



Université A. MIRA-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

Thème

L'impact traumatique du travail du pompier

Etude quantitative réalisée à l'unité principale de la protection civile
de Bejaia

Réalisé par :

FERROUDJ Farid

HAMITRI Sabah

Encadré par :

Dr. FERGANI Louhab

Année universitaire : 2019/2020

Remerciements

Nous tenons à remercier en premier lieu notre encadreur Monsieur FERGANI Louhab pour son accompagnement, son orientation et ses conseils durant notre travail.

Nous remercions également madame BENAMSILI Lamia pour son aide et ses conseils.

Nous remercions l'ensemble des enseignants du Département des Sciences Sociales de l'Université Abderrahmane Mira de Bejaia pour tout le savoir qu'ils nous ont transmis.

Nous remercions les agents de la Protection civile de Bejaia pour leur chaleureux accueil, sans oublier la psychologue de l'unité Madame MOHEB.

Nos vifs remerciements vont également aux membres du jury, pour l'intérêt qu'ils ont porté à notre recherche en acceptant d'examiner notre travail et de l'enrichir par leurs propositions.

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

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail à ceux qui m'ont mis au monde, à ma mère qui m'a soutenu et encouragé tout au long de ce travail. A mon père qui a sacrifié pour notre bonheur et réussite.

A mon frère et mes sœurs.

A toutes mes tantes et mes oncles, mes cousins et cousines, à ma famille mes proches et mes connaissances.

A mon cher binôme.

A tous mes ami(e)s.

A tous les pompiers, les « anges gardiens » qui veillent jour et nuit pour notre sécurité et notre bien-être.

A tous ceux qui me sont chères.

A tous ceux qui m'aiment, et tous ceux que j'aime.

Sabah

Dédicaces

Pour chaque évènement dans ma vie, je ne manquerai pas d'avoir une pensée à toutes les personnes qui m'ont donné le courage.

Je dédie ce modeste travail à mes chers parents qui m'ont encouragé durant toutes mes études, Dieu les protège.

A mes très chères sœurs pour leur soutien.

A mon cher binôme.

A ma famille.

A mes ami(e)s.

A tous ceux qui me connaissent de près ou de loin.

Farid

Sommaire

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

Partie théorique

Chapitre I : Le métier du pompier

Préambule	5
1. Aperçu historique de la protection civile :.....	5
2. Généralités sur le métier du pompier :.....	7
3. Présentation de la protection civile de la wilaya de Bejaia :	8
4. Les différentes missions des pompiers :	9
5. Droits et obligations du pompier :	10
6. Les risques du métier du pompier :.....	11
7. La prise en charge psychologique du pompier :.....	13
Synthèse.....	16

Chapitre II : Le traumatisme psychique

Préambule	18
1. Aperçu historique sur le traumatisme psychique :	18
2. Définition du traumatisme psychique :.....	21
3. Les différents concepts du trauma :.....	22
4. Evènement traumatique :.....	24
5. Les modèles théoriques du traumatisme psychique :	25
6. Description sémiologique du traumatisme psychique :.....	30
7. Les outils d'évaluation du traumatisme psychique :	34
8. Le traumatisme psychique dans le milieu des intervenants :.....	36
9. La prise en charge du traumatisme psychique :	39
Synthèse.....	41
Problématique et hypothèses	43

Partie pratique

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

Préambule	51
1. La méthode de la recherche :.....	51
2. Présentation du groupe de recherche (critères et caractéristiques) :	52
3. L'outil de la recherche :	55
4. La stratégie de la recherche :	62
5. Les résultats de la pré-enquête :	64
Synthèse.....	66
Conclusion	68
La liste des références bibliographiques	71
Annexes	

La liste des tableaux :

N°	Titre	Page
N°1	Caractéristiques du groupe de recherche	53
N°2	La répartition de groupe de recherche selon l'âge	54
N°3	La répartition de groupe de recherche selon la situation familiale	54
N°4	La répartition de groupe de recherche selon les années d'expérience	54
N°5	La répartition de groupe de recherche selon le grade	55
N°6	Tableau récapitulatif des notes étalonnées et du niveau d'intensité du traumatisme obtenu chez le groupe de recherche	65

La liste des graphiques :

Graphique	Titre	Page
Courbe	Représentation graphique du pourcentage de chaque niveau d'intensité du traumatisme psychique.	65

La liste des abréviations :

APA American Psychologique Association.

CCO Centre de Coordination opérationnel.

CIM Classification Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes.

CISD Critical Incident Stress Debriefing.

DGPC Direction Générale de la Protection Civile.

DSM Manuel Diagnostic et Statistique des Troubles Mentaux.

ESPT Etat de Stress Post Traumatique.

OIT Organisation Internationale de Travail.

OMS Organisation Mondiale de la Santé.

PCLS Post-Traumatic Stress Disorder Checklist Scale.

PCL-5 Post-traumatic stress disorder CheckList Scale for DSM-5.

PTSD Post Traumatic Stress Disorder.

SARP Association pour l'Aide, la Recherche et le Perfectionnement en Psychologie.

SDAS Sous-Directeur de l'Action Sociale.

SP Sapeurs-Pompiers.

TSPT Trouble de Stress Post-Traumatique.

U.P.P.C Unité Principale de la Protection Civile.

Introduction

Depuis des siècles, le travail a une très grande importance dans la vie de l'homme, il lui permet de survivre et d'assurer son confort. C'est un lieu de réalisation personnelle mais qui peut aussi engendrer des problèmes de santé physique et psychologique pour les travailleurs. A l'heure actuelle, plusieurs recherches et plusieurs domaines s'intéressent aux maladies et aux problèmes professionnels notamment la sociologie, l'ergonomie et la psychologie. En effet, les conditions du travail peuvent avoir des répercussions physiques pour les travailleurs telles que les problèmes cardio-vasculaires, le diabète... et aussi des répercussions psychologiques telles que le stress, la dépression, l'épuisement professionnel et le traumatisme psychique.

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

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

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

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

Dans un premier temps, nous allons effectuer une revue de la littérature qui a pour but de bien expliquer les deux variables de notre recherche. Pour cela, nous avons consacré la première partie de notre mémoire pour les deux chapitres théoriques. Nous avons consacré le premier chapitre pour bien expliquer le métier du pompier en commençant par un aperçu historique de la protection civile, des généralités sur le métier du pompier, puis nous présenterons la protection civile de Bejaia, les missions des pompiers, leurs droits et obligations ensuite les risques de leur métier et enfin on parlera de la prise en charge psychologique des pompiers. Le deuxième chapitre aborde le traumatisme psychique, son histoire, ses définitions, ses différents concepts, l'évènement traumatique, ensuite les modèles explicatifs du traumatisme psychique et sa description sémiologique, les outils qui permettent d'évaluer le trauma, le trauma dans le milieu des intervenants et enfin sa prise en charge.

Dans un second temps nous nous intéresserons à la méthodologie de notre recherche, donc la deuxième partie de notre mémoire est nommée partie pratique qui contient un chapitre intitulé « méthodologie de la recherche » et qui explique la démarche que nous avons suivie pour la réalisation de notre recherche. Ce chapitre comprend la méthode utilisée, le groupe de recherche, l'outil utilisé, la stratégie de la recherche qui contient le choix du thème, le lieu de la recherche, le déroulement de la préenquête les difficultés rencontrées et enfin les résultats de la préenquête. Notre travail se termine par une conclusion, une liste de références bibliographiques établie selon les normes APA, dans sa sixième édition correspondant à la mise à jour de 2016 et enfin l'annexe.

PARTIE
THEORIQUE

CHAPITRE I

Le métier du pompier

Préambule

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

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

1. Aperçu historique de la protection civile :

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

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

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

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

Postérieurement à l'indépendance, le Service National de la Protection Civile, qui allait prendre le relais en 1964, fût créé à l'initiative du Président Ahmed BENBELLA, qui avait à cœur, en l'absence d'une véritable organisation des secours, de mettre en place un organe réglementaire à même d'une part, de combler le vide laissé par le départ massif de la composante européenne et, d'autre part, de prendre en charge la mission générale de sauvegarde des personnes et des biens sous le triptyque prévention - prévision - secours. Néanmoins, la gestion administrative et la prise en charge salariale des sapeurs-pompiers relevaient encore des municipalités. Désormais, et à la faveur du décret n°64-129 du 15 avril 1964 portant organisation administrative de la protection civile, "l'aide et l'assistance aux personnes en danger n'est pas seulement une obligation légale mais un devoir de solidarité (...)".

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

l'occurrence, les officiers supérieurs, les officiers subalternes, les sous-officiers et les sapeurs auxquels viendra s'ajouter le corps des médecins de la protection civile six années plus tard.

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

2. Généralités sur le métier du pompier :

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

2.1. Définition de la protection civile :

La sécurité ou la protection civile a pour objet la prévention des risques de toute nature, l'information et l'alerte des populations ainsi que la protection des personnes, des biens et de l'environnement contre les accidents, les sinistres et les catastrophes par la préparation et la mise en œuvre de mesures et de moyens appropriés relevant de l'État, des collectivités territoriales et des autres personnes publiques ou privées. (<http://www.doubs.gouv.fr/Politiques-publiques/Securite-et-protection-de-la-population/Securite-civile/Definition-et-organisation-de-la-securite-civile>)

2.2. Définition du pompier :

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

Les pompiers interviennent essentiellement en milieu public (sur la voie publique, centres commerciaux...), mais aussi au domicile du patient dans le cadre du « prompt secours », qui vise « *à prendre en charge sans délai des détresses vitales, ou à pratiquer sans délai des gestes de secourisme* »¹.

¹ Définition du prompt secours selon la circulaire DHOS/01 n° 2004-151 du 29 mars 2004 relative au rôle des SAMU, des SDIS et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente.

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

2.3. Définition de l'urgence :

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

Selon Aubert (2003), l'urgence est une notion « aux contours enchevêtrés. Elle désigne à la fois, d'abord *une situation* (urgence contextuelle), ensuite *un jugement* porté sur cette situation (urgence subjective) et enfin *une action* tendant, en fonction de ce jugement, à remédier à cette situation (réaction immédiate) ». Ainsi, on peut dire que l'urgence dépend étroitement du « système de valeurs de la société ou de la personne qui énonce le jugement d'urgence ». La notion d'urgence peut avoir plusieurs définitions. Mais communément, l'"urgence" se définit en premier lieu comme la « nécessité d'agir vite ». Cette notion est donc en priorité intimement liée aux concepts d'"action" et de "temps". (Kanzari, 2008).

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

3. Présentation de la protection civile de la wilaya de Bejaia :

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

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

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

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

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

Une fois sur les lieux, le chef des opérations analyse le sinistre et évalue les risques de l'intervention pour déterminer la ou les stratégies opérationnelles les plus appropriées et dicte ses ordres aux différents pompiers qui l'accompagnent. Quand l'intervention est terminée, les agents doivent retourner à l'unité. Dès leur retour, le chef d'agrès fait le point sur le déroulement des opérations dans un rapport qui sera enregistré dans le registre des interventions².

4. Les différentes missions des pompiers :

Les missions des pompiers sont multiples, ils interviennent dans différentes situations qui sont parfois dangereuses. Le pompier est connu principalement comme étant une personne qui maîtrise et éteint les incendies, mais son domaine d'action est bien plus large.

La mission première des pompiers d'aujourd'hui porte donc le nom générique de "secours à victimes" ou "aide à personnes". Ils deviennent un service de proximité pour les

² Source : l'Unité Principale de la Protection Civile de la wilaya de Bejaia.

usagers, qui les appellent plus souvent que par le passé, et pour des interventions de moins en moins liées à leurs missions "initiales". En cas d'urgence, les pompiers transportent les malades, de leur domicile vers les centres médicaux. Ils interviennent chez les particuliers pour une multitude de missions (inondations, odeurs suspectes, malaises, chats perchés...). Ils font du "relevage" de personnes âgées tombées à leur domicile, etc. (Kanzari, 2008).

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

5. Droits et obligations du pompier :

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

5.1. Obligations :

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

- Ils peuvent être déployés, temporairement, hors de leurs zones d'affectation lorsque la nécessité du service l'exige et en raison d'évènement exceptionnels.
- Ils sont tenus de se soumettre à tous les contrôles médicaux prévus par le règlement de service et par l'autorité hiérarchique.

5.2. Droits :

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

Ils sont dotés, en cas de besoin, de tous les équipements de protection nécessaires.

6. Les risques du métier du pompier :

Plusieurs études en épidémiologie sociale ont documenté le lien qu'il peut y avoir entre l'exposition à certains facteurs psychosociaux dans le travail et la survenue de problèmes de santé psychologique. Différents auteurs (Karasek, Theorell, 1990 ; Niedhammer et al, 1998 ; Stansfeld et al, 1999 ; De Jonge et al, 2000 ; Cheng et al, 2000 ; van der Doef et al, 2000 ; Schnall et al, 2000 ; Brisson et al, 2001 ; Bourbonnais et al, 2000, 2005a, 2005b ; Godin et al, 2005 ; Ylipaavalniemi et al, 2005 ; Rugulies et al, 2006 ; Stansfeld, Candy, 2006 cité dans Douesnard, Saint-Arnaud, 2011) soutiennent que les contraintes présentes dans le travail peuvent avoir des répercussions négatives sur la santé psychologique des travailleurs, ces

répercussions peuvent être de plusieurs ordres tels que la dépression, la détresse psychologique, l'épuisement professionnel et notamment le traumatisme psychique. Pendant les interventions, les pompiers sont exposés à des situations dangereuses, menaçant leur propre vie, celle de leurs collègues ou celle des citoyens. Dans le métier de pompier, le corps des travailleurs peut être marqué par des blessures et la charge émotive liée aux contraintes présentes dans leur travail peut également ouvrir la voie à une perturbation de leur santé psychologique. Considérant le nombre élevé de contraintes auxquelles ils sont exposés, il serait normal de trouver chez certains des séquelles psychologiques importantes liées au travail. (Douesnard, Saint-Arnaud, 2011).

Dans les milieux incendies, il est possible de retrouver des situations éprouvantes et exigeantes tant sur le plan physique que mental. Ces exigences, inhérentes au métier de pompier, représentent des facteurs de risque d'atteinte à leur santé psychologique. Les pompiers peuvent être témoins de pertes matérielles importantes, de souffrances humaines, de blessures graves, de brûlures et même de la mort. En tant qu'intervenants d'urgence, ils sauvent des victimes, retirent des personnes mortes des décombres, assistent à des scènes éprouvantes émotionnellement (Maltais et al, 2001) et ils ont la plupart du temps à intervenir rapidement et à poser des actions lourdes de conséquences : lors d'une catastrophe, les demandes les plus pressantes reposent sur les épaules des répondants de première ligne (composés de pompiers, de policiers, de services médicaux et des ambulanciers) (Duckworth, 1991). En effet, certains auteurs évoquent par exemple les temps de travail inégaux des intervenants en situation d'urgence, c'est-à-dire l'absence de repos entre les interventions, jumelées avec le travail échelonné sur de longues heures (Gibbs et al, 1996, Mitchell et Dyregrov, 1993). Les pompiers sont susceptibles d'être présents sur les lieux de l'intervention pendant une période importante, dépassant parfois le temps normal de travail. Ils peuvent également être appelés à ressortir de la caserne dès qu'ils rentrent d'un appel, n'ayant parfois pas le temps de reprendre l'énergie nécessaire pour être efficaces lors de l'intervention suivante. (Douesnard, 2010).

Une autre exigence du travail des pompiers est la prise rapide de décisions, qui peut parfois semer le doute sur la justesse de la décision. Les pompiers interviennent la plupart du temps dans une situation unique. Bien que certains événements puissent comporter des éléments de similitude avec d'autres interventions, il y a toujours des développements inattendus, et chaque situation est particulière. Les pompiers sont par conséquent régulièrement confrontés à de la nouveauté dans leur travail et peuvent se retrouver dans une zone grise décisionnelle, lors de situations uniques qui demandent réflexion et décisions rapides. L'Organisation internationale du travail (OIT, 2003) affirme que le stress est inhérent au métier de pompier et

les exigences relatives à la nature du travail font des pompiers une population de travailleurs qui peut être exposée à des incidents critiques. Mitchell (1998) définit l'incident critique comme étant une situation provoquant immédiatement ou ultérieurement de fortes réactions émotionnelles. La mort d'un collègue, un incident impliquant plusieurs victimes et une situation causant d'importants dommages physiques à un individu sont quelques-uns des exemples de situations pouvant être décrites comme des incidents critiques. (Douesnard, 2010).

