

République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
Université Abderrahmane Mira - Béjaïa
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département de Psychologie et d'Orthophonie



Mémoire de fin de cycle

EN VUE DE LOBTENTION DU DIPLOME DE MASTER EN
PSYCHOLOGIE

Option : psychologie clinique

Thème

Le traumatisme psychique chez les accidentés
de la route

Réalisé par :

BECHIR Zahra et AMARA Katia

Encadré par :

Mr Laboudi Fatih

Année universitaire : 2023-2024

Remerciements

CE TRAVAIL ARRIVE À SA FIN . NOUS TIENS TOUT D'ABORD À REMERCIER DIEU TOUT PUISSANT ET MISÉRICORDIEUX QUI NOUS A DONNÉ LA FORCE ET LA PATIENCE D'ACCOMPLIR CE MODESTE TRAVAILLE ET A PERMIS QUE NOUS SOYONS CE QUE NOUS SOMME AUJOURD'HUI.

EN PREMIÈRE LIEU NOUS ADRESSONS NOS SINCÈRES REMERCIEMENTS À MONSIEUR LABOUDIFATIH , POUR AVOIR ACCEPTÉE D'ENCADRER CE TRAVAIL ET POUR SES CONSEILS ET SES PRÉCIEUSES ORIENTATIONS, SA PATIENCE QU'IL N'A CESSÉ DE NOS APPORTER TOUT AU LONG DE CE TRAVAIL.

NOUS TENONS TOUT PARTICULIÈREMENT À REMERCIER VIVEMENT LES MEMBRES DE JURY D'AVOIR ACCEPTÉ D'ÉVALUER CE MODESTE TRAVAIL . C'EST UN HONNEUR POUR MOI QUE DE DISCUTER LES RÉSULTATS DE MA RECHERCHE AVEC VOUS.

EN DEUXIÈME LIEU JE TIENS À EXPRIMER MA PROFONDE GRATITUDE ET MES SINCÈRES REMERCIEMENTS À TOUTES LES PERSONNES QUI ONT CONTRIBUÉ À LA RÉUSSITE DE MON STAGE AU SEIN DE L'HÔPITAL AKLOUL ALI AKBOU . LEUR SOUTIEN INESTIMABLE, LEUR EXPERTISE ET LEURS ENCOURAGEMENTS ONT GRANDEMENT ENRICHI MON EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE .

EN TROISIÈME LIEUX À MON TUTEUR DE STAGE, MME SAADI GHANIA , POUR SA GUIDANCE ET SES PRÉCIEUX CONSEILS TOUT AU LONG DE MON STAGE. SA PATIENCE, SON PROFESSIONNALISME ET SA DISPONIBILITÉ ONT ÉTÉ D'UNE AIDE PRÉCIEUSE DANS LA RÉALISATION DE MES MISSIONS ET DANS MON DÉVELOPPEMENT PERSONNEL.

EN QUATRIÈME LIEUX AU ACCIDENTÉS DE LA ROUTE QUI NOUS ONT ACCORDÉ LES ENTRETIENS .

ENFIN ; NOUS REMERCIONS TOUTES PERSONNES QUI ONT PARTICIPÉ DE PRÈS OU DE LOIN À LA RÉALISATION DE CE MODESTE TRAVAIL.

Dédicace

C'est avec une vive joie, gratitude que Je dédie ce travail en Signe du respect et de remerciement :

À mon père Morad qui est parti tôt, c'est vrai qu'il n'est pas avec nous mais il reste toujours le plus présent. Il apprécie cet humble geste comme preuve de reconnaissance de la part de sa fille qui a toujours prié pour le salut de son âme. Que Dieu l'accueille dans son vaste paradis.

À ce qu'est toujours mon meilleur exemple dans la vie : ma Mère Chafiâa muse pour les sacrifices qu'elle a consentis pour mon éducation, elle été toujours à mes côtés avec sa tendresse son soutien et ses sacrifices tout au long de mon parcours scolaire C'est grâce à elle que J'ai arrivé ici.

À mes frères Mouhend Ourabah et Lhadiboua sammes piliers

À mes sœurs : Kahina, MelaaZ, Dihia et Djchraet leurs maris Yahia Larbi et Massy à qui je souhaite des vies pleines de joie et de réussite.

À mon cher Chafik qui été avec moi jusqu'au bout merci d'être là avec moi à toute ma belle famille .

À mes petits neveux Anis Abdou et sur tout Brayan .

À notre promoteur Monsieur Laboudi Fatih, pour sa tendresse, sa modestie et la qualité de son encadrement, vous êtes mon modèle.

À tous mes amis (es), pour le réconfort qu'ils m'ont apporté, tout au long de ce travail.

Dédicaces À tous ceux qui me connaissent de près ou de loin.

À Ma binôme Zahra chère amie avant d'être binôme une fille que j'apprécie énormément merci pour ta confiance .

À vous chère lecteur

De la part de Katia

Dédicace

*À mes chères Parents : Rachid et Nadia que je remercie pour leurs amours leurs confiance leurs
conseils leur soutien inconditionnelle qui m'a permis de réaliser les études pour lesquelles je me
destine et par conséquent ce mémoire*

À mes amours Frère et sœurs Aziz et Manon a la prunelle de mes yeux Wissam

*À mes Grands-Parents : Mehdi Said et Malika que dieu les garde pour nous, alda et
mehdi taye paix à leur âme*

*À mes chères Tantes : Nadia, Warda, Nououara, Rahma, Loulikha a ma deuxième maman ma tendre
tante qui nous a laissée si tôt Zina (paix à son âme)*

*À mes Oncles : Ali, Azedine Farid Idir omara qui je souhaite une longue vie à mes chers
Hamouché et aziz (paix à leur âme)*

À mes cousins Sakhdarbilel mokranyouba amine ahmad amir daris et Ilyas que j'aime énormément

*À mes cousines cyriace celiamaïssa kenzamaïssa celine et ma petite Lucine que dieu les protège
pour moi*

À mon amie d'enfance Sabrina, ma meilleure amie Sarah et à ma binôme Katia

*À mon encadreur Mr Laboudi Fatih que je remercie infiniment pour sa gentillesse sa haute
bienveillance*

Zahra

Liste des tableaux

Tableaux	Titre	Page
1	Evolution annuelle moyenne des accidentes et de victime de 1970 a 2014	52/53 /54 /55
2	LES PRINCIPALES CAUSES DES ACCIDENTES DE CIRCULATION SUR LE TERRITOIRE Algérien	56
3	Tableau des accidentes de neuf dernières années dans le territoire nationale	57
4	Tableau récapitulatif des accidentes de route de la wilaya de Bejaia	58
5	Tableau récapitulatif des résultats de la recherche	82

Liste des abréviations

Abréviations	Signification
APA	American Psychological Association
AMM	L'autorisation de mise sur le marché
AVP	Accidente de la voie de publique
CNPSR	Centre national de prévention et sécurité routière
CIM	CIM 10 : classification internationale des maladies
DSM	Manuelle diagnostique et statistique des troubles mentaux
EMDR	L Eye mouvement desensitization and reprocessing .
IFSTTAR	Institut français des sciences et technologie des transports de l'aménagement et des réseaux
INRETS	Institut national de recherches et d'études des transports et de leur sécurité
ISRS	Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine
IRTAD	Internationale road Traffic accidents data base
OMS	Organisation mondiale de la sante
ONSER	Organisation nationale de recherche dans le domaine de la sécurité routière
OCDE	Organisation de coopération et de développement
PTSD	Post-traumatic stress Disorders

Table de matière

Liste des tableaux

Liste des abréviations

Table de matière

Introduction générale..... 1

Le cadre général de la problématique

Les raisons du choix du thème 3

Les objectifs de la recherche 3

Problématique..... 3

Hypothèses Générale :..... 8

Partie théorique

Chapitre I le traumatisme psychique

Préambule..... 11

1. Histoire..... 12

2. Qu'est-ce qu'un traumatisme psychique ?..... 14

3. La définition de l'évènement traumatique 15

4. Aspects neuropsychologiques des traumatismes psychiques 18

5. Les différents concepts connexes du traumatisme psychique..... 19

5.1 Névrose traumatique 19

5.2 Le deuxième aspect du traumatisme psychique est l'effet qu'il a immédiatement sur le sujet. 20

5.3 L'effroi 20

5.4 La soudaineté..... 21

5.5 Le syndrome de répétition..... 22

6. Traumatismes simples et complexes :..... 22

7. Les conséquences de traumatisme 23

7.1 Le syndrome de répétition..... 23

7.2 Remaniements et altération de la personnalité 24

7.2.1 Au niveau émotionnel 24

7.2.2 Au niveau cognitif 24

7.2.3 un niveau comportemental 25

7.3 Les troubles associés 25

7.4 Les conséquences psychosociales 26

8. Critères diagnostiques selon le DSM5 et la CIM10 26

8.1 Critères diagnostiques selon le DSM5..... 26

8.2L'État de stress post-traumatique selon la CIM-10 :.....	30
9. Prise en charge	31
9.1Pharmacologie.....	31
9.2Thérapie cognitive et comportementale	32
9.3Thérapie psychodynamique – psychanalytique.....	32
9.4EMDR	33
9.5Le débriefing	33
9.6Le défusing	34
9.7L'hypnose.....	34
9.8La relaxation.....	35
9.9L'exposition	35
9.10Groupe.....	35
9.11Psychomotricité.....	36
9.12Soutien sociale.....	37
10.Les modèles explicatifs de la psycho-trauma pour certains acteurs :.....	37

Chapitre II les accidents de la route

Préambule.....	42
1. Notions et définitions des concepts de base.....	43
1.1Définition de l'accident.....	43
1.2L'accidentologie routière	43
1.3Accident de la circulation.....	43
1.4La victime.....	44
1.5Les piétons.....	44
2. Les types d'accidents de la route	44
2.1Les accidents matériels.....	44
2.2Les accidents corporels	44
2.2.1Les personnes tuées	45
2.2.2Les personnes blessées	45
3. Les caractéristiques spatio-temporelles des accidents de la route Elles sont caractérisées par deux facteurs :	45
3.1Le facteur temporel	45
3.2Le facteur spatial	45
4. Les causes des accidents de la route	46
4.1Les causes liées aux facteurs humains	46
4.2Les causes liées au conducteur.....	46

4.2.1L'ivresse au volant :	46
4.2.2La consommation de drogue	47
4.2.3La vitesse	47
4.2.4Fatigue du conducteur	47
4.2.5Usage du téléphone cellulaire au volant.....	48
4.2.6L'imprudence des piétons	48
4.2.7L'expérience et l'âge du conducteur	48
4.2.8Le permis de conduire	49
4.3Les causes liées au véhicule	49
4.4Les causes liées à l'environnement	50
5. Aspect statistique et épidémiologique des accidents de la circulation.....	51
5.1Sécurité routière dans le monde	51
5.2La sécurité routière en Algérie	52
5.2.1Les principales causes des accidents de circulation sur le territoire national	55
5.2.2Sécurité routière dans la wilaya de Bejaia	57
6. La prise en charge des accidentés de la route	57
6.1La phase pré-hospitalière :	57
6.2La phase hospitalière :	58
Synthèse	58

Partie pratique

Chapitre III Méthodologie de la recherche

Préambule.....	59
1. Présentation de lieu de recherche.....	60
2. La définition de la méthode de recherche clinique adéquate	60
3. L'échantillon de recherche.....	61
4. La démarche de la recherche.....	61
5. L'entretien clinique	62
6. Définition de l'étude de cas	62
7. Population concernée	64

Chapitre IV présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

1. Présentation et analyse des résultats	66
1.1Présentation Des cas.....	66
1.1.1Présentation de premier cas.....	66
1.1.2Analyse de l'échelle	66
1.1.3L'analyse de l'entretien :	66

Synthèse du cas de yacine :	67
1.1.1Présentation du deuxieme cas :	68
1.1.2Analyse de l'échelle	68
1.1.3L'analyse de l'entretien	69
Synthèse de cas de khireddine :	69
1.1.1Présentation du troisième cas :	70
1.1.2L'analyse de l'entretien :	70
La synthèse du cas :	70
1.1.1Présentation du cas de Salima :	72
1.1.2L'analyse de l'échelle :	72
1.1.3L'analyse de l'entretien :	72
Synthèse du cas de Salima :	74
1.1.1Présentation du cas de Nacer :	75
1.1.2L'analyse de l'échelle :	75
1.1.3L'analyse de l'entretien :	75
Synthèse du cas de Nacer :	76
1.1.1Présentation du cas de Chafia :	77
1.1.2L'analyse de l'entretien :	77
La synthèse du cas de chafiaa :	79
2. Analyse général des cas	80
3. Discussion des hypothèses	82
Conclusion generale	83
Liste bibliographique	
Annexes	

Introduction générale

Introduction générale

Introduction générale

Tous les jours, des milliers de personnes sont tuées ou blessées sur nos routes. Les hommes, les femmes et les enfants qui sortent de chez eux pour se rendre au travail ou à l'école ou encore pour jouer ou voyager ne rentrent pas souvent chez eux à cause des accidents de la route. En effet, avec la croissance de la motorisation et le développement du réseau routier, l'insécurité routière est devenue aujourd'hui, et constitue une préoccupation majeure des pouvoirs publics.

Ces traumatismes sont actuellement la principale cause de décès chez les enfants et les jeunes adultes de 5 à 29 ans. Le taux de mortalité dû à des accidents de la circulation routière. On dénombre que 93 % des décès sur les routes surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, alors qu'ils ne possèdent qu'environ 60 % du parc mondial de véhicules. Selon l'OMS : Chaque année, environ 1,3 million de personnes perdent la vie dans un accident de la route.

On recense en plus de 20 à 50 millions de blessés, nombre d'entre eux gardant une invalidité à la suite de leurs blessures. Elle estime que ce nombre doublera d'ici à 2030. En Algérie, comme partout dans le monde, le fléau des accidents de la circulation constitue une menace majeure pour la santé publique, et ses conséquences économiques et sociales sont désastreuses, au-delà du drame humain qui endeuille chaque année, des milliers de familles. En dépit des mesures prises pour rendre les routes plus sûres, d'après les chiffres communiqués par la Délégation Nationale de la Sécurité Routière, le nombre d'accidents de la route s'établit à 22 507 accidents en 2019, en suite, en 2020 l'Algérie a déploré 18949 accidents de la circulation dont 2 844 morts et 25 836 blessés.

Ces accidents suscitent des questions, comme la rencontre avec le réel de la mort et ses séquelles incrustées dans le psychisme survenant chez les victimes

Introduction générale

d'accident de la route. Celui-ci entraîne des traumatismes et blessures psychiques que sont des phénomènes qui relèvent autant des événements de la vie quotidienne que de ceux des temps exceptionnels. Nul n'échappe à ces aléas. Notre appareil psychique est organisé pour faire face.

Après avoir vécu un événement traumatique, on ne comprend souvent pas ce qui nous arrive. Nos réactions nous semblent incompréhensibles et chaotiques. Certaines peuvent nous paraître complètement farfelues, anormales, voire pathologiques. On peut même craindre qu'elles soient permanentes. En tout cas, on ne se reconnaît plus. Or, il se pourrait que nos réactions soient normales et connues... et que nous souffrions de symptômes post-traumatiques.

Dans ce modeste travail on va essayer d'évaluer traumatique dû à l'accident de la route, et spécifiquement chez des personnes avec graves séquelles physiques et de montrer le degré d'intensité de ce dernier. Notre travail se divise en trois parties, la partie théorique qui englobe deux chapitres, le premier consacré pour le traumatisme psychique, et le deuxième pour l'accident de la route, de plus la problématique, la formulation des hypothèses, et opérationnalisation des concepts, ensuite la partie méthodologique basée sur la méthodologie de recherche. Enfin, la partie pratique qu'est consacrée à l'analyse des résultats et la discussion des hypothèses.

Le cadre général de la problématique

Le cadre générale de la problématique

Les raisons du choix du thème

Dans de nombreux pays, la sécurité routière est devenue une préoccupation prioritaire. Les accidents de la route imposent d'immenses coûts sociaux d'effets néfastes sur l'activité économique et la qualité de vie. Les traumatismes dû à ces de la circulation sont la huitième cause de décès pour tous les groupes d'âge. Devant ces obstacles, les défis doivent être relevés, ils consistent en la mise en place des infrastructures appropriées pour soutenir les politiques, le renforcement de la collaboration multisectorielle, la sensibilisation du grand public, la compréhension et le respect des nouvelles réglementations, dans le but de réduire de moitié les décès dû aux accidents de la route. Notre objectif avec le choix de ce thème, c'est de détecté le traumatisme psychique chez les gens ayant souffert des accidents de route et trouver des solutions à fin d'aider avec des prises en charges différentes, pour avoir une vie meilleure. Sans oublié, les manques des études dans cette perspective, ce qui à donner encore plus de motivation dans nos travaux en tant que futur spécialistes en psychologie clinique.

Les objectifs de la recherche

- Décrire la nature et qualité du vécu psychologique des accidentés de la route.
- Evaluer la qualité de vie de personnes ayant subis des accidents de la route
- Examiner le rôle du soutien psychologique et social dans les hôpitaux.
- Décrire le ressenti de ces personnes face à leurs accidents.

Problématique

Les victimes existent depuis la nuit des temps. Depuis le début du XIXe siècle, les répercussions de la criminalité, des guerres, des accidents et des

Le cadre générale de la problématique

catastrophes naturelles sur leur équilibre psychique suscitent une attention croissante du monde scientifique. Ces événements diffèrent selon les agents qui les provoquent et peuvent aller de simples situations stressantes ou frustrantes de la vie quotidienne, telles que la promiscuité et le rythme accéléré de la vie moderne, à des situations menaçantes, violentes, destructrices appelées événements traumatiques.

Parmi ces derniers, nous pouvons citer les accidents routiers, partout dans le monde, le fléau des accidents de la circulation constitue une menace majeure pour la santé publique, et ses conséquences économiques et sociales sont désastreuses, au-delà du drame humain qui endeuille chaque année, des milliers de familles. L'insécurité routière est devenue le terrorisme de la route car chaque année les accidents de la route font des milliers de victimes dont plusieurs handicapés à vie.

