sections, la première s'appuie sur les incendies la deuxième

Est consacré pour le traumatisme psychique. Dans le second chapitre portant sur « l'adolescentes et la victime » est divisé en deux sections, la première concerne un rappel sur l'adolescentes dont nous avons abordé les points essentiels ; la seconde section traite la notion de victime. 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'analyses 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 incendies et traumatisme psychique

Section 1 : Les incendies, victimes et prise en charge

Préambule

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 Xin gan 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 a en effet été utilisé par l'armée française en Algérie pendant la guerre de libération, en incendiant les bords (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, ou 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 particulièrement village AITH oussalah la commune de toudja wilaya de Bejaia 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, selon le gouvernement algérien, se sont déclarés notamment en Kabylie en juillet 2023 (<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

Selon HOUACINE (2016) 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 sous forestière (garrigues, maquis...). Ce terme désigne globalement les feux de forêt. (**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, P.56**).

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,P.95).

3-4- Les feux de braises

Les braises sont produites 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 20 km dans les cas exceptionnels) (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 **(SWYNGHEDAUF, 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,P.45).**

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, P.23)**.

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'importance 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 forestiers 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 mobilisés 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 poursuivies 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)**.

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,P.30).**

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,P.56).**

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 **(KEDIA, 2020, P.107).**

Synthèse

A partir des données traitées auparavant, les incendies 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 incendies affectent la santé psychique des victimes. En effet, les victimes des incendies peuvent être intoxiquées.

Section 2 : Le traumatisme psychique diagnostique et prise en charge

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 des incendie.

Nous allons aborder dans cette section 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.

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

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 de nombreux 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 (**KEDIA, 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 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 abrégés dans l'immédiat » (par l'action, les pleurs ou la représentation mentale) et « non abrégés 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- La définition du traumatisme psychique :

Le mot « traumatisme » vient du grec « trauma », τραυμα, blessure. En médecine, il définit la « transmission d'un choc mécanique exercé par un agent physique extérieur sur une partie du corps et y provoquant une blessure ou une contusion » (**CROCQ, 2007,P.37**). Transposé à la psychopathologie, il devient traumatisme psychologique ou trauma, soit « la transmission d'un choc psychique exercé par un agent psychologique extérieur sur le psychisme, y provoquant des perturbations psychopathologiques transitoires ou définitives » (**CROCQ, 2007,P.38**).

En 1917, dans Introduction à la psychanalyse, Sigmund Freud précise que le trauma provoque dans l'appareil psychique un afflux d'excitation impossible à assimiler et à liquider : « Et même, le terme traumatique n'a pas d'autre sens qu'un sens économique. Nous appelons ainsi un événement vécu qui, en l'espace de peu de temps, apporte dans la vie psychique un tel surcroît d'excitation que sa suppression ou son assimilation par les voies normales devient une tâche impossible, ce qui a pour effet des troubles durables dans l'utilisation de l'énergie » (**Freud, 1917**).

En 1920, dans son ouvrage Au-delà du principe de plaisir, il définit le traumatisme comme « toutes excitations externes assez fortes pour faire effraction dans la vie psychique du sujet » (**Freud, 1920**).

En 2007, 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 ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur » (Crocq, 2007). (**JOSSE,2019, P.38**)

Pour François Lebigot, « le traumatisme psychique résulte d'une rencontre avec le "réel" de la mort. Cela veut dire que le sujet s'est vu mort ou il a perçu ce qu'est vraiment la mort comme anéantissement, et non sous cette forme imaginaire qui caractérise le rapport des hommes à la mort. Freud faisait remarquer que nous savons tous que nous allons mourir, mais que nous n'y croyons pas. Il n'y a pas de représentation de la mort dans l'inconscient, et d'ailleurs comment représenter le néant » (**LEBIGOT, 2005,P.39**).

3- La définition de l'évènement 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'évènement traumatique constitue un « Stimulus inconditionnel », alors que les éléments externes ou internes rappelant l'évènement sont des « stimuli conditionnels » déclenchant l'angoisse, les réactions d'évitement et le syndrome de répétition. Ces différents processus de conditionnement secondaire à l'évènement 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'évènement 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, P.12**).

A partir des données précédentes, nous pouvons considérer le phénomène des incendies comme un événement traumatique. De ce fait, nous comprenons que l'évènement traumatique, est tout événement soudain, inattendu, violent et qui peut être catastrophique, provoquant de diverses conséquences psychiques.

4- Définition de l'état de stress post-traumatique :

Parmi les stressés aigus se trouvent les événements de vie qualifiés de traumatiques (désastre naturel, abus physique, accident, etc.). Les traumatismes psychologiques peuvent être responsables de plusieurs pathologies psychiatriques tels un trouble de l'adaptation, une dépression, un trouble dissociatif, une phobie, des changements de la personnalité (hyper vigilance et irritabilité persistantes, hostilité et méfiance, retrait social, etc.) ainsi que des abus d'alcool et de drogues (Fortin, 2001). L'ESPT est une autre psychopathologie spécifiquement causée par un traumatisme, selon un des critères diagnostiques du DSM-IV (APA, 1996).

L'ESPT survient lorsqu'une personne a été exposée à un événement durant lequel elle-même ou d'autres personnes autour d'elle ont été menacées de mort ou de blessures graves, ou en ont réellement été victimes (critère A du DSM-IV [APA, 1996]). Cet événement a provoqué une réaction de peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. (GIRARD.A, 2006, P.8)

La symptomatologie de l'ESPT est décrite par trois critères (B, C et D) du DSM-IV (APA, 1996). Les cinq items du critère B décrivent les manifestations de reviviscence de l'événement traumatique. Au moins un de ces items est nécessaire afin de poser le diagnostic. Les sept items du critère C, dont au moins trois doivent être présents, correspondent à des manifestations d'évitement des stimuli associés au traumatisme et à l'émoussement de la réactivité. Les cinq items du critère D sont des symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative inhabituelle (au moins deux sont nécessaires pour poser le diagnostic). De plus, la symptomatologie de l'ESPT doit durer plus d'un mois (critère E) et entraîner une souffrance ou une altération marquée du fonctionnement habituel de la personne (critère F). Il est également nécessaire de spécifier si l'ESPT est aigu (durée des symptômes inférieure à trois mois) ou chronique (durée des symptômes égale ou supérieure à trois mois). (JOSSE., 2019, PP. 8-9)

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 :

5-1 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 quelques illustrations de ce genre d'incidents critiques.

5-2 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.

5-3 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.

5-1 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.

5-2 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 :

5-3 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).

5-4 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'appellent 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 diagnostiques concernant les adultes seulement car notre population d'étude est composée d'adulte.

6-1 Diagnostique

6-1-1 Critères diagnostiques selon DSM-5

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

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 membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.

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

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 :

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 une 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.

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).

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

5-Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.

6-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).**

6-1-2- 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 aggraver son évolution : ces facteurs ne sont pas toutefois nécessaires ou suffisants pour expliquer la survenue du syndrome. Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants (« 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 hyperveil neuro-végétatif, avec hypervigilance, état de « qui-vive » et insomnie. Ils sont fréquemment associés à une anxiété, une dépression ou une idéation suicidaire. La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années et entraîner une modification durable de la personnalité (F62.0) (CIM 10, 2012, p.246).

6-2- 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 négatives 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**).

6- 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'autre 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)

7-La prise en charge de traumatisme, psychologique et médicamenteuse

7-1 prise en charge psychologique

7-1-1 Le défusing :

Le défusing relève de la même « logique » de soins immédiats. Il prend place dans les toutes premières heures qui suivent le traumatisme sur les lieux mêmes de la catastrophe ou de l'agression. La traduction littérale du mot défusing est « désamorçage ». Trois objectifs principaux gouvernent la pratique du défusing :

- favoriser l'ouverture d'un espace de parole contenant et rassurant, espace qui se définit comme un « soin psychique immédiat » ;
- contenir et réguler les décharges émotionnelles ;
- ne pas dédramatiser prématurément la situation traumatogène (BESSOLE, 2006, P.232).

Le soin psychologique immédiat aussi nommé « défusing » consiste à atténuer les effets du stress et de l'angoisse. Il permet aux rescapés d'exprimer leurs sentiments d'impuissance et leur impression d'être sortis de l'humanité (BARROIS, 1988).

Il s'agit d'aider le rescapé à réordonner et réorganiser leur parole en tentant ainsi délimiter les effets de « blanc de la pensée » que génère chez eux une rencontre avec le « réel de la mort » (Lebigot, 2005). En retrouvant un espace de parole, les victimes peuvent mettre un début d'ordre face au chaos qu'a entraîné l'attentat. Il est important, à cette étape de la prise en charge,

de respecter les mécanismes de défense (clivage, identification projective, idéalisation) qu'elles ont mis en place et qui les protègent d'une désorganisation psychique plus importante.

Une note d'information décrivant les symptômes pouvant apparaître et des adresses de consultations spécialisées est commentée et remise aux rescapés. Avant qu'ils regagnent leur domicile, il est nécessaire de s'assurer que les rescapés peuvent se projeter dans un futur immédiat, retrouvant leurs repères spatio-temporels et un discours cohérent qui leur assurent une certaine autonomie psychique. Un rendez-vous leur est proposé dans les deux ou trois jours suivants avec l'intervenant qui vient de les prendre en charge. À l'inverse, quand on observe chez les rescapés la persistance d'un vécu de déréalisation et du processus de dépersonnalisation, parfois d'un état de « stress dépassé » ou de détresse majeure, il est alors indispensable de les orienter et les accompagner vers un service d'urgence psychiatrique **(COQ, 2018, P.91). (Benamsili, 2019, pp.70-71)**

7-1-2 Le débriefing :

La période post-immédiate se situe approximativement du deuxième au trentième jour après l'événement, les soins psychiques qui y sont proposés peuvent être les premiers ou s'inscrire dans la suite des soins immédiats. Il s'agit d'entretiens collectifs ou individuels proposés aux rescapés, aux témoins, parfois aux proches des victimes. Si les interventions immédiates s'insèrent dans le cadre plus large des plans de secours d'urgence, les interventions psychologiques post-immédiates ont des modalités d'organisation autonome qui se situent dans une temporalité différente **(COQ, 2018, P94).**

Les mots anglo-saxons briefing et débriefing, sont empruntés au vocabulaire militaire, où ils désignent les réunions techniques de départ et de retour de mission des équipages de bombardiers ; par extension, à la fin de la deuxième guerre mondiale, sur le théâtre d'opérations du Pacifique, Marshal, officier d'infanterie de marine, a transposé l'opération débriefing au bilan psychologique des soldats des petites unités revenant d'un combat éprouvant. Par extension encore, quelques décennies plus tard, ces procédures de débriefing psychologique ont été appliquées à des petits groupes de pompiers ou de policiers ayant été confrontés à un « événement critique » stressant ; et ensuite aux victimes rescapées d'une catastrophe ou d'un accident, individuellement, ou en groupe si elles ont été impliquées dans le même événement « potentiellement traumatogène » **(PONSETI-GAILLOCHON, DUCHET, MOLEND, 2009, P.6).**

7-1-3 L'EMDR :

Le traitement de l'EMDR repose sur le principe de l'activation, par des stimulations orientées, d'un processus de traitement neuro-émotionnel naturel qui n'a pu s'activer après l'exposition à l'événement traumatique, à cause d'un blocage provoqué par le choc émotionnel et le stress intense qui a favorisé le développement du TSPT. (GERARD ,2016, P .147)

La conceptualisation du traitement par EMDR était basée initialement sur le principe de la désensibilisation, et a évolué par la suite vers un paradigme fondé sur le principe du traitement adaptatif de l'information (TAI).

Le traitement adaptatif de l'information s'active de façon efficace, lorsque le souvenir traumatique, à l'origine des comportements et des réactions dysfonctionnels, est identifié avec précision. Il inclut également les déclencheurs actuels et les perspectives du futur (SHAPIRO, 2005 ; 2007).

C'est en accédant à la mémoire traumatique que la méthode EMDR permet l'activation d'un ensemble d'éléments liés au souvenir traumatique dans une configuration en réseau qui va ramener ce souvenir à la conscience du patient sous une forme adaptée et fonctionnelle pour être intégré à la mémoire autobiographique, et faire partie ainsi de la vie de la personne. Ce système d'auto-guérison psychologique est semblable à celui de l'auto-guérison physique (blessure physique). La réactivation des réactions liées au souvenir traumatique et la stimulation bilatérale alternée, dans les conditions thérapeutiques, vont permettre à l'organisme d'activer un traitement adaptatif a posteriori. Ce retraitement favorise l'apparition de nouveaux comportements et des réactions émotionnelles plus adaptés, et peut aller jusqu'à induire des changements nouveaux dans les traits de la personnalité (Brown et Shapiro, 2006 ; Korn et Leeds, 2002 ; Zabukovec, Lazrove et Shapiro, 2000).(GERARD , 2016, P.148).

7-1-4 Prise en charge narrative du traumatisme psychique

Les mots font souvent défaut pour décrire réellement ce que l'on ressent, lorsqu'on est frappé directement ou indirectement par une catastrophe. Il peut arriver que les victimes se sentent isolées, abandonnées, submergées par leurs émotions et surtout bien seules avec leur douleur (Noumbissié, 2018, p.7). Dès lors, Bourlot (2018) distingue huit fonctions psychiques

de la narration : catharsis, liaison, partage, historisation, construction, créativité, interprétation, subjectivation. Les relations entre ces fonctions ne sont pas d'opposition, mais de complémentarité et de superposition. (BOURLLOT, 2018, P.627).

7-1-5 La Thérapie analytique ou psycho dynamique :

Les thérapies psycho dynamiques se réfèrent peu ou prou à la psychanalyse freudienne qui, après le renoncement de Freud à sa « neurotica », va davantage s'intéresser à la réalité psychique qu'à la réalité, notamment traumatique. La théorisation lacanienne en revanche, retient un concept essentiel dans son élaboration théorique : la « réalité crue », laquelle n'est pas symbolisable. C'est pour éviter ces confusions que nous parlons dans cet ouvrage d'événement(s) traumatique(s) et non de trauma ou traumatisme. Car la question du trauma est un point d'achoppement important qui perdure dans les discussions passionnées sur l'étiologie possiblement traumatique de certains troubles de la personnalité. (GERARD, 2016, P. 52)

7-1-6 L'hypnose :

Est utilisée pour réintroduire une « base de sécurité » (Bowlby) permettant d'explorer un stimulus inquiétant. Le réexamen d'un point de vue distancié en permet une lecture différente. Le fait de s'exposer au trauma, tout en ayant le sentiment d'être calme et de pouvoir maîtriser, induit des suggestions positives de sentiments de contrôle qui influencent les croyances dysfonctionnelles et diminuent l'anxiété qui maintenait auparavant les évitements de l'événement (Foa et al., 2007 ; Lynn & Cardeña, 2007). Ces auteurs précisent que c'est également l'occasion pour le sujet de réévaluer de façon plus juste l'événement et ses réactions. Recadrer et restructurer la perception que les sujets ont d'eux-mêmes passe par le changement de leur image en tant que victime. (GERARD , 2016, P. 129).

L'hypno thérapie fait l'objet de débats concernant l'augmentation de la dissociation traumatique et l'émergence de faux souvenirs (GERARD , 2016, P. 129).

L'hypnose, technique dissociative, utilisée dans un cadre structuré, contrôlé et sécurisant permettrait aux sujets présentant un TSPT de bénéficier de leur savoir-faire de façon maîtrisée et thérapeutique. Des précautions sont, toutefois, à prendre, en particulier vis-à-vis du risque d'émergence de faux souvenirs induits. (GERARD , 2016, P 129).

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

un sentiment de sécurité et de compétences par la mobilisation des ressources nécessaires pour faire face aux souvenirs traumatiques. Retrouver un sentiment de contrôle là où le sujet se sentait vulnérable et impuissant, entraîne une restructuration cognitivo-émotionnelle permettant l'intégration et la métabolisation du souvenir traumatique. L'hypnose ré-ouvre ainsi au sujet les champs du possible et lui permet de reprendre une nouvelle direction de sa vie (**Gérard , 2016, P .137**).

7-1-6 La thérapie cognitive et comportementale :

Connue sous le sigle de TCC, elle est considérée comme la prise en charge thérapeutique la plus efficace en matière d'indication en ce qui concerne les traumatismes psychologiques. (**BOUDOUKHA, 2020**).

Leurs principes sont clairement codifiés ; et s'articulent autour de quatre phases : évocation et description de l'expérience traumatique, apprentissage de techniques de relaxation, travail sur les capacités à communiquer sur l'expérience traumatique et, enfin, approche de la dimension cognitive du traumatisme c'est-à-dire le traitement cérébral de l'information. Leur réputation dans le traitement de L'ESPT a pu être évaluée au moyen d'études contrôlées qui montrent leurs effets sur l'atténuation des symptômes. il est possible de les associer aux thérapies psychodynamiques et d'inspiration psychanalytique lorsque certains symptômes persistent, ou sont insuffisamment améliorés, ou sont liés à un trouble de personnalité (**COTTENCIN, 2009, P.243**

7-1-7 La relaxation :

La relaxation permet d'entrer dans la thérapie et de donner un moyen au patient de réduire ses réponses neurovégétatives. Elle permet aussi d'avoir plus facilement accès aux souvenirs traumatiques.

Les méthodes de relaxation fondées sur un entraînement régulier tendent à obtenir un relâchement général du corps afin de modifier indirectement le psychisme des sujets qui s'y soumettent. Par la détente qu'elles provoquent et ses bienfaits, les méthodes de relaxation sont utilisées dans le traitement des individus hypertendus ou présentant des troubles psychosomatiques. (**Cottreaux, j.2001, pp159- 161**)

7-1-8 L'exposition

La méthode la plus ancienne est l'exposition aux images traumatique par la désensibilisation. Celle-ci s'effectue progressivement : la méthode est longue et peu effaces dans le stress post-traumatique. La vidéo peut aussi être un moyen d'approcher la situation en maîtrisant le rythme de sa séparation quand nature du tresseur le permet L'implosion est une méthode plus indirecte, est important de faire revivre les sensations corporelles qui ont accompagné le traumatisme. Evénement traumatique est sans cesse revécu.

Il peut s'agir de souvenir qui font intrusion inopinément dans la conscience et qui comprennent des images, des pensées ou des perceptions il peut s'agir aussi de rêve récurrent. (COTTEREAUX, 2001, P.159)

7-1-9 Les groupes de paroles :

Les groupes de paroles sont mis en place dans le but d'une réécriture du scénario traumatique, néanmoins les fondements y sont différent pour chaque sorte d'évènement traumatique. Ils tendent à privilégier la solidarité du groupe et ainsi à libérer les participants de la dépendance qui les empêche d'être autonome. Les personnes participantes retrouvent alors dans les paroles des autres leur propre situation, aboutissant à la reconnaissance de soi en l'autre et ainsi à aider les autres et soi-même retrouver l'estime de soi. Elles tissent des liens sociaux, apprennent à se faire confiance, combattent la culpabilité en remettant la responsabilité à ceux qui le méritent véritablement mais aussi transforment leur honte en une colère qui est bien dirigée et qui les motive à changer le cours de choses. (LOPEZ, 2014, P.226).

7-2 Prise en charge médicamenteuse :

La prise en charge intégrée thérapeutique comporte une association entre traitement addictologique et traitements du TSPT. Plusieurs études médicamenteuses montrent une efficacité des traitements addictologiques (naltrexone, disulfiram, nicotine en timbre, substitution des opiacés) associés à des traitements antidépresseurs (Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine : ISRS en première intention voir inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline : IRSN en deuxième intention). Il existe d'autres stratégies thérapeutiques dans le cadre de TSPT réfractaire comme :

- Les régulateurs de l'humeur tels que la lamotrigine ;
- Les anti-adrénergiques : prozosine pour les troubles du sommeil ;
- La buspirone pour les cauchemars ;

- Les antipsychotiques atypiques tels que la quétiapine qui ciblent les symptômes associés (dépressifs, anxieux).

Il est donc important d'utiliser les addictolytiques car ils régulent l'addiction ainsi que le TSPT. Pour exemple, les timbres nicotiques entraînent une libération progressive de nicotine ce qui émousse le pic nicotinique de la cigarette qui habituellement renforce le TSPT. Ces derniers agissent donc sur les symptômes de manque et sur ceux du TSPT. Il en est même pour les substitutions aux opiacés. Le traitement combiné permet non seulement l'amélioration du trouble lié à l'usage mais également les symptômes de TSPT. Nous allons présenter les différentes stratégies possibles en fonction de la substance utilisée. (GERARD, 2016, P.315).

Synthèse :

A la lumière de ce chapitre, nous pouvons conclure que le traumatisme psychique résulte de l'invasion de l'espace mental du sujet par le réel de la mort, le néant comme expérience. et un phénomène qui se déroule au sein du psychisme, sous l'impact d'un événement. et que pour savoir si une personne a subi un traumatisme on observe différents symptômes un sentiment de peur intense d'horreur et d'impuissance accompagné d'un ou de plusieurs des symptômes suivants : Des flash-back, des pensées qui s'imposent à l'esprit et deviennent incontrôlables.... Etc, Et parmi ces événements on a : les adolescents victimes des incendies.

Chapitre II

L'adolescences et la notion de la victime

Section 1 : l'adolescence et son développement affectif

Préambule

L'adolescence est considérée comme une étape de développement de l'individu qui lui permet de passer du statut de l'enfant à celui de l'adulte, elle se caractérise par différentes transformations psychologiques et physiologiques.

Dans ce présent chapitre, nous allons vous présenter la notion d'adolescence, quelques aspects du développement chez l'adolescent et certains troubles les plus fréquents.

1-Définitions

L'adolescence, « grandir vers » constitue le passage fondamental qui va de la dépendance infantile à l'autonomie adulte et se caractérise par des bouleversements intenses et variés. **(BENONY, 2005, P.11).**

Selon le grand dictionnaire de la psychologie, l'adolescent est une période du développement au cours de laquelle s'opère le passage de l'enfance à l'âge adulte **(TAMISIER, 1999, P.123).**

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, l'adolescence est « la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans ». C'est une période de transition qui se caractérise par un rythme de croissance élevé et des changements psychologiques importants.

Selon A. Braconnier, D.Marcelli, la notion d'adolescence s'avère fort complexe, période de passage de l'état d'enfant à celui d'adulte. Elle se caractérise par d'importantes transformations somatiques qui, parallèlement à une poussée instinctuelle, rapproche l'enfant de l'homme ou de la femme au plan physique, alors que contraintes et conventions sociales le maintiennent dans son statut antérieur. Il s'en suit une situation de déséquilibre qui peut se manifester à travers de nombreux symptômes, souvent regroupés sous l'expression de « crise de l'adolescence », un temps où les équilibres culturels atteints sont remis en question par les maturations organiques. C'est dans ce contexte que l'adolescent doit à la fois acquérir le sens de son identité personnelle, imposer aux autres sa propre originalité et s'intégrer au sein de son environnement. **(COSLIN, 2010, PP.14-15).**

2-Aperçu historique

Les anciens se sont intéressés au passage de l'enfance à l'état d'adulte. Ils voyaient dans cet entre-temps, le moment où l'on accède à la raison mais aussi à l'époque des passions et des turbulences. Ainsi, Platon considérait selon sa théorie de la dualité du corps et de l'âme, que cette transition consistait en une maturation graduelle transformant la première couche de l'âme des désirs et des appétits, intrinsèque à l'homme, en une deuxième couche. Caractérisée par la compréhension des choses et l'acquisition des convictions, et conduisant certains à, l'adolescence ou à l'âge adulte à parvenir à l'intelligence et à la raison.

Aristote quant à lui, envisageait des stades hiérarchisés où les jeunes enfants dominés par leurs appétits et leurs émotions s'avéraient capables d'actions volontaires, mais non de choix réels, ce qui le rendait semblable aux animaux. La capacité de choisir n'intervenait qu'en second stade entre 8 et 14 ans, appétits et émotions étant alors subordonnés à un contrôle et à des règles. La période de 15 à 21 ans était celle des passions, de la sexualité, de l'impulsivité et du manque de contrôle de soi, mais c'était aussi le temps du courage et de l'idéalisme.

C'est seulement à la renaissance qu'apparaissent de nouvelles façons de concevoir le développement humain avec les Comenius qui pose la nécessité d'établir des programmes scolaires en relation avec l'évolution des difficultés de l'individu. Quatre stades de six années sont évoqués : de 1 ans à 6 ans, les enfants sont à la maison où ils doivent recevoir une éducation de base et exercer leurs facultés sensorielles et motrices ; de 7 ans à 12 ans, tous doivent recevoir une éducation élémentaire (langue, usage, religion) dans leur langue maternelle, ils doivent alors développer leur mémoire et leur imagination. De 12 ans à 18 ans, l'éducation vise à favoriser l'évolution du raisonnement. Et enfin de 18 ans à 24 ans, c'est la maîtrise de soi et de la volonté qui doit être développée. **(COSLIN, 2010, PP.15-16)**

Il n'en est moins vrai que jusqu'au XIX^e siècle, l'adolescent, au sens où on l'entend aujourd'hui, n'est pas observable au sein de la société occidentale. Certes, la constatation de la puberté entraîne-t-elle la capacité civile chez les romains, bien que le terme d'adolescent y qualifiât la personne jusqu'à sa trentième année ; certes le fait de pouvoir porter ces armes procurait-il le statut d'adulte chez les francs et les germains. Mais au moyen âge, la croissance physique était considérée comme l'agrandissement graduel d'une créature de dieu, et enfant et adulte étaient estimés qualitativement semblables, ne différant que quantitativement, le jeune n'étant tout simplement qu'un adulte en miniature ne croyait-on pas d'ailleurs que le sperme contenait l'homuncule (le petit homme) qui, implanté dans l'utérus, y grandissait sans différenciation des tissus ou des organes. **(COSLIN, 2010, P.16).**

1- Les phases de l'adolescence

1.1. La préadolescence

Caractérisée par l'augmentation quantitative de la pression pulsionnelle tous azimuts, car il n'y a pas encore de nouvel objet d'amour, ni de nouveau but pulsionnel. Ensuite, il la caractérise par la résurgence de la pré-génitalité ; manifeste chez le garçon, refoulée chez la fille. (BROUSSELLE, ET AL, 2001, P.12).

1.2. La première adolescence

Marquée par la primauté génitale et le désinvestissement des objets d'amour incestueux, Peter Blos décrit un rejet des «objets internes parentaux» .C'est l'ambiguïté de l'objet interne, intermédiaire entre l'objet externe et l'instance de l'appareil psychique qui est la en cause. Peter Blos utilise parfois une forme plus correcte, comme le désinvestissement des représentations des objets internes, qui est peut-être plus proche, plus évocatrice, du risque de l'adolescence. (BROUSSELLE ET AL, 2001, P.13)

1.3. L'adolescence proprement dite

L'adolescence proprement dite où dominant le réveil du complexe œdipien et les détachements des premiers objets d'amour. Au cours de cette phase, le narcissisme s'amplifie, le deuil apparaît et nous en verrons les liens avec la dépression, « «l'état amoureux» reflète les problèmes liés au choix d'objet sexuel.