Malgré le constat que le travail et la santé psychologique sont intimement liés et en dépit des risques élevés présents dans le métier de pompier, peu d'études font état des conséquences psychologiques liées à ce travail (Woodall, 1998 cité dans Douesnard, 2010). D'ailleurs, selon Maltais et al. (2001), il est récent dans la littérature scientifique que des auteurs s'intéressent aux conséquences psychologiques que vivent les intervenants en situation d'urgence et, plus précisément, Woodall (1998) explique que les services d'incendie n'ont commencé à porter une attention aux impacts du travail des pompiers sur leur santé psychologique que vers la fin des années 1980.

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

7. La prise en charge psychologique du pompier :

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

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

7.1. Le debriefing psychologique :

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

7.2. Le debriefing psychologique des intervenants :

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

Mitchell dresse la liste des victimes concernées par le CISD qui sont : victimes primaire (les accidentés eux-mêmes), victimes secondaires (les sauveteurs), victimes tertiaires (famille, amis et les personnes à qui l'événement traumatique peut être indirectement relaté). Néanmoins, il apparaît assez évident que le CISD est conçu pour les victimes secondaires les objectifs du CISD sont clairement définis : atténuer le niveau de stress dû à l'événement et favoriser les processus de récupération chez des sujets normaux soumis à un événement anormal. (Lebigot, 2005, p. 140).

7.3. La prise en charge psychologique du pompier en Algérie :

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

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

L'étude a porté sur les arrêts de travail pour cause psychiatrique. Les auteurs de cette étude ont relevé les conséquences notamment les répercussions sur le travail, les coûts directs et indirects qu'elles engendrent en termes de frais médicaux, l'impact sur la performance, l'aménagement de poste, la détérioration du climat du travail et les risques d'erreurs. L'étude a fait ressortir que le plus grand nombre des cas déposant des arrêts de travail, pour cause psychiatrique « ont probablement besoin de quelques jours de repos ». Les diagnostics ont démontré qu'il n'y avait pas un grand nombre de personnes souffrant de psychopathologies importantes. Le stress, les maladies psychosomatiques, le traumatisme, la dépression forment le tableau clinique le plus apparent. Cette situation peut être liée directement à la nature de leur travail et aux différents événements potentiellement traumatiques vécus pendant l'exercice de leur fonction.

En ce sens, l'étude a fait ressortir « un besoin d'accompagnement, de soutien, de prise en charge psychiatrique ou psychologique ou les deux, selon les besoins en cas d'épuisement professionnel et d'exposition aux différents types de stress ou également dans le cas d'un vécu traumatique non traité ou mal élaboré ou d'une atteinte psychopathologique liée à une fragilité antérieure ». La SDAS a recommandé à ce propos la nécessité de faire une présélection psychologique rigoureuse lors du recrutement ainsi que la création d'un centre de prise en charge psychologique de la protection civile, ainsi que le recrutement d'un médecin psychiatre pour une prise en charge à l'effet de constituer une équipe complète. (<http://www.protectioncivile.dz/?controller=article&action=contenu&ida=346&idr=-1>)

Synthèse

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

Le chapitre suivant sera consacré pour bien expliquer le traumatisme psychique.

CHAPITRE II

Le traumatisme psychique

Préambule

Au cours de sa vie, l'être humain peut être confronté à plusieurs événements, notamment des événements et des situations traumatisantes qui peuvent provoquer un traumatisme psychique.

Pour bien expliquer et clarifier la notion du traumatisme psychique, nous avons commencé ce chapitre par l'histoire du traumatisme psychique, ses définitions, ses différents concepts, puis nous allons tenter d'expliquer l'évènement traumatique, les modèles théoriques du traumatisme psychique, suivi de sa description sémiologique selon le DSM-5 et la CIM-11, ensuite les outils d'évaluation du traumatisme et enfin nous allons terminer avec sa prise en charge et une petite conclusion.

1. Aperçu historique sur le traumatisme psychique :

Le mot « traumatisme » est apparu à la fin du XIX^e siècle, son origine vient des mots grecs anciens *traumatismos*, signifiant action de blesser, et *trauma*, signifiant blessure. Appliqué à la pathologie chirurgicale, il signifie « transmission d'un choc mécanique exercé par un agent physique extérieur sur une partie du corps et y provoquant une blessure ou une contusion ». Transposé à la psychopathologie, il devient *traumatisme psychologique* ou *trauma*, soit « la transmission d'un choc psychique exercé par un agent psychologique extérieur sur le psychisme, y provoquant des perturbations psychopathologiques, transitoires ou définitives ». (Crocq,2014).

La notion du traumatisme psychique est très ancienne et remonte à l'Antiquité. L'histoire du trauma est vieille comme la violence et l'angoisse des hommes. On en trouve la trace dans nos plus vieux récits légendaires, telle l'*Epopée de Gilgamesh* (2200 av.J.C). A côté des récits légendaires, les récits historiques et scientifiques de l'Antiquité nous livrent de véritables observations cliniques, tel le cas Epizelos, cité par Hérodote (450 av.J.C), le soldat qui est devenu aveugle en plein combat, il s'agit d'une conversion hystérique, après choc émotionnel, qui suspend la fonction de la vue par la frayeur. Hippocrate dans son traité des songes vers 400 av.J.C, mentionne des rêves de bataille chez les guerriers. Lucrèce (40 av. J.C), dans le *De natura rerum* décrit des rêves traumatiques.

Quelques décennies plus tard, vers 1600, trois pièces de Shakespeare attestent que le cauchemar traumatique était chose connue à l'époque, de même que les reviviscences hallucinatoires diurnes, visuelles, auditives et même olfactives. En 1630, le philosophe Pascal

a souffert de ce que l'on pourrait appeler de nos jours « une névrose traumatique », après avoir failli être versé dans la Seine avec son carrosse au pont de Neuilly par ses chevaux emballés.

Les événements de la Révolution et de l'Empire ont fourni à l'aliéniste Philippe Pinel ample matière à observation. Dans les deux éditions (1798 et 1808) de sa *Nosographie philosophique*, il fait état de troubles psychiques déterminés par des chocs émotionnels de guerre.

Vers 1850, Desgenettes, Larrey, Percy, chirurgiens des armées napoléoniennes, ont dénommé « vent du boulet » les états stuporeux aigus déterminés par la seule frayeur chez les combattants qui avaient senti passer les projectiles de près sans avoir été blessés.

Les guerres du milieu du XIX^e siècle se sont avérées particulièrement meurtrières et vulnérables, avec la mise en service des canons rayés et des premières mitrailleuses. C'est aussi à cette époque que certaines personnalités ont attirées l'attention sur les souffrances psychiques des blessés abandonnés sur les champs de bataille.

A la fin du XIX^e siècle, le psychiatre allemand Herman Oppenheim observe chez des victimes d'accidents de chemins de fer, un ensemble de symptômes particuliers qu'il ne rencontrait pas dans d'autres maladies. Il utilise alors les termes de « névrose traumatique » pour nommer cette symptomatologie afin de rendre compte d'une origine biologico-organique du trouble. Il considère en effet que la névrose traumatique est principalement due à des lésions cérébrales causées par des éclats de métal. (Boudoukha, 2009, p.29).

En 1889, Pierre Janet aborde pour la première fois le traumatisme psychologique dans sa thèse « l'automatisme psychologique » comme des excitations secondaires à un événement violent faisant effraction dans le psychisme. (Chidiac, Crocq, 2010).

Freud en 1921, dans son essai *Au-delà du principe du plaisir*, va expliciter les aspects dynamiques de sa théorie du trauma. Il compare métaphoriquement le psychisme à une vésicule vivante, boule protoplasmique en constant remaniement protégée par une couche superficielle « pare-excitation », qui sert à la fois de contenant et de protection à l'appareil psychique, et dont le rôle est de repousser les excitations nuisibles ou de les filtrer en les atténuant pour les rendre acceptables et assimilables (plus faciles à lier). (Crocq, 2014).

La guerre de Vietnam (1964-1973) menée par les Américains a reproduit à grande échelle de cette pathologie de faible intensité de combat, où la nostalgie interfère avec le trauma et aux conduites additives qui viennent compliquer les tableaux cliniques. Le nombre élevé des

post-vietnam syndromes observés après le retour en métropole (700 000 cas sur les 3 millions d'hommes envoyés au Vietnam soit presque un sur quatre) a conduit les auteurs à la nouvelle nosographie psychiatrique américaine DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) à réintroduire la névrose traumatique dans un catalogue, d'où elle avait disparu dès le lendemain de la première guerre mondiale mais en dénommant *posttraumatique stress disorder* (PTSD), mal traduit en Français par « état » de stress post-traumatique alors que le vocable « trouble » eut mieux traduit le mot *disorder*, car le DSM refuse le terme névrose entaché à ses yeux de résonance Freudienne. (Coutanceau, Smith, 2012).

L'école française, publiée en cette décennie 1990 dans de nombreuses revues de psychiatrie française, leurs expériences cliniques et réflexions sur la névrose de guerre ; parmi eux, deux chefs de file, les professeurs Briole et Lebigot. Les auteurs Européens se démarquent donc du PTSD et favorise le concept psychopathologique du trauma ou offre encore une optique phénoménologique grâce à Barrois qui en 1998, se détourne du schéma économique freudien et considère le trauma comme confrontation impensable avec la mort. (De Clercq, Lebigot, 2001).

En Algérie, la notion du traumatisme psychique est entrée dans le contexte médical après des événements extrêmement traumatisants que l'Algérie a subi au cours d'une période relativement courte. De la guerre civile aux catastrophes naturelles (inondation de Bab El Oued en 2001, séisme de Boumerdes en 2003, etc.), le peuple a assisté à des événements très violents. Ces chocs psychologiques, qu'ils soient sécuritaires ou d'ordre écologique (OMS, 2011), engendrent parfois un sentiment de peur et d'impuissance.

En revanche, à partir du milieu des années 1990, les actes de terrorisme se sont multipliés et ont replongé le pays dans une situation lamentable ayant exigé l'instauration de l'état siège (Sidhoum, Arar, Bouatta, Khaled, Elmasri, 2002 ; Bouatta, 2007). La terreur aurait mis à mal les fondements d'une jeune société en reconstruction. Face au défi de cette violence, la SARP (l'Association pour l'Aide, la Recherche et le Perfectionnement en Psychologie) s'est engagée à prendre en charge les victimes de « la décennie noire » (Bouatta, 2007). Le 10 novembre 2001, le quartier populaire de Bab El Oued a été complètement ravagé à la suite d'énormes inondations. Le bilan de cette catastrophe fut accablant, « *les pertes humaines ont été sans précédent dans le bassin méditerranéen (780 morts et 350 disparus) ; de considérables dégâts matériels (environ 721 immeubles et la plupart des infrastructures ont été détruites ou endommagées)* » (Menad, 2012). Deux ans plus tard, un violent séisme, le 21 mai 2003 à 19h44, s'est produit dans la région de Boumerdes, à moins de 50 km d'Alger qui atteint une magnitude

de 6,8 sur l'échelle de Richter. Toute la ville était sous le choc. Des bâtiments publics ont été partiellement ou totalement endommagés, causant la perte de beaucoup de vies humaines. On dénombre près de 2 280 morts, sans compter les 10 260 blessés et les 120 000 sinistrés. Cette population a été fortement traumatisée par la secousse principale et les répliques importantes qui s'ensuivirent. Par cette irruption brutale de la mort, ces événements nous renvoient une image chaotique du monde. En parallèle, cette situation a eu des répercussions évidentes sur le plan humanitaire, sanitaire et économique (Smith, 2003). Vu sous l'angle clinique, le traumatisé bascule dans l'état de choc et d'hypervigilance qui conduit à revivre constamment la scène traumatique (Birmes, Schmitt, 1999). (Sider, 2017).

Par ailleurs, c'est inévitablement l'expression du traumatisme psychologique qui témoigne, à coup sûr, d'une atteinte psychologique plus latente que visible. Ce contexte traumatique a mis aussi en évidence la difficulté de l'institution de soins à répondre à une forte demande en matière de prise en charge victimale (Khaled, 2004). Il est clair que l'absence de projet d'aide aux victimes a eu un impact sur la santé mentale des traumatisés. En témoignent les travaux de la SARP portant sur les conséquences des traumatismes liés aux catastrophes naturelles (Khaled, 2004 ; Bouatta, 2007). C'est en de pareilles circonstances que la vie des Algériens a basculé dans l'absurdité et a connu une véritable dégradation. (Sider, 2017).

2. Définition du traumatisme psychique :

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

Le terme « traumatisme », apparu à la fin du 19 siècle, fut forgé à partir du grec *trauma* (blessure) pour nommer un phénomène psychique qui n'avait jusqu'alors retenu l'attention ni des médecins ni d'autres personnes : « *Le traumatisme psychique est une blessure émotionnelle profonde qu'on pouvait observer, parfois, chez ceux qui avaient échappé de peu à la mort* ». (Lebigot, 2005, p. 09).

Le traumatisme psychique ou le trauma peut donc être défini comme « *un phénomène d'effraction du psychisme, et de débordement de ses défenses par l'excitation violentes afférentes à la survenue d'un évènement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité* ».

physique ou psychique d'un individu, qui y exposé comme victime, témoin ou acteur » (Crocq, 2014, p.10).

3. Les différents concepts du trauma :

3.1.Névrose traumatique :

La névrose traumatique a été identifiée par le neuropsychiatre allemand Herman Oppenheim en 1888 au sujet des accidents de chemin de fer. C'est une entité nosologique qui a été utilisée pendant tout le XXe siècle pour désigner les troubles psycho-traumatiques chronicisés installés comme séquelles des chocs émotionnels éprouvés à l'occasion d'accidents, d'agressions, de catastrophes et d'événements de guerre. Caractérisée par l'existence de symptômes pathognomoniques (le syndrome de répétition), qui n'existent que chez elle et signent son diagnostic, et par une altération régressive de la personnalité qui justifiait son classement au rang des névroses (L. Crocq, 2007, p. 36).

3.2.Stress :

Le stress est la réaction physiologique, naturelle de l'individu soumis à une agression, une menace, une situation imprévue. Cette réaction touche à la fois aux domaines somatique, psychique et moteur. Le stress établit un rapport privilégié avec l'objet du stress, et il est éminemment réactionnel à l'évènement. Le stress traduit cliniquement par une hyperactivité neurovégétative accompagnée, s'il est dépassé, de troubles des conduites ou d'autres troubles psychiatriques. (De Clercq, Lebigot, 2001, p. 15).

3.3.Effroi :

L'effroi est considéré comme étant l'état du sujet au moment du traumatisme. Il correspond à l'envahissement par le néant ; il y'a alors pendant un moment, généralement fugace mais pas toujours, ni affects ni représentation. Le sujet perçoit un vide complet de sa pensée, ne ressent rien, en particulier ni peur ni angoisse. (Lebigot, 2005, p.16).

3.4.Vulnérabilité :

La vulnérabilité peut se définir comme un état de moindre résistance aux agressions. La vulnérabilisation vient rendre compte du trauma, du fait de la rencontre avec un traumatisme unique ou multifactoriel, dont l'intensité met à mal le moi du sujet et ses capacités de réponse. Le moi pourra ainsi se trouver désorganisé par l'intensité émotionnelle d'un événement brutal.

Mais, comme le rappelle C. De Tychey (2001), il le sera tout autant face à des carences, ou à une accumulation d'événements ou d'éprouvés qui, par leur adjonction, confèrent une intensité traumatique au contexte environnemental. Il y aura traumatisme lorsque le moi se trouve submergé par une intensité émotionnelle qui dépasse les possibilités d'intégration psychique, lorsque les mécanismes de défense mobilisables ne sont plus suffisants pour préserver le sujet. Le modèle de la vulnérabilité renvoie donc aux séquelles du traumatisme, aux facteurs de risques, à la répétition, à la désorganisation psychique face au trauma. (Anaut, 2002, p.101-118).

3.5.Honte et culpabilité :

On différencie classiquement la honte et la culpabilité en fonction des rapports qu'elles entretiennent avec les instances psychiques. La culpabilité exprime une tension entre le moi et le surmoi à partir de la transgression effective ou fantasmée d'un interdit. La honte signe plutôt une situation de tension entre le moi et l'idéal du moi. Elle témoigne de l'échec du moi au regard de son projet narcissique. Dans la honte, le moi n'est pas fautif mais indigne.