Chaque année, les accidents de la route tuent environ 1,35 million de personnes dans le monde et font de 25 à 50 millions blessés, Le taux de mortalité dû à des accidents de la circulation routière s'élève à 8, pour 100 000 habitants, à l'échelle mondiale. Ce taux varie selon les régions, l'Afrique et l'Asie du Sud-Est enregistrent les taux régionaux plus élevés, avec respectivement 26,6 et 20,7 décès pour 100 000 habitants, suivies par les régions de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental, avec des taux comparables au taux mondial, 18 et 16,9 décès pour 100 000 habitants respectivement. Le rapport montre l'OMS que 28 % des décès dus aux accidents de la route dans le monde sont survenus dans la région de l'Asie du Sud-Est de, 25 % dans la région du Pacifique occidental, 19 % dans la région africaine, 12 % dans la région des Amériques, 11 % dans la région de la Méditerranée orientale et 5 % dans la région européenne (OMS ,2020). Seulement dans un intervalle de 5 ans (2019 à 2023) l'Algérie a enregistré 259749 accident de circulation, 319539 blessée et 10257 décès, dans cette ensemble de donnée la

Le cadre générale de la problématique

wilaya de Bejaia a enregistré 8113 accident de circulation, 11110 nombres de blessée, 199 décès. (CNPSR, 2024 ; protection civil de Bejaia 2024)

D'après l'organisation mondiale de la santé(OMS) les accidents de la route sont classés au deuxième rang après les catastrophes naturelles parmi les phénomènes qui affectent l'humanité et aux premières places parmi les causes de mortalité, notamment chez les jeunes. La société algérienne est de plus en plus confrontée à une situation paradoxale entre d'une part, une motorisation croissante qui est un signe de bien-être. D'autre part, une insécurité routière fortement élevée. La comparaison faite avec d'autres pays démontre que ce phénomène devient de plus en plus grave. Les traumatismes dûs à ces accidents de la circulation sont la huitième cause de décès pour tous les groupes d'âge. Ces traumatismes sont actuellement la principale cause de décès chez les enfants et les jeunes adultes de 5 à 29 ans.

Un accident de la circulation ou l'accident sur voie publique est un état de choc sur le réseau routier entre un engin roulant (voiture, moto, vélo, bus) et toute autre chose ou personne, qui conduit à des dégâts matériels ou des blessures humains, que ces dégâts soient occasionnés aux véhicules ou à un élément de la route (Loucif.L. 2009). Dans les suites immédiates du traumatisme, la personne peut indiquer n'être pas perturbée ou ne l'être que très peu. Elle peut se sentir et se comporter normalement. En fait, elle cherche avant tout à retrouver son équilibre avec l'espérance, fondée, qu'elle y arrivera rapidement. Mais quelque chose reste d'une tension inquiète. Pour celle-ci, l'étiologie traumatisante se définit par l'existence d'un traumatisme psychique qui est la réponse de l'individu à un événement hors du commun et dont le caractère exceptionnel doit être souligné, il s'agit d'un accident de la vie imprévisible qui ne doit pas être confondu, comme c'est souvent le cas, avec des événements de vie stressants comme les ruptures, les conflits ou les situations de deuil non traumatiques.

Le cadre générale de la problématique

Plusieurs chercheurs se sont penchés sur ce sujet pour définir et cerner la problématique de la psycho traumatisme, afin de connaître, pour mieux prévenir ses conséquences :

Le modèle traumatique a constitué pour les premiers psychanalystes un prototype étiologique de la formation d'une névrose. S. Freud (1890 à 1897) mettent-ils l'accent sur les expériences traumatiques passées comme pouvant être à l'origine de la névrose. Il souligne que c'est le souvenir de l'événement qui est traumatique et agit dans le psychisme à la manière d'un corps étranger, d'où la célèbre formule « c'est essentiellement de réminiscences dont souffrent les hystériques » (Freud et Breuer, 1995). FERENCZI a remanié aussi les idées avancées par Freud après le tournant de 1920, en insistant cette fois sur le rôle de l'objet réel, notamment en soulignant les effets du déni ou de la disqualification de la souffrance traumatique de l'individu. Pour lui, traumatisme constitue une atteinte du Moi qui entraîne des effets morbides et négatifs et qui paralyse le fonctionnement psychique. Il représente à la fois une infraction sexuelle et une expérience destructrice contre laquelle le Moi ne peut se protéger qu'en se clivant. D'une autre coté Donald Winnicott s'applique à étudier les processus que l'on qualifie de traumatiques à partir d'observations de phénomènes normaux liés au développement psychique des nourrissons. Il élabore une théorie orientée autour des questions de la dépendance de l'enfant envers son environnement et de la désillusion que ses premiers objets doivent progressivement instituer dans leur lien à celui-ci et présente un ensemble de processus psychiques développementaux normaux qui sont modulés par la qualité des réponses de l'environnement aux besoins du nourrisson. Ainsi, l'expérience traumatique selon Louis Crocq (1999), constitue une pathologie de l'effroi, où le trauma n'apparaît pas juste comme une effraction psychique, mais aussi comme une négation de tout ce qui était valeurs et sens. D'après lui l'événement traumatique présente certaines spécificités que sont les sentiments

Le cadre générale de la problématique

de frayeur, d'horreur, d'impuissance. Plein des auteurs contemporains on fait de aussi recherche sur traumatisme François Lebigot 2005 dans son « livre traiter les traumatismes psychiques ». Il tente de montrer l'évolution des idées sur la névrose traumatique. Il y a aussi Maurice Dayan dans son livre « Trauma et devenir psychique » qui explique que tout devenir singulier peut être dit irréversible, sans qu'on ait besoins d'y introduire l'effet spécifique de l'évènement traumatique.

Dans notre recherche on a opté pour l'utilisation d'une approche intégrative permet de mieux répondre aux objectifs de notre sujet de recherche, car elle permet d'intégrer les différentes approches explicatives du psycho trauma, mais aussi de déboucher sur un cadre de réflexion multidisciplinaire qui peut nous faire accéder à une meilleure description et exploration des déterminants de cette pathologie psychique. Dans cette approche intégrative appliquée au traumatisme psychique, l'outil de recherche, le guide d'entretien à côté du questionnaire d'évaluation du traumatisme « TRAUMAQ », occupe une position stratégique incontournable, puisque leur utilisation nous permet de détecter le degré du traumatisme psychique et savoir à quel point les accidents de route peuvent engendrer un traumatisme psychique. Dans les cas trouvé dans le terrain nous constatons qu'ils ont un traumatisme moyen (type I/simple).

Ce qui nous a incités à traiter le phénomène du psycho trauma des accidentés du travail, c'est bien qu'il est sous diagnostiqués dans de nombreux services médicaux et des centres de rééducations fonctionnelles, où le sujet pouvait se trouver réduit à n'être qu'un corps-organisme et instrumentalisé comme objet de soins, d'examen, et parfois de recherches, sans se pencher sur la santé mentale de la victime, ou moment où la psychologie a marqué l'histoire humaine sur un prix exorbitant par ses contributions au sein de la communauté scientifique.

Le cadre générale de la problématique

En se basant sur la revue de la littérature et la pré-enquête qu'on a effectuée auprès des personnes ayant souffert des accidents de route, on a formulé les questions suivant afin de s'interroger sur la nature de réactions psychique face évènements traumatiques :

- Est-ce que les victimes des accidents de route souffrent-ils de traumatisme psychique ?
- Quel est le degré de traumatisme psychique chez les victimes des accidents de route ?

Hypothèses Générale :

- Les victimes d'accident de la route présentent un traumatisme psychique.
- Les victimes des accidents de route souffrent de traumatisme élevé .

Partie théorique

Chapitre I le traumatisme psychique

Préambule

Les victimes de traumatisme existent depuis la nuit des temps. Depuis le début du XIX^e siècle, les répercussions de la criminalité, des guerres, des accidents et des catastrophes naturelles sur leur équilibre psychique suscitent une attention croissante du monde scientifique.

En santé mentale, l'accent est parfois mis sur certaines entités cliniques. Aujourd'hui, nous sommes entrés dans l'ère du traumatisme psychique. Les blessures physiques jusqu'à une époque récente n'étaient pas qualifiées de traumatiques. En grec ancien, trauma signifie blessure. Quelques années après l'apparition de ce terme en médecine et en chirurgie, il est importé dans le domaine de la pathologie mentale pour qualifier des «blessures psychiques». En 1888, Oppenheim décrit une «Névrose Traumatique». Celle-ci comprenait un certain nombre de symptômes névrotiques, dont des cauchemars, qui n'apparaissaient qu'après l'accident, un accident de chemin de fer généralement.

La notion de traumatisme psychique parcourt la psychanalyse depuis son origine. À travers les théorisations des différents auteurs, elle met en débat, au sein même de la discipline, la place accordée à la réalité externe et la réalité psychique. Ce débat reste actuel tant la notion impacte différents niveaux dans le traitement et la prise en charge des patients traumatisés (social, culturel, somatique et psychique). Pour celui-ci dans cette chapitre nous retracerons l'évolution de l'intérêt pour le trauma.

1. Histoire

L'es premiers témoignages relatifs aux réactions psycho traumatiques datent de deux mille ans avant Jésus-Christ et révèlent la souffrance des Sumériens de Basse-Mésopotamie à la suite de la destruction de Nippur.

Celle-ci est passée inaperçue jusqu'en 1889, date où Oppenheim en fait une première description et introduit dans la nosographie une névrose traumatique, inconnue jusque-là. En 1899 Kraepelin spécifie le traumatisme psychique *shreck* c'est-à-dire effroi et décrit une *shreckneurose*. Comme Freud en 1920, nous nous situons dans cette lignée qui désigne comme origine à la névrose traumatique un moment d'effroi au-delà du principe de plaisir (Freud 1920). Il a reconnu comme réaction à un danger vital trois états émotionnels : « Effroi, peur, angoisses sont des termes qu'on a tort d'utiliser comme des synonymes ; leur rapport au danger permet de bien les différencier. Le terme d'angoisse désigne un état caractérisé par l'attente du danger et la préparation à celui-ci, même s'il est inconnu ; le terme de peur suppose un objet défini dont on a peur ; quant au terme d'effroi, il désigne l'état qui survient quand on tombe dans une situation dangereuse sans y être préparé, il met l'accent sur le facteur surpris. » Plus tard, dans ses considérations actuelles sur la guerre et sur la mort (Freud, 1915a), il précise ce que sera le contenu de la « surprise » : les hommes savent qu'ils vont mourir mais ils n'y croient pas. (Crocq. L. 2000, P5et6)

Tout au long du 20^{ième} siècle, l'intérêt pour les troubles traumatiques connaîtra un essor progressif et continu. Les guerres, particulièrement les deux conflits mondiaux ainsi que la guerre du Vietnam, se révéleront un terrain particulièrement fertile d'études théoriques et d'expérimentations pratiques. Sigmund Freud, Pierre Janet, SandorFerenczi et Otto Fénichel notamment enrichissent les connaissances par leurs réflexions sur les processus psychiques en jeu dans les réactions traumatiques. Ils initient également les premiers traitements psychothérapeutiques (hypnothérapie, psychanalyse), en particulier des séquelles de traumatismes anciens. L'armée, quant à elle, instaure des soins immédiats et la « psychiatrie de l'avant » voit ainsi le jour pendant la guerre russo-japonaise de 1904 -1905. Progressivement, psychiatres et psychologues du monde entier élaborent de nouvelles techniques appropriées tant à réduire les réactions aiguës qu'à prévenir les séquelles à long terme des événements traumatiques. Ils affinent les procédures et les adaptent aux différentes

populations de victimes (militaires, pompiers, policiers, victimes d'attentat, de violences sexuelles, de torture, population tout venant, etc.).

En 1978, un groupe de chercheurs, dont fait partie Chaim Shatan, propose à la commission chargée Stress Disorder dans la troisième version de cette nosographie psychiatrique. Ce sera chose faite en 1980. Le contexte politique et l'impopularité croissante de la guerre du Vietnam ont largement contribué à la reconnaissance d'une nomenclature particulière applicable aux troubles traumatiques des vétérans.

La reconnaissance d'une entité diagnostique spécifique constitue à l'époque une véritable victoire, et ce, à plus d'un titre. Premièrement, les troubles traumatiques, jusqu'alors imputés à une vulnérabilité personnelle, sont attribués à un agent extérieur, la guerre. Deuxièmement, admettre la légitimité du PTSD implique des conséquences financières colossales. Jusqu'alors, les réactions post-traumatiques étaient attribuées à une prédisposition individuelle que la circonstance particulière des combats ne faisait que révéler. La guerre n'étant pas reconnue comme la cause prédominante dans la genèse des troubles, les soldats traumatisés n'étaient pas indemnisés. L'administration chargée des victimes de guerre était donc rétive à voir apparaître une entité clinique qui la contraignait à dédommager les blessés psychiques. Troisièmement, le syndrome de stress post-traumatique est fondé sur un facteur étiologique, ce que le DSM, nosographie descriptive et sans référence théorique, tente d'éliminer. Quatrièmement, le PTSD admet que les auteurs d'exaction puissent être victimes ; les soldats coupables de crimes de guerre sont des hommes ordinaires qui ont été plongés dans une situation extraordinaire. Cinquièmement, les troubles ne sont pas uniquement l'apanage des événements liés à la guerre ; le diagnostic de PTSD est applicable aux troubles consécutifs à la guerre ainsi qu'à tout autre événement délétère.

Progressivement, psychiatres et psychologues des quatre coins du monde élaborent de nouvelles techniques appropriées tant à réduire les réactions aiguës qu'à prévenir les séquelles à long terme des événements traumatiques. Ils affinent les procédures et les adaptent aux différentes populations de victimes (militaires, pompiers, policiers, victimes d'attentat, de torture, de violences sexuelles, population tout venant, etc.). La psychanalyse et les thérapies dérivées furent les premières options de traitement. À partir des années 1980, la reconnaissance du PTSD dans la catégorie des troubles anxieux du DSM-III promeut les thérapies comportementales et cognitives dans ce domaine. Fin de cette décennie, un pas décisif est franchi avec la découverte de l'EMDR.

2. Qu'est-ce qu'un traumatisme psychique ?

Il y a une différence de nature entre le stress et le traumatisme. Le stress est de l'ordre d'une contrainte, le traumatisme est de l'ordre d'un coup.

Comme pour le terme stress qui désigne la cause et les effets de la contrainte sur l'organisme, le mot trauma, ou traumatisme psychique, désigne par glissement sémantique autant la cause – le fait qui produit le choc –, que les effets de ce choc – ses conséquences psychiques à long terme. Trauma, en grec ancien, signifie percé. Si on utilise la métaphore d'un ballon, le stress correspond à la pression qui déforme ce ballon en l'écrasant et la résistance du ballon contre ce qui le comprime ; le trauma désigne ce qui produit un trou dans le ballon et ensuite désigne ce trou.

Dans la notion de traumatisme, il faut entendre des événements d'une dimension et d'une brutalité telle que la capacité mentale est dépassée. L'appareil psychique, qui sert à saisir la réalité environnante pour s'y adapter, est débordé en un instant. Il se produit une rupture de la trame de la conscience. La pensée s'arrête, comme suspendue. Le caractère traumatique de l'événement peut venir de son imprévisibilité : son aspect inattendu, son effet de surprise. C'est l'horreur qui surgit où on ne l'attendait pas : l'horreur de se voir mort, ou celle de voir mourir un proche près de soi, l'horreur de la découverte d'un cadavre dans une posture hideuse ou dans un état dégradé. La capacité psychique est dépassée lorsque l'événement revêt des caractères traumatiques liés à sa massivité. C'est le cas dans les catastrophes à grande échelle, comme les désastres naturels (tremblement de terre, tsunami), les guerres civiles (attentats en milieu urbain). Dans ces situations, la désorganisation psychique est brutale. La pensée n'est plus synchrone à l'événement. Par moment elle paraît flotter. On parle de déréliction.

Le traumatisme psychique est très inconstant. Un événement peut être traumatique pour une personne, et ne pas l'être pour la personne qui se trouve à côté. Le qualificatif de traumatique attribué à un événement dépend à la fois de l'événement lui-même et de la réaction psychique de la personne qui le traverse. Pour signaler cet aspect à la fois variable et particulier, on parle de rencontre traumatique. Un autre aspect singulier de l'événement traumatique est qu'il ne se révèle qu'après coup. Il est fréquent de rencontrer des personnes dans les instants qui suivent leur exposition à un traumatisme psychique et qui pensent aller bien ; et c'est dans les jours et les semaines qui suivent qu'apparaît petit à petit la désorganisation psychique qui perturbe leur existence.

Selon le Dictionnaire Larousse (2003), le mot « événement » vient du latin « Evenir » qui signifie « arriver », ce qui se produit, arrive ou apparaît. Or l'événement, selon H. Souki, peut être qualifié d'heureux, de malheureux, d'inattendu, d'exceptionnel ou de commun. Donc, il ne concerne pas uniquement les situations négatives de la vie mais touche également aux événements heureux tels que les réussites, les naissances...etc. (Bloch, H., P239).

La notion du traumatisme est d'abord somatique ; elle désigne alors les lésions produites accidentellement, d'une manière instantanée, par les agents mécanique dont l'action vulnérante est supérieure à la résistance des tissus ou organe qu'il rencontre (Laplanche. J. et Pantalès. J-B pontalis, p. 286).

Chaque auteur définit le traumatisme à sa manière, le Freud appelle traumatisme tout événement qui perturbe l'équilibre affectif d'une personne et provoque la mise en œuvre de mécanismes de défenses. Il se caractérise par un afflux d'excitation excessif relativement à la tolérance du sujet et sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations, autant que C.Barois définit le trauma comme rupture des liens avec le monde, envahissement par l'angoisse de la néantisation, bris de l'unité de l'individu et cessation de sens, selon F. Lebergot nous précise la violence de l'événement ne se comportera pas comme un souvenir, elle restera intacte, surgira à la conscience, ce sera toujours au temps présent comme un événement en train de se produire. En Revue L. Crocq en 1999 voit que « le trauma n'est pas seulement effraction, invasion et dissociation de la conscience, il est aussi déni de tout ce qui était valeur et sens »

Le traumatisme psychique est donc envisagé comme le résultat d'un débordement des capacités psychiques de liaison et de métabolisation, provoqué par un événement brutal et inattendu et entraînant des vécus agonistiques. La place de la réalité extérieure à travers, notamment, le rôle joué par l'environnement dans le vécu traumatique apparaît de plus en plus clairement. L'environnement immédiat, le groupe, la culture peuvent cependant représenter une enveloppe contenant, permettant d'absorber et de transformer les vécus face à l'événement. Ce débat reste néanmoins toujours actuel, pouvant prendre d'autres formes qu'est la place de l'objectivation et de la subjectivité aussi bien dans la description des troubles que dans le traitement proposé.