«L'individualisation atteint un sommet avec le réveil du conflit œdipien et l'établissement du plaisir préliminaire agissant comme il le fait sur l'organisation du Moi». (BROUSSELLE ET AL, 2001, P.14).

1.4. L'adolescence tardive

Selon Blos l'adolescence tardive est une phase de consolidation des fonctions et des intérêts du moi. C'est la phase de la formation du caractère, produisant un fonctionnement égo-syntonique du moi, et de la structuration de la représentation du Soi; qui est l'héritier de l'adolescent, (BROUSSELLE ET AL. 2001, P.14).

1.5. La post-adolescence

Le terme de « post-adolescence » désigne cette phase qui, généralement, se situe entre 17-18 ans et 30 ans, entre l'adolescence et la maturité, et au cours de laquelle s'effectuent les grands choix personnels : professionnels et sentimentaux, qui président au devenir adulte. La post-adolescence en tant que période charnière et décisive durant laquelle l'adolescence pourrait se terminer et se

poseraient les bases de l'adulte qui s'annonce.

4. Les aspects du développement chez l'adolescent

La période d'adolescence se caractérise par des changements dans les différents aspects du développement.

4.1. Le développement physique

Sous l'effet des hormones, la puberté se déclenche et mène à la maturité sexuelle et à la capacité de reproduction, elle provoque une croissance rapide de la taille et du poids, ainsi que l'apparition des caractères sexuels primaire et secondaires qui entraînent plusieurs transformations physiques du corps. La maturation sexuelle se produit généralement plutôt chez les filles que chez les garçons, qui alors temporairement d'une plus petite taille qu'elles. Certaines répercussions psychologiques, comme le souci de l'apparence, peuvent être associés aux changements consécutifs à la puberté, particulièrement si ces derniers sont rapides et précoces.

Les transformations pubertaires dues à l'âge de l'adolescence sont différentes selon le sexe :

Chez les filles, ces modifications sont l'apparition de la pilosité pubienne (sur le pubis) et axillaire (sous les bras), élargissement de bassin, le développement des seins et l'apparition des premières règles.

Chez les garçons, l'apparition de la pilosité faciale, élargissements des épaules, la mue de la voix, les modifications de leurs organes génitaux et l'apparition des premières éjaculations.

Au final, on peut dire que les effets de la puberté sont différents dans plusieurs contextes et d'une personne à une autre, elles peuvent affecter le développement sexuel et les conduites agressives, elles peuvent également causer une humeur dépressive et certaines compétences cognitives. (MALLET, MELJAC, BAUDIER, , 2003, PP.122-123)

4.1. Le développement cognitif

La croissance physique, le développement affectif et la maturation sexuelle ne sont pas les seuls phénomènes à marquer à l'adolescence, mais les transformations relatives aux capacités intellectuelles s'avèrent tout aussi importante que les bouleversements physiques.

Sur le plan intellectuel, l'adolescent atteint le quatrième stade du développement cognitif de Piaget, soit le stade des opérations formelles. Il acquiert la capacité de penser de manière abstraite et de se détacher des contingences du réel pour envisager des situations hypothétiques grâce au raisonnement hypothético-déductif. Sur le plan du traitement, on observe deux types de changements sur le plan du traitement d'information :

. **Les modifications structurelles** : qui entre autres la mémoire à court et à long terme.

. **Les modifications fonctionnelles** : relatives aux habilités telles que l'attention sélective, la prise de décision et la gestion des processus mentaux. Au même moment, le langage des adolescents se raffine grâce à l'intégration de concepts abstraits. En outre selon la théorie d'Elkind, l'adolescent manifeste plusieurs comportements égocentriques comme le sentiment d'invincibilité, les fabulations personnelles, la conscience excessive de soi, l'indécision ou hypocrisie apparente. (PAPALIA, OLDS, FELDMAN, 2010, P .248).

On peut constater que durant ce développement à l'adolescence, la plupart des jeunes ont un corps mature et un esprit vif, ils sont désormais tout à fait capables de raisonner de façon abstraite, de porter des jugements moraux complexes et aussi de planifier leur avenir de façon réaliste.

4.1. Le développement moral et affectif

Le développement cognitif permet au changement moral de se développer. L.Kohlberga a identifié trois niveaux du développement moral :

✓ **La moralité pré-conventionnelle** : elle est caractérisée par une perception des règles limitée par l'égocentrisme.

✓ **La moralité conventionnelle** : La moralité conventionnelle est typique des adolescents et des adultes, elle est caractérisée par une acceptation des conventions de la société concernant le bien et le mal. À ces stades, une personne obéit aux règles et suit les normes de la société, même quand il n'y a pas de conséquence pour l'obéissance ou la désobéissance.

Le respect des règles et des conventions est quelque peu rigide, cependant et la pertinence ou l'équité d'une règle est rarement remise en question.

✓ **La moralité post-conventionnelle** : la moralité post-conventionnelle est orientée vers des principes qui se situent au-delà des balises d'une société en particulier. Les personnes qui se situent à ce stade peuvent désobéir aux règles qui ne sont pas compatibles avec leurs propres principes. Ces principes concernent généralement les droits fondamentaux de la personne comme la vie, la liberté et la justice.

La plupart des adolescents et des adultes ne dépasseraient pas le niveau de la morale conventionnelle où la personne agit dans le respect de la loi. Pour sa part C. Gilligan a proposé un modèle du développement moral selon lequel les femmes, à la différence des hommes, envisageraient davantage la moralité selon la responsabilité à l'égard des autres, enfin, le

raisonnement et le comportement présocial se développent aussi à l'adolescence.

Concernant le développement affectif, on observe chez l'adolescent une déséquilibration pulsionnelle, qui peut parfois aboutir à une perte de son identité et de son désir d'autonomie, il peut adopter des conduites de repli dépressif et d'opposition.

Selon H. Wallon, les modifications et les remaniements du schéma corporel qu'elle implique apparaissent comme point de départ et provoquent un changement, pour s'affirmer dans la fin de sa construction identitaire, ainsi l'adolescent se détache de ses parents et participe à des groupes sociaux, il arrive à faire des choix selon ses intérêts et ses goûts, et qu'à ce moment que la personnalité devienne polyvalente et autonome. On peut dire qu'à travers les changements pulsionnels et les liens aux objets œdipiens avec l'intégration de la pulsion génitale dans la personnalité que l'adolescent doit chercher son identité propre.(PCOSLIN, 2008, PP.201-203)

Nous pouvons dire à la fin que cette étape du développement est une étape où l'adolescent tente d'affirmer son identité, ses valeurs et choix personnels, mais aussi de se comporter comme un être indépendant.

5. Les troubles émotionnels et comportementaux à l'adolescence

L'enfance et l'adolescence sont des périodes de grandes découvertes et de bouleversements. Plusieurs troubles apparaissent et se trouvent comme une ligne de crête entre le normal et le pathologique. Parmi ces troubles, on distingue les troubles émotionnels et comportementaux.

5.1. Les troubles émotionnels

Ces troubles sont fréquents et associés à des plaintes psychiques et du stress. Parmi ces troubles, on trouve :

5.1.1 Les troubles anxieux

L'anxiété est un sentiment qui appartient à un registre émotionnel normal et fait partie du processus de maturation de l'enfant et l'adolescent. Néanmoins, elle peut s'avérer pathologique et constitue un motif fréquent de consultation. Dans ce cas, son évaluation doit prendre en compte

-L'intensité, la durée et la fréquence du trouble ;

-Les liens qui peuvent exister entre le trouble anxieux et le vécu de souffrance exprimé par l'adolescent et sa famille, ainsi que le retentissement de la symptomatologie sur son environnement social, affectif et scolaire. (GUELF, ROUILLON, 2012, P.508).

Ces troubles anxieux comportent plusieurs entités cliniques :

✓ **Anxiété de séparation :**

se définit comme une peur excessive et inappropriée concernant la séparation d'un proche, ces situations de séparation ou d'anticipation provoquent une détresse importante qui peut se manifester par un état de panique associé à des manifestations somatiques (**GUELF, ROUILLON, 2012, P.508**).

✓ **Attaque de panique :**

est un malaise intense, une crise qui débute spontanément et qui peut durer quelques minutes. Elle est une réponse à une situation anxiogène. Ce trouble peut chez l'adolescent être lié à la crainte qu'un événement grave se produise comme la disparition d'un proche ou le fait d'être kidnappé ou perdu

✓ **Phobie sociale :**

La phobie sociale se manifeste par un évitement des situations dans lesquelles le sujet serait amené à être observé et critiqué par les autres. (**TAMISIER, 1999, P.648**).

✓ **Phobie simple :**

peur ou anxiété intense à propos d'un objet ou d'une situation spécifique. Cette crainte à caractère irraisonné et excessif peut conduire le sujet à un comportement d'évitement retentissant sur sa vie quotidienne.

✓ **Agoraphobie :**

la caractéristique essentielle de l'agoraphobie est une peur ou une anxiété marquée ou intense déclenchée par une exposition réelle ou anticipée à des situations variées. (**DSM-5, 2015, P.272**).

5.1.1. Les troubles dépressifs

Ils sont caractérisés par une tristesse ou une irritabilité suffisante, sévère ou persistante. Chez l'adolescent, elle pose un problème de santé publique majeur et d'autant que son interaction aux conduites suicidaires est très fréquent.

Dans le champ de la dépression, on distingue schématiquement deux tableaux cliniques différents : l'épisode dépressif majeur, qui est aigu et franc, et le trouble dysthymique, qui est marqué par une symptomatologie plus larvée et chronique.

✓ Aspects cliniques

Les signes cardinaux de la dépression de l'adolescent sont proches de ceux décrits chez le sujet âgé, ainsi la clinique de la dépression chez l'adolescent est polymorphe, certaines conduites pathologiques pouvant occuper le devant de la scène.

C'est le cas de syndrome de menace dépressive où l'adolescent exprime parfois un sentiment d'ennui, de morosité tel qu'il a été décrit par P. Male. Parmi les signes cliniques qui apparaissent seuls ou associés, on trouve :

- Une symptomatologie anxieuse ou la majoration récente de celle-ci, centrée sur des préoccupations hypocondriaques ou encore pouvant se manifester, dans un mouvement régressif, par un accrochage affectif vis-à-vis d'un ou des parents ;
- Des manifestations d'ordre fonctionnel comme les troubles du sommeil.
- Une apathie ou au contraire une hyperactivité, des troubles de comportements à type d'agressivité avec agitation, fugue, conduite sexuelle anarchique. Ces troubles peuvent se manifester au domicile ou dans le milieu scolaire.

Parfois les plaintes de l'entourage (famille, enseignants, éducateurs, etc.) occupent le devant du tableau et concernent une prise toxique, ou une intégration à un groupe de délinquants ou de marginaux.

Au sujet des adolescents qui présentent des idées suicidaires, les idées semblent équivalentes à celles rencontrées dans la dépression. Ajoutons que si l'idéation suicidaire revêt un caractère pathologique, elle ne correspond pas pour l'adolescent à un désir de mort liée de près ou de loin à mouvement dépressif. (GUELFY ET ROUILLON, 2012, P.508).

5.2. Les troubles comportementaux

Ils sont considérés comme un mode d'expression et de réponse à des conflits, ils sont souvent comme une tentative de s'affirmer. Parmi eux, on distingue :

5.2.1. Les troubles du comportement alimentaire

Selon American Psychiatric Association, les troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments se caractérisent par des perturbations persistantes de l'alimentation ou du comportement alimentaire entraînant un mode de consommation pathologique ou une absorption de nourriture délétère pour la santé physique ou le fonctionnement social. Ces troubles sont observés de façon fréquente lors de la poussée pubertaire. Cependant, elles en constituent souvent les prémices, plus volontiers chez les filles que chez les garçons chez lesquels ces conduites ont moins tendance à se pérenniser.

Il s'agit classiquement de l'anorexie mentale et la boulimie nerveuse, mais aussi d'autres perturbations telle que

- 1- Les comportements alimentaires instables : fringale, crise de boulimie ;
- 2- Les comportements alimentaires quantitativement inadéquats : hyperphagie, grignotage, restriction globale.
- 3- Les comportements alimentaires qualitativement perturbés : exclusion alimentaire, régime particulier.
- 4- les manœuvres particulières liées à l'alimentation.

✓ **L'anorexie mentale**

Elle est définie comme un trouble de la conduite alimentaire caractérisé par un refus plus ou moins systématisé de s'alimenter, intervenant comme mode de réponse à des conflits psychiques.

(TAMISIER, 1999, P.255)

Ce trouble se caractérise par une restriction prolongée des apports énergétiques ; une peur intense de prendre du poids ou de devenir gros ou un comportement persistant interférant avec la prise de poids ; et une altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps. Le sujet maintient un poids corporel inférieur à la norme minimale pour l'âge, le sexe, le développement et la santé physique. Les poids corporels des individus remplissent souvent ce critère après une perte de poids significative mais chez les enfants et les adolescents, cela peut correspondre, au lieu d'une perte de poids, soit à l'absence de la prise de poids normalement attendue, soit à l'échec du maintien d'un développement staturo-pondéral normal (c.-à-d. tout en grandissant).

(DSM-5, 2015 ,P.442).

Certains facteurs des troubles alimentaires s'avèrent complexes et au sein de nombreuses controverses tels que des facteurs d'ordre métabolique ou génétique, cause psychologique et relationnelle, deuil ou problème scolaire, ainsi cette anorexie survient fréquemment à la suite d'un régime qui ne rentre pas dans le cadre d'une prescription médicale.

Les crises d'adolescence, les changements physiques due à la puberté sont souvent cités comme favorisant à l'apparition de l'anorexie.

Parmi les facteurs qui peuvent déclencher l'anorexie, on peut trouver une carence affective, un manque de confiance en soi et trouble de l'image du corps, elle prend la signification d'un compromis face à la maturation corporelle, liée à la puberté.

L'adolescent éprouve un sentiment d'insécurité interne, chez les filles cette insécurité entraîne inlassablement vers un besoin d'un regard positif de l'entourage **(SAHUC, 2006.P.115).**

✓ La boulimie nerveuse

Elle est définie comme un trouble du comportement caractérisé par des accès incoercibles de fringale, avec absorption massive et ininterrompue de grandes quantités de nourriture, suivies de vomissements provoqués ou d'endormissement. (TAMISIER, 1999, P.501) Cette conduite est caractérisée par la survenue récurrente d'accès hyperphagiques, c'est-à-dire l'absorption, en une période de temps limitée, d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient pendant la même durée dans des circonstances similaires, ainsi que des comportements compensatoires inappropriés et récurrents

visant à prévenir la prise de poids, et une estime de soi influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle. Pour répondre à ce diagnostic, les accès hyperphagiques et les comportements compensatoires inappropriés doivent survenir, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant 3 mois (DSM-5, 2015, P.449).

5.2.1. Le trouble oppositionnel avec provocation

Il se définit comme un ensemble de comportements provocateurs, et hostiles envers les personnes en position d'autorité.

Ces troubles chez l'enfant et l'adolescent sont plus fréquents dans les familles où la continuité de l'éducation a été interrompue à cause de la succession de personnes différentes, ou dans lesquelles les pratiques éducatives ont été dures, incohérentes ou négligentes.

Selon l'American Psychiatric Association, les troubles oppositionnels avec provocations se manifestent par un ensemble d'une humeur colérique/irritable, d'un comportement querelleur/provocateur ou d'un esprit vindicatif persistant pendant au moins 6 mois durant lesquels sont présents au moins quatre symptômes des catégories suivantes, et se manifestant durant l'interaction avec au moins un sujet extérieur à la fratrie. (DSM.5, 2015, P.607)

5.2.2. Les troubles de conduites

Ils sont un ensemble de conduites répétitives et persistantes, dans lequel sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet.

On peut classer ces conduites en quatre catégories principales : conduites agressives où des personnes ou des animaux sont blessés ou menacés dans leur intégrité physique, conduites où des biens matériels sont endommagés ou détruits, sans agression physique, fraudes ou vols et violations graves de règles établies.

La perturbation du comportement entraîne une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel. Les comportements caractéristiques se produisent habituellement dans des contextes variés, comme à la maison, à l'école ou à l'extérieur. Les sujets atteints de trouble des conduites ayant tendance à minimiser leurs problèmes de comportement. **(DSM-5, 2015, P.618).**

Synthèse

Pour conclure, on constate que la période de l'adolescence est souvent une période qui n'est pas confortable, elle peut être marquée par des moments de crises plus ou moins graves et plus ou moins longs. En effet, ce passage de l'enfance à l'adolescence représente un grand bouleversement intérieur, le corps change, de nouvelles émotions et de nouveaux sentiments apparaissent.

L'adolescence est une période de vie parfois éprouvante, pour soi comme pour l'entourage, car ces transformations peuvent être la cause de l'apparition de certains troubles émotionnels et comportementaux comme le traumatisme psychique

Section 2 : la victime et victimologie

Préambule

Les victimes de la criminalité, d'accidents et de catastrophes naturelles ont vu le jour avec l'origine de l'humanité. Cependant, ce n'est qu'au début du 19^{ième} siècle que leurs souffrances commencent à susciter l'intérêt du monde médical. L'intérêt porté aux victimes en tant qu'objet social est plus récent encore. Ce n'est qu'après la deuxième guerre mondiale que les victimes commencèrent véritablement à intéresser la recherche en criminologie et à constituer un enjeu socio-politique. En 1947, Benjamin Mendelssohn, un avocat d'origine roumaine, baptisera « victimologie » cette science naissante.

Cette section propose de donner quelques repères définitionnels de la victime et les grandes lignes de l'histoire de la victime et victimologie.

1. Un aperçu historique

La notion de victime n'a cessé d'être revisitée tout au long de l'histoire occidentale et de s'enrichir de définitions additionnelles. A l'origine, « victime » est un terme du lexique sacré. Au 17^{ième} siècle, il s'est doté d'une connotation morale et d'une définition infractionnelle. Plus tard, se sont ajoutées les notions de victimisation fortuite et accidentelle. Depuis, le concept n'a cessé de s'amplifier de nouvelles nuances.

Aujourd'hui, on peut être victime de la criminalité, de harcèlement, de violence organisée, de difficultés de la vie, d'injustice sociale, de catastrophe naturelle, d'accident, d'erreur médicale, de terrorisme, de torture et de mauvais traitements, de traditions culturelles dommageables, etc. La liste des victimisations semble infinie.

Le terme « victime », emprunté au latin classique « victima », fait son apparition dans la langue vulgaire écrite à la fin du 15^{ième} siècle (en 1485).

Il se rencontre progressivement dans les titres des ouvrages conservés à la Bibliothèque Nationale de France à partir du 17^{ième} siècle et s'affirme au 19^{ième} siècle pour connaître son plein essor au 20^{ième} siècle .

Ces dernières années, près de 50.000 ouvrages traitant des victimes sont déposés annuellement au titre du dépôt légal.(Alinne,j.p.2001,p.63.)

A l'origine, « victima » désignait la victime offerte aux dieux en remerciement des faveurs reçues en opposition à « l'hostia », l'hostie, la victime expiatoire immolée pour apaiser leur courroux.

Peu à peu, les nuances propres à « victima » et à « hostia » ont disparu et l'usage a retenu le mot « victime ».

Dans les civilisations anciennes, le concept de victime est marqué du sceau du **sacrifice**. Dans les rites païens, dont certains ont été repris par les religions monothéistes, les victimes sont **propiatoires**, offertes aux divinités pour solliciter leurs faveurs ou leur clémence et **expiatoires**, immolées pour les apaiser. (**ALINNE, 2001, P.66.**)

Parmi les victimes expiatoires, citons **le bouc-émissaire**. Anciennement, le jour du rite annuel hébreu de Yom Kippour (le Grand Pardon), deux boucs étaient amenés au temple ; l'un était sacrifié à Dieu et l'autre, chargé symboliquement de tous les péchés de la communauté, le bouc-émissaire (du latin « caper emissarius », le bouc envoyé, lâché), était chassé dans le désert vers le démon Azazel (dieu-bouc). L'immolation d'un des deux boucs reliait les humains au divin dans un axe vertical. La victime émissaire quant à elle unissait les hommes entre eux dans un plan horizontal en assurant la paix et l'ordre social. En effet, une union sacrée se forgeait sur cette victime expiatoire et permettait de rejeter la violence endémique à l'extérieur de la communauté.

« Aaron lui posera les deux mains sur la tête et confessera à sa charge toutes les fautes des Israélites, toutes leurs transgressions et tous leurs péchés. Après en avoir ainsi chargé la tête du bouc, il l'enverra au désert sous la conduite d'un homme qui se tiendra prêt, et le bouc emportera sur lui toutes leurs fautes en un lieu aride. » (Lévitique, XVI: 21-22) et aussi : « Si c'est un chef qui a péché, en faisant involontairement contre l'un des commandements de l'Éternel, son Dieu, des choses qui ne doivent point se faire et en se rendant ainsi coupable, et qu'il vienne à découvrir le péché qu'il a commis, il offrira en sacrifice un bouc mâle sans défaut. Il posera sa main sur la tête du bouc, qu'il égorgera dans le lieu où l'on égorge les holocaustes devant l'Éternel. C'est un sacrifice d'expiation. Le sacrificateur prendra avec son doigt du sang de la victime expiatoire, il en mettra sur les cornes de l'autel des holocaustes, et il répandra le sang au pied de l'autel des holocaustes. Il brûlera toute la graisse sur l'autel, comme la graisse du sacrifice d'actions de grâces. C'est ainsi que le sacrificateur fera pour ce chef l'expiation de son péché, et il lui sera pardonné. » (**ALINNE, 2001, P.75.**)

Celui-ci endosse un rôle rédempteur, il est la « supervictime », la « victime parfaite » souffrant et mourant pour racheter les péchés des hommes. Il reste présent par l'eucharistie dans le sacrifice de la messe.

Dès le début du siècle, le mot commence aussi à prendre son sens actuel. Ainsi, il se dote d'une connotation morale. La victime ne s'inscrit plus uniquement dans un rapport vertical au sacré mais aussi dans une relation horizontale inter-humaine. En effet, à la notion de sacrifice s'ajoute une définition infractionnelle de la victimisation, le terme désignant aussi « la personne qui a subi la

haine, les tourments, les injustices de quelqu'un »), « la personne qui souffre des agissements d'autrui »

Par extension, le mot se dit d' une personne qui souffre d'événements néfastes » Aux facteurs infractionnels s'ajoute également la victimisation fortuite et accidentelle. La victime est « une personne tuée ou blessée à la suite d'un cataclysme, d'un accident ou d'une violence quelconque.

A la fin du 17^{ième} siècle, dans le Dictionnaire de Furetière, le mot comprend aussi « les victimes de la guerre, de la tyrannie politique et les jeunes personnes sacrifiées à l'ambition familiale et contraintes d'entrer en religion »

Au 18^{ième} siècle, dans la littérature, on voit apparaître aussi les victimes de l'amour et celles de la médecine.

Au 19^{ième} siècle, la victime est également « la personne arbitrairement condamnée à mort ». Durant la Révolution française, ce terme fut appliqué aux personnes qui périrent condamnées par les tribunaux révolutionnaires.

Progressivement, le mot victime définit également « la personne torturée, violentée, assassinée, la personne qui meurt à la suite d'une maladie, d'un accident, d'une catastrophe, la personne tuée dans une émeute, une guerre ».

A la fin du siècle (1884-85), apparaissent les victimes du devoir. Notons, par exemple, que l'héroïsme des sapeurs-pompiers sera exalté en 1894 dans un tableau de Detaille.

Au 20^{ième} siècle, le mot se généralise attestant de la visibilité sociale du concept. Il recouvre des réalités de plus en plus diverses gagnant l'ensemble des champs de la société. Les définitions se multiplient : infractionnelles, sociales, politiques, accidentelles, guerrières, naturelles, médicales, routières, technologiques, économiques, culturelles, etc.

Le début du **21^{ième} siècle** voit l'expansion du concept se confirmer. Dans les sociétés non occidentales, le religieux fait un retour en force, des victimes se sacrifiant au nom d'un fondamentalisme fanatique.

Ces 20 dernières années, le concept de victime a fait recette. De plus en plus banalisé et galvaudé, il fait aussi maintenant les frais de sa popularité. En caricaturant à peine, on peut dire qu'aujourd'hui, est victime toute personne qui se considère comme telle. Le sujet victimisé domine, peu importe l'origine de sa victimisation. Cette vulgarisation provoque une confusion entre victimisation réelle et sentiment d'insécurité, difficulté psychologique personnelle, etc. En effet, certaines personnes confondent frustration, colère, chagrin, peur, etc. avec l'atteinte physique, morale ou psychologique de la victimisation. Par exemple, elles s'estiment victime d'un divorce, d'un décès, d'un licenciement, de l'irrespect de voisins, etc. Elles projettent la cause de leur mal-être sur autrui et s'épanchent alors en revendications victimaires. Etre victime n'est plus un état mais devient un statut, la victime existant socialement au travers de sa victimisation. (**ALINNE,2001,P.95.**)

Comme le souligne Noëlle Languin : « l'omniprésence des victimes dans la sensibilité contemporaine pousse tout un chacun à être victime, c'est un statut qui peut être enviable : il procure des bénéfices, permet de se faire entendre et dans certains cas, se plaindre donne du pouvoir ».

2-Définition de victime

Si l'approche sociologique et psychologique conçoivent qu'une personne qui s'estime victime le soit effectivement, il en va autrement d'un point de vue juridique. En effet, ne sont reconnues victimes que les personnes ayant subi un délit ou un crime relevant du droit pénal. **(BARIL, 2006, P.32)**

Pour cerner la notion de victime, reportons-nous à la Déclaration des principes fondamentaux de justice relatifs aux victimes de la criminalité et aux victimes d'abus de pouvoir adoptée par l'Assemblée Générale des Nations Unies le 29 novembre 1985, au Règlement de procédure et de preuve de la Cour Pénale Internationale de 17 juillet 1998 et à la Décision-cadre du Conseil de l'Union Européenne du 15 mars 2001. **.(BARIL, 2006, P.32)**

En 1985, **l'Assemblée Générale des Nations Unies** définit comme suit les victimes de criminalité et d'abus de pouvoir :

« On entend par « victimes » (de la criminalité) des personnes qui, individuellement ou collectivement, ont subi un préjudice, notamment une atteinte à leur intégrité physique ou mentale, une souffrance morale, une perte matérielle, ou une atteinte grave à leurs droits fondamentaux, en raison d'actes ou d'omissions qui enfreignent les lois pénales en vigueur dans un État membre, y compris celles qui proscrivent les abus criminels de pouvoir.

Une personne peut être considérée comme « victime », dans le cadre de la présente Déclaration, que l'auteur soit ou non identifié, arrêté, poursuivi ou déclaré coupable, et quels que soient ses liens de parenté avec la victime. Le terme

« victime » inclut aussi, le cas échéant, la famille proche ou les personnes à charge de la victime directe et les personnes qui ont subi un préjudice en intervenant pour venir en aide aux victimes en détresse ou pour empêcher la victimisation. » **(BAUP & GROMB-MONNOYEUR, 2016, P.125)**

Les dispositions de la présente section s'appliquent à tous, sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, d'âge, de langue, de religion, de nationalité, d'opinion politique ou autre, de croyances ou pratiques culturelles, de fortune, de naissance ou de situation de famille, d'origine ethnique ou sociale et de capacité physique.