La culpabilité résulte des attaques du sujet contre ses objets d'amour qu'il redoute d'avoir fantasmatiquement détruits ; la honte, par contre, découle plutôt du sentiment d'être disqualifié, rejeté, « abjecté » par l'objet. La honte est donc plus narcissique que la culpabilité. Si la culpabilité est issue de l'expérience d'avoir perdu un objet d'amour, de l'avoir abîmé, la honte, quant à elle, provient non pas de l'expérience de perdre ou d'abîmer l'objet, mais de l'expérience d'être perdu ou d'être abîmé pour l'objet. La honte suppose l'identification du sujet à l'objet déprécié, abîmé, avili, humilié. La honte est éprouvée depuis la place de l'objet disqualifié, rabaisé et qui a perdu le sujet comme objet. C'est là un processus similaire à l'identification mélancolique. De ce point de vue, on peut dire que la honte est à la mélancolie ce que la culpabilité est à la dépression. Honte et culpabilité entretiennent ainsi des rapports similaires à ceux qu'entretiennent mélancolie et dépression. (Ciccone, Ferrant, 2015).

3.6.Victime :

« Est victime toute personne qui, du fait de l'action (intentionnelle ou non) d'une autre personne, ou d'un groupe de personnes, ou du fait d'un événement non causé par une personne (Catastrophe naturelle ou accident sans auteur), a subi une atteinte à son intégrité physique ou mentale, ou à ses droits fondamentaux, ou une perte matérielle, ou tout autre dommage ou préjudice (scolaire, professionnel, d'agrément, moral, etc.) ». (Crocq, 2014, p.01-02).

4. Evènement traumatique :

Un événement est considéré comme traumatogène ou « traumatique » lorsqu'il présente deux caractéristiques. D'une part, il implique une menace de mort ou une menace grave à l'intégrité physique. D'autre part, il a entraîné une peur intense, de l'impuissance ou de l'horreur chez la victime (APA, 2003). Si l'une des deux conditions manque, on ne peut pas parler, sur le plan psychopathologique, d'évènement traumatogène ou traumatique. (Boudoukha, 2009, p.31).

L'évènement traumatique étant un événement qui confronte le sujet à une réelle menace de mort ou à une menace pour son intégrité physique ou celle des autres. Il se caractérise par sa soudaineté, sa violence, son intensité et par l'impossibilité pour les personnes et l'institution qui s'y trouvent impliquées d'y résister. (Romano, Verdinal-Gauteur, 2011, p.03).

1.4. Les types d'événements traumatogènes :

Les classifications nosographiques des psychopathologies proposent comme exemple plusieurs types d'événements qui peuvent être potentiellement traumatogènes. On distingue en général trois catégories d'événements qui, dans la littérature scientifique, sont souvent invoqués comme facteurs déclenchant un traumatisme psychologique. On retrouve parmi ceux-ci :

4.1.1. Les situations de catastrophes naturelles :

Ce sont des événements souvent imprédictibles et incontrôlables dont la force est dévastatrice comme les tsunamis, les ouragans-tempêtes-tornades, les feux forestiers, les tremblements de terre, les raz-de marée, les inondations, etc. (Boudoukha, 2009, p.32).

4.1.2. Les actes de violence interpersonnels :

Il s'agit des violences exercées à l'encontre des personnes. On y retrouve les situations de guerre, les barbaries (camps de concentration, torture, séquestration), les victimisations ou agressions (physiques ou sexuelles), les vols avec arme (arme blanche, hold-up), etc. (Boudoukha, 2009, p.32).

4.1.3. Les catastrophes imputables à une erreur technique ou humaine :

On y retrouve les désastres écologiques ou nucléaires, les explosions (AZF, etc.), les incendies, l'émission de produits toxiques, mais également les accidents de voiture, de train ou d'avion, les naufrages de bateaux, les accidents de travail, etc. (Boudoukha, 2009, p.32).

5. Les modèles théoriques du traumatisme psychique :

5.1. Le modèle psychanalytique :

5.1.1. Pierre Janet :

P. Janet aborde pour la première fois en 1889, le traumatisme psychologique dans sa thèse « L'Automatisme psychologique ». Dans sa théorie, il le décrit comme des excitations secondaires à un événement violent, faisant effraction dans le psychisme, pour y demeurer par la suite tel un corps étranger. Ce corps étranger provoque une dissociation de la conscience. La souvenance brute (de sensations, d'images) liée à l'événement, dénommée idée fixe par Janet, se loge dans le préconscient à la manière d'un parasite, ignoré du conscient. Elle existe dans une seconde pensée séparée de la première. Ceci est à l'origine de manifestations psychiques ou psychomotrices telles que les hallucinations, cauchemars, sursauts, actes automatiques. (Crocq, 2014, p. 10).

5.1.2. Sigmund Freud :

En 1893, dans sa Communication préliminaire, Freud préconise la « méthode cathartique » (le mot catharsis est emprunté cette fois à Aristote), qui consiste à faire revivre au patient (sous hypnose) l'événement assorti de toute sa charge d'affect (pour débarrasser le psychisme des affects traumatiques restés coincés, non abrégés), et à lui demander d'établir des associations d'idées à son sujet (« le réinscrire dans le grand complexe des associations »), afin de lui attribuer du sens et de pouvoir le réinsérer dans le continuum de l'existence, entre un avant et un après. Freud a ainsi pointé du doigt les deux aspects du trauma : son aspect dynamique d'effraction au travers des défenses du psychisme, et son aspect absence de signifiant. En 1921, dans son essai Au-delà du principe du plaisir, Freud va expliciter les aspects dynamiques de sa théorie du trauma. Il compare métaphoriquement le psychisme à une vésicule vivante, boule protoplasmique en constant remaniement protégée par une couche superficielle « pare-excitation », qui sert à la fois de contenant et de protection à l'appareil psychique, et dont le rôle est de repousser les excitations nuisibles ou de les filtrer en les atténuant pour les rendre acceptables et assimilables (plus faciles à lier). (Crocq, 2014, p.11.).

Les différences constitutionnelles font que certains individus sont dotés d'un pare-excitation fort, et d'autres non. En outre, dès que l'individu voit venir le danger extérieur, il renforce son pare-excitation en mobilisant de l'énergie venant de l'intérieur du psychisme, s'il a à ce moment-là de l'énergie disponible, ce qui n'est pas toujours le cas (il peut être

momentanément épuisé par un effort récent). Certains individus névrosés dont toute l'énergie interne est sans cesse accaparée par la sauvegarde de leurs refoulements n'auront jamais d'énergie disponible pour renforcer leur pare-excitation. Ce qui fait qu'un même événement potentiellement traumatisant fera effraction (et donc trauma) pour certains individus et pas pour d'autres, et pour certains individus aujourd'hui mais pas demain. Le concept de traumatisme, dit Freud, est donc tout relatif, et dépend du rapport de forces entre les excitations venant du dehors et l'état – constitutionnel et conjoncturel – de la barrière de défenses qui les reçoit. (Crocq, 2014, p.11.).

5.1.3. Théorie de Kardiner du trauma :

Plutôt que l'ego affectif freudien, dont les mécanismes de défense classiques ne peuvent expliquer la survenue des symptômes de la névrose traumatique, Kardiner (1941, 1947) se réfère à un ego effectif, qui, lors de l'expérience traumatique, serait débordé dans ses fonctions d'adaptation à l'environnement. Cet ego effectif, développé dès la naissance, est chargé de faire face aux stimuli agressifs et d'inspirer soit des conduites de modification de l'environnement (pour éliminer ces stimuli), soit des conduites de retrait (pour y échapper), soit enfin des réactions de contrôle du milieu interne (pour réduire l'impact des stimuli nocifs quand on ne peut pas les éviter). L'ego effectif utilise surtout les fonctions sensorielles, les capacités cognitives, les capacités psychomotrices et les régulations neurovégétatives. Mais, sous l'impact d'excitations exceptionnellement violentes, les fonctions habituelles d'organisation perceptive, d'orientation temporo-spatiale, de motricité volontaire et de contrôle neurovégétatif sont sidérées ou débordées, et il ne reste comme solution à l'ego effectif agressé que la contraction sur soi, ou la dissociation ; d'où les symptômes d'inhibition, de distractibilité, les conversions sensorielles, sensitives et motrices, les perturbations neurovégétatives et la dépersonnalisation, tentative désespérée pour maintenir un contact avec le monde au prix d'une fragmentation de la conscience. Ces symptômes traduisent les quatre changements fondamentaux de l'ego effectif : changement quant à la perception du monde extérieur, changement quant aux techniques d'adaptation, changement quant à la perception de soi et changement quant à la régulation neurovégétative ; ils témoignent de l'instauration d'une « nouvelle personnalité », dit Kardiner, « établie sur les ruines de ce qui fut le système effectif ». (Crocq, al, 2014, p.12).

5.1.4. Théorie de Ferenczi sur le trauma :

Ferenczi (1930) pensait que la première réaction à un choc était de l'ordre d'une « psychose passagère » impliquant une rupture d'avec la réalité ; sous l'impact, il se produisait d'abord une « hallucination négative », vertige ou brève perte de conscience, immédiatement suivie d'une « compensation hallucinatoire positive » apportant l'illusion du plaisir. Ensuite s'installait l'amnésie névrotique, traduisant le clivage psychotique, puisqu'une partie de la personnalité allait vivre pour son compte et chercher d'autres issues que les symptômes psychonévrotiques qui utilisent le symbole. Ferenczi maintenait parallèlement l'hypothèse de perturbations affectives, dont celles consécutives à l'expérience d'effondrement du sentiment narcissique d'invulnérabilité et à l'expérience d'anéantissement du sentiment de soi, l'une et l'autre génératrice d'angoisse. Seule l'autodestruction de sa cohésion psychique – unique solution accessible – pouvait délivrer le sujet de cette angoisse, évitant la destruction totale et promettant une reconstitution de soi à partir des fragments. (Crocq L. et al., 2014, p.12).

5.2. Le modèle cognitivo-comportemental :**5.2.1. Modèle des deux facteurs de Mowrer (1960) :**

Ce modèle comportemental est fortement inspiré des travaux de Pavlov et de Skinner sur les mécanismes d'apprentissage. Selon ce modèle, le conditionnement classique (apprentissage des réponses de peur) et le conditionnement opérant (apprentissage des comportements d'évitement) expliquent le développement et le maintien du TSPT. L'exposition à un événement traumatique (stimulus inconditionnel) provoquerait des réactions fortes sur le plan moteur, physiologique, émotionnel et cognitif. Les stimuli neutres qui sont présents dans le même temps que le stimulus inconditionnel, acquerraient ses propriétés. L'émotion peur serait activée dans un second temps par la confrontation à une variété de stimuli neutres semblables ou associés à l'événement traumatique. Ce modèle permet d'expliquer les fortes réactions anxieuses retrouvées chez les personnes présentant un ESPT, lorsqu'elles sont confrontées à des stimuli neutres, mais qui sont pour elles associées au traumatisme. (Decam, 2012).

5.2.2. Modèle de Foa et Rhothbaum (1993, 1998) :

Les auteurs de ce modèle proposent un modèle de traitement émotionnel de l'information qui intègre les théories d'apprentissage, la théorie émotionnelle de Lang, et la théorie propositionnelle de peur. Ces auteurs insistent sur le caractère pathogène des

caractéristiques perçues de l'événement traumatique (imprévisibilité et incontrôlabilité). Un événement traumatique peut être à l'origine d'une émotion violente et inattendue. Celle-ci serait à l'origine de la mise en place d'une structure peur. Cette structure peur programmée au niveau du réseau neuronal permettrait d'échapper au danger. Pour Foa et al (1993, 1998), il existerait une structure peur pathologique, différente de la structure peur normale. Cette structure de peur pathologique serait à l'origine de la modification des croyances de l'individu et de la création de nouveaux schémas cognitifs pathologiques. En effet, à la suite d'une telle confrontation, la personne pourrait être ébranlée au niveau de ses croyances. De ce fait, la personne pourrait être en grande difficulté pour discriminer un événement sécurisant d'un événement dangereux. (Seguin-Sabouraud, 2002).

5.2.3. Modèle de d'Ehlers et Clark (2000) :

Les auteurs de ce modèle font l'hypothèse qu'il existerait un mauvais traitement cognitif des informations liées à l'événement traumatique et à ses conséquences. Ce mauvais traitement cognitif serait à l'origine d'un sentiment de danger permanent. Pour ces auteurs, l'ESPT se développerait uniquement si le sujet traite les informations en conservant la sensation permanente de danger imminent. Lorsque cette perception de danger serait activée de façon permanente, elle générerait les souvenirs intrusifs, les mécanismes d'évitement et l'hyperactivité neurovégétative. La sensation de danger imminent entraînerait un ensemble de mécanismes cognitifs, qui viseraient à diminuer le sentiment de menace et l'anticipation de la détresse. L'ensemble des stratégies adoptées par le sujet empêcheraient la résolution du trouble par un changement cognitif, et tendraient à le rendre chronique. (Decam, 2012).

5.3. Le modèle phénoménologique :

Pour Claude Barrois (1988), les névroses traumatiques sont la résultante non pas d'un événement mais d'un « accident vécu comme brutal et soudain », une « catastrophe intime, singulière » qui conduit l'homme dans le tragique. Le facteur traumatisant apparaît comme un « dévoilement, une révélation » pour le sujet. La scène traumatisante contient une donnée constante, qui est la rencontre de la personne avec le réel de la mort mais elle présente aussi « quelque chose de l'apparition ». Le sujet entend alors « l'oracle de son destin » et connaît l'effroi, « la mort de soi comme vérité ultime ». « L'affect d'effroi, avec l'attaque et le dévoilement, la révélation, sont l'annonce faite au sujet qu'il n'est finalement rien » (Barrois, 1988). L'accident, loin d'être oublié, sera à l'origine du syndrome de répétition. « Il constitue par excellence l'éternel revenant dans le syndrome de répétition ». Les symptômes de la névrose

traumatique tenteront d'arrêter ce processus mortifère ou de graver la « scène traumatisante ». (Decam, 2012, p.17).

Louis Crocq (1999) dès 1965 prône une vision phénoménologique du trauma, reposant sur trois éléments : « l'aliénation traumatique », « le bouleversement de la temporalité », et « Le non-sens impliqué par le trauma ». Il envisage la névrose traumatique non pas comme la conséquence de certains processus, mais comme « une construction factice du monde, dans un bouleversement de la temporalité, marquée du sceau de l'omniprésence du trauma horrifiant ». La névrose traumatique se caractérise par l'aliénation traumatique ou encore le changement de personnalité « un être nouveau est en eux, un être en qui ils ne se reconnaissent pas ». Elle apparaît dans ce sens, selon Crocq comme « L'expression inauthentique d'une personnalité bouleversée dont la mémoire est parcellaire et mal informée ». Ceci explique les vécus de dépersonnalisation que peuvent exprimer les personnes. Cette expérience « infiltre le présent », « obstrue l'avenir », « réorganise le passé qui s'est arrêté à l'expérience du trauma », elle est ainsi à l'origine d'un bouleversement de la temporalité, « chez le traumatisé, l'écoulement harmonieux du temps s'est arrêté ». Crocq réinterroge la question du « sens et du non-sens » du trauma. Pour lui, il s'agit d'une expérience de non-sens avec un ébranlement des trois convictions narcissiques du sujet : « invulnérabilité ; environnement protecteur ; autrui secourable ». Cette épreuve constitue pour le sujet un « bouleversement profond de l'être, dans ses rapports avec le monde, et avec lui-même ». (Decam, 2012, p.17).

Selon François Lebigot (2001), la clinique du traumatisme est une clinique « D'une rencontre non manquée avec le réel de la mort ». Selon lui, nous vivons comme si nous étions immortels, et lors de l'effraction traumatique, il n'y a rien pour recevoir l'image de la mort « la mort ne figure pas dans l'inconscient, et d'ailleurs, par quoi pourrait être représenté le néant ? ». Cette effraction traumatique génère l'expérience d'effroi qui est capitale. Lebigot décrit l'effroi comme « ces soldats qui n'ont pas eu le temps d'avoir peur ». L'effroi serait une expérience d'absence de mot, d'émotion et de support pour la pensée. A l'effraction traumatique peut être ajoutée une effraction de perceptions des organes des sens. L'instant traumatique est caractérisé par sa soudaineté et sa brièveté. Lebigot souligne certaines exceptions, notamment les agressions sexuelles. L'image traumatique de mort s'inscrit dans le psychisme de l'individu et celle-ci « réapparaîtra telle qu'elle est au temps présent ». Cette image de mort générera angoisse et dépression. Par la suite se produit une « transformation » du sujet (sentiment d'abandon, troubles du caractère). Enfin, la culpabilité apparaît omniprésente, renforcée par le syndrome de répétition « le traumatisme équivaut à une plongée

dans l'originnaire, c'est-à-dire à une transgression ... chaque réapparition de la scène sera connotée de culpabilité ». (Decam, 2012, p.18).