3. La définition de l'évènement traumatique

L'évènement traumatique a d'abord été défini : comme un événement brutal, en dehors de l'expérience habituelle qui provoquerait chez toute personne une détresse intense et qui

confronte le sujet à la mort. Les toutes premières descriptions de ce type de symptômes ont été faites par les observateurs (médicaux ou non) de l'état psychosomatique des soldats revenant des combats (combats antiques, guerres mondiales, guerre de colonisation...) (Crocq, 1999).

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

Le caractère traumatique d'un évènement peut venir de son imprévisibilité : son aspect inattendu, son effet de surprise. C'est l'horreur qui surgit ou on ne l'attend pas : horreur de voir mort ou celle de voir un proche mourir près de soi (Clervoy, 2016, p 18)

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'événement traumatogène ou traumatique. En effet, la réaction subjective (peur, intense, impuissance, effroi, etc.) doit nécessairement être associée à la situation de menace.(Boudoukha.A.H, 2009,pp 31-32)

L'automaton se rapporte à un événement dont chacun pourrait dire « on s'y attendait ». C'est l'événement contingent, celui dont on sait qu'il est possible, qu'il peut ou non se produire. C'est l'événement prévisible dont on a déjà une idée avant même qu'il ne se réalise. C'est aussi un événement quantifiable qui peut faire l'objet d'une estimation permettant de s'y préparer et d'en attendre l'éventualité. L'automaton définit un fait qui reste dans l'ordre récurrent des choses. Il est du registre de la répétition et de la variété. C'est le fait « divers » dans tous les sens du terme. C'est l'événement commun : un fait du même ordre que ceux qui l'ont précédé et lui succèdent. C'est l'événement inséré dans la continuité des enchaînements de l'existence. Ce sont des événements qui s'intègrent naturellement dans un récit et se transmettent d'un individu à l'autre. L'automation relève du registre de la majeure partie des événements qui font la vie quotidienne, ceux qui s'additionnent spontanément dans la trajectoire historique de chacun : c'est la routine de tous les jours.

La touché se rapporte à un événement duquel chacun pourrait dire « jamais je n'aurais pensé être un jour confronté à cela ». C'est l'événement qui est de l'ordre de l'imprévisible, de l'inattendu, de la surprise, de l'accident. C'est un fait de l'ordre de l'inconcevable. L'inimaginable fait irruption. Rien ne permettait de s'y préparer. C'est l'événement exceptionnel, celui qui fait effraction dans la trajectoire historique d'un sujet et empêche cette trajectoire de poursuivre sa course naturelle. D'une manière générale, on repère que se sont les événements de la catégorie de la touché qui ont une portée traumatique : la surprise que personne n'imaginait.

L'aorase désigne un phénomène qui n'est reconnu que lorsqu'il disparaît. C'est un caractère propre de l'événement traumatique. Le fait surgit et le sujet y assiste sans en percevoir immédiatement la nature traumatique qui n'est reconnue qu'après coup. Le sujet soumis à ce phénomène est comme saisi, incapable de penser de manière adéquate. Il enregistre sans les comprendre les séquences de l'accident. C'est un événement qui, lorsqu'il se produit, n'entre pas dans un ordre compréhensible. Il faudra ensuite tout un effort de pensée pour le réintroduire dans une réflexion et, en lui donnant du sens, le rendre compréhensible.

L'entéléchie définit une réalité parvenue à son état d'achèvement, par opposition à l'événement ordinaire qui ouvre sur d'autres événements et ainsi de suite pour construire la chaîne de la vie. Le traumatisme a une dimension d'événement absolu, clos sur lui-même et qui stoppe la course des enchaînements à venir. Les sujets victimes disent ainsi : « c'est fini », « ça s'arrête là ». Ils restent fixés sur cet arrêt de leur vie et plus rien ne peut advenir de nouveau. Leur trajectoire d'existence s'échoue sur ce point où elle revient buter ensuite de façon répétitive.

Il s'agit, d'une part, des causes tenant aux événements violents et d'autre part, de celles ayant trait aux événements communs, douloureux et inattendus.

Les événements violents :

1. La guerre.
2. L'abus émotif, physique ou sexuelle, dans l'enfance.
3. Le fait de subir ou d'assister à des actes de violence.
4. Le viol ou la tentative de viol.
5. La lésion ou la maladie dévastent.

6. La mort d'une personne proche.

Les événements communs, douloureux et inattendus :

Il est question ici des événements ayant vocation à devenir traumatisants et qui sont souvent sous-évalués, à savoir :

4. Les accidents de voiture de légère importance.
5. L'intervention médicale ou dentaire invasive.
6. Les chutes et lésions de moyenne importance.
7. Les catastrophes naturelles (tremblement de terre, tornade...).
8. La maladie, surtout avec la fièvre haute.
9. L'intoxication.
10. L'abandon, surtout en cas des enfants.
11. L'exposition aux températures extrêmes chaleur et froid (Lebigot. F., 2005, p. 15)

12.Aspects neuropsychologiques des traumas psychiques

Leur prise en compte est d'un apport fondamental, tant dans la compréhension de la clinique, y compris dans ses aspects médico-légaux, que pour la prise en charge des personnes psycho traumatisées.

Le modèle neurobiologique de l'ESPT implique le système limbique, groupe de structures interconnectées composé de l'hippocampe, l'amygdale, des corps mamillaires et de zones corticales (notamment le cortex préfrontal) en connexion avec le thalamus, le cortex sensoriel et l'hypothalamus. Son rôle est essentiel dans le contrôle des émotions, l'apprentissage et la mémoire.

Que se passe-t-il en cas d'événement stressant « correctement » pris en charge par l'organisme ? Deux voies vont être impliquées : l'une, rapide, allant du thalamus à l'amygdale, déclenche une réponse émotionnelle chargée de crainte et mobilise l'organisme en vue de conduites de survie ; l'autre, plus lente, associant le cortex associatif et l'hippocampe, permet un réajustement de la réponse émotionnelle grâce à une analyse plus fine de l'événement comparé aux souvenirs d'autres expériences et apprentissages.

En cas d'expérience traumatique, la voie lente est court-circuitée et ne permet plus la modulation, l'atténuation ou l'extinction de la réponse émotionnelle. Ainsi, l'amygdale reste activée, avec une réponse émotionnelle maximale ; le système nerveux autonome continue à

être stimulé (surproduction d'adrénaline et de noradrénaline), ainsi que l'axe hypothalamo-hypophyse-surrénalien (surproduction de cortisol). Ce surrégime présentant un risque vital, une voie de recours exceptionnelle se met en place : le circuit disjoncte et déconnecte l'amygdale, qui reste « éteinte » en dépit du traumatisme. L'état de stress s'apaise : « Il n'y a plus de réponse émotionnelle, plus de souffrance psychique ni physique, les endorphines provoquent une analgésie et une anesthésie affective. L'amygdale est déconnectée du cortex associatif qui ne reçoit plus d'information émotionnelle, les stimuli traumatiques vont continuer d'arriver au cortex sensoriel via le thalamus, ils vont être traités mais sans connotation émotionnelle, sans souffrance psychologique et physique, ce qui va donner une impression d'étrangeté, de dépersonnalisation, d'irréalité, d'être spectateur de ce qui nous arrive (comme si l'on regardait un film) et donc entraîner un état dissociatif » (Salmona, 2013, p. 214). Également déconnectée de l'hippocampe, l'amygdale ne reçoit plus le contenu de la mémoire implicite émotionnelle, d'où la possibilité d'amnésie. « La mémoire implicite émotionnelle piégée dans l'amygdale est à l'origine d'un circuit de peur conditionnée permanent, dont l'extinction ne peut pas se faire [...]. Une mémoire traumatique s'installe alors » (ibid.) ; tout stimulus associé à l'événement traumatique (un lieu, une odeur, un son, un contenu symbolique) sera susceptible de déclencher la réaction émotionnelle traumatique et celle-ci restera incompréhensible pour le cortex et l'hippocampe, puisque c'est une situation ordinaire qui l'a déclenchée. L'hypervigilance et l'évitement de ces situations permettront de ne pas déclencher la réaction émotionnelle douloureuse. Ailleurs, le recours à des conduites dangereuses auto ou hétéro-agressives, l'usage de drogue, etc., provoqueront la déconnexion de l'amygdale, la dissociation et l'anesthésie affective.

13. Les différents concepts connexes du traumatisme psychique

13.1 Névrose traumatique

La névrose traumatique est une entité nosologique qui a été utilisée pendant tout le XX^e 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).

A ce sujet, L. Crocq écrit que la "névrose traumatique" de la nosographie classique européenne, coïncide avec "l'état de stress post-traumatique" et que les critères de la névrose

traumatique sont d'ailleurs compatibles à ceux du DSM, quoi que répartis en groupements plus pertinents qui rendent compte de l'organisation et de la structure de l'affection. » (L. Crocq, 2000, p.13)

Le traumatisme psychique résulte d'une rencontre avec le «réel» de la mort. Cela veut dire que le sujet s'est vu mort ou il a perçu ce qu'est vraiment la mort comme anéantissement, et non sous cette forme imaginaire qui caractérise le rapport des hommes à la mort. Freud faisait remarquer que nous savons tous que nous allons mourir, mais que nous n'y croyons pas. Il n'y a pas de représentation de la mort dans l'inconscient, et d'ailleurs comment représenter le néant. Nous pouvons répertorier trois types de situations qui peuvent être à l'origine d'un traumatisme : Dans la première, le sujet est lui-même concerné de près par la mort : agression, accident de la voie publique, accident du travail, attentat, etc. Dans ces situations, il y a un bref instant où il s'est vu mort : il voit dans les yeux de l'agresseur qu'il va tirer, la voiture arrive sur lui à vive allure, il bascule dans le vide, la bombe explose à un mètre de lui. Dans le deuxième type de situation, la mort de l'autre, de l'alter ego, survient brusquement sous les yeux du sujet. Un exemple : deux casques bleus sont de garde devant le Q.G. français à Sarajevo. Ils discutent tranquillement, la période est calme. Tout d'un coup l'un voit une tache rouge apparaître sur le front de l'autre, qui s'écroule au même moment, mort. Le survivant revivra la scène dans ses cauchemars. La troisième situation est appelée «la mort horrible ». Les cadavres sont nombreux, et en mauvais état, mutilés, en cours de putréfaction. C'est le genre de spectacle qui s'offre aux sauveteurs qui arrivent sur un grand carambolage autoroutier ou à des soldats qui découvrent un charnier.

13.2 Le deuxième aspect du traumatisme psychique est l'effet qu'il a immédiatement sur le sujet.

13.3 L'effroi ;

Freud tenait à ce que l'on distingue l'effroi de la peur et de l'angoisse. Pour lui, l'angoisse protégeait du traumatisme parce qu'elle renforçait la défense de l'appareil psychique, tandis que l'effroi était la manifestation intime de l'effraction traumatique. Nous reviendrons plus en détail sur cette question. L'effroi a deux versants: L'un concerne le niveau des représentations: toute idée, toute pensée, tout mot disparaissent de la conscience des sujets qui se vivent comme déshabités par le langage, comme s'ils avaient eu un bref moment la tête vide; ils décrivent un sentiment de panne, de black out, de blanc, d'arrêt sur image (l'image étant dans ce cas une image externe, dans quelques cas hallucinatoires, nous en donnerons des exemples). D'un autre côté, l'effroi se manifeste au niveau des affects. Là aussi, il y a un «

blanc» de l'affect, justement ni peur ni angoisse: «je n'ai même pas eu le temps d'avoir peur», dira à ses camarades ce soldat qui s'est retrouvé tout à coup avec le canon d'un fusil pointé sous son nez (le fusil s'est enrayé). Ce moment de l'effroi est facile à repérer dans le discours du sujet, précocement en dehors de toute manifestation psychopathologique. Il signe qu'il y a eu effraction traumatique. Ce qu'il faut savoir néanmoins, c'est qu'il peut être «oublié» avec la partie de l'événement qui a fait traumatisme, par le mécanisme du déni.

13.4 La soudaineté

C'est élément de surprise auquel Freud était très attaché, on le rencontre dans tous les cas, même lorsque la situation rend probable un événement tel que celui qu'a rencontré la victime. Le soldat de tout à l'heure, dans la mêlée de la bataille, aurait pu ne pas être surpris de ce qui lui arrivait (à l'inverse de son camarade à Sarajevo). Aussi la surprise est-elle moins objective que subjective.

Un quatrième point mérite d'être souligné dans ce chapitre clinique

Le trauma résulte toujours d'une perception ou d'une sensation. Il est l'incrustation de quelque chose qu'on a vu, le plus souvent entendu : comme une explosion, senti : comme des odeurs de cadavre ou de fumée, goûté : goût de cyanure, ressenti : corps serré dans un étau ou secousses d'un tremblement de terre. Le trauma, c'est toujours du réel. Si douloureuse que soit pour le sujet une nouvelle apprise par le récit d'un tiers, si horrible que soit le spectacle vu au cinéma ou à la télévision, il n'y aura pas trauma, malgré l'ampleur éventuelle du choc émotionnel. On voit ici se profiler le seul diagnostic différentiel de la névrose traumatique. Dans l'opinion, deux situations se prêtent particulièrement à une confusion entre ce qui est un trauma et ce qui n'en est pas.

La première est le « traumatisme » par procuration : Deux personnes ont un lien très étroit, l'une des deux est victime d'un accident. Elle fera des cauchemars de répétition dans lesquels elle revivra l'accident. L'autre fera aussi des cauchemars, des cauchemars d'accident, qui n'ont pas les caractéristiques des cauchemars traumatiques (voir plus loin), qui sont des créations de ses fantasmes. De même, il est faux de penser que le traumatisme puisse se transmettre d'une génération à l'autre. Les cauchemars de camp de concentration des enfants et petits-enfants de déportés sont eux aussi des constructions fantasmatiques et n'entrent pas dans le cadre des névroses traumatiques.

La nature de la prise en charge thérapeutique sera différente, il sera question dans ces deux cas d'analyser ce qui relie le sujet à la personne traumatisée, et non de s'occuper du retentissement d'un événement réel dans le psychisme.

13.5 Le syndrome de répétition

Ce qui fait l'unanimité des auteurs, c'est que la caractéristique principale de la névrose traumatique ou du ESPT est l'apparition du syndrome de répétition que L. Crocq définit comme étant « un ensemble de manifestations de reviviscence par lesquelles le patient revit avec angoisse l'expérience traumatique initiale. Ces reviviscences se produisent à un rythme variable, soit spontanément, soit en réponse à un stimulus provocateur. » (L. Crocq. 2000, p.13)

C'est ce syndrome qui nous permet de faire la différence entre la névrose traumatique et les autres types de névroses. Du point de vue psychanalytique, O. Fenichel considère que ces manifestations de répétitions sont des essais de décharges différées, c'est-à-dire qu'ils ont un rôle actif de tentative de guérison où il s'agit d'effectuer, trop tard, le geste qui eût été efficace s'il avait été accompli au moment du trauma. (L. Crocq, 1992, p.24).

14.Traumatismes simples et complexes :

Judith Herman (1997), professeur à la Harvard Medical School, choisit de classer les traumatismes en deux catégories : les traumatismes simples et complexes. Sa définition des traumatismes simples les assimile aux traumatismes de type I définis par Terre. Les événements qui les engendrent constituent un événement ponctuel dans la vie du sujet. Par traumatisme complexe, elle désigne le résultat d'une victimisation chronique d'assujettissement à une personne ou à un groupe de personnes. Dans ces situations, la victime est généralement captive durant une longue période (mois ou années), sous le contrôle de l'auteur des actes traumatogènes et incapable de lui échapper. Ces traumatismes complexes sont à rapprocher des traumatismes de type II précisés par Terr et s'ils débutent à un âge précoce, aux traumatismes de type III définis par Solomon et Heide.

Actuellement, les dénominations trauma simples et complexes sont préférées à traumatismes de type I, II et III. Les traumatismes de type I/simples constituent un événement ponctuel dans la vie d'un sujet tandis que les traumatismes de type II et III/complexes sont caractérisés par une addition et une succession de violences. Les premiers exposent les personnes à un événement unique, circonscrit dans le temps, imprévisible et d'apparition brutale ; les seconds les soumettent à une violence durable, répétée, exempte de surprise, voire prévisible.

Il est important de ne pas confondre une personne dont la vie est émaillée de nombreux incidents critiques ponctuels (par exemple, perdre ses biens dans un incendie puis quelques années plus tard, être délestée de son argent lors d'une agression, plus tard encore, être témoin d'un accident grave ou échapper à la mort dans un carambolage, etc.) avec celle qui souffre de traumatisme de type II/complexe. Notons toutefois que la succession rapide d'événements graves risque d'induire des troubles assimilables au traumatisme complexe. (Josse. É, 2019, pp 54-55)

15. Les conséquences de traumatisme

15.1 Le syndrome de répétition

Les symptômes de répétition constituent le noyau essentiel et pathognomonique des syndromes psycho traumatiques. Ils apparaissent généralement après un temps de latence de quelques jours à quelques semaines et se traduisent par des reviviscences de l'événement traumatique. Le syndrome de répétition signe principalement la fixation temporelle et psychique à l'événement traumatique et à son impact violent. Il peut se comprendre comme l'absence d'intégration et d'assimilation du traumatisme, qui continue d'agir comme un corps étranger à l'intérieur du psychisme du sujet. C'est principalement l'impossibilité de représentation, d'élaboration et de symbolisation de l'événement qui est en lien avec les phénomènes de répétition. On peut toutefois aussi comprendre la répétition de manière active et pas seulement passive en la considérant comme une tentative de maîtrise de l'événement pour essayer d'y échapper et également comme une tentative d'élaboration non aboutie. Plusieurs auteurs ont surtout insisté sur les cauchemars répétitifs (Barrois, 1988) mais, pour de nombreux sujets traumatisés, les manifestations de reviviscence peuvent prendre plusieurs formes qu'il est important de reconnaître, ce qui nécessite une écoute et une observation cliniques attentives. La description la plus complète de ces formes de répétitions est celle développée par Louis Crocq (1999) selon huit variantes cliniques : la vision quasi hallucinatoire de la scène traumatique, les illusions de reviviscence, les souvenirs intrusifs, les ruminations mentales, les reviviscences émotionnelles, la répétition sous forme d'actes moteurs, les conduites de répétition et les cauchemars de répétition ; toutes ces manifestations constituent une reviviscence plus ou moins mentalisée de l'événement traumatique et elles sont toujours vécues dans une grande détresse psychique (peur, impuissance) accompagnée de nombreux troubles neurovégétatifs ((tachycardies, sueurs, etc.).