On entend par « **victimes** » (**d'abus de pouvoir**) des personnes qui, individuellement ou collectivement, ont subi des préjudices, notamment une atteinte à leur intégrité physique ou mentale, une souffrance morale, une perte matérielle, ou une atteinte grave à leurs droits fondamentaux, en

raison d'actes ou d'omissions qui ne constituent pas encore une violation de la législation pénale nationale, mais qui représentent des violations des normes internationalement reconnues en matière de droits de l'homme. »

En 1998, le Règlement de procédure et de preuve de la Cour Pénale Internationale déclare « Aux fins du Statut et du Règlement, le terme « victime » s'entend de toute personne physique qui a subi un préjudice du fait de la commission d'un crime relevant de la compétence de la Cour, Le terme « victime » peut aussi s'entendre de toute organisation ou institution dont un bien consacré à la religion, à l'enseignement, aux arts, aux sciences ou à la charité, un monument historique, un hôpital ou quelque autre lieu ou objet utilisé à des fins humanitaires a subi un dommage direct ».

Plus récemment, **en 2001, le Conseil de l'Union Européenne** définit la victime comme « la personne qui a subi un préjudice, y compris une atteinte à son intégrité physique ou mentale, ou une souffrance morale ou une perte matérielle, directement causé par des actes ou des omissions qui enfreignent la législation pénale d'un État membre ». (CANUTO, 2001,P.103)

Ces définitions excluent les violences psychologiques (harcèlement conjugal, familial ou professionnel).

Pour conclure, retenons **la définition de R. Cario, à la fois infractionnelle et victimologique** : « doit être considérée comme victime toute personne en souffrance(s).

- ✓ De telles souffrances doivent être personnelles (que la victimisation soit directe ou indirecte),
- ✓ réelles (c'est à dire se traduire par des traumatismes psychiques ou psychologiques et/ou des dommages matériels avérés),
- ✓ socialement reconnues comme inacceptables et de nature à justifier une prise en charge des personnes concernées, passant, selon les cas, par la nomination de l'acte ou de l'événement par l'autorité judiciaire, administrative, médicale ou civile, par l'accompagnement psychologique et social de la(des) victime(s) et par son/leur indemnisation Cette définition se cristallise sur les traumatismes et les souffrances de toutes origines, intensités et durées infligés de manière illégitime et injuste aux victimes dans leur corps, leur dignité, leurs droits et leurs biens.

Elle inclut les proches des victimes dont les souffrances sont consécutives à l'acte infractionnel (disparition d'un être cher, enfant témoin de violences familiales, manques à gagner, pertes matérielles diverses,

3-Definition de la victimologie

Pour Benjamin Mendelsohn, un des fondateurs de la victimologie, la victime est « une personne se situant individuellement ou faisant partie d'une collectivité, qui subirait les conséquences douloureuses déterminées par des facteurs de diverses origines : physiques, psychologiques, économiques, politiques et sociales, mais aussi naturelles (catastrophes) ».

La première Société Française de Victimologie adoptera la définition suivante : « une victime est un individu qui reconnaît avoir été atteint dans son intégrité personnelle par un agent causal externe ayant entraîné un dommage évident, identifié comme tel par la majorité du corps social »

(BAUP, & GROMB-MONNOYEUR, 2016,P.54)

Pour conclure, retenons la définition d'Audet et Katz: « On appelle victime toute personne qui subit un dommage dont l'existence est reconnue par autrui et dont elle n'est pas toujours consciente ». Chaque mot permet de caractériser la notion

- ✓ **Personne** : il peut s'agir d'une personne physique ou morale .
- ✓ **Subit** : avec l'idée d'endurer, d'éprouver, de souffrir .
- ✓ **Dommage** : terme préféré à « préjudice » trop judiciaire, à « lésion » trop médical ou à « tort » trop général
- ✓ **Reconnu** : au sens d'identifié comme tel .
- ✓ **Autrui** : la reconnaissance par la victime n'est ni nécessaire ni suffisante, celle d'autrui est primordiale .

Pas toujours consciente : car l'idée que la personne devrait être consciente de son dommage éliminerait bien des victimes. » . En effet, certaines victimes ne sont pas en mesure de reconnaître qu'elles ont subi un dommage notamment, les personnes décédées, les jeunes enfants, les malades et les handicapés mentaux. (CANUTO,,2001,P.103)

4- Type de victime

Le degré d'implication de la victime dans l'événement traumatique amène à distinguer victime directe et victime indirecte.

4-1 La victime direct ou primaire

La victime directe ou primaire a été confrontée au chaos, au sentiment de mort imminente ou d'horreur. Elle peut avoir été sujet (avoir subi), acteur (avoir provoqué volontairement ou involontairement) ou témoin¹ (avoir vu) de l'événement traumatique. Elle a été directement exposée à un événement de nature traumatisante (expérience sensorielle et émotionnelle). Les intervenants humanitaires et le personnel des services de secours sont des victimes directes lorsqu'ils ont été directement exposés d'une façon ou d'une autre à un événement de nature traumatogène (expérience

sensorielle et émotionnelle).

Le DSM IV ne définit pas comme telle la notion de victime. Néanmoins, elle est sous-jacente dans la définition de l'Etat de Stress Post-Traumatique. Selon le DSM IV, on parle de stress traumatique lorsque le sujet a été exposé à un événement dans lequel les deux éléments suivants étaient présents

- ⇒ Le sujet a expérimenté, a été témoin ou a été confronté avec un ou plusieurs événements qui ont impliqué une réelle menace de mort ou de blessure grave ou encore de menace pour son intégrité physique ou celle des autres.
- ⇒ La réponse du sujet a impliqué une peur intense, un sentiment d'impuissance ou encore d'horreur.

En résumé, la victime primaire a expérimenté ou a été témoin d'un incident inopiné et violent qui blesse ou menace physiquement et/ou psychologiquement et qui la confronte avec la mort comme réelle ou possible. Cet incident critique produit une peur intense et/ou un sentiment d'impuissance et/ou d'horreur. Dans certains cas cependant, la personne n'a rien ressenti de tel car elle s'est dissociée de ses émotions.

4-2 La victime indirecte ou secondaire

La victime indirecte n'a pas été témoin de l'événement mais est concernée par lui et/ou par ses conséquences du fait de sa proximité émotionnelle (expérience émotionnelle) avec les victimes directes. Les victimes indirectes ou secondaires sont toutes les personnes proches d'une victime primaire perturbées par l'expérience de cette dernière. **(CEDILO, 2001. P. 22.)**

Deux types de dissociation sont principalement concernés : la dissociation émotionnelle et la dissociation de la réalité extérieure.

La dissociation émotionnelle :

touche principalement le monde émotionnel interne et se manifeste par des symptômes de dépersonnalisation ou de déréalisation. Les personnes réagissent adéquatement durant l'événement potentiellement traumatisant, leurs capacités réactives par rapport au monde extérieur restant intactes. **(CEDILO, A. 2001. P. 22.)**

✓ La dépersonnalisation

s'accompagne d'une impression de détachement qui donne aux victimes l'impression d'avoir agi comme des robots, d'une façon tout à fait automatique ou d'avoir assisté en spectateur à l'événement traumatique.

✓ La déréalisation

provoque un sentiment d'étrangeté et d'irréalité du monde. Beaucoup de personnes traumatisées relatent avoir vécu le sentiment bizarre de ne plus reconnaître le monde familier au point d'avoir l'impression de vivre un rêve ou un cauchemar et de se dire sur le moment « ce n'est pas vrai ».

✓ dissociation de la réalité extérieure

permet un retrait par rapport au monde extérieur. Cette rupture avec la réalité peut aller jusqu'à la perte complète de la conscience des stimuli externes. Elle intervient lorsque la personne perd ses capacités et/ou ses possibilités d'action ou de réaction. La victime évaluant qu'elle ne peut contrer le stresser (fuir ou combattre) recourt à cette stratégie qui peut se manifester par une sidération, de l'inhibition, de la paralysie et de l'immobilité. Pour essayer de survivre à un événement envahissant psychologiquement et potentiellement destructeur que la torture, le traumatisé recourt à ce type d'isolation protectrice. **(CEDILO , 2001.P.23.)**

Généralement après quelques heures ou quelques jours, les victimes reviennent à un état de conscience habituel même si certaines d'entre elles restent dans un état de conscience modifié de façon prolongée.

Les victimes ayant présenté des phénomènes dissociatifs importants au moment de l'événement traumatique sont plus à risque de développer un syndrome psycho traumatique (un Etat de Stress Aigu puis un Etat de Stress Post Traumatique) car elles se soustraient par ce mécanisme au traumatisme qu'elles ne peuvent intégrer (abréagir) Les victimes secondaires sont aussi appelées **victime par ricochet** (notamment en Justice). Pour une victime directe, il y a de nombreuses victimes indirectes : la famille, les amis, les collègues, les voisins, etc.

Dans le cas des intervenants des services de secours et des acteurs de l'aide psychosociale, les victimes secondaires sont les collègues d'une victime directe et les membres de sa famille.

4-3 Les victimes potentielles ou tertiaires

Les victimes potentielles ou tertiaires sont les personnes d'un groupe de la population (groupes professionnels, d'âge, d'orientation sexuelle, de genre, d'appartenance ethnique ou religieuse, de catégorie sociale, voire des groupes plus larges encore tels qu'une nation ou la population mondiale) possiblement affectées ou perturbées par un événement majeur touchant un individu ou un ensemble d'individus (victimes directes) appartenant au même groupe. Les victimes tertiaires peuvent connaître personnellement les victimes directes ou n'avoir jamais entretenu aucun lien avec elles.(cornil,p.1959,p332).

Synthèse :

La nature de la violence joue un rôle déterminant dans l'apparition de certains signes majeurs chez le sujet, le mettant dans la situation de victime, cette violence peut prendre plusieurs formes qui vont par conséquent donner des réactions différentes des sujets spécifiques à chaque nature de l'évènement violent, qu'il soit un acte de criminalité, catastrophe naturelle, violence interpersonnelle ou autres, causant des dommages réversibles ou irréversibles, permanents ou temporaires, invalidant faisant de l'individu un être impuissant.

On peut distinguer les victimes en fonction du degré d'exposition à la violence directe ou indirecte, le contexte socioculturel des sujets, ainsi que le sexe, l'âge, l'intensité, et le degré d'exposition à cette agression qui vont définir par la suite les modalités de classification des victimes dans le but de mettre en œuvre une prise en charge qui répond aux attentes des sujets tant sur le plan individuel, rétablissement personnel, et sur le plan collectif et communautaire, réhabilitation sociale, et dédommagement moral et matériel des suites de l'impact du préjudice subi.

Problématique et hypothèse

1. Problématique et hypothèses :

L'homme a connu depuis son essence des confrontations et des affrontements avec son environnement ; c'est à dire des fluctuations géo climatiques inattendues et d'autres causées par l'homme lui-même, menaçant ainsi son existence et la survie de l'espèce ; et depuis l'homme n'a cessé de vivre d'une façon continue l'exposition à ces phénomènes auxquels doit trouver des solutions appropriées pour assurer sa survie et la préservation de l'espèce humaine menacées d'extinction.

Cependant cet environnement parfois hostile est extrêmement menaçant, a fait des dégâts ravageant laissant derrière lui des blessures et séquelles indélébiles causées par l'expositions direct ou indirect de l'être humain a ces menaces ; qui ont fait l'objet d'intérêt de plusieurs scientifiques, pour décerner et comprendre les comportements de l'humain qui en résulte.

Dans cette ligne directive, s'inscrit notre projet de recherche autours d'un phénomène que notre région enregistre chaque été de chaque année, qui sont les incendies de forêt a l'instars du reste des régions d'Algérie.

Notre pays, dispose d'un important patrimoine forestier et d'une grande variété d'écosystèmes, la forêt algérienne, à l'instar des autres forets du pourtour méditerranéen est presque chaque année ravagée par les incendies. L'incendie ; surtout à l'apogée de la période estivale, constitue une menace permanente pour les forêts de la région méditerranéenne et présente la cause principale de la destruction des forets. **(MEDDOUR,2008, P. 13)**

Les incendies de forêt constituent un phénomène naturel auquel on doit se mobiliser pour faire face ; ils sont à l'origine de la destruction et la dégradation non seulement de la biodiversité, mais un danger qui menace les populations et constituent un facteur commun pour les pays de la rive méditerranéenne, seulement les effets, l'impact et l'ampleur varient d'une région a une autre.

En Algérie, la moyenne de nombre de feux de forêt est de 1300 par an soit 2.34 % de part relative du total méditerranéen. L'Algérie est l'un des pays ou le problème de feux de forêts se pose avec acuité et dont l'impact exige une prise en compte. **(MEDDOUR,2008, P.13)**

La forêt méditerranéenne est riche en espèces pyrophytiques, qui sont les plantes, qui stimulent la propagation et la multiplication des feux. Les incendies de forêts, non seulement ils détruisent le couvert végétal, mais font également de dizaines de victimes annuellement à travers le monde, et la plupart du temps sont provoqués volontairement ou involontairement par l'homme. **(MEGREROUCHE, 2006, P. 14).**

En effet, l'exemple des feux de forêts en Algérie 2021, sont une série d'incendies qui se déroulent en Juillet et Aout 2021, faisant au moins 90 morts, ces incendies ont brûlé 89 mille hectares de superficies sur 35 wilaya, à savoir Tizi Ouzou, Bejaia, Sétif, Jijel, Boumerdès, Blida et Médéa...etc. Dans le nord-est de l'Algérie notamment à Bejaia, le 12 Aout 2021, les feux de forêts sont inédits par leur ampleur, leur simultanéité, mais surtout par les pertes humaines, animales et même matérielles occasionnées. **(PUBLIE LE 14 AOUT 2021 SUR LE SITE REFSEEK).**

Les incendies qui ont embrasé, du 23 au 25 juillet, le nord-est de l'Algérie, favorisés par des conditions caniculaires, ont fait trente-quatre victimes, dont seize à Bejaïa du village d'Ait Oussalah dans la commune de Toudja. **(PUBLIE LE 28 JUILLET 2023 SUR LE SITE REFSEEK).**

Cependant, les habitants de cette localité, ont été surpris par des feux venant de tout les sens, créant un climat d'insécurité et une panique, s'est rapidement propagées au sein des villageois des voitures calcinées, des maisons et des commerces aux façades brûlées, des visages meurtris et des yeux creusés par la fatigue...etc. A Bejaïa, dans le nord-est de l'Algérie, les stigmates de la catastrophe sont bien présents. Tout au long de la route du littoral, d'où les feux de forêts ont démarré dans la nuit du 23 au 24 juillet, des scènes racontent les heures de terreur vécues par des habitants encore sous le choc. En regardant vers l'horizon, la méditerranée est imperturbable, dans son calme estival. Les collines qui descendent en cascade jusqu'à la mer sont, elles, parsemées de trous noirs, ce qui témoignent de la virulence des flammes. (Publié le 28 juillet 2023 sur le site refseek).

Ces feux de forêts peuvent susciter des troubles psychologiques tels que les troubles anxieux, les troubles de conduite, ainsi des conséquences psychotraumatiques chez les victimes à toute catégorie d'âge que ce soit des enfants, des adolescents et même des adultes. Sillamy, dans son « dictionnaire de psychologie » (2003), définit le traumatisme comme suit : « choc violent susceptible de déclencher des troubles somatiques et psychiques ». **(SILLAMY, 2003, P. 272).** Le traumatisme psychique est défini ainsi comme un événement externe, datable dans l'histoire du sujet et provoquant des affects pénibles ; en fin, il s'agit de « tout incident capable de provoquer des affects pénibles, frayeur, anxiété, honte, peut agir à la façon d'un choc psychologique et c'est évidemment de la sensibilité du sujet considéré que dépendent les effets du traumatisme ».

(FREUD ET BREUER, 1895, P333).

Ainsi, certains effets d'après-coup, nous indiquent bien que le sujet non seulement est impliqué, mais aussi que certains conflits qu'il éprouve, –conflits liés à la culpabilité, à la passivité

devant le danger ou encore au refoulement de l'agressivité—, entrent en résonance avec des traces inconscientes. Rappelons encore qu'une des définitions du trauma donnée par Freud, est celle d'un excès d'excitation faisant irruption dans le champ du sujet, sans que celui-ci puisse l'éviter ou l'anticiper. De ce qui précède le trauma ou traumatisme est défini comme « un évènement subi par un sujet qui en ressent une très vive atteinte affective et émotionnelle, mettant en jeu son équilibre psychologique et entraînant souvent une décompensation de type psychotique ou névrotique ou diverses somatisations ». (**LE PETIT LAROUSSE DE LA PSYCHOLOGIE, 2013, P. 919**).

Dans les événements extrêmes, l'excès produit par cette violence entraîne l'effondrement du lien à l'autre, voire l'anéantissement du sujet qui se retrouve abandonné de tous, sans aucun objet secourable (**Ghislaine ,2014, p.27**).

En faisant référence à la clinique de la psychologie du traumatisme, on note une symptomatologie du trauma qui s'exprime par des manifestations immédiates physiques et psychiques, qui sont les dissociations et détresse péri-traumatique accompagnées de stress aigu, qui lorsqu'elles dépassent la durée de 1 mois, selon le DSM 5 (2015), s'articulent en traumatisme comme un trouble qui inclut des reviviscences nocturnes et diurnes dans des flashbacks et des cauchemars, comme symptôme pathognomoniques au traumatisme, en rajoutant à cela d'autres symptômes qui peuvent survenir ; tel que l'évitement lié la situation traumatique, l'altération ou trouble des cognitions et de l'humeur, l'hypervigilance, les sursauts, insomnie.

En s'appuyant sur les critères diagnostiques du traumatisme psychique, tels qu'ils sont définis dans le (DSM5) que nous avons suscités, ces dernier nous conduisent vers l'approche psychodynamique ; qu'est la plus appropriée au traitement de notre thème de recherche intitulée « *le traumatisme psychique chez les adolescents victimes des incendies du village d'Ait Ousalah* ». Sa visée fondamentale est la compréhension du vécu de ces adolescents et de comprendre le mécanisme traumatique de chaque adolescent, cas par cas. Elle vise également la description de l'essentiel des expériences collectées et d'élaborer un pronostique sur les répercussions psychiques que peuvent avoir ces feux ravageant sur les victimes.

L'approche psychodynamique, explique que devant l'intensité et la brutalité de la situation, l'appareil psychique n'y étant pas préparé, se trouve submergé par l'énergie extérieure. Celui-ci, semblable à une vésicule vivante, est protégé par la couche protectrice qu'est le pare excitation, il se trouve envahi par une grande quantité d'énergie non liée, qui fait effraction dans le psychisme et y agit à la manière d'un corps étranger. Ainsi la personne qui a subi le traumatisme, le revit par le biais de rêve, de répétition, rumination mentale, réactions de sursaut en lien avec la situation traumatique. (**BENAMSILI, 2019, P. 22**).

A la lumière de tout ce que nous avons introduit précédemment dans notre projet de recherche et la thématique que traite ce dernier ; un questionnement et un ensemble d'hypothèses viennent suscités notre curiosité qui sont comme suit :

1. Question de la recherche :

Les adolescents victimes directes des incendies du village D'AIT OUSALAH, manifestent-ils un traumatisme psychique ?

2. Les hypothèses de la recherche :

- ✓ Les adolescents victimes des incendies du village D'AIT OUSSALAH manifeste un traumatisme psychique à travers des scènes et des images répétitives en liens avec les incendies.
- ✓ les adolescents victimes directes des incendies du village d'Ait OUSSALAH manifeste un traumatisme psychique d'une **très forte intensité** selon l'échelle TRAUMAQ

3. Les objectifs de la recherche :

Cette recherche vise essentiellement ce qui suit :

- Mesurer et déterminer le vécu psychique des adolescents victimes directes des incendies du village D'ATH OUSSALAH.
- rechercher et évaluer la présence et l'intensité du traumatisme psychique au sein de ce groupe d'étude.

4. Les raisons du choix de notre thématique :

Notre curiosité alimentée par un ensemble de questionnements, lies a la situation inquiétante, suite aux incendies de forêt, ravageant qui ne cessent de se reproduire chaque été de chaque année avec acuité dans notre pays l'Algérie, et plus particulièrement de notre région de Kabylie, causant un climat d'insécurité forestière d'une part, et produisent des effets sur les individus d'autres part , qui sont à la fois dangereux et impactent leurs comportements immédiats et post immédiats .

5. Opérationnalisation des concepts :

- **Le traumatisme psychique :**
 - Ce que mesure TRAUMAQ
- **L'incendie :**
 - C'est un grand feu qu'on ne peut maîtriser ni dans le temps ni dans l'espace.
 - C'est une réaction de combustion qui peut être violente et destructrice pour les activités humaines et la nature.
- **L'adolescence :**

- Une phase du développement humain physique et mentale qui se produit pendant la période de la vie humaine s'étendant de la puberté jusqu'à l'âge adulte.
- On désigne dans ce groupe d'étude les adolescents âgés entre 17 et 19 ans.
- **La victime :**
 - Un individu qui a subi un préjudice, une atteinte dans son intégrité physique et ou psychique.
 - Un individu qui a subi une violence quel que soit son origine ou sa nature.
- On désigne dans notre groupe les adolescents qui ont subi une violence suite à une catastrophe naturelle qui sont les incendies de forêt.

Partie pratique

Chapitre III:

La méthodologie de la recherche

Préambule :

Dans toute recherche scientifique la méthodologie occupe une place fondamentale car elle détermine essentiellement la façon dont un chercheur conçoit son étude de la manière adéquate pour obtenir des résultats valides et fiables et atteindre ses objectifs liés à la thématique que traite son projet de recherche.

A cet effet il est important de noter que dans cette partie le chercheur doit déterminer la procédure et la démarche de son travail, la méthode et les instruments de mesure utilisés.

C'est dans cette optique nous allons présenter dans ce chapitre consacré à la méthodologie de la recherche tous les éléments liés à cette dernière ainsi que les étapes suivies pour la réalisation de notre projet de recherche.

1. La pré-enquête

Pour tout commencement d'une recherche scientifique il est impératif de passer par une première étape fondamentale qui est celle d'effectuer une pré-enquête dont l'objectif principal est l'exploration de notre terrain de recherche afin de garantir le bon déroulement et fonctionnement de la recherche dans les meilleures conditions possibles.

La pré-enquête qui fait partie des premières étapes d'élaboration d'un travail de recherche, nous permet d'assurer la faisabilité de la recherche, la disponibilité de la population de recherche. Pour la nôtre, nous l'avons réalisée en mois de mai 2024 au niveau de l'unité de soin médicalisée de souk el djemaa dans la commune de toudja wilaya de bejaia.

Comme tout étudiants en master 2 en psychologie clinique nous avons procédé en premier lieu, à la demande d'effectuer un stage auprès de la direction de l'établissement de sante de proximité de bejaia dont relève l'unité de soin de souk el djemaa pour nous autoriser à avoir accès à cette institution de sante bien évidemment avec la psychologue de cet établissement à laquelle nous avons présenté notre projet de recherche sous le thème traumatisme psychique chez les adolescents victimes d'incendies du village **D'AITH OUSSALAH** dans la commune de **TOUDJA** l'équipe soignante entre autre la psychologue de l'établissement nous ont confirmé qu'elles ont reçu beaucoup de cas de cette population. Ensuite nous sommes reparties pour voir la population d'étude déjà identifiée par la psychologue et nous avons pu les inviter à venir aux consultations, pour mener notre pré-enquête dans le cadre des unités de dépistage en matière de santé scolaire mais nous avons eu de la chance de participer à la santé scolaire Cem et lycée, donc au moment de la réalisation des campagne de dépistage périodique de la santé scolaire, une opportunité pour nous pour poser quelques questions aux élèves sur l'incendie qui a touché leur commune nous

Avons eu des réponses aux questions posées et on leur a demandé si on pouvait les voir une autre fois en expliquant la raison et l'objectif de notre thématique de recherche ils étaient favorable à notre demande, ce qui nous a permis de conclure la disponibilité de notre population de recherche.

2.L'enquête :

Avant d'entamer notre enquête on doit faire référence à la littérature qui définit l'enquête comme suit : c'est une quête d'informations réalisée par interrogation systématique de sujets d'une population déterminée favorise l'utilisation du questionnaire, du sondage et de l'entretien (interview) (N'DA, 2015, P. 120).

Notre enquête a duré un mois et demi du 1^{er} avril au 15 mai 2024, l'organisation de notre enquête s'est déroulée sur trois étapes, une première visite effectuée au niveau de l'unité de soins de santé publique dans la commune de Toudja dans le but d'inspecter le lieu et préparer les moyens logistiques nécessaires pour assurer les bonnes conditions et le bon fonctionnement des entretiens. Un bureau mis à notre disposition pour commencer notre recherche, on s'est présenté en notre qualité d'étudiant en master 2 en psychologie clinique et que notre objectif est de mener une enquête à visée de recherche pour l'obtention d'un diplôme de fin de cycle, une deuxième étape consiste en une rencontre avec les sujets participants dans notre recherche auxquels on a garanti l'anonymat, cette rencontre nous a permis d'avoir l'accord et le consentement de notre groupe de recherche. Une dernière étape sur le déroulement des entretiens où on a expliqué aux sujets participants qu'ils peuvent s'exprimer librement et avec la langue qui leur convient.

Notre enquête entamée en premier lieu par le guide d'entretien semi-directif élaboré en six axes, la durée de l'entretien varie d'un sujet à un autre de 45 minutes à 1 heure 15 minutes. Par la suite, on a commencé nos entretiens, en entrevue individuelle où les sujets répondaient facilement aux questions d'une façon fluide avec une bonne association d'idées, ce qui nous a facilité la tâche, pour certains sujets cela est une occasion pour eux de mettre des mots sur leurs souffrances et se décharger de ce qu'ils ont vécu lors des incendies, nous étions très souples en posant les questions, donnant un temps de libre expression à nos sujets, avec la langue qui leur convient : la majorité des sujets trouve la langue française facile mais cela ne les empêche pas de parler en kabyle quand ils le souhaitent. Au cours des entretiens on a juste utilisé un support papier pour recueillir et transcrire les informations.

Après avoir terminé avec les entretiens, nous sommes arrivés à l'utilisation de notre instrument de mesure psychométrique en relation avec notre thème de recherche et qui vient à l'appui d'avantage

Notre enquête, qui est le questionnaire du traumatisme psychique, « TRAUMAQ » choisi initialement avec l'aide de notre encadrant pour reconnaître le vécu traumatique de nos sujets, nous avons enregistré une bonne compréhension chez nos sujets de l'instruction, et nous sommes restés bienveillant et attentif et à leurs dispositions en cas de difficultés pour répondre aux questionnaires.

3. Attitude du chercheur :

Un chercheur soucieux de la réussite de son projet de recherche doit adopter une conduite garantissant une très bonne maîtrise des aspects techniques de sa démarche scientifique et des moyens de mesure choisis pour aboutir aux résultats souhaités.