6. Description sémiologique du traumatisme psychique :

6.1. Les critères diagnostiques du traumatisme psychique selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) :

A. Avoir été exposé à un événement traumatogène (exposition à la mort effective, à des blessures graves, ou à des violences sexuelles) d'une ou de plusieurs des façons suivantes :

1. Exposition directe à un ou plusieurs événements traumatiques.
2. Être témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatiques vécus par d'autres personnes.
3. Apprendre que l'événement traumatique a été vécu par un membre de la famille proche ou un ami proche. **Note :** En cas de décès ou de danger de décès d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel.
4. Vivre une exposition répétée ou extrême aux détails pénibles de l'événement traumatique (par exemple, les premiers intervenants rassemblant des restes humains ou les policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

Note :

Le critère A4 ne s'applique pas à l'exposition par le biais des médias électroniques, de la télévision, de films ou de photos, à moins que cette exposition soit liée au travail.

B. Présence d'un (ou plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à l'événement traumatique, ayant débuté après ce dernier :

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 lequel le contenu et/ou l'affect sont liés à l'événement traumatique.
3. Réactions dissociatives (flash-backs, par exemple) dans lesquelles l'individu 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 perte totale de conscience de l'environnement actuel.)

4. Détresse psychique intense ou prolongée 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 à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques.

C. Évitement persistant des stimuli associés à l'événement traumatique ayant débuté après ce dernier, comme en témoigne(nt) une ou les deux manifestations suivantes :

1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, les pensées ou les sentiments à propos de, ou étroitement associés, à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, lieux, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments à propos de, ou étroitement associés, à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

D. Altération négative des cognitions et de l'humeur, associée à un ou plusieurs événements traumatiques ayant débuté ou s'étant aggravées après ces derniers, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations suivantes :

1. Incapacité de se rappeler un aspect important de l'événement traumatique (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non d'autres facteurs tels que blessure à la tête, alcool ou drogues).

2. Croyances ou attentes négatives persistantes ou exagérées à propos de soi-même, des autres, ou du monde (p.ex. « Je suis mauvais », « On ne peut faire confiance à personne », « Le monde est complètement dangereux », « Mon système nerveux entier est complètement détruit pour toujours »).

3. Cognitions persistantes et déformées concernant la cause ou les conséquences de ou des événements traumatiques qui amènent l'individu à se blâmer ou à blâmer autrui.

4. État émotionnel négatif persistant (p.ex. peur, horreur, colère, culpabilité ou honte).

5. Diminution marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités significatives.
6. Sentiment de détachement (ou de devenir étranger) vis-à-vis des autres.
7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (p.ex. incapacité à éprouver du bonheur, de la satisfaction ou des sentiments affectueux).

E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs évènements traumatiques, débutant ou s'aggravant après ces derniers comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Irritabilité, accès de colère (avec peu ou pas de provocation) généralement sous forme d'agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
2. Comportement imprudent ou autodestructeur.
3. Hypervigilance.
4. Réaction de sursaut exagérée.
5. Difficultés de concentration.
6. Troubles du sommeil (p.ex. difficulté d'endormissement, sommeil agité).

F. La durée de la perturbation (critères B, C, D, et E) est de plus que 1 mois.

G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les domaines sociaux, professionnels, ou autres domaines importants.

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, médicaments, alcool) ou d'une autre condition médicale.

Spécifier le type :

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

1. Dépersonnalisation :

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

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

2. Dérealisation :

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

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

Spécifier si :

A exception retardée :

Si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats). (DSM-5, 2015, p.320-322).

6.2. Les Critères diagnostiques du traumatisme psychique selon la CIM 11 :

Quant à la CIM 11, le chapitre 6 « troubles mentaux, de comportement et neuro développementaux » propose dans « Troubles spécifiquement associées au stress » le « Trouble de stress post-traumatique » (6B40) et « trouble de stress post traumatique complexe » (6B41).

Pour le trouble de stress post-traumatique, elle écrit « Le trouble de stress post traumatique (TSPT) est un trouble qui peut survenir à la suite d'une exposition à un événement ou une série d'événements extrêmement menaçants ou horribles. Il se caractérise par tout ce qui suit :

1) Revivre le ou les événements traumatiques du présent sous forme de mémoires intrusives vives, de flash-back ou de cauchemars. Celles-ci sont généralement accompagnées d'émotions fortes ou écrasantes, en particulier de peur ou d'horreur, et de fortes sensations physiques; 2) éviter les pensées et les souvenirs de l'événement ou des événements, ou éviter les activités, les situations ou les personnes qui font penser à l'événement ou aux événements ; et 3) des perceptions persistantes d'une menace actuelle accrue, par exemple, comme indiqué

par l'hyper vigilance ou par une réaction de surprise accrue à des stimuli tels que des bruits inattendus. Les symptômes persistent pendant au moins plusieurs semaines et entraînent des troubles significatifs du fonctionnement personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou autre ». (CIM11, 2018).

Pour le trouble de stress post-traumatique complexe, elle propose ceci « Le trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT complexe) peut survenir à la suite d'une exposition à un événement ou à une série d'événements de nature extrêmement menaçante ou horrible, le plus souvent d'événements prolongés ou répétitifs dont l'évasion est difficile ou impossible (Par exemple, la torture), esclavage, campagnes de génocide, violence domestique prolongée, abus sexuels ou physiques répétés dans l'enfance). Toutes les exigences de diagnostic pour le SSPT sont remplies. En outre, le SSPT complexe se caractérise par 1) des problèmes graves et persistants de régulation de l'affect ; 2) les croyances sur soi-même comme diminuées, vaincues ou sans valeur, accompagnées de sentiments de honte, de culpabilité ou d'échec liés à l'événement traumatique ; et 3) difficultés à maintenir des relations et à se sentir proche des autres. Ces symptômes entraînent une altération importante du fonctionnement personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou autre ». (CIM11, 2018).

7. Les outils d'évaluation du traumatisme psychique :

Pour évaluer le traumatisme psychique, les spécialistes nous proposent plusieurs outils, et parmi ces outils on a :

7.1. PCLS : Version stress de l'échelle de stress post-traumatique :

L'objectif du questionnaire est d'évaluer les symptômes de l'état de stress post-traumatique selon les critères diagnostiques de DSM-IV. La version présentée a pour objectif d'évaluer un épisode de vie stressant, une version destinée aux militaires et une version destinée aux civils en temps de guerre existent également. Au début du questionnaire, le sujet doit brièvement décrire l'événement traumatique qu'il a vécu et la date de sa survenue. La PCLS est composée de 17 items représentant les critères diagnostiques du DSM-IV. Il est possible d'évaluer également les trois dimensions théoriques du trouble selon le DSM-IV : la répétition, l'évitement et l'hyper activité neurovégétative. (Bouvard, Cottraux, 2002, p. 153).

7.2. Echelle modifiée des symptômes traumatiques :

Ce questionnaire permet d'évaluer à la fois la fréquence et la sévérité de quelques critères diagnostiques du DSM-IV en particulier les critères B, C et D. L'échelle modifiée des symptômes traumatiques (EMST) comprend 17 items que le sujet évalue en fonction de la fréquence et de l'intensité des symptômes. Dans la mesure où les 17 items correspondent aux critères du DSM-IV, il est également possible de noter quels critères diagnostiques présente le sujet en transformant la cotation de chaque item en oui ou non. (Bouvard, Cottraux, 2002, p. 156).

7.3. Echelle révisée de l'impact de l'événement :

L'échelle d'impact de l'événement d'Horowitz et coll. (1979). Ce questionnaire a été développé pour évaluer l'état de stress post-traumatique lié à la guerre, mais il a également été étudié sur des populations civiles. L'échelle d'impact de l'événement se focalise sur deux dimensions de l'état de stress post-traumatique : la dimension répétition et la dimension évitement. L'intérêt de l'échelle d'impact de l'événement révisée que nous présentons est d'évaluer une troisième dimension, l'hyperactivité neurovégétative. (Bouvard, Cottraux, 2002, p.158).

7.4. Le traumaq : Questionnaire d'évaluation du traumatisme

Le questionnaire TRAUMAQ évalue le syndrome post-traumatique, suite à l'exposition à un événement comportant une menace de mort pour soi ou pour les autres. Il permet d'appréhender le syndrome psycho traumatique de façon globale et mesure la fréquence, l'intensité des manifestations du traumatisme psychique ainsi que le vécu traumatique, c'est-à-dire leurs répercussions sociales. Les outils psychométriques actuels sont généralement construits à partir de la classification du DSM. Or, en raison de certaines réserves, les auteurs ont préféré envisager le traumatisme psychique de façon beaucoup plus globale. Outre les symptômes généralement observés (le syndrome pathognomonique de répétition, les évitements phobiques, les symptômes neurovégétatifs), Le questionnaire « TRAUMAQ » ne mesure pas le stress. Il évalue le syndrome post-traumatique, suite à l'exposition à un événement comportant une menace de mort pour soi ou pour les autres (Critère A du DSM IV). (Damiani, Pereira, 2006).

L'objectif du questionnaire est d'évaluer des troubles traumatiques aigus et chroniques, voire des modifications de personnalité suite à un événement traumatique, de contribuer à la

recherche épidémiologique, de participer à la validation d'un traitement thérapeutique, d'apporter au clinicien une aide au diagnostic et aussi il peut être un outil de recherche en vue d'études épidémiologiques ou de contrôle de l'effet d'un traitement psychothérapeutique. Le questionnaire Traumaq s'adresse aux adultes, à partir de dix-huit ans, confrontés directement et de façon brutale avec le réel de la mort. Ce sont des sujets qui ont eu une perception directe de l'événement ou des témoins d'infraction pénale (viol, prise d'otage, attentats, catastrophes naturelles, rackets, tortures, séquestration, etc.). Sont donc exclus les adultes non exposés directement, les enfants victimes, les adultes victimes de situations répétées de victimisation (inceste, maltraitance, etc.) et les proches des victimes. Il comprend deux parties, la première partie mesure le vécu du traumatisme pendant l'événement et les réactions postérieures à l'événement. Elle constitue la base du questionnaire permettant d'établir le diagnostic. La seconde partie correspond à une échelle facultative et mesure le délai d'apparition et la durée des troubles décrits et leur évolution. Elle peut apporter des informations complémentaires utiles au clinicien, à l'expert ou au chercheur. Le questionnaire se compose de 62 items répartis sur 10 échelles. Les résultats obtenus permettent de poser le diagnostic de syndrome post-traumatique, d'évaluer sa sévérité et de définir un profil individualisé. (Damiani, Pereira, 2006).

8. Le traumatisme psychique dans le milieu des intervenants :

8.1. Processus de traumatisation :

Une catastrophe ou un événement traumatisant peut avoir des conséquences sur les personnes qui ont été impliquées directement dans la catastrophe, en revanche, l'événement peut avoir un impact non seulement sur les victimes directes mais aussi toute autre personne ayant été en contact avec l'accident ou l'événement critique telle que les intervenants.

Selon Serniclaes (2000), on distingue trois catégories de victimes : les victimes primaires, les victimes secondaires et les victimes tertiaires. Le cadre conceptuel derrière cette sous-division donne lieu à trois types de traumatisation : la traumatisation directe, la traumatisation indirecte et la traumatisation vicariante. La victime primaire, traumatisée de façon directe, est la victime ayant vécu une situation à caractère traumatique et dont la vie en reste bouleversée. Tous ceux qui appartiennent à l'entourage direct de la victime primaire et tous les professionnels (les sauveteurs, les aidants, les intervenants des services de secours et les acteurs de l'aide psychosociale) qui sont en contact avec la victime en situation d'exception, sont considérés par Serniclaes comme des victimes secondaires potentielles, qui vivront peut-être une traumatisation indirecte. Finalement, les professionnels de la prise en charge

psychothérapeutique travaillant avec les victimes sont potentiellement des victimes tertiaires et subiront éventuellement un processus de traumatisation vicariante sur base de l'écoute empathique du récit traumatique de la victime primaire. (De Clercq, Lebigot, 2001, p. 117-118).

Le milieu des intervenants en temps de crise pourrait être décrit comme étant un milieu viril et machiste. Par exemple, le personnel des corps de sapeurs-pompiers se compose en général d'homme qui, pendant leur formation ont appris que d'ordinaire, pleurer est un signe de faiblesse, ils ont l'habitude de réprimer la douleur et cacher leurs sentiments. Pendant les interventions, ils arrivent à refouler leurs sentiments et leurs émotions. L'intervenant est donc dirigé directement vers l'action, dévoué, vraiment motivé, ambitieux et prêt à prendre des risques mesurés. Echouer ne fait pas partie de son vocabulaire, et les victimes qui meurent (ou qui sont mortes) sont synonymes « d'échec », « on est arrivé trop tard ». (De Clercq, Lebigot, 2001, p. 119).

8.2. Les évènements traumatisants dans le milieu des pompiers :

Par un événement émotionnellement choquant, nous entendons donc : un événement, dans le sens large du terme qui fait violemment prendre peur, émeut et qui, par son comportement soudain ou inattendu, peut sérieusement troubler l'équilibre émotionnel et cognitif de l'individu concerné.

Les médecins, infirmiers, ambulanciers, pompiers peuvent être, comme les victimes, choqués émotionnellement par l'horreur de certaines interventions, ce qui peut avoir des retombées sur leur vie sociale, leur santé physique et mentale. Ainsi, la vision insupportable de la mort d'un enfant, d'un corps mutilé, la souffrance et la détresse d'un patient, la répétition de certaines interventions difficiles peuvent provoquer un sentiment de peur, d'impuissance ou d'horreur chez les sauveteurs. Le traumatisme psychique est lié à une rencontre avec l'image de la mort qui vient faire effraction dans le psychisme et s'y incruster, telle quelle, ne trouvant dans l'inconscient aucune représentation pour l'accueillir, la lier, la transformer afin qu'elle puisse prendre sens. Le psychisme se trouve alors envahi par un afflux d'excitations violentes et agressives qui débordent sa capacité de défense, bouleversant ainsi fondamentalement son fonctionnement. Ce traumatisme psychique peut être à l'origine de syndromes psycho-traumatiques ou états de stress post-traumatiques qui surviennent après une période de latence plus ou moins longue. Crocq (1989), a observé chez les sauveteurs une symptomatologie psycho-traumatique caractérisée par des reviviscences visuelles hallucinatoires des scènes pénibles vécues sur le terrain, des difficultés d'endormissement, des cauchemars à répétition,

un état d'alerte et de sursauts au bruit, une démotivation et une perte de l'intérêt pour le monde extérieur, l'impression de n'être ni compris, ni soutenu, une irritabilité et une propension au retrait solitaire et amer. Cette symptomatologie perturbe l'équilibre psychique de l'intervenant et peut engendrer une baisse de son efficacité, remettre en question son rôle de « sauveur » et le faire douter de ses capacités. (A. Laurent et al, 2005).