15.2 Remaniements et altération de la personnalité

L'altération et les remaniements de la personnalité représentent une dimension centrale dans les psycho traumatismes. En effet, le traumatisme psychique semble avoir cette capacité de modifier de manière radicale à la fois l'état de santé, mais aussi le sentiment de continuité de l'identité chez le sujet. Ce dont souffrent le plus ces patients, plusieurs mois ou années après, c'est de ce vécu de rupture existentielle entre l'avant et l'après du traumatisme et de changement profond de leur équilibre : ils ne se sentent plus les mêmes et ces sentiments provoquent une douleur intense. Le traumatisme a des effets de désorganisation et de réorganisation de la personnalité soulignés par de nombreux auteurs. Ferenczi (1916, 1919) les avait envisagés en intégrant la notion de régression narcissique. Le trauma provoque une blessure du moi et de l'amour-propre et a pour effet un retrait de la libido sur le moi. Ferenczi (1916, 1919) décrit ainsi des sujets traumatisés qui deviennent narcissiques et développent une attitude de détresse et de dépendance passive, avec des caractéristiques orales comme au temps où ils étaient encore enfants et attendaient de l'aide des adultes.

15.2.1 Au niveau émotionnel ;

Parmi les réactions émotionnelles communément observées chez les victimes, retenons la peur, l'anxiété et l'angoisse (manifestées de jour par des peurs irrationnelles et incontrôlées, des frayeurs, des terreurs, des crises d'angoisse, des pseudo-phobies et des conduites d'évitement et la nuit, par un sommeil agité, des réveils en sursaut et des terreurs nocturnes), la tristesse, le désespoir, l'amertume, l'apathie, la perte de curiosité et de motivation pour tout, les sentiments de honte et de culpabilité, une altération de la capacité à désirer, à vouloir et à se projeter dans l'avenir, la colère, etc.

15.2.2 Au niveau cognitif ;

Le syndrome de répétition Nous l'avons vu, les flash-back, les souvenirs répétitifs, les cauchemars, l'impression que l'événement pourrait se renouveler ainsi que la détresse et la réactivité physiologique en constituent les différentes modalités. Ce syndrome pathognomonique occupe une place centrale dans la clinique des troubles psychos traumatiques. Les victimes présentent fréquemment un affaiblissement de leurs facultés mentales d'attention (difficulté à suivre une conversation, une lecture), de concentration intellectuelle, de raisonnement et de réflexion ainsi qu'une fatigabilité psychique (parfois accompagnée de céphalées lors d'efforts intellectuels même minimes). Le déficit de

concentration et l'inattention résultent notamment de la résurgence des souvenirs traumatiques et de l'hyper vigilance (capacité d'attention allouée à la surveillance de l'environnement). De suite les troubles de mémoire ils sont au centre de la symptomatologie traumatique. Les victimes peuvent souffrir d'amnésie ainsi que de rappels spontanés, répétitifs et envahissants de l'expérience traumatique (syndrome de répétition). Elles manifestent fréquemment des oublis récurrents concernant la vie courante (avec pour conséquence d'égarer des effets personnels, de manquer un rendez-vous, etc.) et des oublis à mesure 3 (par exemple, en arrivant dans une pièce, elles ne savent plus ce qu'elles viennent y faire ; elles perdent le fil de leur discours, etc.) (Trouble de la mémoire de travail).

15.2.3 Au niveau comportemental ;

L'impact traumatique se manifeste par des conduites d'évitement, par des troubles du sommeil et de l'appétit, par des dépendances, voire par un comportement inhabituel ou étrange. L'hyper activation neurovégétative se traduit sur le plan comportemental par un état d'alerte (hyper vigilance, difficulté à se reposer, à se relaxer, à s'endormir) et par des réponses motrices plus rapides (réaction exagérée de sursaut, agressivité. (Josse. É, 2019)

15.3 Les troubles associés

Il existe une association fréquente entre les troubles psychotraumatiques et de nombreux troubles d'allures somatique, dépressive, pseudo délirante et des troubles des conduites. On retrouve ainsi : Des troubles somatiques avec asthénie physique et psychique, difficultés sexuelles (impuissance, frigidité...), conversions, céphalées, troubles fonctionnels digestifs, ulcères, aménorrhées, troubles psychosomatiques (asthme, ulcère gastrique, hypertension, eczéma, psoriasis, diabète), plaintes somatiques diverses. Ces troubles somatiques sont bien souvent au premier plan et ces patients sont fréquemment adressés par le corps médical.

Plein des personnes développe des troubles associés comme Des troubles névrotiques avec développement de phobies ou de rituels protecteurs vérificateurs. Des troubles des conduites avec anorexie, boulimie, tabagisme, alcool, drogue, conduites violentes. Les troubles de l'irritabilité sont très fréquents et peuvent se manifester par une forte agressivité avec l'entourage, ce qui complique généralement le tableau clinique. Des troubles dépressifs qui se manifestent au travers d'épisodes dépressifs majeurs, de deuils traumatiques ou d'idées suicidaires. La comorbidité avec la dépression est très fréquente, elle peut voiler la spécificité du tableau psycho traumatique.

15.4 Les conséquences psychosociales

Les conséquences psychosociales du traumatisme doivent faire l'objet d'une évaluation attentive. On peut retrouver chez les patients, en particulier ceux avec des troubles chroniques, une altération importante de la vie relationnelle et sociale et des risques de grave marginalisation. En effet, ces patients vivent un bouleversement de leur équilibre avec une impression de rupture existentielle et un sentiment profond d'être incompris, rejeté par les autres, ce qui entraîne un repli sur soi et un retrait par rapport à leur environnement. De nombreux sujets peuvent aussi présenter à la suite du traumatisme des situations sociales et professionnelles dramatiques qui ont des conséquences néfastes sur le plan personnel et familial comme la perte d'emploi, les arrêts maladie, le licenciement ou le handicap. La notion de traumatisme second (Barrois, 1998) doit également être reconnue. En effet ces patients, qui ne se sentent pas écoutés dans leur souffrance par les instances médicales, sociales ou judiciaires, vivent cette non-reconnaissance comme une forme de rejet qui a pour effet de réactiver le traumatisme initial, les symptômes de reviviscence et la chronicisation de la psychopathologie.

16. Critère diagnostiques selon le DSM5 et la CIM10**16.1 Critère diagnostiques selon le DSM5**

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

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

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

4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. Intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

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

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

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

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

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

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

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

N.B. : Chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.

4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause

5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.

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

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

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

1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).
2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p. ex. : « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux », « mon système nerveux est complètement détruit pour toujours »).
3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.
4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. Crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).
5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. Incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

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

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

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

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

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. Médicament, alcool) ou à une autre affection médicale. Spécifier le type : Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un trouble stress post-traumatique ; de plus et en réponse au facteur de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants :

1. Dépersonnalisation : Expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (p. ex. Sentiment d'être dans un rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel).
2. Dérealisation : Expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (p. ex. Le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné, ou déformé).

N.B. : Pour retenir ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. Période d'amnésie [blackouts],

manifestations comportementales d'une intoxication alcoolique aiguë) ou à une autre affection médicale (p. ex. Épilepsie partielle complexe).

Spécifier si : À expression retardée : Si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats). (DSM-5.Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.5^e éd)

16.2 L'État de stress post-traumatique selon la CIM-10 :

Ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Des facteurs prédisposant, comme certains traits de personnalité ou des antécédents de type névrotique, peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son évolution ; ces facteurs ne sont toutefois ni nécessaires ni suffisants pour expliquer la survenue de ce syndrome.

Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants, des rêves ou des cauchemars ; ils surviennent dans un contexte durable « d'anesthésie psychique » et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Il existe habituellement une peur et un évitement des stimuli associés au traumatisme. Dans certains cas, l'exposition à des stimuli réveillant brusquement le souvenir ou la reviviscence du traumatisme ou de la réaction initiale peut déclencher une crise d'angoisse, une attaque de panique ou une réaction agressive. Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'une hyperactivité neurovégétative, avec hyper vigilance, état de « qui-vive » et insomnie, associés fréquemment à une anxiété, une dépression, ou une idéation suicidaire. Le trouble peut être à l'origine d'un abus d'alcool ou d'une substance psychoactive la période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans

certain cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et conduire à une modification durable de la personnalité.

Directives pour le diagnostic : Le diagnostic repose sur la mise en évidence de symptômes typiques survenus dans les six mois suivant un événement traumatisant et hors du commun. Lorsque la survenue est différée de plus de six mois, un diagnostic « probable » reste encore possible si les manifestations cliniques sont typiques et si elles ne peuvent être attribuées à un autre trouble. Inclure : névrose traumatique. (Josse. É, 2019, pp 241-242)

17.Prise en charge

17.1 Pharmacologie

Un traitement médicamenteux est prescrit par un psychiatre et débute une fois le diagnostic d'ESPT posé grâce aux différentes observations cliniques. Les objectifs de ces traitements sont d'améliorer l'état du patient dans sa globalité ce qui favorisera l'efficacité des prises en charge psychothérapiques. Plusieurs molécules peuvent prescrites chez les patients afin de diminuer l'ensemble de la symptomatologie de l'ESPT (reviviscence, évitements, hyperactivité neurovégétative), mais également les symptômes Co morbides s'il y en a (anxiété, dépression) ...

Le premier psychotrope prescrit est l'antidépresseur et plus particulièrement les inhibiteurs de la recapture à la sérotonine (IRS). Ses molécules agissent sur le circuit de la peur. Différentes études ont démontré que l'ensemble des IRS ont une efficacité équivalente (Kédia, SabouraudSeguin, & al., 2013). Si les IRS n'ont pas d'efficacité chez certain patient, d'autres antidépresseurs seront prescrits. Selon les recommandations de février 2017 de la Haute Autorité de Santé (HAS), la seule molécule indiquée pour le traitement des ESPT et ayant l'autorisation de mise sur le marché (AMM) est la paroxétine mylan.

D'autres types de médicaments, additionnés aux IRS, peuvent être prescrits comme les antipsychotiques et les thymorégulateurs pour agir sur les différents symptômes comorbides tels que les troubles du sommeil (Kédia, Sabouraud-Seguin, & al., 2013). D'après les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les benzodiazépines sont contre – indiqués en traitement contre les ESPT. En effet, ces derniers ont tendance à fixer les souvenirs émotionnels et développer une dépendance de ces molécules pour les patients.

17.2 Thérapie cognitive et comportementale

Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) sont des thérapies prouvées et reconnues scientifiquement basées sur les changements de pensées et de comportements problématiques. On parle de thérapie brève car elles se font sur un nombre limité de séances, elles peuvent se pratiquer en individuellement ou en groupe. Ces TCC sont pratiquées par des professionnels de santé (psychiatres, psychologues) ayant bénéficié d'une formation à la pratique des TCC.

Plusieurs techniques sont utilisées afin de modifier les schémas pathologiques des patients. Je n'en développerai que quelques-unes, utilisées spécifiquement pour le traitement de l'ESPT. La première forme est la psychoéducation. Le thérapeute informe le patient des aspects de l'atteinte : les réactions possibles, l'origine des symptômes, des facteurs explicatifs. De par cette connaissance, le patient corriger ses pensées et comprendre que certaines de ses réactions sont normales compte tenu de l'ESPT. La connaissance permet également de pallier la méconnaissance et pourrait potentiellement diminuer l'angoisse.

Il y a ensuite l'exposition en imagination et in vivo. Cette méthode consiste à confronter par degré le patient à des souvenirs associés à l'évènement traumatique. Cela peut être des images, un lieu, une situation, des bruits, ... Par une habitude, le patient réagira de manière moins intense et angoissante. Cette méthode permettra également de réduire le syndrome d'évitement.

L'exposition commence par un accompagnement du thérapeute. Ensuite, le patient peut l'appliquer seul entre les séances.

17.3 Thérapie psychodynamique – psychanalytique :

La thérapie psychanalytique est basée sur la libre association du patient quant à son ressenti sur l'évènement traumatique. Le patient pourra alors sortir de la sphère de l'évènement selon ses associations et se retrouvera devant des blocages d'ordre inconscient pour être en rapport avec le traumatisme ou alors plus profond, remontant avant l'évènement. La thérapie est également possible grâce au transfert et contre – transfert qui sont des notions propres à la psychanalyse (Kédia, Sabouraud-Seguin, et al., 2013).

La thérapie psychodynamique est d'inspiration psychanalytique. Elle se concentre sur les retentissements de l'évènement traumatique dans la vie du patient.

17.4 EMDR :

EMDR signifie Eye – Movement Desensitization and Reprocessing. En Français on parle de Désensibilisation et Retraitement par les Mouvements Oculaires. Cette technique, appartenant aux TCC, a été développée aux Etats – Unis en 1987 à la suite de l’observation de soldats de retours d’Iraq ayant subi des traumatismes durant leurs missions. Le but de cette psychothérapie est de rechercher le souvenir traumatisant et permettre au sujet de distancier les émotions de ce souvenir. En effet, l’hippocampe, siège des souvenirs, et les amygdales, siège des émotions, sont en hyperactivité après un traumatisme. De par cette technique, stimuler les deux hémisphères du cerveau par des stimulations bilatérales alternées et régulières va permettre de sortir l’événement du système limbique afin qu’il soit géré par le cortex cérébral notamment par le thalamus qui régulera les réponses quant aux souvenirs de cet événement (EMDR France, 2017)

La séance débute par l’évocation d’un souvenir traumatique. Une pensée négative de soi – même peut également être le point de départ d’une séance. Le patient devra bouger les yeux de gauche à droite selon les mouvements du thérapeute. Les séries peuvent aller de 20 secondes à quelques minutes. Entre chaque série, le patient expliquera ce qu’il a ressenti et les idées survenues lors des mouvements oculaires. Cette technique a été reconnue par l’Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) en 2004 et par l’OMS en 2013 notamment pour ces résultats dans la prise en charge des états de stress post – traumatique qui s’élèvent entre 77% et 90% de rémission (Servan - Schreiber, 2002).

17.5 Le débriefing :

La période post-immédiate se situe approximativement du deuxième au trentième jour après l’événement, les soins psychiques qui y sont proposés peuvent être les premiers ou s’inscrire dans la suite des soins immédiats. Il s’agit d’entretiens collectifs ou individuels proposés aux rescapés, aux témoins, parfois aux proches des victimes. Si les interventions immédiates s’insèrent dans le cadre plus large des plans de secours d’urgence, les interventions psychologiques post-immédiates ont des modalités d’organisation autonome qui se situent dans une temporalité différente .(Coq, 2018, p94)

Les mots anglo-saxons briefing et débriefing, sont empruntés au vocabulaire militaire, où ils désignent les réunions techniques de départ et de retour de mission des équipages de bombardiers ; par extension, à la fin de la deuxième guerre mondiale, sur le théâtre

d'opérations du Pacifique, Marshal, officier d'infanterie de marine, a transposé l'opération débriefing au bilan psychologique des soldats des petites unités revenant d'un combat éprouvant. Par extension encore, quelques décennies plus tard, ces procédures de débriefing psychologique ont été appliquées à des petits groupes de pompiers ou de policiers ayant été confrontés à un « événement critique » stressant ; et ensuite aux victimes rescapées d'une catastrophe ou d'un accident, individuellement, ou en groupe si elles ont été impliquées dans le même événement « potentiellement traumatogène » (Ponseti-Gaillochon, Duchet, Molenda, 2009, p.6)

17.6 Le défusing

Le défusing relève de la même « logique » de soins immédiats. Il prend place dans les toutes premières heures qui suivent le traumatisme sur les lieux mêmes de la catastrophe ou de l'agression. La traduction littérale du mot défusing est « désamorçage ». Trois objectifs principaux gouvernent la pratique du défusing : - favoriser l'ouverture d'un espace de parole contenant et rassurant, espace qui se définit comme un « soin psychique immédiat » ; - contenir et réguler les décharges émotionnelles ; - ne pas dédramatiser prématurément la situation traumatogène (Bessoles, 2006, p.232). Le soin psychologique immédiat aussi nommé « défusing » consiste à atténuer les effets du stress et de l'angoisse. Il permet aux rescapés d'exprimer leurs sentiments d'impuissance et leur impression d'être sortis de l'humanité (Barrois, 1988). Il s'agit d'aider le rescapé à réordonner et réorganiser leur parole en tentant ainsi délimiter les effets de « blanc de la pensée » que génère chez eux une rencontre avec le « réel de la mort ». (Lebigot, 2005)

17.7 L'hypnose

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

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

17.8 La relaxation

La relaxation permet d'entrer dans la thérapie et de donner un moyen au patient de réduire ses réponses neurovégétatives. Elle permet aussi d'avoir plus facilement accès aux souvenirs traumatique. Les méthodes de relaxation fondées sur un entraînement régulier tendent à obtenir un relâchement général du corps afin de modifier indirectement le psychisme des sujets qui s'y soumettent. Par la détente qu'elles provoquent et ses bienfaits, les méthodes de relaxation sont utilisées dans le traitement des individus hypertendus ou présentant des troubles psychosomatiques. (Martin B. et al.2016)

17.9 L'exposition

La méthode la plus ancienne est l'exposition aux images traumatique par la désensibilisation. Celle-ci s'effectue progressivement : la méthode est longue et peu effaces dans le stress post-traumatique. La vidéo peut aussi être un moyen d'approcher la situation en maitrisant le rythme de sa séparation quand nature du tresseur le permet. L'implosion est une méthode plus indirecte, est important de faire revivre les sensations corporelles qui ont accompagné le traumatisme. Evénement traumatique est sans cesse revécu. Il peut s'agir de souvenir qui font intrusion inopinément dans la conscience et qui comprennent des images, des pensées ou des perceptions il peut s'agir aussi de rêve récurrents. (Martin B. et al.2016)

17.10 Groupe

Des groupes de parole ou de soutien peuvent être indiqués en prise en charge chez certains patients ayant vécu le même traumatisme. Le but de ces groupes est l'amélioration de la qualité de vie (Kédia, Sabouraud-Seguin, & al., 2013). Dans le groupe de soutien, les participants sont invités à partager leurs expériences et les problèmes rencontrés au quotidien. Le sujet principal n'est pas réellement centré sur le traumatisme, mais leur vécu. L'ensemble de ces interventions et expériences auront pour but de renforcer « le sentiment de compréhension » (Kédia, Sabouraud Seguin, et al., 2013, page 342). Ces groupes sont généralement ouverts et peuvent accueillir de nouvelles personnes. Ils se déroulent une à deux

fois par mois. La participation à ces groupes peut être additionnée à une thérapie individuelle. Il y a ensuite les groupes de parole qui sont basés sur le même fonctionnement que les groupes précédents. Ce type de groupe se retrouve généralement dans les associations d'aides aux victimes (agression sexuelle, violences).