Le chercheur doit faire preuve d'une neutralité bienveillante, d'une empathie, ainsi que le respect et la non directivité lors de l'entretien clinique c'est à dire ces éléments doivent faire partie intégrante de la démarche clinique du clinicien.

A cet effet il est important de rappeler que dans notre projet de recherche nous avons tenu au respect de ces éléments précédemment cités forment le socle des attitudes que le clinicien doit respecter durant sa recherche après avoir demandé verbalement à nos sujets de participer à notre étude en cette qualité nous avons eut leur consentements , on a abordé d'une manière non directive nos sujets les laissant s'exprimer d'une façon libre et sans contrainte aucune durant les entretiens ,on a installé un climat de confiance dans le respect totale des capacités possibles de nos sujets à répondre aux questions qu'on a posé durant les entretiens bien sur après avoir eu leurs consentement en respectant les spécificités sociales et culturelles ainsi que leurs liberté et leurs dignité en garantissant l'anonymat de leurs propos .

Aucun jugement ni critique, gardant une neutralité bienveillante quand on a abordé nos sujets pour favoriser la libre expression et les mettre dans un climat de confiance et cela va nous permettre de mettre la main sur leur vécu subjectif en lien avec notre sujet que traite notre thématique de recherche.

Enfin nous étions empathiques ou on a montré un degré de compréhension à l'égard de nos sujets renforçant par cette dernière attitude la relation de confiance établie avec eux.

4. Les difficultés de la recherche

Parmi les difficultés qu'on a rencontré dans notre recherche la spécificité de la région qui est une zone très reculée et enclavée rendant difficile le cheminement de nos sujets au lieu de rencontre au niveau de l'unités de soin de souk el djemaa ou on était obligé d'impliquer la commune de

toudja pour assurer le transport de notre sujet à l'unité. Un autre élément à signaler le pré enquête qui était très difficile pour la sélection de notre population de recherche pour avoir les victimes directes de l'évènement vu le nombre important des victimes indirectes.

5.methodes et techniques d'investigation utilisées dans le travail de recherche

L'objectif fondamental dans toute recherche scientifique est l'élaboration de nouvelles connaissances dans le but de mieux cerner et comprendre un phénomène quel que soit sa nature ou dans divers domaines que ce soit en psychologie clinique ou dans d'autre domaines de la science. Il est important de noter que la méthode signifie un ensemble ordonné de procédures et de règles suivant des étapes qui constituent un pivot central et un moyen qui va nous permettre d'atteindre au résultat souhaité.

La méthodologie est un ensemble de méthodes et des techniques qui oriente l'élaboration d'une recherche et guide la démarche scientifique. **(ANGERS, 1994, P.58).**

Dans le but d'arriver aux résultats souhaités nous avons adopté démarche qualitative qui vise à expliquer et décrire les expériences subjectives de nos sujets victimes directes des incendies.

La méthode quantitative s'attache à démontrer des faits en quantifiant un phénomène. Le plus souvent, les résultats sont exprimés en données chiffrées (statistiques recueillies par des questionnaires, échelles de mesure). La méthode qualitative s'attache à expliquer un phénomène, à lui donner une signification voire un sens. Les résultats sont exprimés en mots (analyse à la suite d'entretiens, observations cliniques). **(BIOY ET AL, PP. 23-25)**

La recherche qualitative va quant à elle s'attacher à comprendre des faits humains et sociaux en les considérant comme étant porteurs de significations véhiculées par des acteurs (sujets, groupes, institutions...), parties prenantes de relations interhumaines, Plutôt que de tendre vers la généralisation de données, la démarche qualitative va ainsi viser avant tout la compréhension et la profondeur en s'immergeant dans la complexité d'une situation (moins de cas, plus de détails). La construction de la problématique demeure large et ouverte, ce qui confère à la recherche qualitative une dimension souvent exploratoire. Il ne s'agit pas ici de tester un cadre théorique préétabli, mais bien de générer de nouvelles connaissances à partir d'un raisonnement inductif, raisonnement qui consiste à passer du particulier, du spécifique, vers le général. **(BIOV ET AL, PP. 23-25)**

Les étapes de recueil et d'analyse des données qualitatives (mots, récit, images...) ne se réalisent pas de manière linéaire, mais peuvent se chevaucher dans la mesure méthodologique n'est jamais complètement déterminé par avance, mais évolue au fil des résultats obtenus. L'analyse qualitative des données vise la description ou la théorisation de processus (par induction) et non la saisie de « résultats ». Elle permet de circonscrire un objet de recherche, de définir de nouvelles pistes de recherche ou d'identifier de nouvelles méthodes. **(BIOY ET AL, PP. 23-25)**

La démarche qualitative que nous avons choisie est la plus appropriée à notre projet de recherche car elle nous permet d'expliquer de comprendre et de décrire le traumatisme psychique chez les adolescents victimes des incendies.

La méthode « clinique » qui s'oppose à la méthode expérimentale est naturaliste, se référant à la totalité des situations envisagées, à la singularité des individus, à l'aspect concret des situations, à leur dynamique, à leur genèse et à leur sens, l'observateur faisant partie de l'observation. **(FERNANDEZ, PEDINIELLI , P. 42).**

La méthode clinique va ainsi produire une situation, avec une faible contrainte, pour faciliter et recueillir les productions d'une personne. Cette méthode suppose ainsi la présence du sujet, son contact avec le psychologue, mais aussi sa liberté d'organiser les situations proposées comme il le souhaite. Elle s'appuie sur des techniques utilisées dans le domaine de la pratique de (l'entretien, des observations, tests...) qui ont pour but d'enrichir la connaissance d'un individu (activité pratique d'évaluation et de thérapie) ou de problèmes plus généraux et d'en proposer une interprétation ou une explication (théories psychologiques).

Elle est destinée à répondre à des situations concrètes de sujets souffrants et elle doit se centrer sur le cas, c'est-à-dire l'individualité, mais sans pour autant s'y résumer.

Elle comporte deux niveaux complémentaires : le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelles, entretiens...) de recueil in vivo des informations (en les isolant le moins possible de la situation naturelle dans laquelle elles sont recueillies et en respectant le contexte), alors que le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas. La différence entre le premier et le second niveau ne tient pas aux outils ou aux démarches mais aux buts et aux résultats : le premier niveau fournit des informations sur un problème, le second vise à comprendre le cas. **(FERNANDEZ, PEDINIELLI , PP 32- 34).**

De ce qui précède notre travail de recherche s'appuie sur l'étude de cas comme technique qui est au cœur de la méthode clinique d'une part, et englobée dans des méthodes descriptives d'autres part. L'étude de cas consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. C'est une méthode pratiquée par les premiers psychologues comme S. FREUD et P. JANET, D. LAGACHE, pour décrire certaines pathologies mentales et illustrer leurs hypothèses théoriques. **(FERNANDEZ., PEDINIELLI , PP. 59-63).**

Elle vise alors à dégager la logique d'une histoire de vie singulière, aux prises avec des situations complexes, nécessitant des lectures à différents niveaux, et mettant en œuvre des outils conceptuels adaptés. De ce fait, elle n'est plus essentiellement référée à l'anamnèse et au diagnostic, et se dégage des contraintes d'une psychologie médicale, tout en restant clinique et psychopathologique, elle nous permet d'utiliser la technique d'observation et l'entretien afin de

comprendre L'état psychique des sujets à partir de son histoire en arrivant à ses relations actuelles. (DOUVILLE, 2014, P. 103).

Enfin, notre étude est descriptive nous offre des moyens d'exploration et de mesure qui nous permet de recueillir des informations que traite notre thématique. C'est pourquoi nous avons choisis l'étude de cas comme technique qualitative descriptive de la méthodologie de recherche, car elle prend l'individu dans sa globalité et dans son aspect singulier, et la mise en œuvre des outils et instruments de mesure choisis pour notre recherche.

Dans notre recherche nous avons choisi la méthode clinique et l'étude de cas comme élément d'une démarche qualitative, qui nous permet d'atteindre notre objectif de recherche.

6.Lieu de la recherche :

Il s'agit de l'unité de soin médicalisée de souk eldjemaï relevant de l'établissement public de santé de proximité de Bejaïa située dans la commune de toudja limitrophe du village d'aïth oussalah lieux des incendies de forêt dans la wilaya de Bejaïa un endroit approprié où s'est effectuée notre recherche.

Cette unité de soin est composée d'un bureau d'accueil, d'un bureau pour médecin et d'une grande salle de soin et d'un autre bureau dédié à notre travail de recherche.

Dans la partie suivante nous allons vous présenter notre groupe de recherche d'une façon détaillée.

7.Présentation de notre groupe de recherche :

Notre projet de recherche vise une catégorie de sujet bien précisée sont les adolescents du village d'aïth oussalah de la commune de toudja victimes directes des incendies de forêt, notre groupe de recherche est composé de cinq adolescents dont quatre garçons et une fille.

Pour des raisons liées au secret professionnel nous étions dans l'obligation de ne pas mentionner l'identité de nos sujets et garder l'anonymat de ces derniers bien évidemment nous avons juste gardé les prénoms de nos participants à la recherche.

7-1 critères d'inclusion :

Il s'agit de tous les adolescents victimes directes des incendies de forêts du village d'aïth oussalah âgés entre 17 et 19 ans.

7.2critères d'exclusion :

Sont exclus de la recherche tous les adolescents de moins de 17 ans qui ne sont pas victimes directes des incendies de forêt.

Tableau récapitulatif selon l'Age, le niveau d'instruction des sujets de recherche :

Prénoms	Age	Niveau d'instruction	Date de l'événement
AHMED	17ans	2eme année secondaire	24 JUILLET 2023
KARIM	18ans	3ème année secondaire	24 JUILLET 2023
SAMY	17ans	1ere année secondaire	24 JUILLET 2023
LAMIA	19ans	3 eme année secondaire	24 JUILLET 2023
FARID	18ans	2 eme année secondaire	24 JUILLET 2023

8. Outils et instruments de mesure utilisés dans la recherche :

Toute recherche requiert un ensemble d'outils et instruments de mesure qui répondent aux exigences de la recherche, pour cela nous allons mettre de la lumière sur les outils et instruments de mesure utilisés pour mener notre enquête à terme.

A cet effet, nous avons choisi l'entretien clinique semi directif pour débiter notre recherche qui est un moyen adéquat, qui convient à notre sujet de recherche et qui nous facilite l'accès aux informations subjectives de nos sujets et cela va nous permettre d'installer un climat et une relation de confiance et d'empathie avant la passation du questionnaire du trauma qui est le TRAUMAQ.

8.1. L'entretien a visée de recherche :

Dans le but de recueillir le maximum de données et d'informations sur notre sujet de recherche qui comprend l'étude du traumatisme psychique chez les adolescents victimes des incendies du village d'aith oussalah, nous avons opté pour l'entretien clinique semi directif comme technique d'investigation.

L'entretien est une entrevue un dialogue, c'est à dire un échange de paroles avec un ou plusieurs personnes, conversations, discussions, par contre l'entretien de recherche est une technique dirigée et a comme objectif à interroger quelques individus, d'une manière semi directive, pour faire un prélèvement qualitatif. (Angers, 2014, p 44)

L'entretien clinique de recherche vise l'accroissement des connaissances dans un domaine choisi par le chercheur. Il correspond à un plan de travail précis, visant à répondre à des Hypothèses. En ce sens, le discours du sujet est délimité autour du thème de la recherche. (CHILAND.C, p. 2) L'entretien semi directif où le chercheur dispose d'un guide de questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance ce guide constitue une trame à partir de laquelle

le sujet déroule son récit. (**BENONY & CHAHRAOUI, P. 65**)

Notre choix est l'entretien clinique semi directif, motive par le fait qu'il balise et guide nos sujets de recherche vers les thèmes que nous souhaitons explorer lors de notre enquête et que nous jugeons important pour répondre à notre question initialement citée dans notre problématique de recherche ou la liberté de parole est garantie. (**MAREAU ET AL, P. 19**).

A cet effet nous avons élaboré un guide d'entretien contenant les axes thématiques à traiter : le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celles-ci ne sont pas posées d'une manière directe. Il s'agit davantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien. (**BENONY & CHAHRAOUI, P. 65**)

Nous avons élaboré un guide d'entretien qui s'appuie de prime abord sur l'identité et informations personnelles du sujet et (06) six axes composés de 22 questions :

- L'identification et informations personnelles du sujet : le nom, prénom, l'âge, la profession, et le sexe.
- **AXE N 1** : intitulé « informations sur l'évènement traumatogène » un total de cinq questions dont l'objectif est de recueillir des informations la date de l'évènement, sa durée, la description des incendies et les dégâts occasionnés que ce soit humains ou matériels pour le sujet et sa famille.
- **AXE N 2** : intitulé « symptômes de reviviscence de l'évènement traumatique » un total de trois questions l'objectif est de recueillir des informations sur les réactions de reviviscence du sujet pendant le sommeil à travers les rêves et les cauchemars et ou des reviviscence diurne à travers des images de l'évènement qui s'imposent durant la journée et une question sur le ressenti du sujet en pensant à l'évènement .
- **AXE N 3** : intitulé « répercussions émotionnelles » un total de quatre questions dont l'objectif est de comprendre l'état psychique et la souffrance des sujets face aux incendies anxiété, sentiment d'impuissance et réactions dépressives.
- **AXE N 4** : dont l'intitule est « répercussions physiques et psychosomatiques » un total de trois questions autour des conséquences sur la santé physique les comportements et conduites des sujets après leurs expositions à l'évènement.
- **AXE N 5** : qui s'intitule « répercussions cognitives » deux questions pour recueillir des informations sur les capacités des sujets à se concentrer à mémoriser et les difficultés d'exécutions de certaines instructions liées à leur scolarité.
- **AXE N 6** : intitulé « altération du fonctionnement et qualité de vie » au total cinq questions pour recueillir des données liées à leurs vie quotidienne actuelle et à la qualité

de leur relations avec leur familles, camarades de classe et le staff pédagogique à l'école ainsi que leur projets dans l'avenir .

9.le questionnaire d'évaluation du traumatisme :

Ce questionnaire permet d'évaluer le stress post-traumatique à l'état aigu, et à l'état chronique, voire même des modifications de la personnalité après l'évènement traumatique subi. Nous avons choisi le TRAUMAQ parce que ce dernier nous permet non seulement d'explorer les signes spécifiques du traumatisme comme le syndrome de répétition, l'évitement et les signes neurovégétatifs, mais il permet également l'exploration du vécu traumatique à travers les items investiguant la honte, la culpabilité, la qualité de vie, les somatisations etc. ce questionnaire correspond bien à notre population d'étude et à la thématique de notre recherche. Il permettra de répondre à notre questionnement relatif à la présence ou pas d'un traumatisme psychique chez nos sujets de recherche. Ce questionnaire est composé de deux parties, la première qui mesure le vécu durant l'évènement et des réactions postérieures à l'évènement. Elle constitue la base du questionnaire permettant d'établir le diagnostic. La deuxième partie qui représente la mesure du délai d'apparition et de la durée des troubles décrits. Elle donne des informations complémentaires qui peuvent être utiles au clinicien, à l'expert ou au chercheur. Il permet aussi de recueillir un grand nombre d'informations de façon à réaliser un bilan complet. Ces informations se présentent sous forme de rubriques sur les deux premières pages du questionnaire (DAMIANI & PEREIRA, 2009).

Elles peuvent se répartir en informations concernant l'évènement et le sujet, concernant celle de l'évènement qui est à l'origine des troubles observés doit représenter un danger potentiel de mort, une menace de mort réelle pour les sujets qui en sont victimes directes ou qui en sont témoins. Cet évènement peut être individuel, s'il y a une seule victime (un viol commis sur une personne), ou collectif, s'il concerne plusieurs personnes en même temps (une catastrophe naturelle va provoquer des centaines, voire des milliers de victimes). Ces événements sont répertoriés dans la catégorie « nature de l'évènement » voire les catastrophes naturelles (inondation, tremblement de terre, etc), catastrophes technologiques (explosion dans une usine de type AZF, etc), catastrophes aériennes, maritimes, ou ferroviaires (crash aérien, naufrage, accident de train, etc), accidents de la voie publique (concerne les accidents de la circulation impliquant des véhicules motorisés, des bicyclettes, etc), attentats(acte de terrorisme), accidents domestiques (incendie, explosion de gaz), Hold-up ou vol à main armée, coups et blessures involontaires , tentative d'homicide ,agression sexuelles , viols ,Rackets, conflits armés , tortures,menaces de mort , autres. Le lieu, la date et la durée de cet évènement peuvent également être indiqués, l'intervention de la cellule d'urgence medico psychologique. Les informations qui concernent le sujet impliquent sa situation familiale

Et professionnelle, ses problèmes de santé antérieurs à l'événement, s'il suivait un traitement médical et s'il en suit depuis l'événement, la forme de psychothérapie antérieure ou postérieure à l'événement ainsi que les événements antérieurs qui ont profondément marqué la personne **(DAMIANI & PEREIRA, 2009)**.

Les items du questionnaire ont été rédigés par des psychologues cliniciens et des psychiatres spécialisés en victimologie. Les items et les échelles ont fait l'objet d'études pré- expérimentales afin de supprimer les ambiguïtés et les items non pertinents. La partie 1 présente les réactions immédiates pendant l'événement et les troubles psycho-traumatiques depuis l'événement, cette première partie est composée de dix échelles réparties comme suit :

Pendant l'événement : échelle « A » elle comprend (8 items) qui sont les réactions immédiates, physiques et psychiques pendant l'événement.

Depuis l'événement : l'échelle « B » (4 items) le symptôme pathognomonique de répétition : les reviviscences, l'impression de revivre l'événement, les flashes et l'angoisse attachée à ces répétitions. L'échelle « C » (5 items) les troubles du sommeil. L'échelle « D » (5 items) l'anxiété et l'état d'insécurité et les évitements phobiques. L'échelle « E » (6 items) l'irritabilité, la perte de contrôle, l'hypervigilance et l'hypersensibilité.

L'échelle « F » (5 items) réactions psychosomatiques, physiques et les troubles addictifs. L'échelle « G » (3 items) les troubles cognitifs (mémoire, concentration, attention). L'échelle « H » (8 items) les troubles dépressifs à savoir le désintérêt général, la perte d'énergie et d'enthousiasme, la tristesse la lassitude et les envies suicidaires. L'échelle « I » (7 items) le vécu traumatique à savoir la culpabilité, la honte, l'atteinte de l'estime de soi, sentiment violents et colère et l'impression d'avoir fondamentalement changé. L'échelle « J » (11 items) la qualité de vie.

(DAMIANI & PEREIRA, 2009, P.13).

La partie 2 concerne le délai d'apparition et de la durée des troubles décrits, cette partie permet de prendre en compte des manifestations qui peuvent avoir disparu au moment de l'administration du questionnaire. Elle se compose de 13 items qui répondent aux grands groupes de symptômes évalués dans la première partie du questionnaire **(Damiani & Pereira, 2009)**.

- 1- L'impression de revivre l'évènement, les souvenirs et les images qui reviennent (échelle B de la partie 1)
- 2- Les troubles du sommeil : difficultés d'endormissement, cauchemars, réveils nocturnes (échelle C de la partie 1)
- 3- L'anxiété et / ou les crises d'angoisse, l'état d'insécurité (échelle D partie 1)

- 4- crainte de retourner sur les lieux de l'évènement (échelle D partie 1)
- 5- L'agressivité, l'irritabilité, ou la perte de contrôle (échelle E partie 1)
- 6- La vigilance, l'hypersensibilité aux bruits ou la méfiance (échelle E partie 1)
- 7- Les réactions physiques telles que sueurs, tremblements, maux de tête, palpitations(échelle F partie 1)
- 8- Les problèmes de santé : perte d'appétit, boulimie, etc (échelle F partie 1)
- 9- L'augmentation de la consommation de certaines substances (café, cigarette, nourriture) (échelle F partie 1)
- 10- Les difficultés de concentration (échelle G partie 1)
- 11-Le désintérêt général, tristesse, la lassitude (échelle H partie 1)
- 12-La tendance à s'isoler (échelle J partie 1)
- 13-Les sentiments de culpabilité (échelle I partie 1)

Ce questionnaire a été conçu pour être utilisé en hétéro-passation et le temps d'administration varie d'une personne à l'autre. L'auto passation est possible uniquement dans des conditions rigoureuses, ce qui permet d'envisager une passation collective. **(DAMIANI & PEREIRA, 2009)**

Il convient de préciser une **consigne** générale : « vous devez répondre à toutes les questions. Vous pouvez revenir en arrière, passer une question si vous avez du mal à y répondre sur le moment mais il faudra y revenir par la suite ». **(DAMIANI& PEREIRA, 2009,P.15).**

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

Pour l'échelle J, il convient d'utiliser le tableau ci dessous et de compter 1 point par case grisée cochée et 0 point pour une case blanche **(Damiani & Pereira, 2009, p 16).**

Tableau n° 2: Grille de cotation des items de l'échelle J

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

Source : (DAMIANI & PEREIRA, 2009, P.16)

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

Les notes brutes des échelles A à I correspondent à la somme des points attribués aux items. Pour l'échelle J, les réponses NON sont cotées 1 et les réponses OUI sont cotées 0 point, à l'exception des items 4,5,6 et 11 pour lesquels la réponse OUI est cotée 1 point et la réponse NON est cotée 0 point.

Tableau n° 3 : Conversion des notes brutes en notes étalonnées, par échelle

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

SOURCE : (DAMIANI & PEREIRA, 2009, P. 22)

Tableau n 4 : Interprétation des scores obtenus des dix échelles au questionnaire

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

SOURCE : (DAMIANI & PEREIRA, P. 22)

Après avoir exposé les outils et instruments de mesure utilisés pour collecter les informations que traite notre sujet de recherche nous allons vous présenter les étapes du déroulement de notre recherche.

10.déroulement de la recherche :

Les travaux de l'enquête sont menés dans l'unité de soin médicalisée de Souk Eldjemaa a cote du village d'Aith Oussalah commune de Toudja wilaya de Bejaia, cette unité appartenant à l'établissement public de sante de proximité de Bejaia.

L'enquête réalisée durant la période allant de 15 avril 2024 au 15 mai 2024 auprès de cinq adolescents victimes directes des incendies du village d'Aith Oussalah dont quatre garçons et une fille.

Nous avons base dans notre investigation pour la collecte des données de notre recherche clinique sur une clinique à main nue c'est à dire l'entretien clinique semi directif et une clinique instrumentale en utilisant un instrument de mesure du traumatisme psychique qui est le questionnaire du traumatisme : TAUMAQ.

Enfin nous avons adopter une approche qui convient parfaitement a notre sujet de recherche qui est l'approche psychodynamique.

A présent nous avons mis l'accent dans cette partie sur tous les éléments méthodologiques qui nous ont permis de collecter le maximum d'informations et de donnees en relation avec notre thématique de recherche, nous allons aborder dans le chapitre suivant l'analyse de ces données et la vérification de nos hypothèses.

Synthèse

A la lumière de ce qui a été évoqué tout au long de cette partie méthodologique, concernant la collecte des informations nous avons élaboré un guide d'entretien clinique semi directif concernant six axes qui explore notre thématique appuyé par un questionnaire du traumatisme psychique « TRAUMAQ » afin de recueillir le plus d'éléments et d'informations possibles sur le vécu et le présent des sujets.

A présent nous avons mis l'accent dans cette partie sur tous les éléments méthodologiques qui nous ont permis de collecter le maximum d'informations et de données en relation avec notre thématique de recherche, nous allons aborder dans le chapitre suivant l'analyse de ces données et la vérification de nos hypothèses.

Chapitre IV :
Présentation, analyse des données
Et discussion des hypothèses

Préambule :

Dans cette phase finale de notre projet de recherche dont l'intitulé est : « le traumatisme psychique chez les adolescents victimes directes des incendies du village d'aith oussalah dans la commune de toudja » nous allons présenter les (05) cas qui ont fait l'objet de notre étude en s'étayant sur l'approche psycho dynamique et la procédure qualitative ainsi que les deux outils utilisés dans notre investigation pour la collecte des informations en relation avec notre projet de recherche à savoir l'entretien clinique semi directif et un questionnaire TRAUMAQ de Damiani &Pereira, afin de trouver une réponse à notre question et vérifier nos hypothèses.

Enfin, nous allons discuter les résultats obtenus des entretiens cliniques semi directifs ainsi que le TRAUMAQ en rapport avec nos hypothèses dans le but de les confirmées ou infirmées.

1. Présentation du cas et analyse de l'entretien

1.1. Cas n° 01 : AHMED

Ahmed est un jeune adolescent, lycéen en deuxième années secondaire, âgé de 17 ans, il est l'aîné d'une fratrie de trois sœurs. il a perdu son père quand il avait 10 ans, Ahmed ne présente aucun antécédant médical et déclare qu'il ne souffre d'aucune affection médicale ou psychiatrique.

Il a été reçu en consultation de psychologie clinique au niveau de l'unité de soin de souk eldjemaa l'endroit où s'est déroulé notre entretien au bureau réservé au psychologue, dans la matinée du 16 avril 2024 à 10h 30 ; l'entretien a duré 45 minutes, après avoir rassurer notre sujet de la confidentialité de ses propos et de ce qui a se dire pendant notre entretien , et que notre entrevue de recherche n'est que pour l'obtention de notre diplôme universitaire et que notre sujet sera dans l'anonymat totale.

Ahmed au début de l'entretien a manifesté une certaine timidité, sa tête inclinée vers le bas, il était tendu et stressé, au moment où on a commencé à le questionner au sujet de l'évènement.

Ahmed nous disait qu'il était endormi et d'un coup il entend des cris venant de l'extérieur des appelle pour sortir de la maison, il a dit : « en sortant de la maison on a aperçu des flammes géantes qui arrive droit à notre village, une fumée étouffante et j'ai vu ma mère et mes trois sœurs criaient à haute voix on va tous mourir, un voisin nous indique qu'il faut se réfugier dans un endroit où se sont regrouper les habitants du village, un endroit plus sûr c'était la maison d'un voisin. Les flammes étaient très grande, une chaleur insupportable, il n'y avait pas d'eau ni d'électricité l'incendie a duré plusieurs heures jusqu'au matin, j'ai vu notre maison brûlée et des familles entières brûlées, plusieurs morts, des enfants, des femmes et des hommes du bétails.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Ahmed nous dit que depuis l'évènement il ne trouve plus son sommeil, il nous dit même si je dors je me réveille souvent en sursaut, et je fais des cauchemars, même dans la journée je n'arrive pas à effacer ces images de mon esprit, je souffre et je pleure souvent en cachette de mes sœurs et ma mère.

Depuis l'évènement je me sens tout le temps triste et impuissant, je suis devenu nerveux et stresser et je ne me sens plus en sécurité dans ce village je suis devenu incapable de faire quoi que ce soit d'ailleurs je ne pars plus à l'école, j'ai abandonné mes études au lycée.

Ahmed nous dit qu'il se sentes tout le temps fatiguer et qu'il arrive à peine à manger quelques aliments pour survivre il nous dit j'ai perdu mon appétit je ne mange plus comme avant.