De Soir (1999), souligne qu'un événement à potentiel traumatisant (traumatogène), est un événement qui répond aux quatre critères suivants : 1) l'événement est soudain et inattendu ; 2) cela donne un sentiment d'extrême impuissance, d'effroi et /ou de colère ; 3) l'événement est lié à des émotions fortes (e.a. anxiété, honte, culpabilité, chagrin) et des sentiments de peur intense, voire même d'effroi ; 4) il confronte les victimes de façon directe avec le monde des morts (d'où : confrontation avec sa propre mort) ou une atteinte sérieuse à l'intégrité physique et psychique de soi-même et /ou de l'autre. Les événements traumatiques ébranlent les fondements de l'homme : ils s'écartent de l'expérience habituelle et causent chez presque toutes les personnes un dommage certain. Les événements traumatiques sont naturels et en fait personne ne peut vraiment se mesurer avec ceux-ci. Se remettre d'un événement traumatique peut être un processus particulièrement douloureux et long. En dehors du sentiment d'être troublé, blessé et pénétré dans sa propre sécurité, suivent des sentiments complexes et souvent destructifs d'incertitude, de faute, de peur et de doute. Les intervenants, ceux des services de secours, des services d'ordre et de l'aide médicale urgente, mettront incontestablement en question leur rôle de « sauveur » et ils commenceront sérieusement à douter de leur capacité et de leur efficacité et ce, sur la base de leurs réactions émotionnelles. Malgré cette aspiration à la quiétude qui peut souvent être trouvée dans la mesure où l'événement traumatisant, via une reconstruction détaillée, peut trouver une explication ou le départ d'une assimilation du trauma, les victimes d'un événement traumatisant se remémorent souvent des souvenirs non désirés de l'événement en question. Les souvenirs sont alternativement présentés comme, d'un côté des pensées indésirables qui incitent à se tracasser ou à ruminer et de l'autre côté, des souvenirs obsessionnels, intrusivement profonds. Ces souvenirs spontanés, qui reviennent sous la forme de sensations et d'images préverbales et non-intégrées, sont la conséquence de bon nombre d'événements péritraumatiques et de dissociation ; ils forment, en alternance avec les réactions d'évitement et de négation, la signature du traumatisme psychique. (De Soir, 1999).

9. La prise en charge du traumatisme psychique :

9.1. Psychothérapies cognitivo-comportementales :

Les principes des thérapies cognitives et comportementales sont clairement codifiés, ils s'articulent autour de quatre phases : évocation et description de l'expérience traumatique, apprentissage de techniques de relaxation, travail sur les capacités à communiquer sur l'expérience traumatique et, enfin, approche de la dimension cognitive du traumatisme (le traitement cérébral de l'information). L'un des buts les plus importants dans le traitement intensif des troubles post-traumatiques est d'aider le patient à placer sous contrôle les symptômes intrusifs de revécu de l'événement (cauchemars, flashbacks). Personne n'est capable de supporter d'être continuellement confronté avec ses problèmes vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Les patients doivent pouvoir reprendre au moins un peu de distance de leurs souvenirs stressants pendant un moment. Un certain nombre de techniques cognitivo-comportementales ont été développées depuis ces quelques dernières années pour aider les patients à y réussir :

- L'inoculation au stress : consiste à enseigner aux patients une variété de techniques pour gérer l'anxiété. Cela inclut respiration contrôlée, profonde relaxation des muscles, arrêt de penser, restructuration cognitive, préparation aux stress, modelling caché et jeu de rôle. Dans une étude contrôlée comparant des procédures cognitivo-comportementales et de conseil chez quarante-cinq victimes de viol, l'entraînement au stress par inoculation a produit une amélioration plus significative dans le traitement des symptômes de PTSD immédiatement consécutifs, que le conseil de soutien et un groupe de contrôle en liste d'attente. Cependant, au follow-up, une thérapie d'exposition prolongée a produit des résultats supérieurs dans les symptômes de PTSD. (Cottraux, 2004).

- La Thérapie d'exposition : requiert du patient qu'il revive le souvenir traumatique de façon répétitive et raconte l'événement en détails. Cette description est enregistrée sur cassette audio et on demande au patient de l'écouter, cela faisant partie du travail assigné à domicile. Chez les victimes de viol, cette technique semble avoir son effet thérapeutique principalement dans le moyen à long terme (Foa et al, 1991). Au moyen d'une technique tout à fait similaire appelée Image habituation training, Vaughan et Tarrier ont pu démontrer dans une petite étude non contrôlée qu'une habituation se produisait et entraînait une amélioration. (Cottraux, 2004).

9.2. L'EMDR :

L'eye movement desensitization reprocessing (EMDR) est une méthode thérapeutique inaugurée par Francine Shapiro en 1989 et qui consiste à utiliser les mouvements oculaires contrôlés pour décharger la conscience de ses affects pathologiques. En une dizaine d'années, l'EMDR a trouvé son indication privilégiée dans le traitement de l'état de stress post traumatique (ESPT), donnant lieu à un grand nombre d'étude. L'un des supports théoriques de l'EMDR est de considérer que le psychisme a la faculté de métaboliser la majorité des vécus traumatiques. Certains vécus vont se figer en souvenirs traumatiques qui, réactivés, déterminent des pensées, des émotions et des sensations pathologiques. Shapiro a fait l'hypothèse que le traumatisme pouvait causer une sorte de surexcitation du système nerveux et que les mouvements oculaires allaient engendrer un effet inhibiteur (ou relaxant) pour la contre balancer. (Crocq, 2014, p.211-212).

9.3. Les psychothérapies psychodynamiques :

Les psychothérapies psychodynamiques utilisent les concepts de la psychanalyse. Mais elles affichent des buts différents. Si l'analyse est une aventure où l'analysant est à la recherche de sa vérité, et que la guérison ne lui est donnée que « par surcroît », la guérison est ici ce qui est recherché. C'est elle que les patients viennent demander. Toutefois, à la différence d'autres psychothérapies, elles ne font pas du symptôme le centre de leur action. Il s'agit pour elles de traiter un sujet, ici un sujet traumatisé. La référence à la psychanalyse indique en premier lieu avec quelle grille d'interprétation le praticien écoute le discours de son patient. Sur le plan de sa technique, il se démarque beaucoup de la « cure type ». Ainsi d'abord n'est-il pas question d'opter pour la « neutralité » bienveillante, les patients sortant d'une expérience traumatique la prendraient pour de l'indifférence, une absence de cette empathie qu'ils ont absolument besoin de supposer chez la personne à laquelle ils viennent se confier. Du même ordre est le maniement du silence, insupportable au moins lors des premiers entretiens, alors qu'en psychanalyse le silence est ce qui permet à l'analysant de dérouler ses propres signifiants. (Lebigot, 2005, p. 168).

9.4. Le defusing :

Le defusing (ou désamorçage). C'est un soin immédiat qui s'adresse aux impliqués (victimes, sauveteurs, familles) afin de réguler la crise (ou réhumaniser la crise). Il consiste à proposer de façon individuelle ou groupale un temps court (cinq à dix minutes) de verbalisation émotionnelle immédiate en termes de vécu et de ressenti, de façon souple et non intrusive, pour

favoriser la décharge et lier le vécu traumatique par le langage. Les objectifs du defusing sont de reconnaître la souffrance ressentie, situer la personne dans l'ici et maintenant, sans déculpabiliser ni dédramatiser la situation, restaurer le sentiment d'appartenance (hiérarchie) et orienter sur le réseau pour une prise en charge plus soutenue, de façon attentive, chaleureuse, contenante et discrète. (Al Joboory et al, 2019).

9.5. Le débriefing :

C'est un soin post-immédiat (entre 72 heures et 4 mois après l'évènement) proposé à titre préventif aux impliqués, afin de favoriser l'intégration de ce qui s'est passé et aider à prévenir les signes chroniques de stress et l'installation du TSPT. Le débriefing peut s'effectuer de façon individuelle mais on le retrouve plus fréquemment sous forme groupale. Il s'adresse à un groupe de personnes ayant été témoins ou victimes du même évènement traumatique et se connaissant déjà avant. Il est réalisé par plusieurs intervenants, afin d'assurer une prise en charge optimale de chaque victime et aider le « groupe » à dépasser ensemble le chaos traumatique. Il consiste en plusieurs phases successives, qui aident à ordonner les faits, les pensées et les émotions. Il comporte également une phase d'information, qui permet à la victime de comprendre ses réactions « folles » et d'apprendre comment gérer son stress. Le temps d'un débriefing de groupe évolue en fonction du nombre de personnes. En moyenne, deux à trois heures sont nécessaires. (Al Joboory et al, 2019).

Synthèse

Pour conclure, nous pouvons constater que le traumatisme psychique peut avoir des conséquences négatives pour la vie de l'être humain et qu'il peut être une menace pour l'intégrité physique et psychique de la personne. Par ailleurs, le traumatisme psychique est un sujet très complexe et pour cela une intervention interdisciplinaire est nécessaire pour une meilleure prise en charge.

*Problématique et
Hypothèses*

Le travail est un élément indispensable et primordial dans la vie quotidienne. C'est une valeur centrale dans notre société et une activité principale qui occupe une place très importante dans la vie de l'être humain. Le travail est l'exercice d'une activité professionnelle régulière et rémunérée. C'est une activité physique ou intellectuelle qui a pour but la satisfaction d'un besoin. Travailler, c'est agir pour assurer sa survie et son confort, le travail est donc une nécessité pour l'homme puisqu'il lui procure tout ce que la nature ne peut lui procurer.

De nos jours, le travail a une très grande importance dans la vie de l'homme, puisque c'est un moyen de pouvoir survivre, permet de subvenir à ses besoins et aussi de s'enrichir et d'acquérir le savoir et le savoir-faire. Ainsi, le travail est un moyen de s'intégrer dans la société et d'évoluer sur le plan personnel, puisqu'il offre l'opportunité d'avoir un statut social valorisé. En revanche, il faut reconnaître que cela n'est pas toujours le cas, car il y a des métiers qui peuvent constituer un lieu de souffrance et de danger pour les professionnels notamment ceux de l'intervention tels que les acteurs de la santé, les policiers et les pompiers puisqu'ils peuvent être exposés à des risques multiples qui peuvent affecter leur santé physique ainsi que leur santé psychologique.

Woodall (1998) considère le travail du pompier comme étant l'un des métiers les plus exigeants, tant au niveau physique que psychologique. Le pompier est en première ligne pour venir en aide à la population. Il intervient dans de nombreuses situations qui sont parfois difficiles et où les risques sont réels, il peut être appelé à intervenir dans de nombreux environnements, dans différents lieux, et différentes situations telles que les noyades, les brûlures, les chutes, les accidents de la route, les catastrophes naturelles... donc il intervient dans des situations d'urgences. Aujourd'hui, tout le monde connaît ces « anges gardiens », ces « combattants » qui veillent jour et nuit pour assurer la protection et les biens de la population. C'est souvent le pompier qui apporte les premiers soins aux personnes blessées avant que les services d'urgences médicales ne soient présents sur les lieux. Il doit aussi s'occuper de la désincarcération des victimes de la route, dégager et sécuriser la voie publique. Il intervient aussi lorsqu'un bâtiment menace de s'écrouler ou suite à un accident industriel (explosion, fuites de substances toxiques ou polluantes). Quelle que soit l'heure, dans la journée ou dans la nuit, les pompiers sont la première issue, les premiers à appeler en cas d'urgence, en cas de souffrance, d'accident ou de mort.

Le métier du pompier n'est pas nouveau, il a été officialisé à la fin du moyen âge. En Algérie, le premier bataillon des Agents de la Protection Civile a été créé en 1964. Ce dernier présente le courage des hommes et des femmes qui risquent leur vie pour sauver celle des autres. Les fonctionnaires appartenant aux corps spécifiques de la protection civile algérienne sont recrutés en fonction des conditions et des proportions prévues par le décret. Les candidats recrutés sont nommés en qualité de stagiaires, ils sont astreints à l'accomplissement d'un stage probatoire d'une durée d'une année. Durant l'année 2019, la direction de la protection civile de la wilaya de Bejaia a déclaré que les pompiers ont effectué près de 28 767 interventions, et 4 597 interventions ont été réalisées par l'unité principale de la protection civile de Bejaia entre janvier et août 2020. La principale mission des pompiers est de protéger les biens et les personnes, par conséquent, pendant l'intervention ils doivent penser à la sécurité de tous, la vie des victimes ainsi que leur entourage, tel que les passants et les autres pompiers qui portent les secours.

Par ailleurs, les interventions que font les pompiers présentent plusieurs risques physiques et psychologiques. D'une part leur corps peut être marqué par des blessures physiques puisque pendant leurs missions ils sont confrontés à des situations graves par exemple affronter le feu en cas d'extinction d'incendies que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur d'un bâtiment, d'une voiture et même dans la forêt, en cas de noyade et aussi d'évacuation de produits chimiques. Leurs blessures peuvent donc être des brûlures, inhalation de produits chimiques et de fumées lors d'extinction d'incendie, noyade lors d'un sauvetage, et parfois l'exercice de l'intervention peut provoquer la mort. D'une autre part l'exercice de ce métier peut aussi influencer négativement sur la santé mentale et le bien-être du pompier. Il peut être classé parmi les métiers les plus stressant car le pompier peut être confronté à des pressions fréquentes et peut se trouver dans des situations où il est obligé de prendre des décisions le plus rapidement possible et d'agir sans même trop réfléchir, toute intervention est donc une course contre le temps. Le pompier peut aussi se trouver dans une situation d'épuisement, un sentiment de fatigue intense car leur métier nécessite un grand effort physique et psychique. Le travail du pompier peut avoir aussi des conséquences traumatiques puisque dans certaines interventions ils peuvent être exposés à des événements et des situations traumatisantes. En effet, au cours de ces dernières décennies plusieurs événements se sont produits dans notre pays et dans d'autres pays du monde ceux qui ont causé des dommages sur le plan physique et psychologique des victimes et des intervenants. La notion du traumatisme psychique existe depuis l'antiquité, elle est abordée par plusieurs chercheurs et professionnels.

Le concept de « traumatisme psychique » a été introduit pour la première fois par le psychiatre allemand Herman Oppenheim à la fin du XIX^e siècle dans la psychopathologie dans son ouvrage *Die Traumatische Neurosen* (les névroses traumatiques) paru en 1888. Il considérait que l'agent traumatisant provoquait une réaction d'effroi, induirait alors un ébranlement psychique ou affectif « tellement intense qu'il en résulte une altération psychique durable ».

Charcot découvre qu'un choc traumatique provoque chez le sujet une « dissociation de la conscience », c'est-à-dire une rupture de contact avec la réalité extérieure. Ce dernier soutient que les tableaux cliniques de la névrose traumatique relèvent de l'hystérie, de la neurasthénie et de l'hystéro-neurasthénie. En conséquence, le souvenir de l'évènement demeure enfoui et inconscient. Par la suite, cette approche a été largement poursuivie par Janet, Breuer, Freud et Ferenczi.

Freud a développé sa conception du traumatisme à partir de ses études sur l'hystérie, où il considère l'hystérie comme étant la conséquence d'un traumatisme psychique. Il a commencé à développer sa théorie de la névrose traumatique dans les années vingt. Pour lui, le trauma est un processus de choc, dynamique et énergétique. Ce processus met en jeu l'intensité de l'énergie véhiculée par l'agent traumatisant et le degré d'énergie dont la victime dispose pour faire face à la violence et à la soudaineté de l'évènement. Freud définit le traumatisme comme 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 ». (L. Perucchi, 2008).

La notion du traumatisme psychique a évolué depuis le terme de névrose au PTSD (post traumatic stress disorder) ou état de stress post traumatique (ESPT) qui a enfin été reconnu en tant que pathologie à part entière dans le nouveau système nosographique américain DSM. Principalement le PTSD regroupe plusieurs symptômes spécifiques (exposition à un évènement, évitement, altération de la cognition, activation neurovégétative).

Nous ne pouvons pas parler du traumatisme psychique sans parler de l'élément le plus déterminant dans le développement des troubles psycho-traumatiques qui est l'évènement traumatique. Un évènement est considéré comme étant traumatique lorsqu'une personne s'est trouvée confrontée à la mort, à la peur de mourir, à des blessures graves, ou lorsque son intégrité physique ou celle d'une autre personne est menacée, et cet évènement doit provoquer une peur

intense, un sentiment d'impuissance et d'horreur. Les événements traumatogènes affectent non seulement les victimes impliquées d'une façon directe dans les catastrophes mais aussi les intervenants portant des secours à ces victimes. D'ailleurs, ce sujet porte l'attention de plusieurs chercheurs (Mitchell, Raphaël), qui ont mis également l'accent sur l'impact des catastrophes et des interventions sur la santé psychologique des intervenants. Defares et De Levita (1989) suggèrent que l'intervenant en cas de catastrophe ou de calamité vit une tension permanente. La notion de tension se prête bien à la description de l'intervention en situation d'exception avant, pendant et après son intervention sur le terrain. Des réactions physiques et psychiques sont présentes avant, pendant et après les interventions et peuvent influencer négativement sur les intervenants. (De Clercq, Lebigot, 2001).

Des études de suivi concernant les sapeurs-pompiers (Durham, 1985 ; Hytten, 1989 et Fullerton, 1992) montrent que les taux d'ESPT après un événement dans lequel les sauveteurs sont engagés est autour de 10 %, et une autre étude (Mac Farlane, 1989) explorant une population de « soldats du feu » volontaires australiens engagés dans une catastrophe naturelle montre que le taux d'ESPT chez ces derniers est de 30 %. (De Clercq, Lebigot, 2001).