17.11 Psychomotricité :

Deux articles rédigés par une psychomotricienne permettent d'évoquer des pistes de réflexion quant aux objectifs travaillés en séances de psychomotricité.

Les axes principaux d'une de ses prises en charge étaient « le rassemblement, rétablissement des limites psychiques et physiques, retrouver son corps et son identité ». Elle aborda alors le trauma au niveau du corps avec une attention particulière et première au tonus et à la respiration. Le toucher fut également utilisé en cas de nécessité afin de ressentir les limites corporelles pour mieux les intégrer par la suite. Cette intégration et maîtrise du corps sert de base pour « une mise en mouvement de l'ensemble du corps » (Daudin, Defontaine et Coutier, 2014, page 24). C'est par ce mouvement que le patient éprouve des sensations oubliées depuis l'évènement traumatique permettant de consolider son intégrité corporelle.

Un travail de symbolisation peut être également nécessaire. En effet, après un évènement traumatique, le signifiant, qui est la forme concrète du signe linguistique, n'a plus de sens par rapport au signifié qui est la représentation mentale du concept. C'est par différentes expériences ressenties en séances et une verbalisation que le patient retrouvera une symbolisation permettant d'éprouver de nouveau des émotions.

Naturellement, ces quelques lignes ne sont que des pistes de prises en charge qui furent valables pour un patient compte tenu de sa pathologie et de son histoire de maladie. Des troubles similaires pourront être retrouvés chez d'autres patients, mais il faudra cependant s'adapter à chacun d'eux.

De nombreuses prises en charge sont donc possibles pour ces patients présentant un état de stress post – traumatique. Le projet thérapeutique sera néanmoins unique et personnalisé en fonction des symptômes et demandes du patient. La pluridisciplinarité est primordiale dans la prise en charge de ces patients car chaque professionnel vise à améliorer l'état global du sujet de manière spécifique et toujours complémentaire aux autres thérapies.

L'état de stress post – traumatique étant désormais détaillé, la prochaine partie est réservée à la psychomotricité et aux expressions psychomotrices que nous pouvons retrouver dans cette pathologie.

17.12 Soutien sociale

Le soutien social consiste en l'ensemble des ressources offertes par des personnes extérieures, amis et contacts sociaux à des personnes en souffrance psychologique et/ou somatique. L'idée générale qui sous-tend ce concept et que « la présence d'un rapport de confiance avec l'entourage immédiat est déterminante pour aller chercher le courage de lutter », c'est sur ce postulat que se fonde l'idée que le soutien social jouerait un rôle important dans la prise en charge des troubles psychotraumatique.

18. Les modèles explicatifs de la psycho-trauma pour certains acteurs :

Approche phénoménologique Les considérations sur la confrontation avec le réel de la mort renvoient en fait à une approche phénoménologique du trauma (Crocq, 1999). Au regard de la phénoménologie, la pathologie de l'effroi se démarque de la pathologie de l'angoisse, laquelle se déroule dans la seule histoire intérieure de vie. L'effroi implique un objet extérieur au dasein, relevant d'un être-au-monde plus vaste, et renvoie toujours à la scène traumatique, qui se situe à la frontière du dehors et du dedans, et hors de la continuité du temps, ne promettant rien d'autre que l'anéantissement immédiat. (L. Crocq, 2007, p.11)

Avec Barrois (1988), nous pouvons dire que l'accident traumatisant est « moment propulsif » dans sa temporalité, « épiphanie » dans son apparition subite, « apocalypse » dans sa révélation du néant, et « prophétie » dans sa proclamation de la mort comme vérité ultime. Sur le plan du vécu clinique, l'expérience traumatique est un bouleversement de l'être, qui laissera une impression de changement radical de la personnalité, une altération profonde de la temporalité (puisque le temps s'est arrêté au moment figé sur la terreur ou l'horreur, sans possibilité de vivre le présent fugace, ni d'envisager un avenir différent, ni même de reconsidérer le passé différemment à chaque instant), et une perte de la possibilité d'attribuer un sens aux choses. Plus qu'une perte de sens, le trauma serait d'ailleurs une expérience de non-sens, ce passage où l'on quitte l'univers des choses qui peuvent être désignées et représentées, pour entrer dans le monde du néant, ce néant dont nous sommes issus, dont nous avons tous la certitude sans en avoir la connaissance, et que nous avons tenté vainement

d'exorciser à chacune de nos paroles, où comme le disait Merleau-Ponty en 1961 dans son cours au Collège de France – nous affirmions désespérément notre être comme « quelque chose... et non pas rien ».(L. Crocq,2007, p.11).

Claude Barrois (1988) Selon Barrois, 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.

Louis Crocq (1965-2007) Louis Crocq 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 ». (L. Crocq. 1999). 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 ». (D. Linda, 2012, p18).

8.3.3 François Lebigot (2001) Pour François Lebigot, 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. À 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'originaire, c'est-à-dire à une transgression ... chaque réapparition de la scène sera connotée de culpabilité ». (F. Lebigot, 2001).

Sigmund Freud : C'est à partir de l'hystérie traumatique de Charcot que Freud a développé succinctement la théorie pan-traumatique. En 1892, dans un court article Freud esquisse une première théorie de l'attaque hystérique. Il pensait que les symptômes de l'hystérie sont la reproduction imagée ou motrice produite face à une expérience traumatique « cet état de chose est une fois de plus notoire dans les cas classiques d'hystérie traumatique...cas où l'individu non hystérique au préalable succombe à la névrose à la suite d'une grande et unique frayeur » (Crocq, L 200, P76). Dans la communication préliminaire (1892) Breuer et Freud précisent le caractère analogue de l'hystérie et de la névrose traumatique d'un point de vue pathogénique.

Sous cet angle l'événement est confédéré comme un corps étranger dans le psychisme qui provoque une souffrance morale tardive ou différée.

Pour expliquer ce modèle économique, Freud reprend une métaphore de la vésicule vivante et du par-excitation. Il compare le psychisme à une boule protoplasmique excitable protégée contre les stimulations de l'extérieure par une couche superficielle par excitation appropriée à réduire ces stimulations en les repoussant ou en les filtrant pour en atténuer l'intensité. Idem Dans le cas d'une situation traumatique, les défenses psychiques sont surprises et l'organisation se retrouve dépassée. Le traumatisme pénètre le psychisme et y reste. Face à ces stimulations nocives, l'organisme fait l'effort d'assimilation ou d'expulsion. Dans cette

perspective, le traumatisme renvoie à l'effraction étendue du par_excitation, c'est-à-dire l'effraction de la membrane de protection de l'appareil psychique qui a pour fonction de filtrer et d'amortir les excitations provenant de l'extérieur (Cité par Crocq, L, 2000, P250).

Le traumatisme psychique selon Salvador Ferenczi : C'est à Ferenczi que la psychanalyse doit l'étude approfondie des conséquences cliniques et théoriques du traumatisme. Il décrit le traumatisme comme un choc inattendu, violent, écrasant, une « commotion psychique » soudaine qui anéanti le sentiment de soi, la capacité de résister, d'agir, de penser et de se défendre. L'angoisse traumatique est la conséquence de l'impuissance, l'incapacité de s'adapter. Une telle expérience traumatique mobilise des stratégies de survie, comme la sidération, le « clivage narcissique », la « fragmentation », « l'anesthésie ». Par le clivage narcissique, la fragmentation, le sujet désintègre l'unité de sa personnalité, il se fragmente en morceaux. De ce fait, il cesse d'exister, tout au moins comme moi global. Les fragments isolés peuvent souffrir chacun pour soi, mais le sujet lui cesse de souffrir, ne ressent plus la douleur infligée puisqu'il n'existe plus. Il « rend son âme », dit Ferenczi. Mais rendre l'âme permet de survivre corporellement à la mort, et de commencer à rétablir l'unité de la personnalité, avec des amnésies et des fragments de personnalité clivés qui contiennent les parties « mortes », dans l'agonie. On peut dire que la fragmentation, le clivage et l'anesthésie inactivent la zone traumatique, afin de permettre la suivie de la partie vivante du mot qui continue de se développer (Cicconne, A. et, Ferrant, A., 2009, P26).

Dans la présentation de son livre, « abrégé de la psychanalyse », Ferenczi représentait les névroses traumatiques comme « un mélange spécifique de symptômes psychique et narcissiques se caractérisant par une hyper sensibilité hypocondriaque, un amoindrissement du courage et de la confiance en soi, une régression au stade infantile d'impuissance et de besoins d'autrui, une réduction de l'intérêt pour le monde extérieur ».

Dans « la psychanalyse des névroses de guerre » (1918), Ferenczi a introduit l'idée d'une charge réelle du traumatisme. 15 ans plus tard, Ferenczi reprenait sa thèse pour confirmer son point de vue opposé à celui de Freud, qu'à l'origine du traumatisme se trouve un événement réel et non fantasmé. En 1934, Ferenczi dans son article « réflexion sur le traumatisme », écrit : « le choc est équivalent de à l'anéantissement du sentiment de soi, de la capacité d'agir et de penser en vue de défendre le soi propre... la commotion psychique survient toujours sans préparation. Elle a dû être précédée par le sentiment d'être sûr de soi et dans le monde environnant ; On aura surestimé sa propre force et vécu dans la folle illusion que telle chose ne pouvait pas arriver-pas à moi ».

Le traumatisme psychique selon Otto Fenechel : Otto Fenechel psychanalyste autrichien a présenté dans deux chapitres de son ouvrage la théorie psychanalytique des névroses (1945) un modèle de traumatisme le plus proche de l'orthodoxie freudienne. En se référant au modèle énergétique de Freud, Fenechel distingue trois cas de figure. Le premier concerne le sujet sain et reposé et dont la par--excitation sera capable de faire face à l'afflux d'excitation. Le deuxième est celui ayant trait au sujet sain mais conjoncturellement épuisé et sa par-excitation ne pouvant repousser ni filtrer les agressions, il fera une névrose traumatique pur. Quant au troisième cas, il concerne un sujet déjà névrosé et dont toute l'énergie sera toujours accaparée par la tâche de maintenir ses refoulements névrotiques, il développera une névrose traumatique « colorée » ou « compliquée » des symptômes de la névrose antérieure.

Synthèse :

Le traumatisme psychique est un phénomène très particulier, dont la réalité clinique n'a été découverte par les psychiatres que très tard, à la fin du XIXème siècle, alors qu'il a existé de tout temps. Au cours de la Première Guerre mondiale, S. Freud et ses élèves l'étudient chez les soldats et en démontrent le mécanisme intrapsychique. Malheureusement, le concept, à quelques exceptions près, est resté confiné dans le cercle étroit des psychiatres militaires. En revanche, le terme de "traumatisme" a connu une fortune croissante dans le public comme chez les spécialistes pour désigner tout choc émotionnel, à l'occasion par exemple de la perte d'un proche, de l'échec à un examen... Il s'agit en fait de tout autre chose.

La clinique des troubles susceptibles d'apparaître à la suite d'un traumatisme psychique est bien connue. Les réactions aiguës surviennent immédiatement après le traumatisme. Les réactions émotionnelles retardées correspondent au tableau clinique de l'état de stress post-traumatique, qui apparaît après un temps de latence variable, allant de quelques jours à plusieurs mois. Il associe un syndrome de répétition, quasi pathognomonique, et des conduites d'évitement. Le sujet revit de façon répétée le traumatisme, tel qu'il l'a subi ou remanié, à travers des ruminations diurnes ou des cauchemars qui agitent son sommeil. Cette reviviscence est parfois réactivée par certaines situations (lieux, atmosphères, émissions télévisées, etc.) rappelant la scène traumatique. Des décharges émotionnelles vives et des réactions agressives peuvent également accompagner cet état. Le syndrome de répétition est vécu avec angoisse. Il s'accompagne de phobies ayant rapport avec l'événement traumatique et amenant à des conduites d'évitement. Le sujet, par exemple, évite d'emprunter le trajet au

cours duquel il s'est fait agressé, ne sort plus à l'heure où est survenu l'événement traumatique. Enfin, des modifications durables de la personnalité s'observent parfois, généralement précédées par un état de stress post-traumatique. La survenue de ces différents troubles n'est en aucun cas systématique. Les sujets qui « résistent » aux traumatismes psychiques, notamment les plus graves, sont dits « résilients ».

Chapitre II les accidents de la route

Préambule

L'accident routier est le résultat d'une combinaison de facteurs divers, véhicule-environnement visage, d'autre système de sécurité doivent être analysé du regard d'un plus grand nombre de facteur à savoir la technique de conduite, les comportements du conducteur, les causes relatives à l'environnement les différentes mesures de prévention. D'après l'organisation mondiale de la santé(OMS) les accidents de la route sont classés au deuxième rang après les catastrophes naturelles parmi les phénomènes qui affectent l'humanité et aux premières places parmi les causes de mortalité, notamment chez les jeunes.

En effet, avec la croissance de la motorisation et le développement du réseau routier, les accidents routière est devenue aujourd'hui, un véritable problème de société qui touche pratiquement la vie quotidienne de tous les individus et constitue une préoccupation majeure des pouvoirs publics.

1. Notions et définitions des concepts de base

1.1 Définition de l'accident :

Selon le petit l’Larousse (2008), c’est un terme qui désigne « un événement imprévu malheureux ou dommageable » (le petite Larousse, 2008)

Accidenter : causer un accident ou un dommage.

Un accident de la circulation ou accident sur la voie publique, Est un choc qui à lieu sur les réseaux routiers entre un engin roulant (automobile, moto, vélo ...etc) et tout autre chose ou personne et qui engendre des blessures humaines et /ou des dégâts matériels, que ces dégâts souvent occasionnés aux véhicules, à un élément de la route (chaussée, panneaux...etc) ou un élément extérieur à celle-ci (bâtiment, arbre...etc). Sellami N. 2003.p288

1.2 L’accidentologie routière

Le terme d'accidentologie a été créé en 1968 par des chercheurs de l'ONSER, l'organisme national de recherche dans le domaine de la sécurité routière qui est devenu l'INRETS (Institut national de recherches et d'études des transports et de leur sécurité) et finalement l'IFSTTAR (Institut Français des Sciences et Technologie des Transports de l'Aménagement et des Réseaux). L'intention était d'individualiser une activité souvent confondue avec la traumatologie. Cette dernière s'intéresse à la phase finale de l'accident, celle qui provoque les lésions, alors que la compréhension de l'accident commence avant l'ouverture de la portière d'une voiture par celui qui va le produire ou le subir. L'accidentologie est alors l'étude des accidents en termes d'aspects et mécanismes qui permettent d'identifier les facteurs impliqués. L'accidentologie est l'étude des accidents. C'est une discipline faisant appel à un spectre de compétence étendu : de l'ingénieure au médecin, en passant par le psychologue, l'expert en mécanique ou en science cognitive. Il s'agit d'atteindre le plus haut degré d'entraide et d'échange d'informations pour obtenir une vision globale et exhaustive des accidents. L'accidentologie passe dans sa phase « moderne » dans les années 1970. Elle commence à se différencier de la traumatologie pure. Un accident est étudié de manière plus fine et plus nuancée (Ferrandez. F., p1995, PP 88-89).

1.3 Accident de la circulation

C'est une collision impliquant au moins un véhicule roulant sur une voie publique ou privée, et dans laquelle une personne au moins est blessée ou tuée avec des dégâts matériels qui sont généralement régis par un système d'assurance. Le terme « accident », qui est largement

employé, peut donner l'impression, probablement inconsciente, qu'il est inévitable et imprévisible, autrement dit, qu'il est impossible de le gérer. (Fernandez F., 1995, P.8)

1.4 La victime

On appelle victime un tué, un blessé grave, un blessé léger par suite d'un accident. (S.Abdoul Aziz, 2004, p 27)

1.5 Les piétons

Toute personne impliquée dans un accident routier et qui n'est ni un conducteur ni un passager. Sont assimilés aux piétons, les personnes qui poussent ou trainent une voiture d'enfant, de malade, d'infirme, celles qui conduisent à la main et en marchant un cycle ou un cyclomoteur ainsi que les infirmes qui se déplacent dans une chaise roulante mue par eux-mêmes ou circulant à l'allure du pas. (Larbi, O. 2011, p.4)

A dire :

- les jeunes de moins de 14 ans sont très nombreux à être blessés.
- les personnes âgées de plus de 65 ans, représentent plus de la moitié (52,5%) de la mortalité piétonne.

2. Les types d'accidents de la route

Il existe deux types d'accidents de la route : les accidents matériels et les accidents corporels.