Au sujet de la consommation des drogue ou tabac il dit qu'il ne touche pas à ça car c'est un péché. A propos de ses études il déclare qu'il n'a plus envie d'aller à l'école car il a des difficultés à se concentrer lors de ses cours et dit qu'il souffre des oublis. D'ailleurs il ne part plus à ces cours depuis les incendies.

Ahmed déclare qu'il essaie de réparer ce qui reste de leur maison avec l'aide des voisins et des âmes charitables et qu'il doit travailler pour aider sa mère et ses sœurs il dit que ses relations avec sa famille est intact par contre il ne peut plus aller à l'école et ne peut plus voir ses camarades de classe ni ses enseignants pourtant il était un élève brillant.

1.2 Synthèse de l'entretien semi directif de Ahmed :

D'après les résultats obtenus de l'entretien clinique semi directif de Ahmed, on note chez ce dernier un traumatisme psychique important. On a constaté qu'il manifeste des troubles neurovégétatif ,trouble du sommeil et des symptômes de reviviscence diurne et nocturne à travers des cauchemars et une tension marque par un stress intense et une anxiété suite au images qui se reproduisent ,des difficultés de se concentrer ainsi que des troubles mnésiques affectant sa scolarité ,on note aussi quelques symptômes dépressifs tristesse et manque d'appétit et une asthénie accompagnée d'une perte d'intérêt lie à sa scolarité et un retrait de ses camarades de classe .

A partir de ces donnes collectées, on peut conclure que Ahmed présente une symptomatologie qui explique l'existence d'un traumatisme psychique chez ce dernier.

Dans ce qui suit on va procéder à la présentation des résultats obtenus du questionnaire TRAUMAQ qui vient appuyer les résultats de l'entretien pour confirmer la présence du traumatisme psychique chez ahmed.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

1.1.2 Présentation et analyse des résultats du TRAUMAQ de Ahmed :

Nous allons convertir les notes brutes obtenues par Ahmed aux échelles du questionnaire TRAUMAQ en notes étalonnées :

Tableau n° 5 : conversion les notes brutes obtenues par Ahmed en notes étalonnées

Échelle	Notes brutes obtenues	Notes étalonnées
A	19	4
B	06	3
C	10	4
D	12	4
E	13	4
F	08	4
G	06	4
H	13	4
I	12	4
J	07	4
Total	106	4

Le tableau présente les résultats de Ahmed obtenus au questionnaire TRAUMAQ,

Nous pouvons énoncer qu'à l'échelle A, Ahmed a obtenu la note brute de 19 elle renvoie à la note étalonnée de 4, à l'échelle B la note obtenue est de 06 à la note étalonnée de 3, à l'échelle C, la note brute est de 10 à la note étalonnée de 4, à l'échelle D, la note brute Est de 12 elle renvoie à la note étalonnée de 4, à l'échelle E, la note brute obtenue est de 13 à la note étalonnée de 4. La note brute obtenue à l'échelle F par Ahmed est de 08 à la note étalonnée de 4, à l'échelle G la note brute est de 06 à la note étalonnée de 4. La note brute obtenue à l'échelle H est de 13 à la note étalonnée de 4, à l'échelle I la note brute est de 12, à la note étalonnée de 4. La note brute obtenue à l'échelle J est de 07, à la note étalonnée de 4.

Par la suite, nous allons montrer les résultats obtenus par Ahmed dans chaque échelle, dans **l'échelle A**, qui représente les réactions immédiates physiques et psychiques pendant l'événement, nous avons les items suivants : A1 « avez-vous ressenti de la frayeur ? » A2 « Avez- vous ressenti de l'angoisse ? » A3 « Avez-vous eu le sentiment d'être dans un état second ? »

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

A4« Avez-vous eu des manifestations physiques comme, par exemple, des tremblements, des sueurs, une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération des battements du cœur » A5 « Avez-vous eu l'impression d'être paralysé(e), incapable de réactions adaptées ? » A6 « Avez-vous eut la conviction que vous alliez et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ? » A7 « Vous êtes-vs senti seul(e), abandonné(e) par les autres ? » Et A8 « Vous êtes-vous sentis impuissant(e) ? ». Ahmed a coché dans la case 2 dans les items A1, A2, A4, A5 et A8, cela signifie qu'il présente une intensité forte de ses manifestations, aux items A3, A6 et A7 a coché dans la case 3, cela signifie que Ahmed présente une très forte intensité de ses manifestations.

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

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

À l'**échelle D** qui représente l'anxiété, l'état d'insécurité et les évitements, D1 « Êtes-vousdevenu anxieux (se), tendu(e) depuis l'évènement ? »e et D5 « Évitez-vous des lieux, des situations ou des spectacles (TV, cinéma) qui évoquent l'évènement ? »t , Ahmed a coché dans la case 3 ce qui signifie qu'il présente une intensité forte de ses manifestations, D2 « Avez-vous des crises d'angoisse ? » a coché dans la case 1 qui correspond à une faible intensité de ses manifestations, Et D3 « Craignez-vous de vous rendre sur des lieux en rapport avec l'évènement ? » , D4 « Vous sentez vous en états d'insécurité ? » , Ahmed a coché dans la case 2 qui renvoie à une intensité forte de ses manifestations.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

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

Pour l'échelle **F** qui représente les réactions psychosomatiques, physiques et les troubles addictifs, dans les items F1 « Lorsque vous y repensez ou que vous êtes dans des situations qui vous rappellent l'événement avez-vous des réactions physiques telles que par exemple maux de tête, nausées, palpitations, tremblements, sueurs, respiration difficile ? », F2 « Avez-vous observé des variations de votre poids ? », et « F3 Avez-vous constaté une détérioration de votre état physique général ? » Ahmed a coché dans la case 2 ce qui correspond à une forte intensité de ses manifestations ? et F5 « Avez-vous augmenté la consommation de certaines substances (café, cigarette, alcool, médicaments, nourriture, etc.) ? », Ahmed a coché dans la case 2 ce qui correspond à une forte intensité de ses manifestations, Ahmed a coché dans la case 3 ce renvoi à une très forte intensité de ses manifestations. Pour l'item F4 « Depuis l'événement avez-vous des problèmes de santé dont la cause a été difficile à identifier ? », Ahmed a coché dans la case 0 donc aucune manifestation n'a été déclaré.

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

À l'échelle **H** qui représente les troubles dépressifs, aux items H1 « Avez-vous perdu l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'événement ? », Ahmed a coché dans la case 3, ce qui correspond à très forte intensité de ses manifestations Aux items H2

« Manquez-vous d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement ? », H4 « Êtes-vous d'humeur triste et /ou avez-vous des crises de larmes ? », H6 « éprouvez-vous des difficultés dans vos relation

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Affectives et/ou sexuelles ? », et H8 « Avez-vous tendance à vous isoler ou à refuser les contacts ? », Ahmed a coché dans la case 2 ce qui renvoie à une très forte intensité de ses manifestations.

Aux items H3 « Avez-vous des impressions de lassitude, de fatigue et d'épuisement ? », H5 « Avez-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, voire des idées suicidaires ? », Et H7 « Depuis l'événement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ? », Ahmed a coché dans la case 1 ce qui signifie une faible intensité de ces manifestations.

Pour l'**échelle I** qui représente le vécu traumatique, dans les items I1 « Vous arrive-t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour éviter certaines conséquences ? », et I5 « Ressentez-vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ? », Ahmed a coché dans la case 1 qui signifie une faible intensité de ces manifestations. A l'item I2 « Vous sentez-vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'événement ? », il a coché dans la case 3 qui signifie une très forte intensité de cette manifestation, au item I3 « vous sentez-vous humilié (e) parce qu'il s'est passé ? », I4 « Depuis l'événement vous sentez-vous dévalorisé(e) ? », Ahmed a coché dans la case 2 ce qui correspond à une forte intensité de ses manifestations., et pour items I6 « Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même, ou de voir les autres ? », il a coché dans la case 0 qui signifie une nulle pour cette manifestation.

En dernier, à l'**échelle J** qui représente la qualité de vie, à l'item J1 « Ahmed ne poursuit pas ses activités scolaires, à l'item J2 » il a l'impression que ses performances et ses capacités scolaires ne sont pas équivalentes à avant, il ne continue pas à rencontrer ses amis avec la même fréquence dans l'item J3 », il a rompu des relations avec des proches depuis l'événement à l'item J4 », Ahmed se ne sent pas incompris par les autres à l'item J5 », il n'est pas abandonné par les autres à l'item J6 », Ahmed a trouvé du soutien auprès de ses proches à l'item J7 ». Il ne recherche pas d'avantage la compagnie d'autrui à l'item J8 », ne pratique pas autant de loisir qu'auparavant dans l'item J9 », et n'y trouve pas le même plaisir qu'auparavant à l'item J10 », Ahmed n'avait pas l'impression d'être moins concerné par les événements qui touchent son entourage à l'item J11 ». À partir de ces données obtenues dans le questionnaire TRAUMAQ, nous pouvons conclure que Ahmed présente un traumatisme psychique fort due aux incendies.

1.1.3 Synthèse des données du questionnaire TRAUMAQ de Ahmed :

À partir de l'analyse du questionnaire TRAUMAQ Ahmed a acquis un score total de 106 à une note totale étalonnée de 4, selon le manuel du TRAUMAQ le traumatisme est de forte intensité. des manifestations immédiates, physiques et psychiques de forte intensité à l'échelle A, à l'échelle B une moyenne manifestations pathognomoniques de reviviscences est observée, une forte intensité des troubles du sommeil est enregistré à l'échelle C, forte anxiété et de l'insécurité

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

l'évitement à l'échelle D, une moyenne hypersensibilité traduite à l'échelle E, une forte manifestation psychosomatique et physiques à l'échelle F, une moyenne manifestation des troubles de la mémoire de la concentration et de l'attention à l'échelle G, forte symptomatologie dépressive traduite par l'échelle H, une légère manifestation d'un vécu traumatique à l'échelle I, Ahmed présente une forte manifestation de l'altération de la qualité de vie à l'échelle J.

2. Cas n°02 : KARIM

5.3. Présentation du cas et analyse des données de l'entretien clinique semi directif :

Karim est un jeune adolescent âgé de 18 ans, son niveau d'instruction est la 3^{ème} année secondaire, il est le quatrième d'une fratrie de quatre enfants dont trois garçons et une fille et . Concernant ses antécédents médicaux, Karim nous a dit qu'il ne se plaint d'aucune maladie physique ou psychologique.

L'entretien s'est déroulé au niveau de l'unité de soin médicalisée de souk eldjemaï relevant de l'établissement public de santé de proximité de Bejaïa située à proximité du village d'Aïth Ussalah dans la commune de Toudja dans le bureau dédié au psychologue, la rencontre a eu lieu la matinée du 10 MAI 2024 à 10h30 pour une durée de 40 minutes, exactement du 10h30 à 11h 10. Avant de commencer l'entretien nous avons demandé à Karim sur la possibilité d'effectuer un enregistrement audio, il a accepté tout de suite notre proposition sans aucune contrainte, bien sûr on l'a assuré que cet entretien sera dans une totale confidentialité et dans l'anonymat. Tout au long de l'entretien Karim se présente calme et à l'aise avec nous à part un léger stress lié à la situation, il était très coopératif avec nous et répondait à toutes les questions posées ce qui nous a facilité la tâche. KARIM nous a raconté ce qui s'est passé la nuit du 23 au 24 juillet 2023, il dit qu'il était en train de jouer sur son portable et soudain il entendait des cris venant de dehors son père et sa mère étaient endormis ainsi que ses frères et sa sœur, il dit qu'il avait très peur et que son cœur veut sortir de sa poitrine, un moment arrive son oncle il tapait fortement sur la porte de leur maison tout le monde se réveille en sursaut, et la sortie de la maison les flammes étaient géantes et effrayantes et une fumée étouffante, mon oncle nous a conduit dans l'endroit où se réfugier le reste des voisins du village et des familles s'apprêtent à quitter le village pour certaines qui ont des voitures ; après mon oncle me disait qu'il devait intervenir auprès d'un voisin coincé dans sa maison qui brûle avec l'aide des moyens de bord ou je me suis fait brûler mes mains et mon visage ; la terreur a duré jusqu'au matin où on a vu des familles entières calcinées des voitures des maisons du bétail tout est devenu noir .

Karim nous dit que depuis les incendies, je n' cesse de faire des cauchemars et des rêves terrifiants et je me réveille en sursaut avec mon cœur qui bat très fort avec des sensations que ma respiration va se couper, même dans la journée je revois les images défilées sous mes yeux en regardant la

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

forêt calcinée, rien qu'en pensant à l'évènement je commence à ressentir une peur effrayante et je perds le contrôle.

Au sujet des émotions de Karim, il nous dit qu'il est tout le temps anxieux et hyper vigilant comme si quelque chose va se produire, je ne me sens plus en sécurité dans ce village maudit, je me sens triste de ce qui s'est passé J'ai perdu des voisins très chers pour moi, je me sens impuissant, depuis les incendies un vide terrible s'est installé dans mon esprit et je me sens incapable de faire quoi que ce soit.

Depuis l'évènement Karim nous dit qu'il souffre d'une fatigue physique et d'une asthénie, il nous dit je me sens très fatiguer au moindre effort, j'ai commencé à fumer du tabac depuis les incendies mais je pense arrêter car cela me fait plus de mal que de bien, concernant ces habitudes alimentaire Karim nous dit qui ne mange plus comme avant il dit : j'ai perdu le gout des aliments, je ne mange que pour survivre je ne sens aucun plaisir en mangeant.

Karim nous dit qu'il n'a plus les mêmes performances intellectuelles comme avant, il nous dit :je n'arrive pas à retenir facilement des idées en tête, j'oublie trop même les choses les plus simple, quand on m'envoie acheter quelque chose du magasin j'oublie la chose qu'on m'a demandé d'acheter.

Pour ses relations avec les autres et sa famille Karim nous dit pour ma famille je suis bien avec eux mais les autres je ne suis pas bien pour rester avec eux, je me retire souvent et je préfère rester seul, je m'isole à la maison dans ma chambre, actuellement je refais mon bac et je pars à l'école mais je ne parle plus comme avant avec mes camarades de classe. Tout ce que je souhaite maintenant c'est de réussir à décrocher mon bac et quitter le village définitivement.

2.2 Synthèse de l'entretien semi directif de Karim :

À partir de l'entretien qui s'est déroulé, nous avons déduit que Karim présente des manifestations du traumatisme psychique, des reviviscences savoir des cauchemars répétitifs sur l'évènement, des manifestations physiques et psychique, altération de ces performance cognitives à savoir la mémoire, humeur dépressive avec une tendance à l'isolement ainsi qu'un recours à la consommation du tabac et une altération de la qualité de vie malgré la reprise de sa scolarité et son souhait de réussir à l'examen du bac. À travers ces informations collectées lors de l'entretiens semi directif, on note comme conclusion la présence des symptômes d'un traumatisme psychique chez Karim, on passera dans ce qui suit aux résultats obtenus de la passation du questionnaire TRAUMAQ dans le but de confirmer les résultats obtenus de l'entretiens clinique à savoir la présence du traumatisme psychique.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

2.3 Présentation et analyse des résultats du TRAUMAQ de Karim :

Nous allons convertir les notes brutes obtenus par Karim aux échelles du questionnaire TRAUMAQ en notes étalonnées :

Tableau n° 6 : conversion les notes brutes obtenus par Karim en notes étalonnées :

Échelle	Notes brutes obtenues	Notes étalonnées
A	20	4
B	10	5
C	12	4
D	12	4
E	10	4
F	10	4
G	07	4
H	16	4
I	12	4
J	06	4
Total	115	5

Le tableau présente les résultats de Karim obtenus au questionnaire TRAUMAQ,

Nous pouvons énoncer qu'à l'échelle A, Karim a obtenu la note brute de 20 elle renvoie à la note étalonnée de 4, à l'échelle B la note obtenue est de 10 à la note étalonnée de 5, à l'échelle C, la note brute est de 12 à la note étalonnée de 4, à l'échelle D, la note brute obtenue est de 12 elle renvoie à la note étalonnée de 4, à l'échelle E, la note brute obtenue est de 10 à la note étalonnée de 4. La note brute obtenue à l'échelle F par Karim est de 10 à la note étalonnée de 4, à l'échelle G la note brute est de 07 à la note étalonnée de 4. La note brute obtenue à l'échelle H est de 16 à la note étalonnée de 4, à l'échelle I la note brute est de 12, à la note étalonnée de 4. La note brute obtenue à l'échelle J est de 06, à la note étalonnée de 4.

Par la suite, nous allons montrer les résultats obtenus par Karim dans chaque échelle, Dans **L'échelle A**, qui représente les réactions immédiates physiques et psychiques pendant

L'événement, nous avons les items suivants : A1 « avez-vous ressenti de la frayeur ? » A2 « Avez-vous ressenti de l'angoisse ? » A4 « Avez-vous eu des manifestations physiques comme, par exemple, des tremblements, des suées, une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération des battements du cœur » A5 « Avez-vous eu l'impression d'être paralysé(e),

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

incapable de réactions adaptées ? » et A6 « Avez- vous eut la conviction que vous alliez et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ? », Karim a coché dans la case 3 dans tous les items, cela signifie qu'elle présente une intensité très forte de ses manifestations. Pour les items A3 « Avez-vous eu le sentiment d'être dans un état second ? » » Et A8 « Vous êtes-vous sentis impuissant(e) ? » et A8 « Vous êtes-vous sentis impuissant(e) ? ». Karim a coché dans la case 2, cela signifie qu'il présente une intensité forte de ses manifestations, uniquement dans l'item A7 « Vous êtes-vous senti seul(e), abandonné(e) par les autres ? » Où il a coché dans la case 1, cela signifie que karim présente une intensité faible de cette manifestation.

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

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

À l'**échelle D** qui représente l'anxiété, l'état d'insécurité et les évitements, D1 « Êtes-vous devenu anxieux (se), tendu(e) depuis l'évènement ? », D2 « Avez-vous des crises d'angoisse ? » et D5 « Évitez-vous des lieux, des situations ou des spectacles (TV, cinéma) qui évoquent l'évènement ? » a coché dans la case 2 qui correspond à une forte intensité de ses manifestations, pour les items D3 « Craignez-vous de vous rendre sur des lieux en rapport avec l'évènement ? », et D4 « Vous sentez vous en états d'insécurité ? » Karim a coché dans la case 3 qui renvoie à une très forte intensité de ses manifestations.

À l'**échelle E** qui représente l'irritabilité, la perte de contrôle, l'hypervigilance et l'hypersensibilité, dans les items E1 « Vous sentez vous plus vigilant (e), plus attentif (ve) aux bruits qu'auparavant, vous font-ils sursauter ? », E2 « Vous estimez vous plus méfiant

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

qu'auparavant ? », E3 «Etes-vous plus irritable que vous ne l'étiez avant ? », E4 «Avez-vous plus de mal à vous maîtriser (crise de nerfs, etc.) ou avez-vous d'avantage tendance à fuir une situation insupportable ?, Karim a coché dans la case 2 qui renvoie à une forte intensité de ses manifestations ; pour l'item E5 « Vous sentez-vous plus agressif (ve) ou craignez-vous de ne plus contrôler votre agressivité depuis l'événement ? », il a coché dans la case 0 qui signifie une nulle de ses manifestation ,a l'item E6 « Avez-vous eu des comportements agressifs depuis l'événement ? », Karim a coché dans la case 1 ce qui correspond à une faible intensité de ses manifestations.

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

À l'échelle G qui représente les troubles cognitifs, la mémoire, la concentration et l'attention, Karim a coché dans la case 3 dans l'item G1 « Avez-vous plus de difficulté à vous concentrer qu'auparavant ? » ce qui correspond à une très forte intensité de ses manifestations, A l'item G2 « Avez-vous plus de trous de mémoire qu'auparavant ? », , et G3 « Avez-vous des difficultés à vous rappeler l'événement ou certains éléments de l'événement ? », Karim a coché dans la case 2 il présente une forte intensité de ses manifestations .

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

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

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

À l'échelle J qui représente la qualité de vie, à « l'item J1 » Karim poursuit ses activités scolaires, « à l'item J2 » elle a l'impression que ses performances et ses capacités scolaires ne sont pas équivalentes à avant, il ne continue pas à rencontrer ses amis avec la même fréquence dans « l'item J3 », il n'a pas rompu des relations avec des proches depuis l'événement à

« L'item J4 », Karim se sent incompris par les autres à « l'item J5 », il n'est pas abandonné par les autres à « l'item J6 », Karim a trouvé du soutien auprès de ses proches à

« L'item J7 ». Il recherche davantage la compagnie d'autrui à « l'item J8 », ne pratique pas autant de loisir qu'auparavant dans « l'item J9 », et n'y trouve pas le même plaisir qu'auparavant à « l'item J10 », Karim n'avait pas l'impression d'être moins concerné par les événements qui touchent son entourage à « l'item J11 ». À travers ces données obtenues dans le questionnaire TRAUMAQ, nous pouvons conclure que Karim présente un traumatisme psychique fort, avec un score total de 115 soit une note étalonnée de 4.

2.4 Synthèse des données du questionnaire TRAUMAQ de Karim :

À partir de l'analyse du questionnaire TRAUMAQ Karim a obtenu un score total de 115 à une note totale étalonnée de 4, selon le manuel du TRAUMAQ le traumatisme chez Karim est de forte intensité. Des manifestations immédiates, physiques et psychiques de forte intensité à l'échelle A, à l'échelle B une moyenne de manifestations pathognomoniques de reviviscences sont observées. Une forte intensité des troubles du sommeil est enregistrée à l'échelle C, moyenne d'anxiété et absence de l'insécurité et l'évitement à l'échelle D, une forte hypersensibilité traduite à l'échelle E, une légère manifestation psychosomatique et physique, à l'échelle F, une forte manifestation des troubles de la mémoire, de la concentration et de l'attention à l'échelle G, forte symptomatologie dépressive traduite par l'échelle H, une forte manifestation d'un vécu traumatique à l'échelle I, Karim présente une forte manifestation de l'altération de la qualité de vie à l'échelle J.

3.1Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi-directif :

Samy est un jeune garçon âgé de 17 ans, élève au lycée en première année secondaire , il est le deuxième d'une fratrie de trois enfants, qui sont tous les trois de sexe masculin .Concernant ses antécédents médicaux, samy nous a dit qu'il est diabétique insulino-dépendant depuis son enfance et il a suivi de l'éducation psychothérapeutique dans le but de comprendre sa maladie et bien se comporter pour ne pas avoir des complications de sa maladie, il dit qu'est venu avec ses parents au village d'aith oussalah, son village d'origine pour passer des vacances d'été et profiter des plages limitrophe .

L'entretien s'est déroulé au niveau de l'unité de soin médicalisée de souk eldjemaa relevant de l'établissement public de santé de proximité de bejaia pas loin du village d'aith oussalah dans la commune de Toudja, dans le bureau du psychologue réservé pour notre recherche, l'entretien s'est déroulé dans la matinée du 13 MAI 2024 à 10h30 pour une durée de 45 minutes, exactement de 10h30 jusqu'à 11h15. Avant de commencer l'entretien nous avons demandé à Samy si cela ne le gêne pas, d'effectuer un enregistrement audio, notre demande a été une réponse défavorable à notre proposition, d'où la nécessité est de recourir à la transcription de ses réponses à nos questions sur une feuille, mais on lui a assuré aussi l'anonymat. Au début de l'entretien Samy se présente calme et timide, mais il se tortille sur sa chaise, cela ne l'a pas empêché de répondre à toutes les questions posées, malgré que cela nécessite de temps à autre notre intervention car ce dernier a du mal à se concentrer.

Samy nous nous dit qu'au moment de l'incendie il était à la cours de leurs maison avec ses parents et ses deux frères étaient déjà endormis ,il ont vu le feu arrive de loin mais cela ne les a pas effrayé ,c'était dans la nuit du 23 au 24 juillet 2023 A 23h00 .soudain un vent soufflait a une vitesse terrifiante et en quelques minutes le feu arrivait droit au village ,il dit qu'à ce moment mes parents commençait a me dire qu'il faut quitter la maison rapidement on a réveillé mes deux frère et on a pris la fuite en voiture vers la plage de oued DESS, tous , les habitants étaient dehors et on a démarré directement vers la plage ,a un moment avait une boule d'angoisse en regardant les flammes et la vue était pratiquement impossible vu les fumées ,et il faisait noir car l'électricité était coupée on était encerclées de flammes de partout, je me disais au fond de moi on va mourir, on a laissé derrière nous une camionnette complètement brûlée avec ses passagers à bord ,là j'avais vraiment peur et j'ai commencé à crier ,en arrivant à la plage on a couru directement vers la mer et on a trouvé des estivants a la plage heureusement qu'il y avait de petit navire de pêche à la plage et il nous ont embarqué directement et il nous ont conduit vers la plage de boulimate un endroit plus sûr , a ce moment-là on a commencé à reprendre nos souffles je me disais enfin on est sauvé. Ce cauchemar a duré environ deux heures, on a laissé derrière nous nos familles dont on ne savait

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

pas leur sort, une chose est sûr c'est que l'incendie à tout ravager.

Samy nous dit que depuis l'évènement les choses ont changé pour moi il dit ,je n'arrive pas à dormir et je fais des cauchemars la nuit et je ne cesse de revoir les images défilées même dans la journée ,d'ailleurs j'ai fait une hypoglycémie et on a dû m'hospitaliser a l'hôpital khelil amrane pour quelques jours pour équilibrer mon diabète ,rien qu'en pensant à l'évènement ,je panique et je perds le contrôle et je pleure.

Samy nous dit que depuis l'évènement je ne suis plus le même je suis tout le temps stressé je m'emporte facilement, je suis devenu nerveux, et je ne veux plus repartir là-bas je ne me sens plus en sécurité et j'ai peur que cela va se reproduire malgré que mes parents me disent qu'on est hors danger, Samy nous dit qu'il n'a plus le goût de vivre, il dit je veux mourir et je me culpabilise car je n'ai pas pu aider mes voisins du village.

Samy nous dit que mon état de santé s'est compliqué depuis l'évènement mon diabète tout le temps déséquilibré, et je me sens tout le temps fatigué pour la question posée au sujet de son recours à la consommation du tabac ou autres s'excitant il nous a dit ,heureusement que je ne fume pas et je ne bois pas de café ;l'alcool c'est péché nous dit mais il nous dit des fois ça me tente mais je ne le ferais jamais ,au sujet des habitudes alimentaires il nous dit je bouffe tout le temps malgré que cela n'est pas bon pour ma santé ,il nous dit je n'arrive pas à me retenir ,je mange n'importe quoi quand je remplis mon estomac ça me fait du bien j'enlève avec la bouffe le vide qui est à l'intérieur de moi.

Concernant les répercussions de l'évènement sur le côté cognitif de Samy, il nous dit, je n'ai pas de problème de mémoire bien au contraire je suis devenu hyper attentionné, et je retiens tout, et je me souviens des détails de tout ce qu'on me dit à la maison, même des souvenirs de ma petite enfance reviennent facilement à mon esprit, au sujet de sa scolarité il nous dit je n'ai pas de problèmes, je retiens mes cours comme avant seulement je suis triste à l'école.