En France, une étude réalisée en 2011 à la brigade des sapeurs-pompiers de Paris retrouvait une prévalence de 8 % sur 1563 sapeurs-pompiers interrogés. En 2016, une étude menée auprès de 488 pompiers australiens et basée sur les critères diagnostics du DSM-4, montre un taux de prévalence de 8 %. Dans la même année, aux Etats-Unis, une étude déclare que 31,8 % des pompiers ont un ESPT. (Frayssé, 2019).

Une étude sur le TSPT a été réalisée en 2016 par un groupe de chercheurs (Motreff, Pirard, Baubet, Chauvin et Vandentorren) en France intitulée « *Enquête de santé publique post-attentats du 13 novembre 2015* » et menée auprès de 837 intervenants des secours et des forces de l'ordre dont 698 ont complété les questionnaires, notamment 208 sapeurs-pompiers de la Brigade des SP de Paris, afin d'estimer l'impact psychologique de ces événements. Les informations ont été recueillies au moyen d'un questionnaire qui mesure le TSPT qui est la PCL-5 (Post-Traumatic Stress Disorder Checklist Scale, version DSM-5). Les résultats de cette étude montrent la présence d'un TSPT chez 3,5% des SP de Paris. (Motreff et al, 2016).

Samor-Hereng a effectué une étude en 2018 sur les Attentats de Trèbes et Carcassonne et le dépistage des états de stress post-traumatique auprès d'un échantillon de 96 SP impliqués dans ces attentats en utilisant l'échelle validé PCLS. L'objectif de cette étude était de dépister d'éventuels états de stress post-traumatiques, sensibiliser les SP et leur encadrement à ce risque,

et enfin, mieux connaître les conséquences de ce type d'évènement traumatique sur les SP. Les résultats obtenus montrent la présence d'un score moyen de 21,11. (Samor-Hereng, 2018).

En 2019, Fraysse a réalisé une étude quantitative portant sur la prévalence de l'ESPT chez les marins-pompiers du Bataillon de Marins-Pompiers de Marseille. Son objectif était d'établir la prévalence de l'ESPT chez ces sauveteurs afin d'optimiser leur prise en charge par les professionnels de l'institution et de sensibiliser cette population à risque. Cette étude est réalisée à l'aide de l'auto-questionnaire PCLS, retrouve une prévalence de 4,49% d'ESPT dans un échantillon de 536 marins-pompiers. (Fraysse, 2019).

Les résultats de ces études montrent l'existence d'un ESPT chez les pompiers, que leur travail et les différents évènements qu'ils rencontrent pendant leurs interventions sur le terrain peuvent provoquer des répercussions et des conséquences sur leur santé psychologique.

Dans le contexte du traumatisme psychique, l'utilisation d'une approche intégrative permet de mieux comprendre notre sujet de recherche puisqu'elle permet d'intégrer plusieurs approches explicatives du psycho traumatisme, et afin d'évaluer l'impact traumatique du travail du pompier, ainsi pour vérifier nos hypothèses de recherche nous avons choisi d'adopter une méthode descriptive quantitative accompagnée du questionnaire d'évaluation du traumatisme « Traumaq ».

À la suite de toute cette articulation menée sur notre thème intitulé : « *L'impact traumatique du travail du pompier* » nos questions et hypothèses de recherche sont formulées de la manière suivante :

Question générale :

Est-ce que le travail du pompier a un impact traumatique ?

Questions partielles :

- Les interventions des pompiers engendrent-elles un traumatisme psychique ?
- Quel est le degré du traumatisme psychique que les pompiers présentent ?

Hypothèse générale :

Le travail du pompier a un impact traumatique.

Hypothèses partielles :

- Les interventions des pompiers engendrent un impact traumatique.
- Les pompiers présentent un traumatisme léger.

Opérationnalisation des concepts :

Travail :

Le travail est l'exercice d'une activité humaine organisée, coordonnée et rémunérée dans le but de la satisfaction des besoins.

Pompier :

Le pompier est une personne principalement entraînée pour combattre les incendies, venir en aide à la population, intervenir en cas d'accidents et accomplir des opérations de sauvetage et de premiers secours.

Intervention :

Une intervention est une action d'intervenir, d'agir pour régler un problème, d'enrayer une situation dangereuse et de secourir des personnes qui ont besoin d'aide.

Traumatisme psychique :

Le traumatisme psychique est un trouble psychologique caractérisé par une sorte d'atteinte ou de blessure interne suite à un événement potentiellement traumatisant ou émotionnellement choquant que l'individu rencontre. Il peut concerner essentiellement les personnes qui ont vécu directement l'évènement (les victimes directement menacées) mais aussi tous les témoins directs de la scène comme le cas des intervenants, des policiers, des pompiers, etc.

Evènement traumatique :

L'évènement traumatique se caractérise par le fait d'être confronté directement avec la mort, à la peur de mourir ou lorsque son intégrité physique ou celle d'une autre personne est menacée. Il est vécu dans la frayeur, l'horreur et le sentiment d'impuissance.

PARTIE PRATIQUE

Chapitre III
Méthodologie de
recherche

Préambule

Dans toute recherche, notamment en psychologie clinique, il faut s'appuyer sur une méthodologie bien précise et déterminée, avoir un terrain de recherche, une population d'étude, et un ensemble d'outils et de techniques d'investigation qui permettent de recueillir toutes les informations nécessaires pour la recherche.

Dans ce chapitre, nous allons présenter et expliquer la méthode de recherche utilisée, nous allons présenter notre population d'étude ainsi que leurs critères et caractéristiques, nous mettrons aussi en valeur l'outil que nous avons utilisé. Enfin nous allons évoquer le déroulement de notre préenquête et les difficultés rencontrées lors de cette dernière et de notre recherche.

1. La méthode de la recherche :

La recherche scientifique, c'est avant tout un processus, une démarche rationnelle qui permet d'examiner des phénomènes, des problèmes à résoudre, et d'obtenir des réponses précises à partir d'investigations. Ce processus se caractérise par le fait qu'il est systématique et rigoureux et conduit à l'acquisition de nouvelles connaissances. (N'da, 2015, p. 17).

La recherche scientifique est une démarche d'acquisition de connaissances qui utilise diverses méthodes de recherche quantitatives et qualitatives pour trouver des éléments de réponses à des questions déterminées que l'on souhaite approfondi. Elle consiste à décrire, expliquer, prédire et contrôler des phénomènes. (Fortin, Gagnon, 2016, p. 4).

Dans toute recherche scientifique, le chercheur doit opter pour une méthode appropriée qui varie selon les sujets traités, les problématiques élaborées et les objectifs formulés et visés dans son étude. Cette méthode consiste en un ensemble de règles ou de procédés pour atteindre dans les meilleures conditions les objectifs. (Madeleine, 1997, p.102). Dans ce cadre Grawitz (1993) définit la méthode « comme l'ensemble des opérations intellectuelles par lesquelles une discipline cherche à atteindre les vérités qu'elle poursuit, les démontrer, les vérifier. La méthode est constituée d'étapes et de procédures permettant d'appréhender la réalité ou du moins une partie de la réalité ». (Grawitz, 2001, p.358).

La méthode de recherche doit être adaptée pour répondre à la question de recherche. Certaines questions de recherche demandent une méthode qualitative et d'autres une méthode quantitative. Dans notre recherche, nous avons opté pour la démarche quantitative qui vise à

recueillir des données observables et quantifiables. Elle se fonde sur l'observation des faits, des événements, des conduites, des phénomènes existants indépendamment du chercheur. La recherche vise ici à décrire, à expliquer, à contrôler, à prédire. La recherche quantitative s'appuie sur des instruments ou techniques de recherche quantitatives de collecte des données dont en principe la fidélité et la validité sont assurées. Elle aboutit à des données chiffrées qui permettent de faire des analyses descriptives, des tableaux et graphiques, des analyses statistiques de recherche de liens entre les variables ou facteurs, des analyses de corrélation ou d'association, etc. Elle part d'une méthodologie planifiée à l'avance qui fournira des observations particulières. (N'da, 2015, p. 21).

La démarche quantitative comporte plusieurs méthodes telle que la méthode descriptive quantitative, la méthode corrélationnelle, la méthode expérimentale et la méthode quasi expérimentale. La méthode que nous avons adoptée et qui correspond à notre thématique de recherche est la méthode descriptive quantitative qui vise à découvrir de nouvelles connaissances, à décrire des phénomènes existants, à déterminer la fréquence d'apparition d'un phénomène dans une population donnée (incidence, prévalence) ou à catégoriser l'information. Ce type d'étude est utilisé quand le niveau de connaissances sur un sujet donné est peu documenté. Pour recueillir des données auprès des participants à une étude descriptive, on a recours à l'observation, à l'entrevue structurée et parfois semi-structurée ou encore au questionnaire. Le but principal de la méthode est de définir les caractéristiques d'une population et d'en tracer un portrait général. (Fortin, Gagnon, 2016, p. 32).

2. Présentation du groupe de recherche (critères et caractéristiques) :

Notre recherche s'est effectuée auprès des agents de la protection civile de Bejaia. Notre groupe de recherche est composé de 20 pompiers qui sont tous du même sexe, d'une catégorie d'âge différente, qui ont des grades différents et une expérience qui se diffère d'un pompier à un autre.

2.1. Critères d'inclusions et critères d'exclusion :

2.1.1. Critères d'inclusion :

- Les sujets du sexe masculin.
- Les sujets qui ont déjà intervenu lors d'un incident.
- Les sujets ayant déjà été exposés à un événement traumatisant.

2.1.2. Critères d'exclusion :

- Les sujets du sexe féminin puisque dans la wilaya de Bejaia les femmes pompières n'interviennent pas sur le terrain.
- Les pompiers qui travaillent dans la direction puisqu'ils n'interviennent pas sur le terrain et ne sont pas exposés à des évènements traumatogènes.
- Les sujets qui n'ont pas vécus un évènement traumatisant.

Tableau N° 1 : Caractéristiques du groupe de recherche.

Nom	Age	Situation familiale	Années d'expérience	Grade
Badis	25 ans	Célibataire	5 ans	Sapeur
Djallal	50 ans	Marié	27 ans	Sergent
Brahem	28 ans	Célibataire	3 ans	Sapeur
Chabane	28 ans	Célibataire	7 ans	Sapeur
Nassim	42 ans	Marié	18 ans	Caporal
Salim	32 ans	Marié	6 ans	Sapeur
Karim	28 ans	Marié	3 ans	Sapeur
Athman	43 ans	Marié	18 ans	Caporal
Nadjim	40 ans	Marié	13 ans	Caporal
Abdelhakim	30 ans	Marié	9 ans	Sapeur
Walid	37 ans	Célibataire	10 ans	Sapeur
Madjid	34 ans	Marié	8 ans	Sapeur
Mouloud	30 ans	Marié	8 ans	Sapeur
Mohand	27 ans	Marié	4 ans	Sapeur
Mazigh	24 ans	Célibataire	1 ans	Sapeur
Mansour	39 ans	Marié	13 ans	Caporal
Halim	37 ans	Marié	10 ans	Sapeur
Anis	29 ans	Célibataire	3 ans	Sapeur
Yahya	27 ans	Célibataire	1 ans	Sapeur
Amir	41 ans	Marié	17 ans	Caporal

Remarque : Afin de respecter l’anonymat et le secret professionnel dans notre recherche, nous avons changé les prénoms de ces pompiers en les remplaçant par d’autres prénoms, dans le but de respecter l’éthique de la recherche, donc les prénoms que nous avons utilisés ne sont pas les véritables. Ainsi, nous avons respecté le consentement éclairé et volontaire du sujet dans la participation et que tout ce qu’ils diront restera en confidentiel.

Tableau N° 2 : La répartition du groupe de recherche selon l’âge.

Age	Fréquence	Pourcentage
[24 - 28[	7	35%
[29 - 33[	4	20%
[34 - 38[	3	15%
[39 - 43[	5	25%
[44 – et plus[	1	5%
Total	20	100%

Tableau N° 3 : La répartition du groupe de recherche selon la situation familiale.

Situation familiale	Effectif	Pourcentage
Marié	13	65%
Célibataire	7	35%
Total	20	100%

Tableau N° 4 : La répartition du groupe de recherche selon les années d’expérience.

Années d’expériences	Fréquence	Pourcentage
[1 - 5[	7	35%
[6 - 10[	7	35%
[10 - 15[	2	10%
[15 - et plus[	4	20%
Total	20	100%

Tableau N° 5 : La répartition du groupe de recherche selon le grade.

Grade	Effectif	Pourcentage
Sergent	1	5%
Caporal	5	25%
Sapeur	14	70%
Total	20	100%

A partir de ces tableaux ci-dessus, nous constatons que notre groupe de recherche est constitué de 13 pompiers mariés et 7 célibataires, que leurs âges varient entre 24 ans et 50 ans, que 7 pompiers ont entre 1 ans et 5 ans d'expériences, 7 pompiers ont entre 6 ans et 10 ans d'expérience, 2 pompiers ont entre 11 ans et 15 ans d'expérience et 4 pompiers ont plus de 15 ans d'expérience. Nous constatons aussi que les grades de notre groupe de recherche se diffèrent puisque nous avons 14 sapeurs-pompiers, 5 caporaux et 1 sergent.

3. L'outil de la recherche :

Toute recherche scientifique s'appuie sur différents outils qui permettent au chercheur de bien mener sa recherche. Dans la suite de ce chapitre nous allons présenter l'outil que nous avons utilisé pour répondre à nos questionnements et vérifier nos hypothèses qui est le questionnaire d'évaluation du traumatisme (*TRAUMAQ*), qui consiste en une échelle plus complète de sa conception du syndrome psycho-traumatique. Le *TRAUMAQ* a fait l'objet d'une étude psychométrique sur 141 victimes. Les résultats indiquent que la consistance interne ainsi que la validité convergente de ce questionnaire sont tout à fait satisfaisantes. Ce questionnaire peut être utilisé par les praticiens pour aider au diagnostic et par les chercheurs qui souhaitent une information complète. (Pereira-Fradin, Damiani, 2007).

Présentation du questionnaire Traumaq :

Les outils psychométriques actuels sont généralement construits à partir de la classification du DSM. Or, en raison de certaines réserves, les auteurs ont préféré envisager le traumatisme psychique de façon beaucoup plus globale. Outre les symptômes généralement observés (le syndrome pathognomonique de répétition, les évitements phobiques, les symptômes neurovégétatifs). Le questionnaire Traumaq évalue le syndrome post-traumatique, suite à l'exposition à un événement comportant une menace de mort pour soi ou pour les autres (Critère A du DSM IV) et non pas le stress.

Le questionnaire Traumaq, est composé de 62 items répartis sur dix échelles ; qui ont fait l'objet d'une collaboration avec des spécialistes comme les professeurs François Lebigot et Louis Crocq. Dans sa formulation définitive afin que ces dernières permettent la collecte globale d'information générales suffisantes pour établir un bilan complet et ce à partir de différentes rubriques qui mettent l'accent sur des informations concernant l'évènement (son origine, sa nature, le lieu et l'intervention de la cellule d'urgence médico psychologique), mais aussi concernant le sujet et son vécu durant l'évènement et les réactions postérieures à celui-ci à travers ces items divisés en deux parties (Damiani, et Pereira ,2006).

Le Traumaq permet d'accéder aux symptômes généralement observés tels que « le syndrome pathognomonique de répétition, les évitements phobiques et les symptômes neurovégétatifs ». Il permet également d'évaluer des symptômes qui leur sont fréquemment associés, notamment l'état dépressif et les somatisations. (Aljendi, 2015, p.134). Le « TRAUMAQ » évalue également des symptômes fréquemment associés, notamment l'état dépressif et les somatisations. Est également pris en compte le « vécu traumatique » plus particulièrement la honte, la culpabilité, l'agressivité et les répercussions sur la qualité de vie. (Damiani, Pereira, 2006).

Objectifs du questionnaire :

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

Ainsi, intégrer à la pratique du clinicien, le questionnaire TRAUMAQ peut apporter une aide au diagnostic. Il peut aussi être un outil de recherche en vue d'études épidémiologiques ou de contrôle de l'effet d'un traitement psychothérapeutique (Damiani, Pereira, 2006, p.09).