2.1 Les accidents matériels

Les accidents matériels sont ceux se rapportent à la même définition des accidents et qui n'ont pas eu pour conséquence des victimes tuées ou blessées, mais qui se manifestent seulement par des dommages matériels (dégâts matériels) enregistrés sur les véhicules, les équipements, l'infrastructure ou toute autre construction.

2.2 Les accidents corporels

Ce sont des accidents qui se manifestent par des dommages corporels (blessés, tués). Il peut s'agir d'un accident de piéton ou d'un accident entre deux véhicules accidents. Autrement dit s'est produit sur une route ou sur ou sur ouverte à la circulation publique ou y fut son origine. A provoquer au moins une victime.

Dans les statistiques produites par les pouvoirs publics il s'agit d'un événement produisant au moins une victime survenant sur une voie ouverte à la circulation publique et impliquant au

moins un véhicule. Les accidents matériels ne sont pas recensés par les pouvoirs publics, seules les assurances documentent ce type d'accident. (Masmoudi ,S.2004 ,p04)

Les victimes sont classées habituellement selon la gravité de leur blessure. Les termes les plus communément utilisés dans les statistiques des accidents de la route sont : tuées, blessés graves et blessés légers. Les définitions nationales de ces termes sont divergentes d'un pays à l'autre. Les pays de l'Europe se basent sur les définitions de la banque données d'accident de la route IRTAD (International Road Traffic Accident Data base) de l'OCDE (Organisation de Coopération et de développement économique). Le « hospitalise » a aussi été introduit dans la banque IRTAD pour couvrir les victimes d'accident admises pour soins pour soins à l'hôpital, exclusion faite des tuées. (Laumon, B.,2000, P86)

Les accidents corporels provoquent des victimes qu'on peut classées selon le degré de leurs blessures et pour cela on trouve deux types de victime :

2.2.1 Les personnes tuées ;

Toute personne tuée sur le coup ou décédée des suites d'un accident corporel dans les 30 jours qui ont suivi cet accident et cela selon la convention de vienne 1968. « Certains pays comme la France considèrent comme tuées sur la place ou mort dans les 6 jours qui suivent l'accident ».

2.2.2 Les personnes blessées

Toute personne qui n'a pas été tuée mais qui a subi des blessures légères ou graves lors du choc due à l'accident de la route. - Les personnes légèrement blessées : toutes personnes qui ont reçues des blessures ou fractures ne nécessitant pas de prise en charge médicale ou dont l'état a provoqué une hospitalisation inférieure à 7 jours.

3. Les caractéristiques spatio-temporelles des accidents de la route Elles sont caractérisées par deux facteurs :

3.1 Le facteur temporel

La répartition des accidents de circulation routière varie selon les périodes (le mois, le jour et l'heure de l'accident). Par exemple dans les périodes des week-ends selon différentes études le nombre d'accident par mois à une tendance à la hausse.

3.2 Le facteur spatial

Dans ce type de facteur, les accidents de la circulation varient en fonction des lieux, que ce soit urbain ou rural.

(Bouzigue. J., 1995, P16).

4. Les causes des accidents de la route

Il est habituel, en matière de sécurité routière, de penser que la responsabilité des collisions incombe généralement aux usagers de la route, même si d'autres facteurs indépendants de leur volonté peuvent intervenir, comme la mauvaise conception des routes ou des véhicules. Les accidents de circulation ont pour origine trois facteurs principaux : le conducteur, le véhicule et l'environnement.

4.1 Les causes liées aux facteurs humains

Le facteur humain est la cause principale des accidents de la route, mais il faut également avoir à l'esprit que la quasi –totalité des blessures sont dues à des contacts avec des éléments des véhicules impliqués dans les accidents. Leur garantie dépend des caractéristiques des véhicules et des équipements de sécurité. Ces causes occupent une place non négligeable dans la survenue des accidents. Des statistiques nord-américaines (National Highway Traffic Safety Administration) et Française (prof Sicard) évaluent à 7% le nombre d'accident de la voie publique imputable. Le National Safety Council des USA estime à 2/5.

Le nombre des véhicules potentiellement dangereux. Si le progrès technique a réduit le nombre d'accident imputable aux vices de fabrication et augmenté très notablement la sécurité des usages.

4.2 Les causes liées au conducteur

Parmi ces causes plus répandues sont :

- Refus de priorité
- Stationnement dangereux
- Eclairage défectueux
- Faute personnelle de conduite

4.2.1 L'ivresse au volant :

L'alcool au volant est l'une des principales causes d'accidents dans de nombreux pays, l'alcool est l'origine, en plus des accidents matériels, d'accident corporels. Les principales conséquences de l'alcoolémie, concernant les accidents, sont essentiellement les erreurs de perception et les erreurs de décision. Suivant les pays, la limite supérieure, en grammes d'alcool dans un litre de sang tolérée pour la conduite d'un véhicule à moteur ne doit pas

dépasser 0,10 grammes/ litre. Pour l'ensemble des conducteurs, le risque d'accident commence à augmenter sensiblement lorsque l'alcoolémie atteint 0,10 g, le risque d'accidents sera trois fois supérieur à celui encouru avec une limite de 0,04 g dans l'halène. Par conséquent, les conducteurs qui consomment de l'alcool mettent en danger les piétons et les passagers de deux roues motorisées (OMS., 2004). Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation.

4.2.2 La consommation de drogue

Au plan épidémiologique, il apparaît l'alcoolé reste la principale cause d'accidents graves ou mortels entre 30 à 50%, Cas selon les études. La présence de drogues illicites est retrouvée, selon les études française et étrangère, dans 10 à 18% des cas. Une étude nationale, menée dans le cadre du dépistage de drogues illicites chez les conducteurs impliqués dans un accident mortel. (Ibid,p 47)

4.2.3 La vitesse

La vitesse des véhicules motorisés utilisées par les conducteurs est au cœur du problème des accidents de la route entraînant des blessures. Elle influe à la fois sur les risques d'accident et sur les conséquences des accidents. Il y a « excès de vitesse » lorsqu'un véhicule roule au-dessus de la limite de vitesse applicable. Un véhicule roule à une « vitesse inappropriée » lorsque sa vitesse ne correspond pas à l'état de la route et aux conditions de circulation. D'après les études faites sur la vitesse de circulation dans différents pays, montrent qu'il existe une variation proportionnelle entre la vitesse et les blessures car lorsque la vitesse moyenne augmente de 1km/h les blessures augmentent de 3% et contrairement lorsque la vitesse diminue de 1km/h les blessures diminuent de 3%. En effet, plus le conducteur augmente la vitesse, plus la distance de sécurité qu'il doit laisser est plus grande, exemple à 50km/h, il faut laisser une distance de sécurité de 25 mètres et à 100km/h il faut laisser une distance de 95 mètres. Si seules les vitesses excessives sont illégales, il appartient en revanche à chaque conducteur et motocycliste de décider de la vitesse qui convient à l'intérieur des limites imposées. (P, Gayard, 2002, P 20)

4.2.4 Fatigue du conducteur

La fatigue ou la somnolence peuvent être associées à divers facteurs. Certains parmi eux concernent la circulation routière, comme la conduite sur de longues distances, le manque de sommeil et la perturbation des rythmes circadiens. Trois groupes de personnes présentent des risques élevés :

— les jeunes âgés de 16 à 29 ans, surtout les hommes ;

— les travailleurs de quarts dont le sommeil est perturbé par un travail de nuit ou par des heures de travail longues et irrégulières ;

— les personnes souffrant d'un syndrome de l'apnée du sommeil ou de narcolepsie non traités. (OMS, 2004 p89)

4.2.5 Usage du téléphone cellulaire au volant

L'utilisation du téléphone cellulaire peut nuire à la conduite, autant sur le plan physique qu'en ce qui concerne les perceptions et la prise de décisions. En composant un numéro, le conducteur n'est plus aussi attentif à la route. Les réactions des conducteurs aux situations dangereuses sont plus lentes (elles augmentent de 0,5 à 1,5 secondes) quand l'attention est également portée à une tâche secondaire, il a été démontré, aussi, que les conducteurs utilisant un téléphone portable au volant présentent quatre fois plus de risques d'accidents que ceux qui n'en utilisent pas. Ainsi, toute utilisation du téléphone durant la conduite, « soit la composition d'un numéro ou l'établissement d'un appel, diminue la concentration du conducteur qui, de sa part, affecte le temps de réaction ». (OMS. 2004 p90)

4.2.6 L'imprudence des piétons

Les piétons ont un comportement dangereux lors de l'utilisation de la route ce qui provoque l'augmentation du risque d'exposition aux accidents de la route. En effet, lors de leurs mobilités ils ne respectent ni les signalisations ni les passages piétons ni au moins l'utilisation des passerelles et trottoirs, ce qui implique que les piétons utilisent la route aléatoirement. D'après les données de l'OMS, les piétons ont 90 % de chances de survivre à une collision avec une voiture si la vitesse d'impact est au maximum de 30 km/h, mais leur chance de survie tombe à moins de 50 % si cette vitesse est supérieure ou égale à 45 km/h, quand la vitesse d'impact passe de 30 km/h à 50 km/h, la probabilité qu'un piéton soit tué est multipliée par huit on note aussi que les piétons âgés sont encore plus vulnérables physiquement à mesure que la vitesse augmente. (Namias. R., 2002, P47).

4.2.7 L'expérience et l'âge du conducteur

L'âge des conducteurs est un facteur important dans la survenance des accidents de la route. Les statistiques au niveau international montrent que les jeunes conducteurs sont impliqués dans la plupart des accidents de la route. Cette fréquence d'implication s'explique par leur disponibilité à prendre des risques qui les conduisent à adopter des comportements excessifs et/ou agressifs.

4.2.8 Le permis de conduire

L'obtention du permis de conduire est une étape importante car elle doit valider la capacité du futur conducteur à maîtriser son véhicule dans un environnement donné en même temps que sa connaissance des règles du code de la route. Dans les pays à revenu faible et moyen, cet apprentissage est bien souvent partiel et trop rapide.

Dans certains pays, le permis peut même s'acheter. Il faut évidemment que le coût du permis de conduire soit accessible aux futurs usagers, mais aussi que les gouvernements prennent davantage en considération l'établissement de normes de qualité pour l'enseignement dispensé par les écoles de conduite (auto et moto). Cela est valable a fortiori pour les écoles de chauffeurs professionnels (transport en commun et de marchandises).

4.3 Les causes liées au véhicule

Les problèmes liés au véhicule causant des accidents sont en général des problèmes qui surviennent de manière soudaine, souvent du fait d'un défaut d'entretien. Les pneus et les freins sont souvent en cause. Le véhicule est l'agent pathogène. Aussi doit-il faire l'objet d'une attention particulière. L'introduction de divers équipements spécifiques a sensiblement amélioré la sécurité des véhicules¹⁸. Il est essentiel, pour la sécurité de tous les usagers de la route, de voir et d'être vu. Dans les pays motorisés, une mauvaise visibilité joue un rôle essentiel dans trois types de collisions :

- un véhicule qui heurte l'arrière ou le côté d'un autre véhicule qui roule lentement ou qui est à l'arrêt devant lui, de nuit ;
- les collisions en angle ou de plein fouet, de jour ;
- les chocs arrière dans le brouillard, de jour dans le brouillard, de jour dans le brouillard, de jour dans le brouillard, de jour comme de nuit. Dans les pays à faible revenu et à revenu moyen, le fait que les piétons et les véhicules ne soient pas bien visibles constitue souvent un grave problème.

Dans ces pays, il y a moins de routes suffisamment éclairées et certaines ne le sont pas du tout. De plus, il est fréquent qu'un grand nombre de vélos et que d'autres véhicules roulent sans éclairage et que les usagers qui roulent vite et ceux qui se déplacent lentement se partagent la route.

Les véhicules récents sont très performants sur le plan de la sécurité. Les constructeurs de véhicules s'accordent à dire que les prochaines évolutions techniques mettront du temps

pour offrir un niveau de sécurité bien supérieur à celui d'aujourd'hui. Le contrôle technique des véhicules est quasi obligatoire dans tous les pays occidentaux, où il est réellement effectué et donne lieu à un suivi. Il est clair qu'un effort important doit être fait dans les pays à revenu faible et moyen pour rajeunir et entretenir la flotte des véhicules. C'est le cas notamment des véhicules commerciaux comme les taxis, les bus et les camions qui représentent en moyenne 50 % du parc de ces pays et pour lesquels il faut instaurer en priorité un contrôle technique réel et indépendant. Ce contrôle doit être intransigeant sur les fonctions vitales du véhicule : le freinage, les amortisseurs et l'éclairage. (OMS.2004,p.91)

4.4 Les causes liées à l'environnement

Les défauts dans la conception de la route entraînent des accidents dans la mesure où les conducteurs ne parviennent pas à apprécier de manière adéquate les possibilités et les risques dans une configuration de route donnée. Les facteurs liés à un environnement défavorable contribuent aux accidents en rendant plus difficiles les manœuvres du véhicule. Les signalisations ou équipements inadaptés constituent un manque d'informations pour le conducteur qui ne peut anticiper un éventuel danger. Les obstructions, enfin, représentent des dangers imprévus. En outre les conditions météorologiques multiplient les risques d'accidents surtout lorsqu'elles sont accompagnées d'une mauvaise conception de la route.

L'infrastructure routière, comprise dans son ensemble (le revêtement, la signalisation et l'aménagement), joue aussi un rôle important pour la sécurité. L'aménagement des routes doit prendre en compte les prises de risque et erreurs humaines et tenter de les minimiser. Il a été démontré que certaines améliorations permettaient, à faible coût, d'abaisser sensiblement la mortalité routière. Il s'agit de la séparation des différents types de circulation, de l'amélioration de la signalisation horizontale et verticale, de l'aménagement de voies plus sûres pour les piétons et les deux-roues, de la construction de trottoirs et de passages piétons plus reconnaissables et de la limitation des vitesses de circulation (par l'installation de ralentisseurs, de bandes rugueuses et de ronds-points). Sur les routes existantes, ces travaux d'aménagement doivent se faire en priorité sur les tronçons les plus dangereux, particulièrement aux entrées et sorties d'agglomérations et aux endroits très passants (marchés, écoles etc.). (P,Gayrard, 2002)

5. Aspect statistique et épidémiologique des accidents de la circulation

5.1 Sécurité routière dans le monde

Le dernier rapport de situation mondial de l'OMS sur la sécurité routière 2023 montre que, depuis 2010, le nombre de décès dus aux accidents de la route a diminué de 5 % pour atteindre 1,19 million par an. Pourtant, les accidents de la route restent une crise sanitaire mondiale persistante, les piétons, les cyclistes et les autres usagers vulnérables de la route étant confrontés à un risque aigu et croissant de décès.

Parmi les États membres de l'ONU, 108 pays ont enregistré une baisse du nombre de décès liés à la circulation routière entre 2010 et 2021. Dix pays ont réussi à réduire la mortalité routière de plus de 50 % : Biélorussie, Brunei Darussalam, Danemark, Japon, Lituanie, Norvège, Fédération de Russie, Trinité-et-Tobago, Émirats arabes unis et Venezuela. Trente-cinq autres pays ont réalisé des progrès notables, réduisant le nombre de décès de 30 à 50 %.

Cinquante-trois pour cent des victimes de la route sont des usagers vulnérables : piétons (23 %), conducteurs de véhicules à deux ou trois roues tels que les motocyclettes (21 %), cyclistes (6 %) et utilisateurs de dispositifs de micro-mobilité tels que les scooters électriques (3 %). Le nombre de décès parmi les occupants de voitures et d'autres véhicules légers à quatre roues a légèrement diminué pour atteindre 30 % du nombre total de décès.

Le rapport l'OMS montre que 28 % des décès dus aux accidents de la route dans le monde sont survenus dans la région de l'Asie du Sud-Est de, 25 % dans la région du Pacifique occidental, 19 % dans la région africaine, 12 % dans la région des Amériques, 11 % dans la région de la Méditerranée orientale et 5 % dans la région européenne.

Les décès de piétons ont augmenté de 3 % pour atteindre 274 000 entre 2010 et 2021, ce qui représente 23 % des décès dans le monde. Les décès de cyclistes ont augmenté de près de 20 % pour atteindre 71 000, soit 6 % des décès dans le monde. Dans le même temps, la recherche indique que 80 % des routes du monde ne respectent pas les normes de sécurité pour les piétons et que seulement 0,2 % sont équipées de pistes cyclables, laissant ces usagers de la route dangereusement exposés. Alors que 9 personnes interrogées sur 10 se considèrent comme des piétons, seul un quart des pays ont mis en place des politiques de promotion de la marche, du vélo et des transports publics.

Certaines mesures ont permis la réduction des accidents et la mise en place de mécanismes capables de rendre les routes moins dangereuses pour les différents usagers. Ainsi, des défis doivent être relevés, ils consistent en la mise en place des infrastructures appropriées pour soutenir les politiques, le renforcement de la collaboration multisectorielle, la sensibilisation du grand public, la compréhension et le respect des nouvelles réglementations.

En Algérie, comme partout dans le monde, le fléau des accidents de la circulation constitue une menace majeure pour la santé publique, et ses conséquences économiques et sociales sont désastreuses, au-delà du drame humain qui endeuille chaque année, des milliers de familles. En dépit des mesures prises pour rendre les routes plus sûres, l'Algérie a déploré 18949 accidents de la circulation en 2020 dont 2 844 morts et 25 836 blessés. Ceci nous amène à nous interroger sur les raisons de cette augmentation du nombre d'accidents et de décès sur les routes en Algérie et à essayer de définir, entre autres, les mesures afin de réduire et d'atténuer ces chiffres. L'analyse approfondie de l'accidentologie routière en Algérie permet de disposer d'une perspective générale dans laquelle s'inscrit le système de la sécurité routière, dans la mesure où elle permet de fournir des éléments de compréhension de ce fléau.

5.2 La sécurité routière en Algérie

Le nombre d'accidents de la route et de victimes ne cesse de croître depuis le début des années 1970 avec un taux de croissance dépassant parfois 50%. Ce nombre est remarquablement important depuis l'année 2014.