Samy nous dit que depuis ces incendies ma vie est complètement bouleversée ,je n'arrive pas à effacer cela de ma mémoire un mauvais souvenir ,un drame pour moi et je suis triste ,heureusement j'ai le soutien de mes parents et, j'ai quelques amis qui me soulagent et qui veulent rigoler avec moi je les aime bien d'ailleurs quand j'étais enfant ils viennent souvent me rendre visite à la maison à Ain Benian quand je suis absent de l'école car ils savent que je suis diabétique ;il dit que ses relations avec ses enseignants sont bonnes et il veut bien réussir ses études et il souhaite devenir médecin et pouvoir aider les gens qui souffrent.

3.2 Synthèse de l'entretien semi directif de Samy :

À partir du récit de Samy, nous avons déduit qu'il présente les effets du traumatisme psychique. Les images de l'évènement se reproduisent la nuit dans ses rêves, il ressent de l'anxiété, des réveils nocturnes, des asthénies, par contre sur le plan cognitif on remarque Samy ne se plaint pas de trouble de la mémoire bien au contraire cela a doublé ses capacités de mémorisation, on note une détérioration de son état physique et le déséquilibre de son diabète depuis l'évènement. Pas de conduites addictives, mais une boulimie s'est installée chez ce dernier, on ajoute à cela un sentiment de culpabilité de tristesse et de vide avec des pensées suicidaire signes d'une très forte réaction dépressive.

A travers ces données nous avons constaté que Samy présente un traumatisme psychique. On passera à ce qui suit aux données du questionnaire TRAUMAQ qui vont nous confirmer ou infirmer la présence du traumatisme psychique.

3.3 Présentation et analyse des résultats du TRAUMAQ de Samy :

Nous allons convertir les notes brutes obtenus par Karim aux échelles du questionnaire TRAUMAQ en notes étalonnées :

Tableau n° 7: conversion les notes brutes obtenus par Samy en notes étalonnées

Echelle	Notes brutes obtenues	Notes aloneness
A	20	4
B	11	5
C	11	4
D	12	4
E	14	4
F	08	4
G	02	2
H	18	5
I	13	4
J	04	2
Total	111	4

Le tableau présente les résultats de Samy obtenus au questionnaire TRAUMAQ,

Nous pouvons énoncer qu'à l'échelle A, Samy a obtenu la note brute de 20 elle renvoie à la note étalonnée de 4, à l'échelle B la note obtenue est de 11 à la note étalonnée de 5, à l'échelle C, la note brute est de 11 à la note étalonnée de 4, à l'échelle D, la note brute obtenue est de 12 elle

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

renvoie à la note étalonnée de 4, à l'échelle E, la note brute obtenue est de 14 à la note étalonnée de 4. La note brute obtenue à l'échelle F par Samy est de 08 à la note étalonnée de 4, à l'échelle G la note brute est de 02 à la note étalonnée de 2. La note brute obtenue à l'échelle H est de 18 à la note étalonnée de 5, à l'échelle I la note brute est de 13, à la note étalonnée de 4. La note brute obtenue à l'échelle J est de 04, à la note étalonnée de 3.

Par la suite, nous allons montrer les résultats obtenus par Samy dans chaque échelle, Dans **L'échelle A**, qui représente les réactions immédiates physiques et psychiques pendant L'événement, nous avons les items suivants : A1 « avez-vous ressenti de la frayeur ? » A2 « Avez-vous ressenti de l'angoisse ? » A4 « Avez-vous eu des manifestations physiques comme, par exemple, des tremblements, des suées, une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération des battements du cœur », A3 « Avez-vous eu le sentiment d'être dans un état second ? », A6 « Avez-vous eut la conviction que vous alliez et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ? » et A8 « Vous êtes-vous sentis impuissant(e) ? », Samy a coché dans la case 3, cela signifie qu'il présente une intensité très forte de ses manifestations. Pour les items A4 « Avez-vous eu des manifestations physiques comme, par exemple, des tremblements, des suées, une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération des battements du cœur » A5 « Avez-vous eu l'impression d'être paralysé(e), incapable de réactions adaptées ? », Samy a coché dans la case 2, ce qui signifie une forte intensité de ses manifestations. Seulement à l'item A7 « Vous êtes-vous senti seul(e), abandonné(e) par les autres ? » Où il a coché dans la case 1, qui signifie une faible intensité de ses manifestations.

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

Pour **l'échelle C**, qui représente les troubles du sommeil, C1 « Depuis l'événement avez-vous plus de difficultés d'endormissement qu'auparavant ? », Samy a coché dans la case 3, ce qui correspond à une intensité très forte de ses manifestations, aux items C2 « Faites-vous d'avantage de cauchemars ou de rêves terrifiants ? (Au contenu sans apport direct avec l'événement) », C3 « Avez-vous plus réveils nocturnes ? », C4 « Avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout ? »,

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

et C5 « êtes-vous fatigué au réveil ? », Samy a coché dans la case 2 ce qui correspond à une intensité forte de ses manifestations.

À l'échelle D qui représente l'anxiété, l'état d'insécurité et les évitements, D1 « Êtes-vous devenu anxieux (se), tendu(e) depuis l'événement ? », D2 « Avez-vous des crises d'angoisse ? »

et D5 « Évitez-vous des lieux, des situations ou des spectacles (TV, cinéma) qui évoquent l'événement ? » il a coché dans la case 2 qui correspond à une forte intensité de ses manifestations, pour les items D3 « Craignez-vous de vous rendre sur des lieux en rapport avec l'événement ? », et D4 « Vous sentez vous en états d'insécurité ? » Samy a coché dans la case 3 qui renvoie à une très forte intensité de ses manifestations.

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

Pour l'échelle F qui représente les réactions psychosomatiques, physiques et les troubles addictifs, dans les items F1 « Lorsque vous y repensez ou que vous êtes dans des situations qui vous rappellent l'événement avez-vous des réactions physiques telles que par exemple maux de tête, nausées, palpitations, tremblements, sueurs, respiration difficile ? », F2 « Avez-vous observé des variations de votre poids ? », F3 « Avez-vous constaté une détérioration de votre état physique général ? », Samy a coché dans la case 2 ce qui renvoie à une forte intensité de ses manifestations. A l'item F4 « Depuis l'événement avez-vous des problèmes de santé dont la cause a été difficile à identifier ? », il a coché dans la case 1 ce qui signifie une faible intensité de ses manifestations ? On note qu'à l'item F5 « Avez-vous augmenté la consommation de certaines substances (café, cigarette, alcool, médicaments, nourriture, etc.) ? », que Samy a coché dans la case 0 ce qui renvoie à une nulle intensité de ses manifestations.

À l'échelle G qui représente les troubles cognitifs, la mémoire, la concentration et l'attention, Samy a coché dans la case 1 dans l'item G1 « Avez-vous plus de difficulté à vous concentrer qu'auparavant ? », et G2 « Avez-vous plus de trous de mémoire qu'auparavant ? », ce qui

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

correspond à une faible intensité de ses manifestations. A l'item G3 « Avez-vous des difficultés à vous rappeler l'événement ou certains éléments de l'événement ? », Samy a coché dans la case 0 il ce qui signifie une nulle intensité de ses manifestations.

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

Pour l'**échelle I** qui représente le vécu traumatique, dans les items I1 « Vous arrive-t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour éviter certaines conséquences ? », ?», I2 « Vous sentez vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'événement ? », I3 « vous sentez-vous humilié (e) par ce qui s'est passé ? I4, et I5« Ressentez-vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ? » Samy a coché dans la case 2 qui renvoie à une forte intensité de ses manifestations. Pour l'item I4 « Depuis l'événement vous sentez-vous dévalorisé(e) ? », Samy a coche dans la case1 ce qui signifie une faible intensité de ses manifestations. Aux items I6 « Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même ou de voir les autres ? », et I7 « pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ? », Samy a coché dans la case 3 ce qui correspond à une très forte intensité de ses manifestations.

À l'**échelle J** qui représente la qualité de vie, à « l'item J1 » Samy poursuit ses activités scolaires, « à l'item J2 » elle a l'impression que ses performances et ses capacités scolaires sont équivalentes à avant, il continu à rencontrer ses amis avec la même fréquence dans « l'itemJ3 », il n'a pas rompu des relations avec des proches depuis l'événement « L'itemJ4 », Samy se sent incompris par les autres à « l'item J5 », il n'est pas abandonné par les autres à « l'item J6 », Samy a trouvé du soutien auprès de ses proches à« L'itemJ7 ». Il recherche davantage la compagnie d'autrui à « l'item J8 », ne pratique pas autant de loisir qu'auparavant dans « l'itemJ9 », et n'y trouve pas le même plaisir qu'auparavant à « l'itemJ10 », Samy n'avait pas l'impression d'être moins concerné par les événements qui touche son entourage à « l'itemJ11 ».

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

À travers ces résultats obtenus dans le questionnaire TRAUMAQ, nous pouvons conclure que Samy présente un traumatisme psychique fort, avec un score total de 111 soit une note étalonnée de 4.

3.4 Synthèse des données du questionnaire TRAUMAQ de Samy :

À partir de l'analyse du questionnaire TRAUMAQ Samy a obtenu un score total de 115 à une note totale étalonnée de 4, selon le manuel du TRAUMAQ le traumatisme chez Samy est d'une forte intensité. Des manifestations immédiates, physiques et psychiques de forte intensité à l'échelle A, à l'échelle B une moyenne de manifestations pathognomoniques de reviviscences sont observées. Une forte intensité des troubles du sommeil est enregistrée à l'échelle C, une anxiété et un sentiment d'insécurité et l'évitement à l'échelle D, une très forte hypersensibilité traduite à l'échelle E, une forte manifestation psychosomatique et physique, à l'échelle F, une faible manifestation des troubles de la mémoire de la concentration et de l'attention à l'échelle G, très forte symptomatologie dépressive traduite par l'échelle H, une forte manifestation d'un vécu traumatique à l'échelle I, Samy présente une faible manifestation de l'altération de la qualité de vie à l'échelle J.

4. Cas n°04 : Lamia

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

Lamia est une fille âgée de 19 ans, son niveau d'instruction est la 3^{ème} année secondaire, elle est la deuxième d'une fratrie de 5 enfants dont trois frères et une sœur. Concernant ses antécédents médicaux, Lamia nous a dit qu'elle a une maladie dermatologique il s'agit d'un psoriasis, et souffre d'un stress et des crises d'angoisse depuis son enfance des suites du divorce de ses deux parents, elle dit que ses parents se disputaient tout le temps quand elle était petite, élevée chez ses grands-parents maternels avec lesquels mène une vie tranquille et calme.

L'entretien s'est déroulé au niveau de l'unité de soin médicalisée de Souk el Djemaa dans la commune de Toudja pas loin du village d'Aïth Oussalah relevant de l'établissement public de santé de proximité de Bejaia dans le bureau du psychologue de l'unité, dans la matinée le 14 mai 2024 d'une durée de 50 minutes, exactement de 10h à 10h 50. Avant de commencer l'entretien nous avons demandé à Lamia si possible d'effectuer un enregistrement audio de l'entretien, elle nous a donné son accord, puis on a rassuré Lamia de garder son identité dans l'anonymat. Au début de l'entretien Lamia se présente anxieuse et stressée, mais elle coopère avec nous et répond à toutes les questions posées et nous rajoute des informations de plus concernant l'événement.

Lamia nous disait qu'elle habite dans le village d'Iheggaren à proximité du village d'Aïth Oussalah, Lamia dit qu'elle est venue rendre visite à ses grands-parents paternels et passer quelques jours avec eux, comme elle est en vacances. Tout a commencé la nuit du 6 juillet 2023 à 23h00, Lamia nous dit J'ai été en plein sommeil lorsque j'entendais des cris venant de l'extérieur, elle dit je me suis

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

réveiller avec une peur insupportable ,mon cœur battait avec un rythme accéléré, je ne pouvais pas retenir mon souffle ,une sensation d'étouffement m'a envahi, J'ai couru directement vers la chambre de mes grand parents ,dans la cours de la maison j'ai aperçu des flammes venant de loin du cote du village tardam ,j'ai fait réveiller mes grands-parents et mon oncle et on est sortis de la maison voir ce qui se passe ,il faisait noir dehors pas d'électricité a part la torche de mon oncle qui éclairait notre chemin ,les flammes déjà sont arrivées des jeunes venant en direction de nous pour nous conduire dans un endroit plus sûr ou se regrouper les familles, ma grands mère a perdu connaissance au cours de route ,heureusement que mes voisin ont intervenu pour la transporter sur leur dos jusqu'à l'endroit sécurisé , des fumées étouffantes et une chaleur insupportable ,j'ai vu ma grands mère mourir devant mes yeux, je suis paralysée et j'ai perdu connaissance ,je me suis réveiller le matin ,tout était noir des maison brûlées ainsi que de familles entières calcine et des animaux la seule chose dont je me souviens c'est que je ne pouvais pas parler et je ne réalisais pas ce qui s'est passé , je ne sais pas combien ça a duré.

A la quette des symptômes de reviviscence en relation avec l'évènement, Lamia que j'ai été dans un état second ,maintenant que je suis là les images de l'incendie ne quittent pas ma tête ,la nuit quand je dors je fais des rêves terrifiants et je me réveille en sursaut ,même dans la journée je ne fais que revoir les flammes et j'entends des cris de partout ,j'entends des voix ,un psychiatre de l'hôpital de psychiatrie de oued ghir m'a prescrit un traitement pour que je n'entends pas ces voix , pour la question sur ce que lamia ressent en pensant à l'évènement ,elle nous dit je ne repense pas a l'évènement je le vie tout le temps , les voix et les cris ne quittent pas ma tête.

Au sujet des répercussions émotionnelles, lamia nous dit qu'elle se sente tout le temps anxieux et j'ai peur, les flammes sont là et je me sens encercler de flammes, je souffre, je ne peux plus espérer vivre, des fois quand j'entends les voix je veux me jeter de la dalle de notre maison, je ne suis pas en sécurité ni ici dans le village ni ailleurs, je suis devenu un fardeau pour ma famille je ne me sens plus utile et je ne peux rien faire.

Dans l'axe intitulé répercussions psychosomatiques, lamia dit que je sens que mon corps est envahi de fourmis et je n'arrive pas à comprendre ce qui se passe, pour la consommation des drogues, tabac ou autres, elle dit qu'elle ne touche pas à ces choses c'est péché, je ne mange plus comme avant, j'ai perdu beaucoup de mon poids.

Au sujet de ses capacités intellectuelles, lamia dit ,je ne peux plus me concentrer sur quelque chose les cris et les voix me perturbe ,elle s'éclate en sanglots ,pleure pendant 7 minutes, je ne peux plus partir à l'école , j'ai entendu des élèves dire de moi des choses ,que je suis folle ;lamia nous pose une question est ce que vous pensez que je suis folle ?on l'a rassurer qu'on est pas la pour la juger on est la juste pour vous écouter et si vous voulez venir dans notre cabinet pour discuter on est prêt

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

à vous écouter ,lamia a accepté notre demande . Au dernier axe de notre entretien concernant sa qualité de vie depuis l'évènement, elle dit qu'elle se sente impuissante et ne peut rien envisager dans l'avenir, elle ne part plus à l'école et que son comportement a changé envers sa famille malgré leurs présences à ses côtés, J'ai perdu mes amies du lycée car ils disent que je suis folle, je préfère m'isoler ou mourir la vie ne vaut pas la peine d'être vécu, ma vie n'est plus la même depuis ces incendies j'ai perdu la personne la plus aimé.

4.2 Synthèse de l'entretien semi directif de Lamia :

À partir du récit de Lamia , nous avons constaté que cette dernière présente les critères du traumatisme psychique, à partir de ses manifestations développées de reviviscence« des rêves répétitifs, réveils nocturnes avec battements du cœur »,ainsi qu'une dissociation d'allure psychotique déclenchée par les incendie , de l'angoisse, la méfiance et de la persécution ,les images de l'évènement se reproduisent la nuit dans ses rêves, de la peur, de l'anxiété depuis l'évènement, elle a du mal à maîtriser ses crises de d'angoisse , anorexie ,avec perte importante de son poids, une altération de ses capacités intellectuelles ,la mémoire ;la concentration . Une symptomatologie dépressive exprimée, tendance à l'isolement et conduite suicidaire À travers ces données nous avons constaté que Lamia présente un traumatisme psychique. On passera à ce qui suit aux données du questionnaire TRAUMAQ qui va nous confirmer sur la présence du traumatisme psychique.

4.3 Présentation et analyse des résultats du TRAUMAQ de Lamia :

Nous allons convertir les notes brutes obtenues par Lamia aux échelles du questionnaire

TRAUMAQ en notes étalonnées :

Tableau n° 8 : conversion les notes brutes obtenues par Lamia en notes étalonnées

Echelle	Note brute obtenu	Notes étalonnées
A	23	4
B	11	5
C	13	4
D	13	4
E	16	5
F	12	4
G	07	4
H	23	5
I	18	5
J	08	5
Total	144	5

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Le tableau présente les résultats de Lamia obtenus au questionnaire TRAUMAQ,

d'après ses résultats, on constate que Lamia présente un niveau du traumatisme très fort, avec un score total de 144 à une note étalonnée de 5.

Nous pouvons énoncer qu'à l'**échelle A**, Lamia a obtenu la note brute de 23 elle renvoie à la note étalonnée de 4, à l'échelle B la note obtenue est de 11 à la note étalonnée de 5, à l'échelle C, la note brute est de 13 à la note étalonnée de 4, à l'échelle D, la note brute obtenue est de 13 elle renvoie à la note étalonnée de 4, à l'échelle E, la note brute obtenue est de 16 à la note étalonnée de 5. La note brute obtenue à l'échelle F par Lamia est de 12 à la note étalonnée de 4, à l'échelle G la note brute est de 07 à la note étalonnée de 4. La note brute obtenue à l'échelle H est de 23 à la note étalonnée de 5, à l'échelle I la note brute est de 18, à la note étalonnée de 5. La note brute obtenue à l'échelle J est de 08, à la note étalonnée de 5. Dans ce qui suit, nous allons montrer les résultats obtenus par Lamia dans chaque échelle, dans l'échelle A, qui représente les réactions immédiates physiques et psychiques pendant l'événement, nous avons les items suivants : A1 « avez-vous ressenti de la frayeur ? » A2 « Avez-vous ressenti de l'angoisse ? » A3 « Avez-vous eu le sentiment d'être dans un état second ? », A4 « Avez-vous eu des manifestations physiques comme, par exemple, des tremblements, des sueurs, une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération des battements du cœur », A5 « Avez-vous eu l'impression d'être paralysé(e), incapable de réactions adaptées ? » A6 « Avez-vous eu la conviction que vous alliez et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ? Et A8 « Vous êtes-vous senti impuissant(e) ? », Lamia a coché dans la case 3 ce qui correspond à une très forte intensité de ses manifestations, seulement à l'item A7 « Vous êtes-vous senti seul(e), abandonné(e) par les autres ? » Lamia a coché dans la case 2 une forte intensité de ses manifestations.

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

Pour l'**échelle C**, qui représente les troubles du sommeil, C1 « Depuis l'événement avez-vous plus de difficultés d'endormissement qu'auparavant ? », C2 « Faites-vous d'avantage de cauchemars ou de rêves terrifiants (au contenu sans apport direct avec l'événement) », Lamia a coché dans la

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

case 3 ce qui correspond à une très forte intensité de ses manifestations, C3 « Avez-vous plus réveils nocturnes ? », et C4 « Avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout ? », Lamia a coché dans la case 3 ce qui correspond à une très forte intensité de ses manifestations. On note qu'à l'item C5 « êtes-vous fatigué au réveil ? » que lamia a coche dans la case 2 ce qui signifie une forte intensité de ses manifestations.

À l'**échelle D** qui représente l'anxiété, l'état d'insécurité et les évitements, D1 « Êtes-vous devenu anxieux (se), tendu(e) depuis l'événement ? », D2 « Avez-vous des crises d'angoisse ? », D3 « Craignez-vous de vous rendre sur des lieux en rapport avec l'événement ? », et D4 « Vous sentez vous en états d'insécurité ? », Lamia a coche dans la case 3 ce qui correspond à une très forte intensité de ses manifestations. A l'item D5 « Évitez-vous des lieux, des situations ou des spectacles (TV, cinéma) qui évoquent l'événement ? », Lamia a coché dans la case 1 ce qui correspond à une faible intensité de ses manifestations,

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

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

À l'**échelle G** qui représente les troubles cognitifs, la mémoire, la concentration et l'attention, dans l'item G1 « Avez-vous plus de difficulté à vous concentrer qu'auparavant ? » G2

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

« Avez-vous plus de trous de mémoire qu'auparavant ? », Lamia a coché dans la case 3 ce qui correspond à une très forte intensité de ses manifestations, et pour l'item G3 « Avez-vous des difficultés à vous rappeler l'événement ou certains éléments de l'événement ? », elle a coché dans la case 1 elle ne présente aucune manifestation.

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

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

À l'**échelle J** qui représente la qualité de vie, à « l'item J1 » Lamia ne poursuit pas ses activités scolaires, « à l'item J2 » elle a l'impression que ses performances et ses capacités scolaires ne sont pas équivalentes à avant, elle ne continue pas à rencontrer ses amis avec la même fréquence dans « l'itemJ3 », elle n'a pas rompu des relations avec des proches depuis l'événement à « l'itemJ4 », Lamia se sent incomprise par les autres à « l'item J5 », elle est abandonnée par les autres à « l'item J6 », Lamia a trouvé du soutien auprès de ses proches à « l'itemJ7 ». Elle ne recherche pas davantage la compagnie d'autrui à « l'item J8 », ne pratique pas autant de loisirs qu'auparavant dans « l'itemJ9 », et n'y trouve pas le même plaisir qu'auparavant à « l'itemJ10 », Lamia n'a pas l'impression d'être moins concerné par les événements qui touchent son

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

entourage à « L'item J11 ». À travers ces données obtenues dans le questionnaire TRAUMAQ, nous pouvons constater que Lamia présente un traumatisme psychique très fort suite aux incendies, avec un score total de 144 à une note étalonnée de 5.

4.4 Synthèse des données du questionnaire TRAUMAQ de Lamia :

À partir de l'analyse du questionnaire TRAUMAQ Lamia a obtenu un score total de 144 à une note totale étalonnée de 5, selon le manuel du TRAUMAQ le traumatisme est de très forte intensité. Des manifestations immédiates, physiques et psychiques de très forte intensité à l'échelle A, à l'échelle B une très forte manifestation pathognomonique de reviviscences est observée, une très forte intensité des troubles du sommeil sont enregistrées à l'échelle C, forte anxiété et sentiment de l'insécurité et l'évitement à l'échelle D, une très forte hypersensibilité traduite à l'échelle E, une très forte manifestation psychosomatique et physiques à l'échelle F, une très forte manifestation des troubles de la mémoire de la concentration et de l'attention à l'échelle G, très forte symptomatologie dépressive traduite par l'échelle H, une très forte manifestation d'un vécu traumatique à l'échelle I, Lamia présente une très forte manifestation de l'altération de la qualité de vie à l'échelle J.

5. Cas n°05 : Farid

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

Farid est un garçon âgé de 18 ans, son niveau d'instruction est la 2ème année secondaire, il est deuxième d'une fratrie de deux frères. Concernant ses antécédents médicaux, Farid nous a dit qu'il est porteur d'une hépatite B, et ne présente pas une maladie psychique.

L'entretien s'est déroulé au niveau de l'unité de soin médicalisée de Souk el Djemaa, dans la commune de Toudja, relevant de l'établissement de santé de proximité de Bejaia, dans le bureau du psychologue réservé pour notre travail de recherche, dans la matinée le 14 mai 2024 d'une durée de 55 minutes, exactement du 10h à 10h 55. Avant de commencer l'entretien nous avons demandé à Farid un enregistrement audio, il a refusé ce qui nous a poussés à écrire tout, on l'a rassuré sur l'anonymat de cet entretien. Au début de l'entretien Farid se présente calme et timide, mais il coopérait avec nous et répondait à toutes les questions posées avec fluidité et sans difficulté aucune.

Farid nous raconte que dans la nuit du 23 juillet 2023, j'étais en train de jouer au domino, dehors il faisait très chaud, car il y avait des feux partout, mais c'était loin du village, vers 23 h00 un vent soufflait très fort, et soudain on apercevait moi et mes amis voisins du village un incendie venant du côté du village tardam en direction de notre village ATH OUSSALAH, tout de suite on s'est mis à crier en alertant les habitants du village du danger qui arrive vers nous à ce moment-là tous les habitants commençaient à sortir de leurs maisons, le feu déjà arriver avec une vitesse effrayante

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

,j'avais très peur ;on s'est mobilisé avec les habitant pour faire face ,on dirigeant les famille vers un endroit sécurisé , on a transporter une voisine vieille jusqu'à l'endroit où se regroupaient les villageois ,malheureusement elle n'a pas pu supporter ,elle est morte par la fumée ,a ce moment, j'ai eu peur de mourir ,des voisin qui ont les moyens de transport ont quitté le village en direction de la plage de oued dass cette situation a duré jusqu'au matin du 24 juillet 2024.

Dans la matinée on a su qu'il y avait beaucoup de morts parmi les familles qui ont quitté le village vers oued dass calcinées dans leurs voitures des enfants, des femmes et des hommes.

Actuellement Farid nous dit qu'il est devenu nerveux et impuissant, il dit qu'il est tout le temps stressé et fait des cauchemars la nuit, les images des incendie et de la vieille morte se défile tout le temps dans sa tête ,il dit je n'arrive pas à effacer tout ça de ma tête ,il dit je suis triste et je pense que je suis quelque part responsable de ce qui s'est passé ,j'aurais dû avertir mes voisin a

Temps surtout que j'ai été en train de jouer au domino, il dit je ne me sens plus en sécurité ici et j'ai peur que cela va se reproduire.

Au sujet des répercussions psychosomatique de l'évènement il nous dit que je suis tout le temps fatigué depuis ce cauchemar je me sens faible et impuissant de faire quoi que ce soit, je ne mange plus comme avant, je mange juste pour tenir le coup.

Depuis l'évènement je n'arrive plus à me concentrer, je suis tout le temps dans les rêves dans la journée, même à l'école je n'arrive pas à faire mes exercices correctement surtout que suis dans une filière mathématique et cela demande beaucoup de concentration.

Après tout ce qui s'est passé je n'ai plus envie de faire quoi que ce soit je n'ai pas envie de rencontrer mes amis comme j'avais l'habitude de le faire avant on jouait ensemble ,on faisait des randonnées ,avec ma famille je suis bien avec eux sauf que je ne discute plus comme avant avec ma mère ,mon père ,je préfère rester seul et je m'isole ,la vie a beaucoup change pour moi je n'ai plus le gout de vivre pour l'école je souhaite passer en terminal et avoir mon bac et quitter a jamais ce village misérable, à part ça aucun avenir.