Population concernée :

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

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

Sont exclus :

- Les adultes qui n'ont pas été exposés directement à l'événement traumatique.
- Les enfants victimes.
- Les adultes victimes de situations répétées de victimisation (inceste, maltraitance, etc.).
- Les proches des victimes. (Damiani, Pereira, 2006, p.10).

Consignes d'administration :

Ce questionnaire a été conçu pour être utilisé en hétéro-passation et le temps d'administration varié d'une personne à l'autre. Il convient de préciser une consigne générale : *« vous devez répondre à toutes les questions. Vous pouvez revenir en arrière en arrière, passer une question si vous avez du mal à y répondre sur le moment mais il faudra y revenir par la suite »*.

L'auto-passation du Traumaq est possible uniquement dans des conditions rigoureuses ce qui permet d'envisager une passation collective. Avant d'utiliser ce mode d'administration, il faut s'assurer que les personnes concernées comprennent les consignes données et les questions posées (bonne maîtrise de la langue française, capacité intellectuelles suffisantes). Il faut que leur état émotionnel soit suffisamment stable pour que le recueil des réponses soit valide.

Contenu du questionnaire :

Le questionnaire est composé de deux parties :

Partie 1 : mesure du vécu durant l'événement et des réactions postérieures à l'événement. Elle constitue la base du questionnaire permettant d'établir le diagnostic.

Partie 2 : mesure de délai d'apparition et de la durée des troubles décrits (échelle facultative). Elle donne des informations complémentaires qui peuvent être utiles au clinicien, à l'expert ou au chercheur. (Damiani, Pereira, 2006, p.10).

Informations générales :

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

Information concernant l'événement :

- L'événement à l'origine des troubles observés doit représenter un danger potentiel de mort, une menace réelle pour les sujets qui en sont victimes directes ou qui en sont témoins. Cet événement peut être individuel ou collectif.
- Le lieu, la date et la durée de cet événement peuvent également être indiqués sur le questionnaire.

Information concernant le sujet :

Les items du questionnaire ont été rédigés par des psychologues cliniciens et des psychiatres spécialisés en victimologie. Les items et les échelles ont fait l'objet d'études pré-expérimentales afin de supprimer les ambiguïtés et les items non pertinents. (Damiani, Pereira, 2006, p.10).

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

1. Pendant l'événement :

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

2. Depuis l'événement :

- **Echelle B** (4items) : Le symptôme pathognomonique de répétition : les reviviscences, l'impression de revivre l'événement, les flashes, et angoisse attachée à ces répétitions.
- **Echelle C** (5 items) : Les troubles du sommeil.
- **Echelle D** (5 items) : L'anxiété, l'état d'insécurité et les évitements phobiques.

- **Echelle E** (6 items) : L'irritabilité, la perte de contrôle, hyper vigilance et hypersensibilité.
- **Echelle F** (5 items) : Les réactions psychosomatiques, physiques et les troubles additifs.
- **Echelle G** (3 items) : Les troubles cognitifs (mémoire, concentration, attention).
- **Echelle H** (8 items) : Les troubles dépressifs (désintérêt général, perte d'énergie et d'enthousiasme, tristesse, lassitude, envie de suicide)
- **Echelle I** (7 items) : Le vécu traumatique ; culpabilité, honte, atteinte de l'estime de soi, sentiments violents et colère, impression d'avoir fondamentalement changé.
- **Echelle J** (11 items) : La qualité de vie. (Damiani, Pereira, 2006, p.13).

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

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

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

10. Les difficultés de concentration et/ou de mémoire (Echelle G de la partie 1).
11. Le désintérêt général, la perte d'énergie et d'enthousiasme, la tristesse, la lassitude et/ou les envies de suicide (Echelle H de la partie 1).
12. La tendance à s'isoler (Echelle J de la partie 1).
13. Les sentiments de culpabilité et/ou de honte (Echelle I de la partie 1).

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

- Le délai d'apparition des troubles depuis l'événement (selon une échelle en neuf points de 0 : pas concerné à 8 : plus d'an).
- La durée des troubles (selon une échelle en neuf points de 0 : pas concerné à 8 : trouble toujours présent à ce jour). (Damiani, Pereira, 2006, p.13-14).

Consignes de cotation :

Pour la partie 1 du questionnaire (excepté pour l'échelle J), le sujet choisit parmi quatre modalités de réponses correspondant à l'intensité ou la fréquence de la manifestation :

-Nulle : (échelon 0) -faible : (échelon 1) -fort : (échelon 2) -Très fort : (échelon 3)

L'échelle J comporte neuf items pour lesquels le sujet doit répondre par oui ou par non.

Calcul des notes brutes par échelle :

Partie 1 : Les réactions immédiates (pendant l'événement) et les troubles psycho traumatique (depuis l'événement).

Pour les échelles A à I, la note par échelle s'obtient en additionnant les réponses du sujet à chaque item (0, 1,2 points) les notes varient de 0 à 24 pour les échelles A et H, de 0 à 12 pour l'échelle B, de 0 à 15 pour les échelles C, D et F, de 0 à 18 pour l'échelle E et de 0 à 9 pour l'échelle G.

Pour l'échelle J, il convient d'utiliser le tableau ci-dessous et de compter 1 point par case grisée cochée et 0 point pour une case blanche.

Grille de cotation des items de l'échelle J

Réponse	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11
Oui											
Non											

Partie 2 du questionnaire : Délai d'apparition et durée des troubles décrits (partie facultative).

Les informations recueillies dans cette deuxième partie 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 de la durée des troubles depuis l'événement. (Damiani, Pereira-Fradin, 2006, P. 16-17)

Étalonnage normalisé en cinq classes :

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 (proches des caractéristiques de distribution normale), un étalonnage normalisé en cinq classes a été construit pour les notes brutes par échelle et pour la note totale de la partie 1. Le choix du nombre de classes correspond au niveau de lisibilité idéal pour l'utilisateur du questionnaire.

Conversion des notes brutes en notes étalonnées, par échelle (N = 141)

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

Conversion de la note brute totale de la Partie 1 en note étalonnées et en niveau d'intensité

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

4. La stratégie de la recherche :

4.1. Le choix du thème de recherche :

Avant d'entamer cette recherche sur « *L'impact traumatique du travail du pompier* », nous avons d'abord opté pour une autre thématique très intéressante à étudier qui est « *Le deuil traumatique chez les parents ayant perdu un enfant* », mais malheureusement nous avons rencontré des obstacles qui nous ont empêché de la réaliser tels que le manque de sujets, de lieu de recherche, et surtout la difficulté d'avoir le consentement éclairé des parents, ce qui nous a mené à changer le thème vers notre thématique actuelle.

Le choix de notre thématique s'est fait selon des points que nous allons citer ci-dessous :

- L'accessibilité au terrain et la disponibilité des sujets.
- Le constat par les dires des pompiers, pendant notre visite à l'U.P.P.C, que durant les interventions, ils peuvent être confrontés à des risques et à des évènements traumatisants qui peuvent avoir un impact sur leur santé psychologique.
- Le constat à partir de la revue de la littérature, que c'est un sujet débattu par la communauté scientifique et par des grands chercheurs notamment en médecine, en psychologie... et des statistiques montrant la présence du traumatisme psychique chez les intervenants en première ligne.

4.2. Le lieu de la recherche :

Nous avons effectué notre travail de recherche au sein de l'unité principale de la protection civile de la wilaya de Bejaia qui se situe au niveau des quatre chemins, à proximité de la gare routière. Sa mission consiste à :

- Intervenir sur tous les territoires de la wilaya de Bejaia et des autres communes et wilaya en renfort.
- Administrer le personnel qui lui est affecté.
- Entretenir le matériel servant à sa mission.
- L’extinction des incendies et sauvetage des personnes.
- Intervenir en cas d’accidents domestiques et de circulation.
- Intervenir en cas de catastrophes naturelles et technologiques.

4.3. La pré-enquête :

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

Une fois que nous avons précisé la thématique et avoir eu l’accès au terrain de recherche nous avons commencé notre pré-enquête qui s’est déroulée à l’unité principale de la protection civile de la wilaya de Bejaia du 23/12/2019 au 04/01/2020, avec la passation des questionnaires sur 20 pompiers dans le but de vérifier la faisabilité de notre thème, de savoir quel genre de difficultés pouvons-nous rencontrer sur le terrain, et de tester la possibilité d’une passation collective et d’une auto-passation du questionnaire, et enfin d’évaluer le niveau de compréhension de cet instrument par rapport au facteur de la langue.

Nous sommes entrés en contact avec les agents de la protection civile, après avoir expliqué l’objectif de notre démarche, nous avons eu leurs consentements, et nous avons commencé la passation du questionnaire d’évaluation du traumatisme (Traumaq).

La passation du questionnaire sur les 20 agents est réalisée en trois séances. Au début de chaque séance nous commençons d’abord de se présenter, d’expliquer les objectifs de notre recherche et de leur lire et expliquer la consigne du questionnaire qui est la suivante : « vous devez répondre à toutes les questions. Vous pouvez revenir en arrière, passer une question si vous avez du mal à y répondre sur le moment mais il faudra y revenir par la suite ».

Dans la première séance nous avons pris cinq agents où nous avons fait une hétéro passation individuelle avec le premier agent car il était le seul disponible au début, puis nous avons continué avec une auto passation collective pour le reste des agents. Dans la deuxième

séance le nombre d'agents est de 10, dans la troisième il est de 5 agents, où nous avons effectué une auto passation collective. En revanche, pendant le déroulement de notre pré enquête nous avons rencontré quelques difficultés que nous allons citer dans les lignes suivantes.

4.4. Les difficultés rencontrées pendant la préenquête :

- La passation collective et l'auto-passation du questionnaire : pour ce qui concerne la passation collective c'était un peu compliqué de gérer un groupe de 10 personnes en même temps puisque le questionnaire Traumaq nécessite une bonne compréhension et contient des termes psychologiques que seuls les spécialistes en la matière peuvent les comprendre. Et concernant l'auto-passation il y'avait quelques éléments qui n'ont pas répondu à tous les items donc nous étions obligés de les revoir et de leur demander de répondre aux items laissés sans réponse.
- La non maîtrise de la langue française par quelques sujets.

4.5. Les difficultés de la recherche :

- La non réalisation de l'enquête qui a débutée le 17/03/2020 et bloquée à cause de la situation sanitaire que notre pays et les autres pays du monde traversent et du confinement déclaré par le ministère.
- Le manque d'ouvrages qui traitent notre première variable qui est le métier du pompier.

5. Les résultats de la pré-enquête :

Notre groupe de recherche est composé de 20 pompiers qui sont totalement du sexe masculin, dont 65% mariés et 35% célibataires. Ils ont des grades différents, 70% sont des sapeurs-pompiers, 25% sont des caporaux et 5% des sergents. Concernant l'ancienneté, 35% des pompiers ont entre 1 ans et 5 ans d'expérience, 35% ont entre 6 ans et 10 ans d'expérience, 10% ont entre 11 ans et 15 ans et enfin 20% ont plus de 15 ans d'expérience.

Première partie : les réactions immédiates et les troubles psycho-traumatiques :

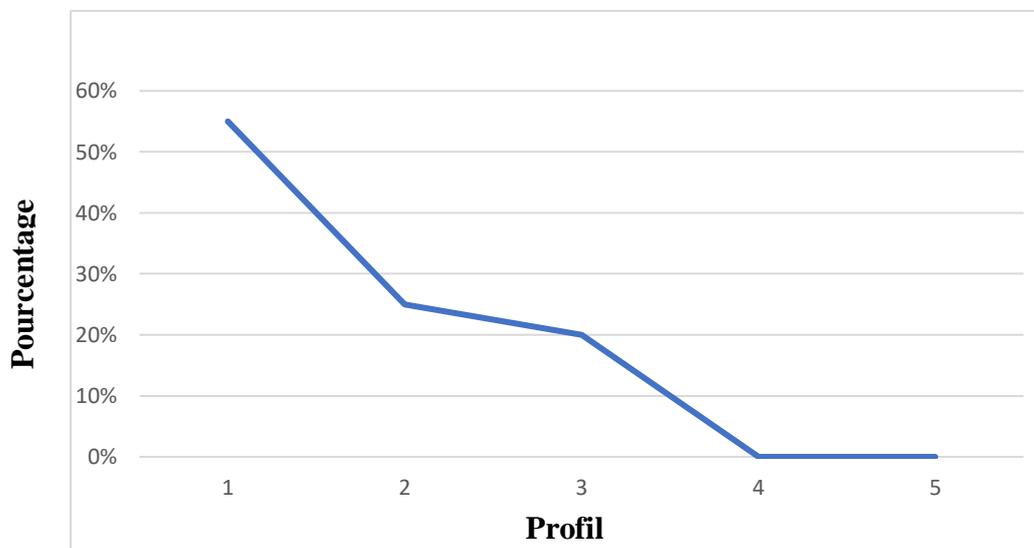
Après les réponses de notre groupe de recherche, nous avons effectué la cotation des questionnaires qui nous a mené à avoir des résultats sur le niveau d'intensité du traumatisme psychique, ces résultats seront exposés dans le tableau suivant :

Tableau N° 6 : Tableau récapitulatif des notes étalonnées et du niveau d'intensité du traumatisme obtenus chez le groupe de recherche.

Classes	1	2	3	4	5	Σ
Evaluation clinique	Absence de traumatisme	Traumatisme léger	Traumatisme moyen	Traumatisme fort	Traumatisme très fort	
Effectif	11	5	4	0	0	20
Pourcentage	55%	25%	20%	0%	0%	100%

A partir de ce tableau, et à partir des notes brutes converties en notes étalonnées, nous remarquons une absence de traumatisme chez 55% des pompiers interrogés. Nous constatons également que 25% des pompiers ont un traumatisme léger et 20% de ces derniers ont un traumatisme moyen.

Courbe : représentation graphique du pourcentage de chaque niveau d'intensité du traumatisme psychique.



A partir de la représentation graphique des résultats obtenus, nous avons remarqué que l'évaluation clinique la plus élevée est celle de l'absence de traumatisme avec un pourcentage de 55%, suivie de l'évaluation clinique traumatisme léger avec un pourcentage de 25%, et la plus basse c'est celle du traumatisme moyen avec un pourcentage de 20%, et un pourcentage de 0% pour les deux autres évaluations clinique (Traumatisme fort et traumatisme très fort).

Les résultats que nous allons présenter dans les lignes suivantes montrent le degré du traumatisme psychique de tout le groupe de recherche. Ces résultats consistent l'ensemble des notes brutes divisées sur l'effectif.

$$24+37+35+17+18+19+15+23+18+3+18+22+16+5+46+36+80+65+65+57=619$$

$$619/20=30,95\%$$

La moyenne est 30,95 donc nous pouvons dire que le degré du traumatisme psychique chez notre groupe de recherche est mesuré léger.

Deuxième partie : Délai d'apparition et durée des troubles :

Dans la deuxième partie du questionnaire nous remarquons que chez les 20% des pompiers ayant un traumatisme moyen la présence de certains troubles tels que la reviviscence, les flash-backs, les troubles de sommeil, l'hypervigilance, l'anxiété et l'augmentation de la consommation de certaines substances (café, cigarette), et certains de ces troubles sont présents depuis l'évènement jusqu'à ce jour.

Chez les 25% des pompiers ayant un traumatisme léger, nous remarquons une présence des troubles tels que la reviviscence, les troubles de sommeil, l'anxiété, l'agressivité, les difficultés de concentrations et de mémoire et l'hypervigilance qui ont apparus entre les 24 heures et les 3 jours après l'évènement et disparus juste après quelques mois voire une année.

Concernant le reste des pompiers qui ont une absence de traumatisme (55%), certains troubles comme l'anxiété, l'angoisse et quelques réactions physiques (sueur, maux de tête) sont apparus également pendant l'évènement et disparus juste après.

Synthèse

Nous avons consacré ce chapitre pour bien expliquer et définir la méthode et l'outil de recherche que nous avons utilisé, ce qui nous a permis d'assurer une bonne organisation à notre travail. Nous avons présenté notre groupe de recherche ainsi que le déroulement de notre préenquête. Et nous avons aussi exposés à travers ce chapitre les résultats obtenus dans notre préenquête.

Conclusion

Lorsqu'un évènement exceptionnel et soudain met en danger la vie des personnes et leur environnement, les pompiers sont les premiers à s'y retrouver sur les lieux de ce dernier pour porter secours aux victimes et aux personnes en danger. Dans n'importe quel moment, n'importe quel endroit et dans n'importe quelles circonstances, les pompiers mettent leur vie en péril afin de sauver celle des autres. En effet, les pompiers font des interventions de tout type, des interventions où le danger et le risque sont faibles et des interventions où les risques sont présents.