Tableau : Evolution annuelle moyenne des accidents et des victimes de 1970 à 2014

Tableau : Evolution annuelle moyenne des accidents et des victimes de 1970 à 2014

Années	Accidents	Taux de Progression en %	tués	Taux de Progression en %	blessés	Taux de Progression	Nombre de tués/100 accidents	Nombre de blessés/100 accidents
1970	24437		1374		27430		5,62	112,24

1971	24163	1,12	1484	8	20072	-26,82	6,14	83,06
-								
1972	23623	-3,33	1601	16,52	21883	-20,22	6,77	92,63
1973	25714	5,22	2106	53,27	23423	-14,6	8,19	91,09
1974	26560	8,68	2313	68,34	24618	-10,25	8,70	92,68
1975	29484	20,65	2579	87,7	27954	1,91	8,74	94,81
1976	31424	28,59	2862	108,29	27530	0,36	9,10	87,60
1977	31111	27,31	3061	122,78	27860	1,56	9,83	89,55
1978	32616	33,46	3046	121,68	30143	9,89	9,33	92,41
1979	32335	32,31	3114	126,63	30118	9,79	9,63	93,14
1980	33275	36,16	2967	115,93	31928	16,39	8,91	95,95
1981	36428	49,06	3216	134,06	35616	29,84	8,82	97,77
1982	36984	51,34	3134	128,09	35347	28,86	8,47	95,57
1983	38197	56,3	3315	141,26	35596	29,77	8,67	93,19
1984	37872	54,97	3628	164,04	36612	33,47	9,57	96,67
1985	38164	56,81	4134	200,87	37936	38,3	10,83	99,40
1986	34899	42,81	3948	187,33	38548	40,53	11,31	110,45
1987	34324	40,45	3699	169,21	38012	38,57	10,77	110,74
1988	33436	36,82	3473	152,76	37937	38,3	10,38	113,46
1989	31372	28,37	3241	135,88	36565	33,3	10,33	116,55
1990	29341	20,06	3410	148,18	36955	34,72	11,62	125,95
1991	7471	12,41	3208	133,47	35484	29,36	11,67	129,16
2								
1992	26523	8,53	3654	165,93	35726	30,24	13,77	134,69
1993	23768	-2,73	3673	167,32	2689	19,17	15,45	137,53
1994	19992	-18,18	4022	192,72	26198	-4,49	20,11	131,04
1995	20127	17,63	3621	163,53	26768	--2,41	17,99	132,99

1996	24080	-1,46	3381	146,06	31952	16,48	14,04	132,69
1997	28093	14,96	3519	156,11	34534	25,89	12,52	122,92
1998	28793	17,82	3565	159,46	38092	38,86	12,38	132,29
1999	31639	29,47	3865	181,29	43765	59,55	12,21	138,32
2000	35771	46,38	4025	192,94	51506	87,77	11,25	143,98
2001	38393	57,11	3768	174,23	54633	99,17	9,81	142,29
2002	41754	70,86	4314	213,97	57013	107,84	10,33	136,5
2003	43227	76,89	4343	216,08	63699	132,22	10,04	147,35
2004	43777	79,14	4356	217,03	64714	135,92	9,95	147,82
2005	39233	60,54	3711	170,08	58082	111,74	9,45	148,04
2006	40885	67,3	4120	199,85	60120	119,17	10,07	147,04
2007	39010	59,63	4177	204,01	61139	122,89	10,70	156,72
2008	40481	65,65	4422	221,83	64708	135,90	10,92	159,84
2009	41224	68,70	4607	235,29	64979	136,89	11,01	157,62
2010	32873	34,51	3560	159,09	52433	91,15	10,82	159,50
2011	41467	69,69	4598	234,64	66360	141,92	11,08	160,03
2012	42477	73,82	4447	223,65	69141	152,06	10,46	162,77
2013	42846	75,41	4540	230,42	69582	153,67	10,59	162,40
2014	40137	64,24	4351	216,66	59607	117,30	10,84	148,50

Source : réalisé par nos soins à partir des données de CNPSR

L'analyse de la figure montre qu'entre 2000 et 2004, le nombre d'accidents a connu une évolution à la hausse où on a enregistré le plus grand nombre d'accidents, avec un taux de croissance estimé à 22.38%. L'année 2005, a connu une recrudescence des accidents de la circulation marquant une baisse de 10. 38% par rapport à l'année 2004. Cette baisse par rapport aux années précédentes est marquée par le fait de la mise en place d'un nouveau dispositif réglementaire et son effet d'annonce (loi 16-0 relative à l'organisation, la sécurité et

la police de la circulation routière) caractérisée par le renforcement du système de contrôle-sanction de sécurité routière.

Par ailleurs, la période allant de 2006 à 2009, s'est distinguée par une tendance haussière enregistrant une évolution moyenne annuelle de 1.31 %. Un creux remarquable est constaté en 2010 qui se traduit par une baisse de 20.26%. Cette baisse importante enregistrée dans le nombre d'accidents de la circulation est suivie d'une tendance haussière jusqu'en 2013.

5.2.1 Les principales causes des accidents de circulation sur le territoire national

Tableau : Les causes moyennes directes des accidents de circulation pour une période qui va de 2005 à 2014

	Lié à l'environnement	Lié au véhicule	Lié à l'utilisateur	Total
La moyenne	1552,8	1832,8	26600,9	29986,5
Le pourcentage	5,17	6,11	88,71	100,00

Source : CNPSR

La période allant de 2014 à 2020 s'est distinguée par une évolution moyenne négative. Cette baisse significative du nombre d'accidents de la route se traduit par un taux de diminution à 10.85%. L'année 2020 a enregistré 18949 accidents corporels qui constituent le plus bas seuil enregistré depuis 1970.

Tableau : Tableau de 9 dernière année dans le territoire national

Année	Nombre d'accident	Nombre de blessés	Nombre de décédés
2015	64813	79828	2332

2016	59902	73337	2118
2017	57328	69754	1882
2018	54241	65959	1779
2019	60790	73465	1771
2020	54300	64080	1501
2021	57982	71744	1683
2022	22980	30479	3409
2023	63697	79771	1893

Source : CNPSR

La période allant de 2014 à 2020 s'est distinguée par une évolution moyenne négative. Cette baisse significative du nombre d'accidents de la route se traduit par un taux de diminution à 10.85%. L'année 2020 a enregistré 18949 accidents corporels qui constituent le plus bas seuil enregistré depuis 1970.

Tableau : Tableau de 9 dernière année dans le territoire national

Source : réalisé par nos soins à partir des données de CNPSR

lecture du tableau indique que le nombre d'accidents corporels de la circulation routière a enregistré une baisse de 15,8 % au cours de l'année 2020 comparativement avec celui enregistré durant l'année 2019, soit 3558 accidents en moins.

De même, la mortalité routière a enregistré, pour la même année une baisse importante en comparaison avec l'année 2019. Soit 2844 personnes qui ont perdu la vie sur nos routes au cours de l'année 2020, contre 3275 durant la même période de l'année 2019, ce qui équivaut à une diminution de 13.16 %. Une baisse encourageante à laquelle que nous pouvons tous contribuer à faire progresser. Cette baisse exceptionnelle est à relativiser en raison du contexte de crise sanitaire ayant entraîné des mesures de restrictions de déplacements qui ont eu des effets massifs sur le trafic routier. En effet, durant les périodes de confinement et de couvre-feux le nombre d'accidents a fortement chuté, en raison notamment du confinement imposé par les autorités pour freiner la pandémie de Covid-19.

Même, il n'y a pas encore des données officielles de accidents routiers, l'existence déjà de nombre d'accidents est alarmant. Selon la protection civile durant la période du 24 au 30 mars il a survenu 1048 accidents dont on trouve 1311, et de 31 mars au 06 avril 2024, il a eu 1246 accidents entraînant 46 décès et 1461 blessés.

5.2.2 Sécurité routière dans la wilaya de Bejaia

Tableau : Tableau récapitulatif des accidents de la route de la wilaya de Bejaia.

Année	Accident	Blessés	Décédés
2019	1919	2262	51
2020	1651	1965	40
2021	1716	2474	41
2022	1403	2171	36
2023	1424	2238	31

Source : réalisé selon le bilan de protection civile de Bejaia

Toutes catégories confondues, la répartition des véhicules impliqués dans les accidents de la circulation routière dans la wilaya de Bejaia met en évidence la dégradation du parc automobile. Il a été remarqué également que les véhicules de transport en commun de voyageurs et de transport collectif sont moins impliqués dans les accidents, et autant que les motards ont occupé en 2023, 25,5% dans 1403 accidents impliquant 528 motards selon la protection civile de la wilaya.

6. La prise en charge des accidentés de la route

La prise en charge des accidentés comporte deux volets : une prise en charge sur le lieu de l'accident et pendant le transport, une autre prise en charge dans les structures de soins hospitalières.

6.1 La phase pré-hospitalière :

La prise en charge des blessés est préparée dès l'appel de la protection civile ou du SAMU. L'appel du SAMU est reçu au niveau de la permanence par le médecin régulateur qui est le chef de service ou un autre médecin régulateur qui dépêche les secours lorsqu'il y a une disponibilité de l'ambulance. De ce fait, la prise en charge des accidentés commence dès le

transport des blessés qui se fait par une ambulance médicalisée dont l'équipage est constitué par un médecin, un infirmier et un chauffeur. Un bulletin d'intervention est rempli pour chaque urgence et comporte toutes les informations sur l'urgence et les gestes appliqués, en communiquant de façon permanente avec le siège permanence.

6.2 La phase hospitalière :

La prise en charge hospitalière est tributaire des pratiques réalisées pendant la phase pré hospitalière, car des gestes non effectués par celle-ci seront fait dès l'arrivée à l'hôpital. Dans le cadre de prise en charge des citoyens, la médecine de proximité est organisée selon le schéma suivant :

- Le premier concerne les centres de santé.
- Le deuxième palier concerne les polycliniques où existe un plateau technique.

Ces deux paliers qui forment ce qui est appelé « les structures extra hospitalières » ont une intervention appréciable dans la prise en charge des blessés des accidents de la route. (Abrouk. S., 2004, P10)

Synthèse

Les accidents de la circulation ont constitué un véritable problème de la santé publique, dont souffrent les pays de monde entier, l'accident laisse des lourdes conséquences pas seulement sur la victime, mais sur le développement total d'un pays, et pour cela, les pays du monde prennent la responsabilité de combattre cette catastrophe avec tous dispositifs et moyens possible. Ce drame routier, qui impose une contrainte majeure pour le développement du pays, devraient inciter les pouvoirs publics et surtout les autorités visées à reconsidérer le système de sanction et à intensifier les campagnes d'information et de sensibilisation qui constituent des leviers extrêmement importants dans la lutte contre l'insécurité routière.

Des mesures doivent être prises : D'abord, renforcer les campagnes de sensibilisation au niveau national en direction des différents usagers de la route d'une manière permanente, particulièrement durant la période estivale. Ensuite, le véhicule doit être pris en charge par les contrôles nécessaires, la lutte contre la contrefaçon et le contrôle de conformité du véhicule précédé nécessairement par un dispositif normatif de référence qui doit concilier entre les impératifs de sécurité minimum et ceux du droit à la mobilité. Enfin, vient le renforcement du programme d'entretien des routes, par la mise à niveau de la signalisation routière, la

réalisation des voies express au niveau des axes routiers entre les principales villes du pays et le traitement des points noirs sur le réseau routier national.

Partie pratique

Chapitre III

Méthodologie de la recherche

Préambule

Quand on aborde la recherche en psychologie clinique, il est important de souligner que ces études se déroulent dans des contextes naturels et font principalement usage de méthodes cliniques. Ces méthodes visent à identifier les différents éléments d'une situation donnée et parfois à décrire la relation entre eux. Notre recherche se concentre sur l'étude du "traumatisme psychique chez les accidentés de la route". Comme toute recherche qui suit une méthodologie spécifique

1. Présentation de lieu de recherche

L'approche de terrain est très importante pour toute recherche scientifique. Du moment qu'elle constitue une source de données et d'informations comme une base pour la vérification de nos hypothèses.

Notre études c'est effectué dans un Établissement public hospitalier AKLOUL ALI d'Akbou de la wilaya de Bejaia. L'hôpital d'Akbou comporte un nombre assez satisfaisant de personnel médical et administratif, il admet 425 personnes soit médecins spécialistes, médecins généralistes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, paramédicaux, aides-soignants ou agents.

L'hôpital d'Akbou est constitué de l'ensemble des services sanitaires, de prévention, de diagnostic, de soins d'hospitalisation et de la réadaptation médicale, couvrant la population d'un ensemble de communes et relevant du ministère de la santé.

Dans son domaine d'activité, l'hôpital a pour mission de prendre en charge, de manière hiérarchique les besoins sanitaires de la population dans ce cadre.

2. La définition de la méthode de recherche clinique adéquate

Une méthode de recherche adéquate est une approche ou une technique de collecte de données qui convient parfaitement aux objectifs de recherche, au contexte de l'étude et aux caractéristiques de la population étudiée. Elle doit être choisie en fonction de la question de recherche, des variables étudiées, des ressources disponibles et des contraintes éthiques.

Une méthode de recherche est considérée comme adéquate lorsqu'elle est bien adaptée aux objectifs de l'étude et qu'elle permet de recueillir des données fiables et valides. Elle doit également être rigoureuse sur le plan méthodologique, c'est-à-dire qu'elle doit être conçue de manière à minimiser les biais et à garantir la qualité des données collectées.

Par exemple, pour une étude qualitative visant à comprendre les expériences individuelles, l'utilisation d'entretiens en profondeur pourrait être une méthode de recherche adéquate. Pour une étude quantitative visant à établir des relations entre différentes variables, l'utilisation d'une enquête par questionnaire pourrait être plus appropriée.

En résumé, une méthode de recherche est considérée comme adéquate lorsqu'elle est bien adaptée aux objectifs, aux caractéristiques de la population étudiée et aux contraintes de l'étude, tout en garantissant la rigueur méthodologique et la qualité des données collectées.

3. les techniques de recherche :

Notre étude s'inscrit dans une approche clinique qui accorde une importance particulière à l'évaluation du traumatisme, en utilisant plusieurs échelles de mesure. Cette approche est privilégiée en raison de l'importance cruciale du trauma dans notre recherche et de la complémentarité des échelles d'évaluation. Cette approche nous permet de recueillir un maximum de données pertinentes sur le thème étudié, en nous fournissant une vue approfondie et nuancée des effets psychiques du traumatisme chez les accidentés de la route.

4. L'échantillon de recherche

d'élaborer cette recherche, on a choisi six cas d'accidentés âgés entre 60 ans et cinquante qui présentent un syndrome psycho- traumatique de différents degrés. Traumatisme léger et moyen intense fort , Il convient de préciser que parmi les accidentés on a eu deux deux femmes 33 ans et 20 ans et quatre hommes a été rencontrée et que ceux-ci sont issus de différentes catégories sociales.

5. La démarche de la recherche

La phase préliminaire de la recherche revêt une importance capitale dans les domaines des sciences humaines et sociales, car elle permet non seulement de rassembler des idées et des informations relatives au sujet de recherche, mais aussi d'acquérir une compréhension approfondie du contexte et de la population étudiée. Elle est essentielle pour délimiter clairement le thème de recherche et évaluer sa faisabilité.

Dans le cadre de cette étude sur le traumatisme psychique chez les accidentés de la route, des rencontres ont été organisées avec les personnes concernées, qui ont généreusement consenti à participer à la recherche (voir formulaire de consentement en Annexe 01). Lors de ces rencontres, les participants ont été informés des méthodes de recherche, notamment l'utilisation de guides d'entretien pour explorer leur vécu. Les entretiens ont été programmés en fonction de la disponibilité des participants, certains se déroulant chez eux, tandis que d'autres ont eu lieu à l'hôpital Akloul Ali de la wilaya de Bejaia.

Par ailleurs, afin de vérifier les hypothèses formulées dans le cadre de cette recherche, centrée sur le traumatisme psychique chez les accidentés de la route, nous avons adopté une approche basée sur la méthodologie clinique. Cette approche, définie par Lagache (1949), consiste en une étude scientifique du comportement humain, reposant principalement sur l'observation et l'analyse approfondie de cas individuels, qu'ils soient normaux ou pathologiques, et pouvant également s'étendre à l'étude de groupes.

6. L'entretien clinique

Dans le cadre de notre recherche, nous avons choisi d'utiliser l'entretien clinique comme méthode privilégiée pour obtenir des informations subjectives, telles que les histoires de vie, les représentations, les sentiments, les émotions et les expériences, qui témoignent de la singularité et de la complexité d'un individu. Selon Childen (1989), l'entretien clinique se distingue par l'établissement d'une relation asymétrique.

Les entretiens cliniques peuvent être classés en trois catégories : directifs, non-directifs et semi-directifs, parmi lesquels nous avons choisi d'utiliser l'approche semi-directive pour notre étude. Cette méthode offre une combinaison entre une structure définie par un guide d'entretien et une flexibilité permettant d'explorer en profondeur les expériences individuelles des participants, tout en laissant place à l'émergence de nouveaux thèmes pertinents. Notre objectif est de recueillir des données détaillées et riches sur les traumatismes psychiques des accidentés de la route, tout en offrant aux participants l'opportunité de s'exprimer librement sur leurs expériences et leurs émotions.

7. Définition de l'étude de cas

L'étude de cas est une méthode de recherche qualitative qui se concentre sur l'analyse approfondie d'un cas spécifique ou d'un petit nombre de cas, pouvant inclure des individus, des groupes, des organisations, des événements ou des situations. Son objectif principal est de comprendre en détail le contexte, les processus, les interactions et les résultats associés au cas étudié.

Les chercheurs collectent généralement des données à partir de diverses sources telles que des entretiens, des observations, des documents et des artefacts, puis les analysent minutieusement pour identifier des modèles, des thèmes et des tendances significatives. Les études de cas sont largement utilisées dans plusieurs domaines, notamment les sciences sociales, la psychologie, l'éducation, la santé et le management, pour explorer des phénomènes complexes dans leur contexte naturel et obtenir une compréhension approfondie des processus impliqués.