5.2 Synthèse de l'entretien semi directif de Farid :

À partir du récit de Farid , nous avons déduis qu'il présente un traumatisme psychique, traduit des symptômes de reviviscence, des images de l'évènement se reproduisent la nuit par des rêves, et flash-back , il ressent de l'anxiété, des réveils nocturnes, et une peur intense , avec des trous de mémoires, détérioration de son état physique depuis l'évènement, on mentionne une symptomatologie dépressive réactionnelle marquée par la tristesse et l'isolement et une perte d'intérêt avec une perte de ses habitudes alimentaires, et une détérioration de sa qualité de vie sauf

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

un sentiment positif concernant sa scolarité ou il exprime vouloir réussir son bac mais cela s'inscrit dans un contexte d'évitement du lieu de l'évènement. À travers ces données nous avons constaté que Farid présente un traumatisme psychique. On passera dans ce qui suit aux données du questionnaire d'évaluation du traumatisme, TRAUMAQ qui va nous confirmer ou infirmer sur la présence du traumatisme psychique.

Tableau n° 09 : conversion les notes brutes obtenues par Farid en notes étalonnées :

Echelle	Notes brutes obtenues	Notes étalonnées
A	18	3
B	10	5
C	10	4
D	10	4
E	10	4
F	08	4
G	09	5
H	20	5
I	17	5
J	07	4
Total	119	5

Le tableau présente les résultats de Farid obtenus au questionnaire TRAUMAQ,

Nous pouvons énoncer qu'à l'échelle A, Farid a obtenu la note brute de 18 elle renvoie à la note étalonnée de 3, à l'échelle B la note obtenue est de 10 à la note étalonnée de 5, à l'échelle C, la note brute est de 10 à la note étalonnée de 4, à l'échelle D, la note brute obtenue est de 10 elle renvoie à la note étalonnée de 4, à l'échelle E, la note brute obtenue est de 10 à la note étalonnée de 4. La note brute obtenue à l'échelle F par Nassim est de 08 à la note étalonnée de 4, à l'échelle G la note brute est de 09 à la note étalonnée de 5. La note brute obtenue à l'échelle H est de 20 à la note étalonnée de 5, à l'échelle I la note brute est de 17, à la note étalonnée de 5. La note brute obtenue à l'échelle J est de 07, à la note étalonnée de 4.

Par la suite, nous allons montrer les résultats obtenus par Farid dans chaque échelle, dans **L'échelle A**, qui représente les réactions immédiates physiques et psychiques pendant l'évènement, nous avons les items suivants : A1 « avez-vous ressenti de la frayeur ? », A2 « Avez-vous ressenti de l'angoisse ? A4 « Avez-vous eu des manifestations physiques comme, par

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

exemple, des tremblements, des suées, une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération des battements du cœur », et A7 « Vous êtes-vous senti seul(e), abandonné(e) par les autres ? », Farid a coché dans la case 3 qui correspond à une très forte intensité de ses manifestations .aux items », A3 « Avez-vous eu le sentiment d'être dans un état second ? », et A6 « Avez-vous eu la conviction que vous alliez et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ? », Farid a coché dans la case 2 ce qui correspond à une forte intensité de ses manifestations, aux items A5 « Avez-vous eu l'impression d'être paralysé(e), incapable de réactions adaptées ? », et A8 « Vous êtes-vous sentis impuissant(e) ? », Farid a coché dans la case 1 qui signifie une faible intensité de ses manifestation.

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

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

À l'**échelle D** qui représente l'anxiété, l'état d'insécurité et les évitements, D1 « Êtes-vous devenu anxieux (se), tendu(e) depuis l'évènement ? », D2 « Avez-vous des crises d'angoisse ? », D3 « Craignez-vous de vous rendre sur des lieux en rapport avec l'évènement ? » ; et D4 « Vous sentez vous en états d'insécurité ? », Farid a coché dans la case 3 ce qui renvoie à une très forte intensité de ses manifestations, à l'item D5 « Évitez-vous des lieux, des situations ou des spectacles (TV, cinéma) qui évoquent l'évènement ? », Farid a coché dans la case 2 ce qui correspond à une forte intensité de ses manifestations.

À l'**échelle E** qui représente l'irritabilité, la perte de contrôle, l'hypervigilance et l'hypersensibilité, dans les items E1 « Vous sentez vous plus vigilant (e), plus attentif (ve) aux

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

bruits qu'auparavant, vous font-ils sursauter ?, Farid a coché dans la case 3 qui signifie une très forte intensité de ses manifestations, E2 « Vous estimez vous plus méfiant qu'auparavant ? », E3 « Êtes-vous plus irritable que vous ne l'étiez avant ? », E4 « Avez-vous plus de mal à vous maîtriser (crise de nerfs, etc.) ou avez-vous d'avantage tendance à fuir une situation insupportable? Farid a coché dans la case 2 ce qui correspond à une forte intensité de ses manifestations, aux items E5 « Vous sentez vous plus agressif (ve) ou craignez-vous de ne plus contrôler votre agressivité depuis l'événement ? » et E6 « Avez-vous eu des comportements agressifs depuis l'événement ? », il a coché dans la case 1 ce qui renvoie à une très faible intensité de ses manifestations.

Pour l'échelle F qui représente les réactions psychosomatiques, physiques et les troubles addictifs, dans les items F1 « Lorsque vous y repensez ou que vous êtes dans des situations qui vous rappellent l'événement avez-vous des réactions physiques telles que par exemple maux de tête, nausées, palpitations, tremblements, sueurs, respiration difficile F2 « Avez-vous observé des variations de votre poids ? », Farid a coché dans la case 3 ce qui renvoie à une très forte intensité de ses manifestations? », aux items F3 « Avez-vous constaté une détérioration de votre état physique général ? », et F4 « Depuis l'événement avez-vous des problèmes de santé dont la cause a été difficile à identifier ? », Farid a coché dans la case 2 qui correspond à une forte intensité de ses manifestations, pour l'item F5 « Avez-vous augmenté la consommation de certaines substances (café, cigarette, alcool, médicaments, nourriture, etc. ? », a coché dans la case 0 ce qui renvoie à une nulle intensité de ses manifestations.

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

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

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Pour l'échelle I qui représente le vécu traumatique, dans les items I1 « Vous arrive-t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour éviter certaines conséquences ? », I2 « Vous sentez-vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'événement ? », I3 « pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ? », Farid a coché dans la case 3 qui correspond à une très forte intensité de ses manifestations, aux items I4 « vous sentez-vous humilié(e) parce qu'il s'est passé ? », I5 « Depuis l'événement vous sentez-vous dévalorisé(e) ? », I6 « Ressentez-vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ? », I7 « Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même ou de voir les autres ? », I8 « pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ? », Farid a coché dans la case 2 ce qui correspond à une forte intensité de ses manifestations

À l'échelle J qui représente la qualité de vie, à l'item J1 « Farid poursuit ses activités scolaires, à l'item J2 « il a l'impression que ses performances et ses capacités scolaires ne sont pas équivalentes à avant, il ne continue pas à rencontrer ses amis avec la même fréquence dans l'item J3 », il n'a pas rompu des relations avec des proches depuis l'événement à l'item J4 », Farid se sent incompris par les autres à l'item J5 », il n'est pas abandonné par les autres à l'item J6 », il a trouvé du soutien auprès de ses proches à l'item J7 ». Il ne recherche pas davantage la compagnie d'autrui à l'item J8 », ne pratique pas autant de loisirs qu'auparavant dans l'item J9 », et n'y trouve pas le même plaisir qu'auparavant à l'item J10 », Farid avait l'impression d'être moins concerné par les événements qui touchent son entourage à l'item J11 ».

À travers ces données obtenues dans le questionnaire TRAUMAQ, nous pouvons déduire que Farid présente un traumatisme psychique de très forte intensité suite aux incendies.

5.3 Synthèse des données du questionnaire TRAUMAQ de FARID :

À partir de l'analyse du questionnaire TRAUMAQ Farid a obtenu un score total de 119 à une note totale étalonnée de 5, selon le manuel du TRAUMAQ le traumatisme est de très forte intensité à travers les manifestations traumatiques développées. des manifestations immédiates, physiques et psychiques sont de très forte intensité à l'échelle A, à l'échelle B une très forte des manifestations pathognomoniques de reviviscences sont observées, une très forte intensité des troubles du sommeil est enregistrée à l'échelle C, très forte anxiété et de l'insécurité et l'évitement à l'échelle D, une très forte hypersensibilité traduite à l'échelle E, une très forte manifestation psychosomatique et physiques à l'échelle F, une très forte manifestation des troubles de la mémoire de la concentration et de l'attention à l'échelle G, très forte symptomatologie dépressive traduite par l'échelle H, une très forte manifestation d'un vécu traumatique à l'échelle I, Farid présente une très forte manifestation de l'altération de la qualité de vie à l'échelle J.

II. Discussion des hypothèses

Dans cette dernière partie de ce chapitre, nous allons discuter nos hypothèses dans le but de répondre à la question de notre problématique, l'objectif principal est de confirmer ou infirmer nos hypothèses, à travers les résultats obtenus des instruments de mesure et les outils que nous avons utilisé, qui sont l'entretien clinique semi directif et le questionnaire d'évaluation du traumatisme, TRAUMAQ dans une visée d'évaluation du traumatisme psychique.

A cet effet, nous allons entamer la discussion de nos hypothèses de recherche, puis nous allons présenter un tableau récapitulatif des résultats au questionnaire d'évaluation du traumatisme TRAUMAQ, ensuite nous allons comparer les résultats des cas entre eux, en adoptant l'approche psychodynamique.

➤ Hypothèses :

- Les adolescents victimes des incendies du village D'AIT OUSSALAH manifeste un traumatisme psychique à travers des scènes et des images répétitives en liens avec les incendies.
- Les adolescents victimes directes des incendies du village D'AIT OUSSALAH manifeste un traumatisme psychique d'une **très forte intensité selon TRAUMAQ** .

Cas n°1 : Ahmed

À partir des données recueillies, nous avons conclu que Ahmed présente des séquelles traumatiques suite à son exposition directe aux incendies, et cela par des manifestations du traumatisme psychique tels que : des reviviscences ; (je me réveille en sursaut ; je fais des cauchemars même dans la journée je ne peux pas effacer ces images de mon esprit (sont citées dans la névrose traumatique et syndrome psycho traumatique par des reviviscences hallucinatoires, cauchemars et rêves répétitifs. On a constaté une présence d'une symptomatologie dépressive réactionnelle et un trouble des conduites alimentaires chez Ahmed avec une altération de ses capacités cognitives, (je pleure, j'ai perdu mon appétit, je n'arrive pas à me connecter).

L'analyse du questionnaire du TRAUMAQ de Ahmed a enregistré un score total de 106 équivalents à une note totale étalonnée de 4, selon le manuel il s'agit là d'un traumatisme de très forte intensité.

Cas n°2 : Karim

À partir des données recueillies, nous pouvons conclure que Karim présente des séquelles traumatiques suite à son exposition directe aux incendies, et cela par des manifestations du traumatisme psychique tels que : des reviviscences (je n cesse de faire des cauchemars et des rêves terrifiants, et je me réveille en sursaut avec mon cœur qui bat très fort, avec des sensations que ma respiration va se couper, même dans la journée je revois les images défilées sous mes yeux en regardant la forêt calcinée) sont citées dans la névrose traumatique et syndrome psycho traumatique par des reviviscences, ainsi que, des cauchemars et rêves répétitifs.

On a constaté une symptomatologie dépressive et trouble de comportement et tendance à l'isolement, et comportements addictifs, perte de poids avec une altération de ses capacités cognitives post traumatique ,et trouble des conduites alimentaires, (je me sens très fatiguer au moindre effort, j'ai commencé à fumer du tabac depuis les incendies), (j'ai perdu le gout des aliments, je ne mange que pour survivre je ne sens aucun plaisir en mangeant),(, j'oublie trop même les choses les plus simple),(je me retire souvent et je préfère rester seul ,je m'isole à la maison dans ma chambre).

L'analyse du questionnaire du TRAUMAQ de Karim a enregistré un score total de 115 équivalents à une note total étalonnée de 5, selon le manuel est un traumatisme de très forte intensité.

Cas n°3 : Samy

À partir des données recueillies, nous pouvons conclure que Samy présente des séquelles traumatiques suite à son exposition directe aux incendies, et cela par des manifestations du traumatisme psychique tels que : des reviviscences (il dit ,je n'arrive pas à dormir et je fais des cauchemars la nuit et je ne cesse de revoir les images défilées même dans la journée) , sont citées dans la névrose traumatique et syndrome psycho traumatique par des reviviscences, ainsi que des cauchemars et rêves répétitifs, retrait social, détachement par rapport aux autres, peur(je panique et je perds le contrôle et je pleure), dépression, (il dit je veux mourir et je me culpabilise car je n'ai pas pu aider mes voisins du village).

Manifestations Psychosomatiques (sensation d'étouffement),(déséquilibre de son diabète) .trouble des conduites alimentaires ,(il nous dit je n'arrive pas à me retenir ,je mange n'importe quoi quand je remplis mon estomac ça me fait du bien j'enlève avec la bouffe le vide qui est à l'intérieur de moi).

L'analyse du questionnaire du TRAUMAQ de Samy a enregistré un score total de 111 équivalents à une note total étalonnée de 4, selon le manuel est un traumatisme de forte intensité.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Cas n°04 : Lamia :

À partir des données recueillies, nous pouvons constater que Lamia présente des séquelles traumatiques suite à son exposition directe aux incendies, et cela par des manifestations du traumatisme psychique tels que : des reviviscences avec une dissociation post traumatique (j'ai été dans un état second ,maintenant que je suis là les images de l'incendie ne quittent pas ma tête) ,(je fais des rêves terrifiants et je me réveille en sursaut),(j'entends des cris de partout ,j'entends des voix), sont citées dans la névrose traumatique et syndrome psycho traumatique par des reviviscences, ainsi que des cauchemars et rêves répétitifs, accès de colère, peur, (j'ai peur, les flammes sont là et je me sens encercler de flammes, je souffre, je ne peux plus espérer vivre), crises d'angoisse dépression,(quand j'entends les voix je veux me jeter de la dalle de notre maison),(je suis devenu un fardeau pour ma famille je ne me sens plus utile et je ne peux rien faire). , des manifestations psychosomatiques (je sens que mon corps est envahi de fourmis et je n'arrive pas à comprendre ce qui se passe).

L'analyse du questionnaire du TRAUMAQ de Lamia a enregistré un score total de 144 équivalents à une note total étalonnée de 5, selon le manuel est un traumatisme de très forte intensité.

Cas n°05 : Farid :

À parti des données recueillies, nous pouvons constater que Farid présente des séquelles traumatiques suite à son exposition directe aux incendies, et cela par des manifestations du traumatisme psychique tels que : des reviviscences et (fait des cauchemars la nuit ,les images des incendie et de la vieille morte se défile tout le temps dans sa tête ,il dit je n'arrive pas à effacer tout ça de ma tête) sont citées dans la névrose traumatique et syndrome psycho traumatique par des reviviscences, ainsi que des cauchemars et rêves répétitifs, peur, crises d'angoisse, des manifestations psychosomatiques,(sensation d'étouffement),(je suis tout le temps fatigué),réaction dépressive et sentiment de culpabilité (dit je suis triste et je pense que je suis quelque part responsable de ce qui s'est passé ,j'aurais dû avertir mes voisin a temps surtout que j'ai été en train de jouer au domino).(je préfère rester seul et je m'isole) .

L'analyse du questionnaire du TRAUMAQ de Farid a enregistré un score total de 119 équivalents à une note totale étalonnée de 5, selon le manuel le traumatisme est de de très forte intensité.

À travers l'analyse des données obtenues dans l'entretien clinique de recherche semi-directif et des résultats du questionnaire d'évaluation du traumatisme TRAUMAQ, on a constaté la présence du traumatisme psychologique chez la totalité de nos cas, par conséquence on confirme nos hypothèses sur nos cinq (05) cas.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Donc, nos hypothèses sont confirmées. Oui, il existe un traumatisme psychique chez les adolescents victimes directes des incendies du village d'aith oussalah à partir des manifestations traumatiques développées. Par la suite nous présenterons un tableau de comparaison des résultats de nos 05 cas du questionnaire TRAUMAQ :

Tableau n° 10: récapitulatif des résultats de nos 05 cas au questionnaire TRAUMAQ

N° des cas	Prénom	Interprétation des résultats
Cas n° 01	AHMED	Traumatisme fort
Cas n° 02	KARIM	Traumatisme tres fort
Cas n° 03	SAMY	Traumatisme fort
Cas n° 04	LAMIA	Traumatisme tres fort
Cas n° 05	FARID	Traumatisme tres fort

D'après ce tableau ci-dessus, nous pouvons déduire que la plupart de nos cas ont le des résultats très rapprochés, Ahmed, Karim, Samy, Lamia et Farid, un traumatisme qui s'exprime d'une très forte intensité chez Karim, Lamia et Farid, et d'une forte intensité chez Ahmed et Samy.

Cependant, dans notre étude descriptive visant à mettre en évidence d'une façon approfondie le phénomène du traumatisme psychique et ses signes cliniques, ainsi que la description de ses manifestations d'une manière empirique très proche de la réalité du moment actuel.

Enfin nous venons au terme de notre travail de recherche, par conséquent on va passer a notre conclusion qui est la suivante :

Conclusion

Notre travail est arrivé à terme, dans cette optique et en guise de résumer, nous pouvons dire que « *le traumatisme psychique chez les adolescents victimes directes des incendies* », se présente sous de différentes variations dont les réactions a posteriori à l'événement traumatique dépendent de facteurs internes de chaque individu (personnalité, antécédents) et externes liés à l'environnement socioculturel des sujets (culture, type et circonstances de l'événement), de ce fait on trouve certains sujets expriment d'une manière bruyante, extravertie visible et observable leurs émotions par des pleurs, cris, agitations, par contre d'autres les masquent et les introvertissent et paraissent calmes. Cela ne veut guère dire que la manière dont un sujet exprime sa souffrance ne permet pas de préjuger de ses sentiments profonds, l'absence de manifestations ne signifie pas que l'individu ne souffre pas, et n'a pas besoin de lui tendre la main l'aider et la soutenir. A cet effet, on mentionne qu'au moment et dans la succession des événements qui suivent un événement traumatique, une minorité des sujets victimes qui vont réagir par un stress adapté en adoptant des stratégies d'ajustement adéquates pour faire face à la situation traumatisante, au contrario, la majorité répond par un stress dépassé, dont les conséquences, pour les sujets prédisposés, peuvent déclencher des troubles psychopathologiques. Cependant, les conséquences de tel événement peuvent s'avérer transitoires ou devenir chroniques, et perpétuer tout au long de la vie sous forme de symptômes sporadiques et récurrents.

A la suite d'un événement traumatique le traumatisme psychique détermine le choc émotionnel d'un individu, vu que c'est un événement hors du commun qui sort de l'ordinaire, mais il s'agit d'un fait qui interagit avec l'individu causant des modifications profondes, et des fois radicales de son existence, impactant son présent et son devenir, et ne peut envisager quoi que ce soit dans l'immédiat et dans l'avenir.

Enfin, on doit mentionner dans ce processus psychologique particulier, que le psychologue clinicien doit faire preuve d'une empathie et d'une écoute bienveillante loin du jugement, c'est avec cette attitude essentielle, et cette position fondamentale que doit agir le clinicien, pour permettre au sujet de percevoir clairement son vécu traumatique, et mettre des mots sur ses maux et donner un sens à son traumatisme.

Nous souhaitons que notre étude clinique sur cinq cas d'adolescents victimes des incendies, ait atteint son objectif de mettre à nu quelques éléments explicatifs dans notre domaine d'étude concernant « *le traumatisme psychique chez les adolescents victimes des incendies* », et ouvrir le

CONCLUSION GENERALE

champ vers d'autres travaux de recherche ultérieurement sur de nouvelles thématiques traitants le traumatisme psychologique tant sur le plan théorique et pratique.

Listes des références

1-Ouvrages

- 1- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2016). *dsm-5- diagnostics differentiels*. masson.
- 2- ANGER., (1994). *initiation pratique a la methodologie des sciences sociales*. alger : casbah.
- 3- BAUP & GROMB-MONNOYEUR, (2016). *la prise en charge psychologique des victimes de catastrophes collectives*, 2016 .
- 4- BENONY, & CHAHRAOUI. (2003), *methodes, evaluations et recherche en psychologie clinique*. dunod .
- 5- BIOY ET AL,(2021). *les methodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie*. rue paul bert, dunod.
- 6- BROUSSELLE et coll., (2001), *adolescence*, alger, ed. sarp
- 7- CANUTO.(2001)*perception des interventions judiciaires* ,qubec
- 8- CHAHRAOUI, (2014) .*15 cas cliniques en psychopathologie du traumatisme*, dunod, paris.
- 9- CHILAND, (1989), *l'entretien clinique*, paris.
- 10- CHILAND, (2015), *l'entretien clinique*. edition quardige
- 13- COLIN et al. (2001), *protection des forets contre l'incendie*. cemagref
- 14- CORNI.,(1959),*contribution de la victimologie*.qubec
- 15- COSLIN, (2010), *psychologie de l'adolescent*, paris, armand colin
- 16- COUTANCEAU,&DAMIANI,(2018).*victimologie :evaluation ,traitement, resilience*.dunod.
- 17- cremniter, et coq, . (2007). *catastrophes. aspects psychiatriques et psychopathologiques actuels*.
- 18- GEUELFI et ROUILLON f (2012), *manuel de psychiatrie*, paris,elsevier masson,
- 19- CROCQ, ,(2012). *seize leçons sur le trauma*. odile jacob.
- 20- CROCQ, (2014), *traumatisme psychique : prise en charge des victimes*. (2ed). masson.
- 21- DOUVILLE, (2014). *les methodes cliniques en psychologie*. dunod.

- 22- FERNANDE ZET, PEDINIELLI (2006), *la recherche en psychologie clinique, universite de provence, aix-marseille*.
- 23- IONESCO, (2015). *15 approches de la psychopathologie*. armand colin.
- 24- JOSSE, . (2019). *le traumatisme psychique chez l'adulte*. (2ed). de boeck
- 25- KAPSAMBELIS, (2012). *manuel de psychiatrie clinique et psychopathologie de l'adulte*. puf.
- 26- KEDIA,. (2020). *psychotraumatologie*. dunod.
- 27- LABRA, (2013). *consequences psychosociales chez les adultes suite au seisme 8,8 de la ville de talca au chili*. chicoutimi.
- 28- laurin,, murat, ., bescond,. (2018). *consequences psychologiques et etat de stress post-traumatique chez les victimes de la tempete xynthia*,
- 29- LEBIGOT,,(2005). *traiter les traumatismes psychiques*. dunod.
- 30- LEBIGOT, & BESSOLES, . (2005). *vicimologie-criminologie*. tome 5. champ social edition.
- 31- MAREAU ET AL, (2006), *reussir son 1er cycle de psychologie*, paris, studyrama
- 32- melouani, n. (2016). *contribution a l'etude phytoecologique et dynamique de la vegetation apres un incendie dans l'atlas blideen [memoire de maitrise en sciences biologique, universite d'alger]*.
- 33- N'DA. , (2015). *recherche et methodologie en sciences sociales et humines*. l'harmattan, paris.
- 34- RIGOLOT,,DUPUY,L.,PIMONT,.ET A L, (2020).*les incendies de foret* .
- 35- SAHAR, MEDDOUR, LEONE, (2019). *les causes des incendies de forets: enqueteaupres des bergers dans la wilaya de tizi ouzou (algerie)*.
- 36- SAHUC, (2006), *l'adolescent et la violence*, paris, studyrama
- 37- SAMAI-HADDADI,. (2010). *psychologie et psychopathologie des traumatismes Et des maladies somatiques*. opu.

- 38- PEDENIELLI., FERNANDEZ , (2005), *l'observation clinique et l'étude cas*, paris, armand collin

2- Thèses

- 1- BELKAID, . (2016). *analyse spaciale et environnementale du risque d'incendie de foret en algerie : cas de la kabylie maritime* [these de doctorat en geographie, universite nice-sophia antipolis].
- 2- - HAMID, (2016) *Thèse Analyse spatiale et environnementale du risque d'incendie de forêt en Algérie : Cas de la Kabylie maritime,*
- 3- -HOUACINE,. (2016), *analyses des incendies de forêts de la wilaya de tlemcen : periode (2010-2015)* [these en sciences de la terre et de l'univers, universite de tlemcen].
- 4- MEDDOUR, (2008), *thèse contribution a l'étude des feux de forêt en Algérie*, université de tizi Ouzou.
- 5- MEGREROUCHE, (2005-2006), *thèse sensibilité de la végétation forestière aux incendies*, constantine.

3- Revue

- a. BENAMSILI,. (2019). *ethique et deontologie en psychologie clinique. le malaise en algerie*. revue cahiers du laboratoire, 14 (1), 100-112.
- b. FORTIN & BOND, (2019). *les evenements traumatiques : des consequences pour les victimes, leurs proches et la societe*. dans s. bond, g. belleville, s. guay, *les troubles lies aux evenements traumatiques* (p. 14-39). presses de l'universite laval.

4- SITE WEB

- 1- -BENAMSILI, (2019). *Psychotrauma*. <https://elearning.univ-bejaia.dz>
- 2- [HTTPS: //WWW. REFSEEK.COM](https://www.refseek.com), *LES STATISTIQUES DES INCENDIES 2021 EN ALGERIE*, CONSULTELE 4avril 2024 A 23H36

Annexes

Annexe n°01 : Le guide d'entretien**Guide d'entretien Clinique :****Identification du cas :**

Nom :	Prénom :	âge :
Profession :	sexe :	

Axe 1 : Informations sur l'événement traumatogène :

- 1- Quand l'événement a eu lieu ?
- 2- Pouvez-vous nous raconter ce qui s'est passé ce jour-là ? et qu'avez-vous fait à ce moment-là
- 3- Pouvez-vous nous décrire ces incendies ?
- 4- Combien de temps l'événement a-t-il duré ?
- 5- Avez-vous enregistré des dégâts matériels et humains dans votre famille ?

Axe 2 : Symptômes de reviviscence de l'événement du traumatisme :

- 1- Est ce qu'il vous arrive de rêver de l'événement ? fais-vous des cauchemars ? Avez-vous des réveils nocturnes ?
- 2- Est ce que des souvenirs et des images de l'événement s'imposent à lui durant la journée ?
- 3- Que ressentez-vous quand vous repensez à l'événement ?

Axe 3 : Répercussions émotionnelles

- 1-Es ce que vous ressentez toujours de l'anxiété ?
- 2-Avez-vous un sentiment de peur pour votre propre sécurité ?
- 3-Etes-vous triste plus que vous l'avez été avant les incendies ?
- 4-Avez-vous un sentiment de vide ou une perte d'intérêt quand vous envisagez faire quelque chose ?

Axe 4 : Répercutions physiques et psychosomatiques

1-Avez-vous des douleurs physiques inexplicables après ce que vous avez vécu ?

2-Consommez-vous du tabac, de l'alcool, des substances illicites suite à cet événement ? Si oui à quelle fréquence ?

3-Avez-vous des changements concernant vos habitudes alimentaire après cet événement ?

Axe 5 : Répercutions cognitives

1-Avez-vous des difficultés à mémoriser, à ce concentré, ou à être attentif ?

2-Avez-vous des difficultés d'exécution des instructions lors d'une activité scolaire ?