Pendant leur travail, ils sont exposés à différents évènements qui peuvent être à la fois choquants et traumatisants et cela peut évidemment avoir des répercussions sur leur santé psychologique. Le pompier peut avoir le risque de développer des troubles psychologiques tels que le stress, l'épuisement professionnel et le traumatisme psychique, pour cela nous avons choisi de réaliser cette étude quantitative auprès des pompiers afin de savoir si le travail du pompier peut réellement avoir un impact traumatique et pour trouver la prévalence du traumatisme psychique chez cette catégorie d'intervenants.

En raison de la situation sanitaire (Covid-19) que notre pays et les autres pays du monde traversent actuellement, notre enquête n'a pas pu être réalisée et nos hypothèses n'ont pas été confirmées ou infirmées. Mais nous avons pu réaliser une préenquête avant que le confinement soit déclaré par le Ministère de la santé. Notre préenquête a été réalisée à l'U.P.P.C de Bejaia auprès de 20 pompiers de différents grades, de différents âges et de différentes années de service, en utilisant le questionnaire Traumaq qui évalue le traumatisme psychique.

Dans un groupe de 20 pompiers, on retrouve une présence d'un traumatisme léger chez 20% des pompiers, un traumatisme moyen chez 25% des pompiers et une absence du traumatisme chez les 55% des pompiers restants. La moyenne générale du traumatisme chez les 20 pompiers est de 30,95% ce qui veut dire que le groupe de recherche présente un traumatisme léger.

Les résultats obtenus peuvent témoigner que le travail du pompier peut avoir un impact traumatique et des problèmes psychologiques liés à leur métier peuvent apparaître et que le traumatisme psychique peut être présent chez ces intervenants.

Cette étude peut permettre de montrer l'importance d'une prévention et d'informations auprès des pompiers. Elle peut montrer également que le travail du pompier est un travail exigeant et dur, et que les interventions peuvent influencer négativement sur la santé physique

et psychologique des sauveteurs et qu'elles peuvent provoquer des troubles d'ordre psychologique.

Enfin, une prise en charge psychologique des pompiers est fortement nécessaire pour le bien-être de ces derniers et aussi afin d'opérer les personnes susceptibles de développer un traumatisme psychique. Dans ce métier, des séances de débriefing psychologique est évidemment nécessaires après chaque intervention et une équipe de spécialistes (psychologues et psychiatres) est importante dans toutes les unités de la protection civile qui permettra l'accompagnement psychologique des pompiers dans leurs interventions et dans les évènements extrêmement violents et traumatisants afin d'assurer la prise en charge et l'équilibre psychologique des pompiers.

Pour conclure, il faut savoir que les troubles psychologiques dans les milieux professionnels constituent un sujet qui mérite d'être étudié, car ces troubles peuvent être comme étant des blessures psychiques qui sont souvent vécues comme un handicap en raison de leurs lourdes répercussions sur la vie sociale, les relations familiales ou la vie professionnelle des individus notamment les pompiers. Pour cela, nous allons ouvrir le champ d'étude d'aborder quelques thématiques que nous avons estimés à étudier : Le stress post-traumatique et les stratégies de coping chez les pompiers, les risques des interventions sur la santé psychologique des pompiers, l'épuisement professionnel chez les pompiers face au Covid-19 et aussi le vécu psychologique des pompiers face au Covid-19.

*La liste des références
bibliographiques*

1. Aljendi, N. (2015). Traumatisme psychique et symbolisation (cas des victimes de guerre en Irak). (Thèse de Doctorat d'Etat en psychologie clinique). Université Lumière Lyon2. France.
2. Al joboory, S et al. Psychotraumatologie, prendre en charge les traumatismes psychiques. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.07.002>
3. American Psychiatric Association. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd). France : Elsevier Masson.
4. Anaut, M. (2002). Trauma, vulnérabilité et résilience en protection de l'enfance, n°77, pp.101-118. www.cairn.info/journal.connexions.2002-1-page.htm
5. Aubert, N. (2003). *Le culte de l'urgence : la société malade du temps*. Paris, France : Flammarion.
6. Barrois, C. (1998), *les névroses traumatiques*. Paris, France : Dunod.
7. Benrahal, N. (2016), Pour mieux répondre aux préoccupations des citoyens, la préservation de la santé mentale des pompiers, un enjeu pour la DGPC, art, *Protection Civile*.
<http://www.protectioncivile.dz/?controller=article&action=contenu&ida=346&idr=-1>
8. Boudoukha, A. (2009). *Burnout et traumatisme psychologique*. Paris, France : Dunod.
9. Boullier, D. Chevrier, S. (2000). *Les sapeurs-pompiers : des soldats du feu aux techniciens du risque*. France : Presses Universitaires de France – PUF.
10. Bouvard, M., Cottraux, J. (1996, 1998, 2002) *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie* (3^e éd). Paris, France : Masson.
11. Chidiac, N., Crocq, L. (2010). *Le psycho-trauma. Stress et trauma. Considérations historiques*. Paris, France : Elsevier Masson.
12. Ciccone, A., Ferranr, A. (2009). *Honte, culpabilité et traumatisme*. Paris : Dunod
13. Circulaire DHOS/O1/2004/151 du 29 mars 2004 relative au rôle des SAMU, des SDIS et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente.
<https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=5699>
14. Cottraux, J. (2004). *Les thérapies comportementales et cognitives*. Paris, France : Masson
15. Coutanceau, R., Smith, J., Lemitre, S. (2012). *Trauma et résilience*. Paris, France : Dunod.
16. Crocq, L. et al. (2014). *Traumatisme psychique prise en charge psychologique des victimes* (2^e éd). Paris, France : Masson.
17. Crocq, L. et al. (2007) *traumatisme psychique ; prise en charge psychologique des victimes*. Paris, France : Masson.

18. Damiani, C., Pereira, M. (2006) Traumaq, questionnaire d'évaluation du traumatisme, manuel. Paris, France : Les éditions du centre de psychologie appliquée.
19. Decam, L. (2012). De la névrose traumatique à l'état de stress post-traumatique étude d'une population de consultants aux urgences psychiatriques. (Thèse de Doctorat d'Etat en médecine). Université de Joseph Fourier. Canada.
20. Declercq, M., Lebigot F. (2001). *Les traumatismes psychiques*. Paris, France : Masson.
21. Définition de la sécurité civile. <http://www.doubs.gouv.fr/Politiques-publiques/Securite-et-protection-de-la-population/Securite-civile/Definition-et-organisation-de-la-securite-civile>
22. Décret exécutif n° 11-106 du Aouel Rabie Ethani 1432 correspondant au 6 mars 2011 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant au corps spécifique de la protection civile, *Journal officiel de la république algérienne*, n°15.
23. De soir, E. (1999). La gestion du stress traumatiques chez les sapeurs-pompiers et les ambulanciers. Exigences avec le debriefing psychologique en Belgique. N°2, pp.139-152
24. Douesnard, J. (2010). La santé psychologique des pompiers : portrait de situation et éclairage de la psychodynamique du travail. (Thèse de Doctorat d'Etat en Philosophie). Université Laval Québec. Canada.
25. Douesnard, J. Saint-Arnaut, L. (2011). Le travail des pompiers. Un métier au service de l'autre, n°26, pp.35-53. www.cairn.info/revue-travailler.2011.2-Page-35.htm
26. Freud, S. (1989). *Au-delà du principe du plaisir*. Paris : Payot.
27. Fortain, M-F., Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche-Méthodes quantitatives et qualitatives*. (3eme édition). Québec. Chenelière Education.
28. Grawitz, M. (2001). *Méthodes des sciences sociales*. Paris : Dalloz.
29. Historique de la protection civile.
[Http://www.protectioncivile.dz/?controller=article&action=contenu&ida=2&idr=1](http://www.protectioncivile.dz/?controller=article&action=contenu&ida=2&idr=1)
30. Kanzari, R. (2008). Les sapeurs-pompiers, une identité temporelle de métier. (Thèse de Doctorat d'Etat en sociologie). Université de Toulouse. France.
31. Le petit Larousse Illustré. (2014). Paris, France : Larousse.
32. Lebigot, F. (2005). *Traiter les traumatismes psychiques, Clinique et prise en charge*. Paris, France : Dunod.
33. Motreff. Y, Pirard. P, Baubet. T, Chauvin. P, Vendentorren. S. (2018). Enquête de santé publique post-attentats de 13 novembre 2015 (ESPA 13 novrmbre) : Premiers résultats concernant les intervenants. *Public Health suvey-PHS*, pp. 756-764.

34. N'da, D. (2015). *Recherches et méthodologie en sciences sociales et humaines*. Paris, France : L'harmattan.
35. OMS. (2018). *Classification statistique international des maladies et problèmes de santé connexes* (CIM 11).
36. Pereira-Fradin, M, Damiani, C. (2007). Evaluation psychométrique des troubles post-traumatiques. *Bulletin de psychologie*, pp. 134-140. <https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2007-HS-page-134.htm>
37. Perucchi, L. (2008). *Le traumatisme*, France : Tesson.
38. Romano, H., Verdinal-Gauteur, E. (2011). *Sauveteurs et événements traumatiques*. Italie : Masson.
39. Sabouraud-Séguin, A. (2002). *Traitement cognitivo-comportemental du stress posttraumatique*. Paris, France : Dunod.
40. Samor-Hereng, M. (2018). Attentats de Trèbes et Carcassonne : dépistage des états de stress post-traumatique. (Diplôme Inter-Universitaire des services de santé et de secours médical des services départementaux d'incendie et de secours). Université de Bordeaux. France.
41. Sider, C. (2017). La relation entre le trouble de stress post-traumatique et le risque suicidaire en Algérie. (Thèse de Doctorat d'Etat en psychologie). Université de Paris XIII. France.
42. Traumatisme psychique. (1999). Dans H. Bloch (dir.). *Grand dictionnaire de la psychologie*. Paris, France : Larousse.

Annexes

*Le questionnaire
Traumaq*

Traumaq

Questionnaire d'évaluation du traumatisme

Carole Damiani
Maria Pereira-Fradin

- Passation individuelle
Collective
Victime directe de l'événement
Témoïn

Nom : _____
Prénom : _____
 F M Age : _____
Date de passation : _____
Lieu de passation : _____

Informations concernant l'événement :

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

* Nature de l'événement

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

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

¹ ITT = Interruption Temporaire de 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 : _____

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

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

Date : _____ Durée : _____

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

Non Oui Nature : _____

Date : _____

Renseignements concernant la période postérieure à l'événement :

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

Depuis l'événement

Nous allons maintenant aborder ce que vous ressentez actuellement.

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

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

Intensité (ou fréquence) de la manifestation



		0	1	2	3
D1	Etes-vous devenu anxieux(se), tendu(e) depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2	Avez-vous des crises d'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D3	Craignez-vous de vous rendre sur des lieux en rapport avec l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D4	Vous sentez-vous en état d'insécurité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D5	Évitez-vous des lieux, des situations ou des spectacles (TV, cinéma) qui évoquent l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E2	Vous estimez-vous plus méfiant(e) qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3	Etes-vous plus irritable que vous ne l'étiez avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E4	Avez-vous plus de mal à vous maîtriser (crise de nerfs, etc.) ou avez-vous davantage tendance à fuir une situation insupportable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E5	Vous sentez-vous plus agressif(ve) ou craignez-vous de ne plus contrôler votre agressivité depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E6	Avez-vous eu des comportements agressifs depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F2	Avez-vous observé des variations de votre poids ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F3	Avez-vous constaté une détérioration de votre état physique général ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F4	Depuis l'événement, avez-vous des problèmes de santé dont la cause a été difficile à identifier ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F5	Avez-vous augmenté la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, médicaments, nourriture, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total F					

		0	1	2	3
G1	Avez-vous plus de difficultés à vous concentrer qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G2	Avez-vous plus de "trous de mémoire" qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G3	Avez-vous des difficultés à vous rappeler l'événement ou certains éléments de l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total G					

Intensité (ou fréquence) de la manifestation



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

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

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

DEUXIEME PARTIE

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

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

Délai d'apparition des troubles depuis l'événement

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

Durée des troubles

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

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

Résultats au TRAUMAQ

Cotation des échelles de la première partie

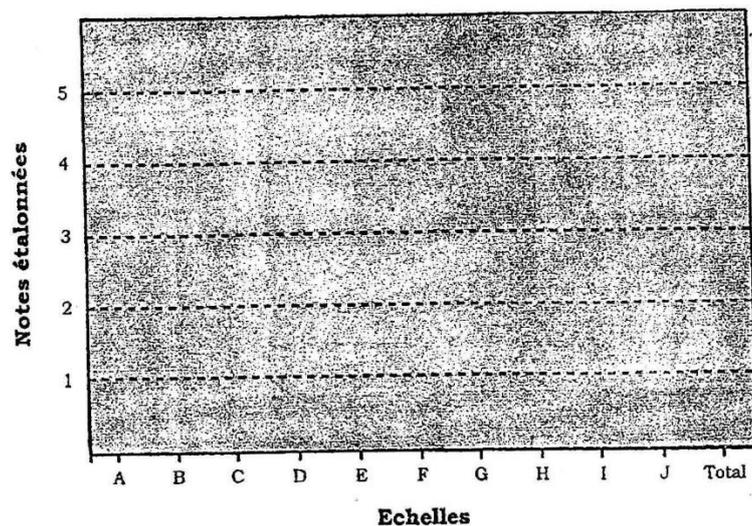
Les notes brutes des échelles A à I correspondent à la somme des points attribués aux items.

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

Conversion des notes brutes en notes étalonnées

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

Profil



Résumé :

Cette thématique de recherche intitulée « *Impact traumatique du travail du pompier* » a pour objectif d'étudier les répercussions qu'engendrent les interventions, leur impact traumatique sur le pompier et aussi de déterminer le degré du traumatisme que les pompiers peuvent présenter. Pour mieux comprendre le traumatisme psychique, nous avons utilisé une approche intégrative puisqu'elle permet d'intégrer plusieurs approches explicatives du psycho traumatisme, et afin d'évaluer l'impact traumatique du travail du pompier nous avons adopté une méthode descriptive quantitative accompagnée du questionnaire d'évaluation du traumatisme *Traumaq*. En raison de la situation sanitaires (Covid-19) que l'Algérie et les autres pays traversent, nous n'avons malheureusement pas pu réaliser notre enquête, mais nous avons effectué une préenquête avant que le confinement soit déclaré par le Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalier-Algérie, et qui a débuté le 23/12/2019 jusqu'au 04/01/2020 à l'unité principale de la protection civile de Bejaia, où 20 pompiers ont été interrogés. Les résultats de cette préenquête montrent la présence d'un traumatisme léger chez ce groupe puisque la moyenne générale du traumatisme obtenue est de 30,95%. Les résultats obtenus peuvent témoigner que le travail du pompier et les événements traumatogènes qu'ils rencontrent durant leurs interventions peuvent avoir un impact traumatique et des répercussions sur la santé psychologique des pompiers.

Mots clés : Traumatisme psychique ; Pompiers ; Interventions ; Evènements traumatogènes.

Abstract:

This thematic research, entitled "Traumatic impact of the firefighter's work", aims to study the repercussions of the interventions, their traumatic impact on the firefighter and, also, to determine the degree of trauma that firefighters can present. To better understand the psychological trauma, we used an integrative approach, since it makes it possible to integrate several explanatory approaches to the psycho-trauma, and in order to assess the traumatic impact of the firefighter's work we adopted a quantitative descriptive method accompanied by the questionnaire of trauma assessment "Traumaq". Due to the health situation (Covid-19) that Algeria and other countries are going through, we were, unfortunately, not able to carry out our investigation. But we carried out a pre-investigation before the quarantine was declared by the Ministry of Health, Population and Hospital Reform and which began from 23/12/2019 until 04/01/2020 at the main unit of civil protection in Bejaia, where 20 firefighters were interviewed. The results of this pre-survey show the presence of mild trauma in this group since the overall means trauma obtained is 30.95%. The results obtained may attest that the work of the firefighter and the traumatic events they encounter during their interventions can have a traumatic impact and repercussions on the psychological health of firefighters.

Keywords: Psychological trauma, Firefighters, Interventions, Traumatic events.