Axe 6 : Altération du fonctionnement et qualité de vie

1-Parlez-moi de votre vécu quotidien actuel ?

2-Est-ce que l'incendie a affecté vos relations avec les membre de la famille ?

3-Est-ce que vous entretenez des relations conviviales avec vos camarades de classe comme vous avez l'habitude de le faire avant les incendies ?

4-Comment sont vos relations avec vos enseignants à l'école ?

5- Parlez-moi de ce que vous aimeriez faire dans l'avenir ?

Annexe n°02 : le questionnaire du TRAUMAQ

Traumaq

Questionnaire d'évaluation du traumatisme

Carole Damiani
Maria Pereira-Fradin

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

Nom : _____

Prénom : _____

☐ F ☐ M Age : _____

Date de passation : _____

Lieu de passation : _____

Informations concernant l'événement :

Événement individuel ☐ Collectif ☐ Nature* : _____

Lieu (domicile, voie publique, etc.) : _____

Date : _____

Durée : _____

Blessures physiques : ☐ Non ☐ Oui Description : _____

Séquelles actuelles : _____

Avez-vous bénéficié de l'intervention de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique sur les lieux ?

☐ Non ☐ Oui

ITT* ☐ Non ☐ Oui Nombre de jours : _____ Arrêt de travail ☐ Non ☐ Oui Durée : _____

IPP² ☐ Non ☐ Oui Pourcentage : _____

*** Nature de l'événement**

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

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

* ITT = Interruption Temporaire de Travail

² IPP = Incapacité Permanente Partielle

Renseignements généraux concernant la période antérieure à l'événement :

Situation familiale

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

Nombre d'enfants (préciser leur âge) : _____

Situation professionnelle

Etudiant(e) ☐

Salarié(e) : plein temps ☐ temps partiel ☐

Sans emploi : homme ou femme au foyer ☐ chômage ☐ congé parental ☐
en stage formation ☐ congé maladie ☐ retraité(e) ☐

Etat de santé

Aviez-vous des problèmes de santé : Non ☐ Oui ☐ lesquels : _____

Suiviez-vous un traitement médical : Non ☐ Oui ☐ de quelle nature : _____

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

Avez-vous suivi une psychothérapie : Non ☐ Oui ☐ sous quelle forme : _____

Date : _____ Durée : _____

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

Non ☐ Oui ☐

Nature : _____

Date : _____

Renseignements concernant la période postérieure à l'événement :

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

Suivi d'une psychothérapie : Non ☐ Oui ☐ Sous quelle forme : _____

Date de la première séance : _____

Nombre de consultations (à ce jour) : _____

Traitement médical : Non ☐ Oui ☐ Lequel : _____

Durée : _____

PREMIERE PARTIE

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

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

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

Pendant l'événement

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

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

Depuis l'événement

Nous allons maintenant aborder ce que vous ressentez actuellement.

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

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

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

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

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

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

		0	1	2	3
G1	Avez-vous plus de difficultés à vous concentrer qu'auparavant ?	☐	☐	☐	☐
G2	Avez-vous plus de "trous de mémoire" qu'auparavant ?	☐	☐	☐	☐
G3	Avez-vous des difficultés à vous rappeler l'événement ou certains éléments de l'événement ?	☐	☐	☐	☐
Total G					

Intensité (ou fréquence) de la manifestation

0 1 2 3
 | | | |

 nulle faible forte très forte

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

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

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

Annexe n°03 : Feuille de résultats du TRAUMAQ

Résultats au TRAUMAQ

Cotation des échelles de la première partie

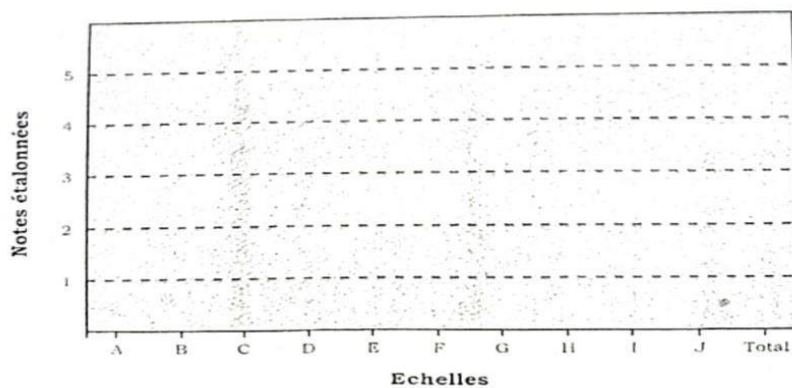
Les notes brutes des échelles A à I correspondent à la somme des points attribués aux items.

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

Conversion des notes brutes en notes étalonnées

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

Profil



Annexe n°04 : Resultat au TRAUMAQ AHMED

Traumag

Questionnaire d'évaluation du traumatisme

Carole Damiani
Maria Pereira-Fradin

Passation individuelle



Collective



Victime directe de l'événement



Témoin



Nom :

Prénom : Ahmed☒ F ☒ MAge : 17 ans

Date de passation :

Lieu de passation :

Informations concernant l'événement :Événement individuel ☐Collectif ☒Nature* : TerrorismeLieu (domicile, voie publique, etc.) : Village with a small shop and a mosqueDate : 24 Juillet 2023

Durée :

Blessures physiques :



Description :

Séquelles actuelles :

Avez-vous bénéficié de l'intervention de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique sur les lieux ?

ITT¹

Nombre de jours :

Arrêt de travail



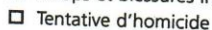
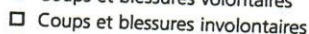
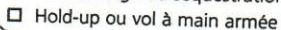
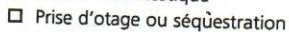
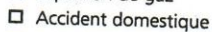
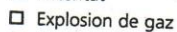
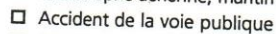
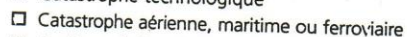
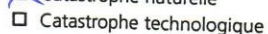
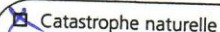
Durée :

IPP²

Pourcentage :

*** Nature de l'événement**

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

¹ ITT = Interruption Temporaire de Travail² IPP = Incapacité Permanente Partielle

Résultats au TRAUMAQ

Cotation des échelles de la première partie

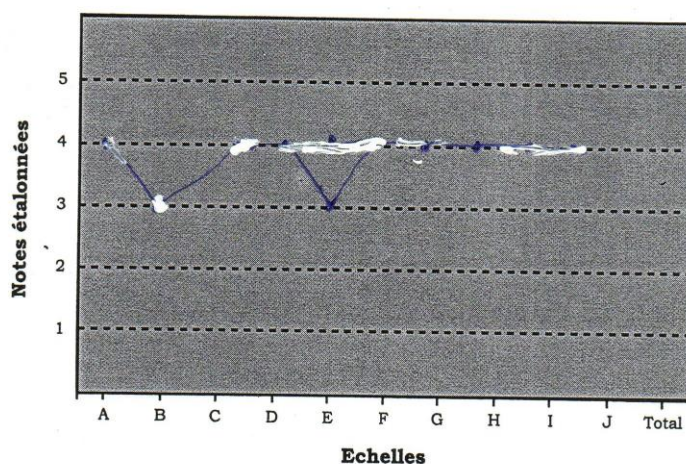
Les notes brutes des échelles A à I correspondent à la somme des points attribués aux items.

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

Conversion des notes brutes en notes étalonnées

Echelles	Notes brutes	Notes étalonnées				
		1	2	3	4	5
A	19	☐ 0-6	☐ 7-12	☐ 13-18	☒ 19-23	☐ 24
B	06	☐ 0	☐ 1-4	☒ 5-7	☐ 8-9	☐ 10 et +
C	10	☐ 0	☐ 1-3	☐ 4-9	☒ 10-13	☐ 14 et +
D	12	☐ 0	☐ 1-4	☐ 5-9	☒ 10-13	☐ 14 et +
E	13	☐ 0-1	☐ 2-4	☒ 5-9	☒ 10-14	☐ 15 et +
F	08	☐ 0	☐ 1-3	☐ 4-6	☒ 7-9	☐ 10 et +
G	06	☐ 0	☐ 1-2	☐ 3-5	☒ 6-7	☐ 8 et +
H	13	☐ 0	☐ 1-3	☐ 4-11	☒ 12-17	☐ 18 et +
I	12	☐ 0-1	☐ 2-5	☐ 6-9	☒ 10-16	☐ 17 et +
J	7	☐ 0	☐ 1	☐ 2-5	☒ 6-7	☐ 8 et +
Total	106	☐ 0-23	☐ 24-54	☐ 55-89	☒ 90-114	☐ 115 et +

Profil



Annexe n°04 : Resultat au TRAUMA Q KARIM

Traumaq

Questionnaire d'évaluation du traumatisme

Carole Damiani
Maria Pereira-FradinPassation individuelle ☒Collective ☐Victime directe de l'événement ☒Témoin ☐Nom : KarimPrénom : Ch.☐ F ☒ MAge : 18 ansDate de passation : 13/05/2024Lieu de passation : Unité de soins S. R. El Djemaa

Informations concernant l'événement :

Événement individuel ☐Collectif ☒Nature* : IncendieLieu (domicile, voie publique, etc.) : Village dit OuhalekDate : 24/ Juillet 2023

Durée : _____

Blessures physiques : ☐ Non ☒ OuiDescription : Blessure des membres supérieursSéquelles actuelles : PLC

Avez-vous bénéficié de l'intervention de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique sur les lieux ?

☐ Non ☒ OuiITT¹ ☐ Non ☐ Oui Nombre de jours : _____ Arrêt de travail ☐ Non ☐ Oui Durée : _____IPP² ☐ Non ☐ Oui Pourcentage : _____

* Nature de l'événement

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

- ☒ Catastrophe naturelle
☐ Catastrophe technologique
☐ Catastrophe aérienne, maritime ou ferroviaire
☐ Accident de la voie publique
☐ Attentat
☐ Explosion de gaz
☐ Accident domestique
☐ Prise d'otage ou séquestration
☐ Hold-up ou vol à main armée

- ☐ Coups et blessures volontaires
☐ Coups et blessures involontaires
☐ Tentative d'homicide
☐ Agression sexuelle
☐ Viol
☐ Racket
☐ Conflit armé
☐ Tortures
☐ Autres

¹ ITT = Interruption Temporaire de Travail² IPP = Incapacité Permanente PartielleCENTRE DE RECHERCHE
D'ÉDITION ET D'APPLICATIONS
PSYCHOLOGIQUES

Résultats au TRAUMAQ

Cotation des échelles de la première partie

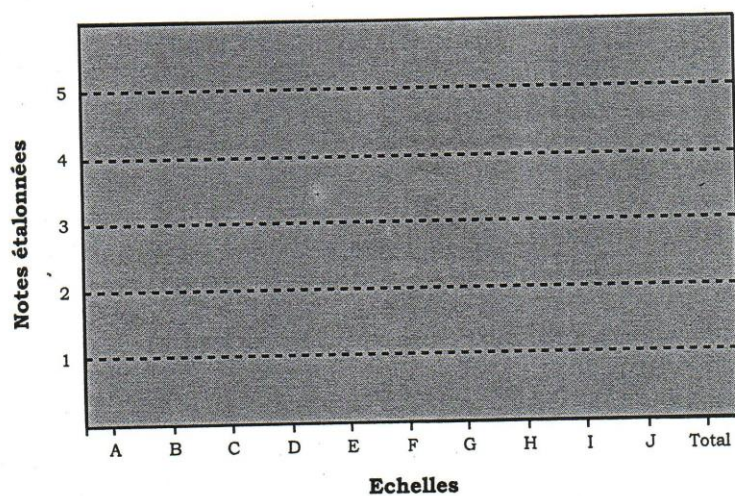
Les notes brutes des échelles A à I correspondent à la somme des points attribués aux items.

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

Conversion des notes brutes en notes étalonnées

Echelles	Notes brutes	Notes étalonnées				
		1	2	3	4	5
A	20	☐ 0-6	☐ 7-12	☐ 13-18	☒ 19-23	☐ 24
B	10	☐ 0	☐ 1-4	☐ 5-7	☐ 8-9	☒ 10 et +
C	12	☐ 0	☐ 1-3	☐ 4-9	☒ 10-13	☐ 14 et +
D	12	☐ 0	☐ 1-4	☐ 5-9	☒ 10-13	☐ 14 et +
E	10	☐ 0-1	☐ 2-4	☐ 5-9	☒ 10-14	☐ 15 et +
F	10	☐ 0	☐ 1-3	☐ 4-6	☒ 7-9	☐ 10 et +
G	07	☐ 0	☐ 1-2	☐ 3-5	☒ 6-7	☐ 8 et +
H	16	☐ 0	☐ 1-3	☐ 4-11	☒ 12-17	☐ 18 et +
I	12	☐ 0-1	☐ 2-5	☐ 6-9	☒ 10-16	☐ 17 et +
J	06	☐ 0	☐ 1	☐ 2-5	☒ 6-7	☐ 8 et +
Total	127	☐ 0-23	☐ 24-54	☐ 55-89	☐ 90-114	☒ 115 et +

Profil



Annexe n°04 : Resultat au TRAUMAQ SAMY

TraumAQ

Questionnaire d'évaluation du traumatisme

Carole Damiani
Maria Pereira-Fradin

Passation individuelle



Collective



Victime directe de l'événement



Témoin



Nom :

Prénom : SAMY☐ F ☒ MAge : 17Date de passation : 13/05/2024Lieu de passation : USN sous BILDERMAA**Informations concernant l'événement :**Événement individuel ☐Collectif ☒Nature* : Inconscience

Lieu (domicile, voie publique, etc.) :

Date : la nuit du 23 au 24 Juillet 2023

Durée :

Blessures physiques :

☐ Oui

Description :

Séquelles actuelles :

Avez-vous bénéficié de l'intervention de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique sur les lieux ?

☐ Non☒ OuiITT¹ ☐ Non ☐ Oui Nombre de jours : _____ Arrêt de travail ☐ Non ☐ Oui Durée : _____IPP² ☐ Non ☐ Oui Pourcentage : _____*** Nature de l'événement**

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

☒ Catastrophe naturelle☐ Catastrophe technologique☐ Catastrophe aérienne, maritime ou ferroviaire☐ Accident de la voie publique☐ Attentat☐ Explosion de gaz☐ Accident domestique☐ Prise d'otage ou séquestration☐ Hold-up ou vol à main armée☐ Coups et blessures volontaires☐ Coups et blessures involontaires☐ Tentative d'homicide☐ Agression sexuelle☐ Viol☐ Racket☐ Conflit armé☐ Tortures☐ Autres¹ ITT = Interruption Temporaire de Travail² IPP = Incapacité Permanente Partielle

Résultats au TRAUMAQ

Cotation des échelles de la première partie

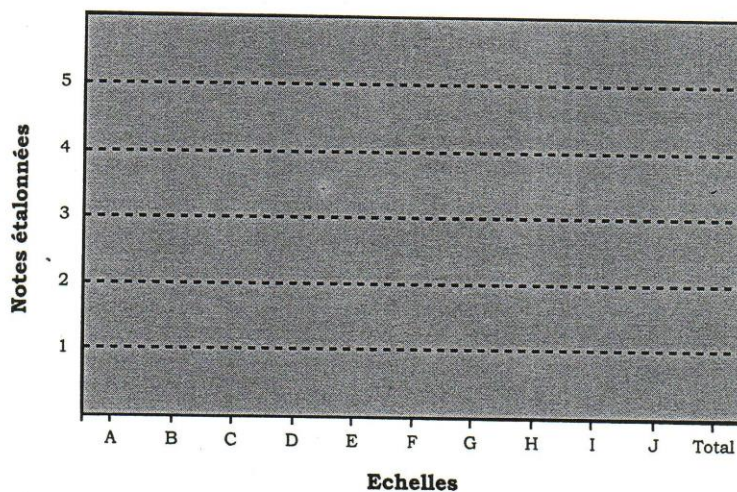
Les notes brutes des échelles A à I correspondent à la somme des points attribués aux items.

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

Conversion des notes brutes en notes étalonnées

Echelles	Notes brutes	Notes étalonnées				
		1	2	3	4	5
A	20	☐ 0-6	☐ 7-12	☐ 13-18	☒ 19-23	☐ 24
B	11	☐ 0	☐ 1-4	☐ 5-7	☐ 8-9	☒ 10 et +
C	11	☐ 0	☐ 1-3	☐ 4-9	☒ 10-13	☐ 14 et +
D	12	☐ 0	☐ 1-4	☐ 5-9	☒ 10-13	☐ 14 et +
E	14	☐ 0-1	☐ 2-4	☐ 5-9	☒ 10-14	☐ 15 et +
F	28	☐ 0	☐ 1-3	☐ 4-6	☒ 7-9	☐ 10 et +
G	02	☐ 0	☒ 1-2	☐ 3-5	☐ 6-7	☐ 8 et +
H	18	☐ 0	☐ 1-3	☐ 4-11	☐ 12-17	☒ 18 et +
I	13	☐ 0-1	☐ 2-5	☐ 6-9	☒ 10-16	☐ 17 et +
J	04	☐ 0	☐ 1	☒ 2-5	☐ 6-7	☐ 8 et +
Total	111	☐ 0-23	☐ 24-54	☐ 55-89	☒ 90-114	☐ 115 et +

Profil



Annexe n°04 : Resultat au TRAUMAQ LAMIA

Traumag

Questionnaire d'évaluation du traumatisme

Carole Damiani
Maria Pereira-Fradin

Passation individuelle ☒
Collective ☐
Victime directe de l'événement ☒
Témoin ☐

Nom : _____
Prénom : Lamia
☒ F ☐ M Age : 19 ans
Date de passation : 14/05/2014
Lieu de passation : USO Centre Régional

Informations concernant l'événement :

Événement individuel ☐ Collectif ☒ Nature* : Incendies de forêt
Lieu (domicile, voie publique, etc.) : _____
Date : 23/5 juillet 2013
Durée : la nuit du 23 au 24 juillet 2013
Blessures physiques : ☒ Non ☐ Oui Description : _____
Séquelles actuelles : _____
Avez-vous bénéficié de l'intervention de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique sur les lieux ?
☐ Non ☐ Oui
ITT¹ ☐ Non ☐ Oui Nombre de jours : _____ Arrêt de travail ☐ Non ☐ Oui Durée : _____
IPP² ☐ Non ☐ Oui Pourcentage : _____

*** Nature de l'événement**

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

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

¹ ITT = Interruption Temporaire de Travail² IPP = Incapacité Permanente Partielle

Résultats au TRAUMAQ

Cotation des échelles de la première partie

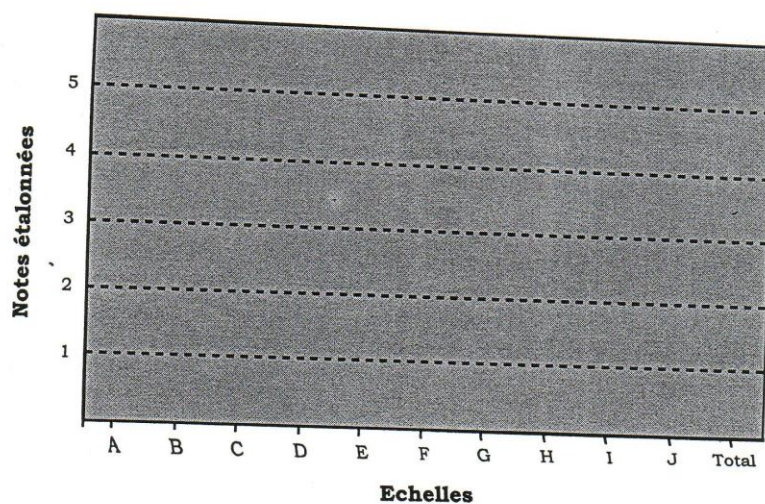
Les notes brutes des échelles A à I correspondent à la somme des points attribués aux items.

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

Conversion des notes brutes en notes étalonnées

Echelles	Notes brutes	Notes étalonnées				
		1	2	3	4	5
A	23	☐	☐	☐	☒	☐
B	11	☐	☐	☐	☐	☐
C	13	☐	☐	☐	☐	☒
D	13	☐	☐	☐	☒	☐
E	12	☐	☐	☐	☒	☐
F	12	☐	☐	☐	☐	☒
G	07	☐	☐	☐	☒	☐
H	23	☐	☐	☐	☒	☐
I	16	☐	☐	☐	☐	☒
J	06	☐	☐	☒	☐	☒
Total	144	☐	☐	☐	☐	☒
		0-6	7-12	13-18	19-23	24
		0	1-4	5-7	8-9	10 et +
		0	1-3	4-9	10-13	14 et +
		0	1-4	5-9	10-13	14 et +
		0-1	2-4	5-9	10-14	15 et +
		0	1-3	4-6	7-9	10 et +
		0	1-2	3-5	6-7	8 et +
		0	1-3	4-11	12-17	18 et +
		0-1	2-5	6-9	10-16	17 et +
		0	1	2-5	6-7	8 et +
		0-23	24-54	55-89	90-114	115 et +

Profil



Annexe n°04 : Resultat au TRAUMAQ FARID

Traumaq

Questionnaire d'évaluation du traumatisme

Carole Damiani
Maria Pereira-Fradin

Passation individuelle ☒
Collective ☐
Victime directe de l'événement ☒
Témoin ☐

Nom : FARID
Prénom : _____
☐ F ☒ M Age : 18 ans
Date de passation : 14 mai 2024
Lieu de passation : USH SOUK EL DJEMAA

Informations concernant l'événement :

Événement individuel ☐ Collectif ☒ Nature* : Trouble de l'identité
Lieu (domicile, voie publique, etc.) : _____
Date : 23 ou 24 juillet 2023
Durée : _____
Blessures physiques : ☐ Non ☐ Oui Description : _____
Séquelles actuelles : _____
Avez-vous bénéficié de l'intervention de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique sur les lieux ?
☐ Non ☐ Oui
ITT¹ ☐ Non ☐ Oui Nombre de jours : _____ Arrêt de travail ☐ Non ☐ Oui Durée : _____
IPP² ☐ Non ☐ Oui Pourcentage : _____

*** Nature de l'événement**

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

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

¹ ITT = Interruption Temporaire de Travail² IPP = Incapacité Permanente Partielle

Résultats au TRAUMAQ

Cotation des échelles de la première partie

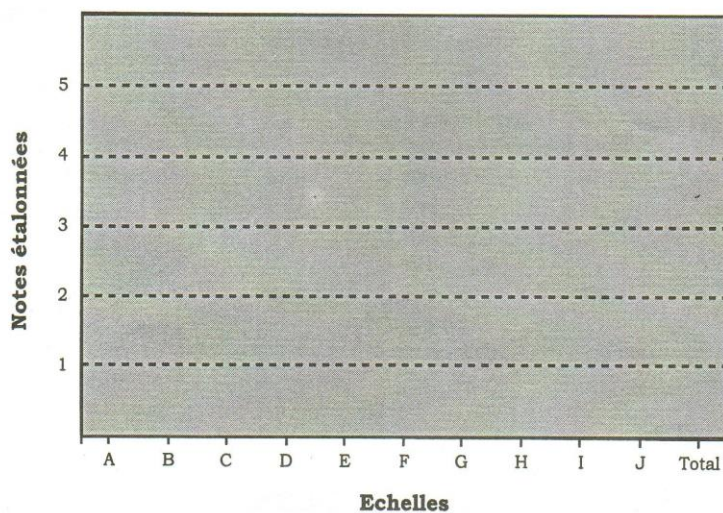
Les notes brutes des échelles A à I correspondent à la somme des points attribués aux items.

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

Conversion des notes brutes en notes étalonnées

Echelles	Notes brutes	Notes étalonnées				
		1	2	3	4	5
A	18	☐ 0-6	☐ 7-12	☒ 13-18	☒ 19-23	☐ 24
B	10	☐ 0	☒ 1-4	☐ 5-7	☐ 8-9	☒ 10 et +
C	10	☐ 0	☐ 1-3	☐ 4-9	☒ 10-13	☒ 14 et +
D	10	☐ 0	☐ 1-4	☐ 5-9	☒ 10-13	☐ 14 et +
E	10	☐ 0-1	☐ 2-4	☐ 5-9	☒ 10-14	☐ 15 et +
F	08	☐ 0	☐ 1-3	☐ 4-6	☒ 7-9	☐ 10 et +
G	09	☐ 0	☐ 1-2	☐ 3-5	☐ 6-7	☒ 8 et +
H	20	☐ 0	☐ 1-3	☐ 4-11	☐ 12-17	☒ 18 et +
I	17	☐ 0-1	☐ 2-5	☐ 6-9	☐ 10-16	☒ 17 et +
J	07	☐ 0	☐ 1	☐ 2-5	☒ 6-7	☐ 8 et +
Total	113	☐ 0-23	☐ 24-54	☐ 55-89	☐ 90-114	☒ 115 et +

Profil



RESUME

L'Algérie ne fait pas exception comparativement aux autres pays de la planète, en matière des feux de forêt qui ne cessent de se reproduire, ces incendies incontrôlables deviennent la première cause de destruction de reliefs, montagnes, forêts, par conséquent de la biodiversité, engendrant des dégâts humains et matériels. Le traumatisme psychique résultant de cette catastrophe environnementale attire notre attention, et c'est dans cette optique que s'inscrit notre travail dont l'objectif est l'exploration du vécu psychologique et l'impact traumatique que peut produire l'exposition des sujets d'une façon directe aux incendies, pour atteindre nos objectifs et arriver à terme dans notre étude ; nous avons adopté une approche descriptive qualitative ou on a mobilisé des moyens d'investigations qui répondent à notre démarche clinique, une clinique à main nue, il s'agit bien ici de l'observation directe à travers l'entretien clinique semi directif, et un instrument de mesure psychométrique qui est le questionnaire d'évaluation du traumatisme (TRAUMAQ), notre enquête réalisée au niveau de l'unité de soin médicalisée de Souk el Djemaa sur cinq cas cliniques a été concluante et répond à notre questionnement et vient confirmer nos hypothèses, que les adolescents victimes directes des incendies manifestent un traumatisme psychique d'une intensité très forte.

Mots-clés : traumatisme psychique, incendies, victime, l'adolescence

Abstract

Algeria is no exception compared to other countries on the planet, in terms of forest fires which continue to recur, these uncontrollable fires become the primary cause of destruction of reliefs, mountains, forests, therefore of biodiversity, causing human and material damage. The psychological trauma resulting from this environmental disaster attracts our attention, and it is in this perspective that our work is based, the objective of which is the exploration of the psychological experience and the traumatic impact that the exposure of subjects can produce. 'a direct way to fires, to achieve our objectives and achieve success in our study; we adopted a qualitative descriptive approach where we mobilized means of investigation which respond to our clinical approach, a bare-handed clinic, this is indeed direct observation through the semi-directive clinical interview, and a psychometric measuring instrument which is the trauma assessment questionnaire (TRAUMAQ), our investigation carried out at the level of the medical care unit of souk el djemaa on five clinical cases was conclusive and answers our questions and confirms our hypotheses, that adolescents who are direct victims of fires manifest psychological trauma of very high intensity.

Keywords : Psychological Trauma , Fires, Victim, Adolescent