Voici comment cela pourrait se dérouler :

1. Sélection des cas : Identifier des accidentés de la route ayant subi un traumatisme psychique significatif. Les participants pourraient être choisis en fonction de critères tels que

la gravité de l'accident, la présence de symptômes psychologiques post-traumatiques, et la diversité des expériences vécues.

2. Collecte de données : Recueillir des données à partir de différentes sources, telles que des entretiens individuels approfondis, des questionnaires standardisés pour évaluer les symptômes de stress post-traumatique et d'autres troubles psychologiques, des observations cliniques, des rapports médicaux et des documents personnels des participants.

3. Analyse des données : Analyser en profondeur les données recueillies pour identifier les thèmes, les modèles et les tendances pertinents. Cette analyse pourrait impliquer des méthodes qualitatives telles que l'analyse de contenu et l'analyse thématique, ainsi que des approches quantitatives pour quantifier les symptômes et les séquelles psychologiques.

4. Rapport des résultats : Présenter les résultats de manière détaillée en décrivant les expériences individuelles des participants, les facteurs contributifs au traumatisme psychique, les stratégies d'adaptation utilisées et l'impact sur la qualité de vie. Les conclusions pourraient également mettre en évidence les implications cliniques, les besoins en santé mentale et les recommandations pour les politiques publiques.

Cette étude de cas permettrait de comprendre en profondeur les conséquences psychologiques des accidents de la route et d'identifier les besoins spécifiques des personnes touchées pour une intervention et un soutien appropriés.

8. Population concernée

Le questionnaire s'adresse aux adultes, à partir de dix-huit ans', confrontés directement et de façon brutale avec le réel de la mort. Ce sont les sujets qui ont eu une perception directe de l'événement, 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, prise d'otage, séquestration, etc.).
- Les adultes qui ont été victimes ou témoins d'un sinistre majeur avec une menace de mort. (Voir liste des événements dans le questionnaire).

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

Sort exclus:

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

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 du 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.

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.

Informations concernant l'événement et le sujet

• Informations concernant l'événement

> L'événement à l'origine des troubles observés doit représenter un danger potentiel de mort, une menace de mort réelle pour les sujets qui en sont victimes directes ou qui en sont témoins. Cet événement peut être :

- individuel, s'il y a une seule victime (par exemple, un viol commis sur une personne),

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-M).

Les outils psychométriques actuels sont généralement construits à partir de la classification du DSM. Or, en raison des réserves précédemment formulées, 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 TRAUMAQ évalue également des symptômes fréquemment associés, notamment l'état dépressif et les somatisations.

Est également pris en compte le «vécu traumatique» et plus particulièrement la honte, la culpabilité, l'agressivité et les répercussions sur la qualité de vie.

Objectifs ;

- 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 d'un traitement thérapeutique.

Ainsi, intégré 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.

Chapitre IV présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

1. Présentation et analyse des résultats

1.1 Présentation Des cas

1.1.1 Présentation de premier cas

Yacine est un jeune homme âgé de 20 ans, étudiant actuellement en première année universitaire, avec un état civil célibataire, il affirme n'avoir souffert d'aucune problèmes de santé chronique et aussi n'a jamais consulter un psychiatre, un psychologue ou une psychothérapeute.

L'entretien s'est déroulé dans l'après-midi du 27/03/2024 à 13h30 au niveau de l'hôpital d'akbou, dans le bureau du psychologue qui a été présent sur place pour supervision de l'entretien, Yacine commence a raconté comment l'accident s'est déroulé.

1.1.2 Analyse de l'échelle

Notre entretien met en évidence un syndrome post traumatique moyen(profil A), ce que on a noté dans le questionnaire . La note brute à l'échelle (A) est moyenne, elle correspond à la note maximale 13, soit une note étalonnée de 3 . Il s'est sentie abandonnée par les autres,incapable épuisé de faire des réactions adaptées . (Échelle B, note brute de 12, soit une note étalonnée de 2 avec des flash-back et des cauchemars.

(Item D3). Les troubles de sommeil (Échelle C note brute de 5 . Avec une fatigue extrême au réveil. Durant l'entretien n'a pas du mal à verbalisé la scène

1.1.3 L'analyse de l'entretien :

« Une après-midi il y a un peu plus d'un mois je rentrais en moto de l'université je traversais une petite zone industrielle sur une rue a deux voie, je suivi un poids lourd qui roulait doucement et m'avait pas l'air de savoir où il allait, ce qui fait je trépegnaiss un peu au carrefour suivant je vois le camion se mettre son clignotant a droit je me déporte donc sur gauche et pour dépasser et continuer et continuer ma route et le conducteur ne tourne pas à droite mais faisait demi-tour et il ne savait pas du tout qu'il était suivi j'ai percuté la portière du conducteur a environ 40km/h j'ai à peine eu le temps de pensé avant de perdre connaissance. Je me suis réveillé dans le fossé a une quinzaine de metre de lieu de l'impact avec la jambe droite en sang et complètement endolorie mais pas grand-chose d'autres. J'ai pu m'asseoir et regarder autour de moi le conducteur de camion était encore tétanisé dans sa cabine du fait de la surprise de choc et de la crainte de m'avoir tué. Un riverain le rassuré aussi tôt en me voyant assis et est venu me voir en me disant que ma jambe est en sang venait d'un petit trou dans ma jambe, creusé par un bout de métal de ma moto ».

Chapitre IV présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Après quand Yacine a fini de raconté comment l'accident s'est déroulé, j'ai passé à poser la question d'évaluation du traumatisme et j'ai lui explique comment répondre et me demander en cas qu'il n'a pas compris une question. Il a réussi à répondre tous les questions il a remis le questionnaire d'évaluation.

Synthèse du cas de yacine :

Dans le cas de yacine la note brute total obtenu c'est 58 qui correspond à la note étalonnée 3 après l'évaluation clinique en q trouvé que le jeune homme yacine a un traumatisme moyen.

Il présente un syndrome psycho traumatique moyen et déprité de la souffrance psychique causé par l'accident qu'il a vécu ce qui fait apparait chez lui un sentiment de regret en disant « je perte contrôle lorsque je repense à mon accident » mais il s'est adapter avec le temps. Quant aux autres symptômes ils ont durée quelques jours comme cauchemar mais après tout va bien il dort, il mange bien « maintenant tout va bien hamdullah tout a fini rapidement » il montre un niveau de résilience acceptable même en avoir un sentiment de regret, Il est envahi par les images et les pensées de l'accident dans les premiers temps, qui reviennent sans cesse pendant la journée. Elles l'empêchent de s'endormir et parfois il se réveille en sursaut, terrorisé. Il sent qu'il a aussi beaucoup changé, il est devenu très émotif et très sensible, il n'arrête pas de pleurer. Cet aspect le gêne beaucoup, et il ne supporte pas une telle émotivité chez lui. Quand on lui demande s'il a toujours été ainsi, il me répond que oui, mais qu'il ne l'avait jamais montré. C'était comme s'il avait toujours réussi à cacher cette sensibilité profonde et à s'en protéger mais, avec l'accident, cette carapace protectrice semble avoir été « pulvérisée » comme l'a été sa moto. Ces angoisses sont telles qu'elle développe des comportements phobiques.

1.1.1 Présentation du deuxième cas :

Khiredine est un homme âgé de 40 ans c'est un salarié qui travaille à plein temps, marié et père d'enfant 1an et demi (une fille) khiredine affirme n'avoir pas souffert d'aucune maladie chronique dans le passé.

L'entretien s'est déroulé dans l'après-midi de 10 avril 2024 à 15h00 au niveau de l'hôpital de akbou dans le bureau du psychologue qui a été présent sur place pour supervision de l'entretien.

1.1.2 Analyse de l'échelle

Notre entretien met en évidence un syndrome post traumatique moyen , ce que on a noté dans le questionnaire . La note brute à l'échelle (A) est moyenne elle correspond à la note maximale 13 soit une note étalonnée de 3 . Il s'est sentie incapable épuisé de faire des réactions adaptées et il avait l'impression de mourir avec une accélération des battements de cœur , (Échelle B, note brute de 12 , soit une note étalonnée de 5 avec des flash-back qui s'imposent a lui jour et nuit .

Ces nuits sont chargée de pensées d'angoisse de malaise (item D3) . Les troubles de sommeil (Échelle C note brute de 14) des cauchemars et des réveils nocturnes qui l'empêchent de dormir et le fatiguent de plus en plus. Dans le cas de Mouloud la note brute total obtenu c'est 81 qui correspond à la note étalonnée 3 après l'évaluation clinique nous constatons que mouloud présente syndrome psycho traumatique moyen et en dépit de sa souffrance psychique causé par accident qu'il a vécu ce qui a fait apparaitre chez lui un sentiment de fatigue et il était toujours épuisé a causé « j'ai souhaité c'est de dormir mes 8h normal mais cette période a durée qu'une semaine », quant aux autres symptômes il a dit que de temps en temps je repense à l'évènement et je regret d'avoir pris mon téléphone pour répondre mais ses idée en durée que les premier temps t il a réussi à dépasser cette période en disant « c'est le destin en peut pas l'empêcher » On perçoit bien le recours massif aux comportements d'évitement pour nous cacher et pour ne pas penser au traumatisme ; il adopte ainsi un comportement d'hyperactivité où il s'occupe constamment, ce qui lui permet de faire le vide et de ne pas penser. Cette observation montre comment le traumatisme psychique et ses effets parviennent à envahir complètement l'espace mental de cette patiente, qui a alors recours à une lutte anxieuse pour ne pas être perturbée par ces images obsédantes

1.1.3 L'analyse de l'entretien

khireddine a commencé raconter comment l'accident s'est déroulé « L'accident s'est passé à la sortie du chantier c'était de ma faute puisque j'ai pas remarqué le stop et la voiture venant de ma gauche a percuté le cote gauche de ma voiture je me souviens juste des tonneaux avant de finir au fond du ravin mais miracle j'ai pu appeler un collègue, j'étais coincé dans la voiture avec le toit qui touchait le siège et du sang qui coulait de mon front, 3mn après j'entendais des personnes me parlaient je ne les ai pas reconnu par la suite, j'ai su qu'il s'agit de mes collègues quand j'ai été évacué pour aller au urgence d'akbou j'étais assis sur une chaise dans l'ambulance et j'ai perdu totalement les sens de l'orientation je ne savais pas si c'était en direction du nord ou du sud, ils m'ont fait des radiographie et des teste après le médecin m'a dit rien de grave juste un choc au front qui a nécessite de 5 point de suture.

Une heure après que khireddine a fini de raconter les détails de l'accident j'ai lui passer le questionnaire d'évaluation du traumatisme, en lui disent qu'il peut me demander de l'expliquer s'il n'a pas compris certain question khireddine a rempli de questionnaire et il a remis.

Synthèse de cas de khireddine :

On a constaté que khireddine présente un syndrome psycho traumatique léger et en dépit de la souffrance psychique causé par l'accident qu'il a vécu ce qui fait apparait chez lui un sentiment de culpabilité et de regret en disant « je ne sais pas pourquoi j'ai pas remarqué le stop » quant aux autre symptômes khileddine nous a affirmé qu'il souffre d'aucun problème concernant l'accident juste il s'est senti épuisé pendant quelques jours. Ce qui nécessite d'une prise en charge approfondi puis il risque d'être dans la phase dénégation. On note son état d'impuissance et d'absence de réaction, qu'il justifie dans l'après-coup comme un souhait de ne pas engendrer davantage ses actes. Le silence qu'elle s'impose autour de cette situation (« j'ai encaissé, je n'ai rien dit ») rend compte d'une impossibilité à comprendre ce qui s'est passé mais aussi d'un vécu de culpabilité et de faute. Il n'ose pas parler de cette situation à sa hiérarchie, comme s'il en était lui-même responsable. On perçoit ici toute la situation de l'événement qui est retournée contre lui, la culpabilité semble centrale dans ce mouvement : « quelque part, je me disais que c'était de ma faute parce que je me disais : je n'ai pas su gérer la situation ».

1.1.1 Présentation du troisième cas :

Mouloud est un homme âgé de 55 ans c'est un salarié, marié et père avec deux enfants (une fille de 19 ans et garçon de 16 ans) Mouloud affirme n'avoir pas souffert d'aucune maladie chronique dans le passé. L'entretien s'est déroulé dans le matin de 10 avril 2024 au niveau de l'hôpital de akbou dans le bureau du psychologue qui a été présent sur place pour supervision de l'entretien. Analyse de l'échelle : Notre entretien met en évidence un syndrome post traumatique moyen (profil A), ce que on a noté dans le questionnaire . La note brute à l'échelle (A) est moyenne elle correspond à la note maximale 13 soit une note étalonnée de 3 . Il s'est sentie incapable épuisé de faire des réactions adaptées et il avait l'impression de mourir avec une accélération des battements de cœur , (Échelle B, note brute de 12 , soit une note étalonnée de 5 avec des flash-back qui s'imposent a lui jour et nuit Ces nuits sont chargée de pensées d'angoisse de malaise (item D3) . Les troubles de sommeil (Échelle C note brute de 14) des cauchemars et des réveils nocturnes qui l'empêchent de dormir et le fatiguent de plus en plus

1.1.2 L'analyse de l'entretien :

Mouloud a commencé raconter comment l'accident s'est déroulé « Une après-midi après avoir fini le travail j'ai pris ma douche pour aller faire un tour en ville j'ai donc pris la voiture et j'ai démarré au milieu de la route j'ai reçu un appel d'un ami dans l'instant où j'ai pris mon téléphone pour répondre j'ai foncé dans un mur par accident je peux vous dire si je me n'avais pas mis ma ceinture de sécurité, je pense que je serais partie de l'autre côté de circuit, je me suis évanouie, l'ambulance est arrivé j'ai eu une connotations cérébral et une hernie *d'iscal* à cause de cette idiote » . Après que Mouloud a fini de raconter les détails de l'accident j'ai lui passer le questionnaire d'évaluation du traumatisme, en lui disent qu'il peut me demander de l'expliquer s'il n'a pas compris certain question Mouloud a rempli de questionnaire et il a remis.

La synthèse du cas :

Dans le cas de Mouloud la note brute total obtenu c'est 81 qui correspond à la note étalonnée 3 après l'évaluation clinique on a constaté que mouloud présente syndrome psycho traumatique moyen et en dépit de sa souffrance psychique causé par accident qu'il a vécu ce

Chapitre IV présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

qui a fait apparaître chez lui un sentiment de fatigue et il était toujours épuisé a causé « j'ai souhaité c'est de dormir mes 8h normal mais cette période a duré qu'une semaine », quant aux autres symptômes il a dit que de temps en temps je repense à l'évènement et je regret d'avoir pris mon téléphone pour répondre mais ses idée en durée que les premier temps t il a réussi à dépasser cette période en disant « c'est le destin en peut pas l'empêcher » On perçoit bien le recours massif aux comportements d'évitement pour nous cacher et pour ne pas penser au traumatisme ; il adopte ainsi un comportement d'hyperactivité où il s'occupe constamment, ce qui lui permet de faire le vide et de ne pas penser. Cette observation montre comment le traumatisme psychique et ses effets parviennent à envahir complètement l'espace mental de cette patiente, qui a alors recours à une lutte anxieuse pour ne pas être perturbée par ces images obsédantes.

1.1.1 Présentation du cas de Salima :

Madame S. âgée de 33 ans. Prof d'anglais au lycée. Divorcé et Mère de deux fille quatre ans et six ans. Cette dernière a trouvé sa mort le jour même de l'accident. L'accident est survenue en mai 2022 l'état de santé de madame Salima est dégradé en raison de la gravité du drame.

1.1.2 L'analyse de l'échelle :

On souligne que S'était blessé au niveau de sa Jambe et elle a perdu sa main. (Échelle A) (Item c'est 6 correspond à la note étalonnée à 1. On a noté qu'elle n'a jamais eu un événement auparavant.

Après description de ce sujet sont profil au question met un syndrome psycho traumatique fort. Elle a eu la conviction elle a allé mourir dans (l'échelle A)(item A6) et ce qu'elle serait paralysé (item A4) donc par là on peut noter que l'accident a laissé des séquelles(note brute 16 note étalonnée 3), dans (l'échelle item B1 des souvenirs qui se reproduisent de l'événement durant la journée ou la soirée item B3 des difficultés de parler de l'événement (note brute 8 note étalonnée 4) . (Echelle C) item C1 à item C3 à item C5 des réveils nocturnes qui l'empêchent de dormir et le fatigue (note brute de 10 note étalonnée 4) . En confirmant qu'elle avait des troubles de sommeil très fort au point qu'elle arrivait même plus à fermer ces yeux. Dans (l'échelle H) (item H8) elle eut la tendance d'être s'isoler ou à refuser les contacts est très fort 3 celui-ci correspond à la note étalonnée 4.

L'accident à laisser des empreintes chez madame S régulièrement (échelle F)(items F1 et F2) elle se plaint d'un état dépressif qui est élevé (H) note brute de 13 sur un maximum de 24 , ce qui révèle ces réponses à l'entretien par sa souffrance d'un sentiment de culpabilité dans l'échelle (I) note étalonnée 4 .

1.1.3 L'analyse de l'entretien :

L'entretien avec Madame S s'est déroulé dans sa maison. Elle sous un traitement psychiatrique et nous nous l'avons rassuré que l'entretien n'allait pas duré longtemps à cause

Chapitre IV présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

des signes qu'elle dégage elle parle pas trop très calme. Elle nous a donné des réponses courtes directes et parfois complexes. Et parfois elle répond plus à cause de ça petite fille qui court autour d'elle essaie de ne pas utiliser les mots devant elle.

D'abord. Le début de l'analyse consiste à déterminer le choc qu'à laisser cet accident sur elle. Notamment la perte d'une partie de Son corps qui est sa main gauche et des blessures au niveau de sa jambes ce qui a fragilisé sa situation et ce qui la met en incapacité de faire pleine de trucs. Elle continue de nous parler sur sa fille ce qu'on a noté qu'elle vit des conflits psychiques sur tout qu'elle est sous traitement psychiatrique qui provoque des effets secondaires en disant «voilà je suis un handicapé et en plus j'ai perdu ma fille c'est ça le vrai handicap j'ai perdu ma fille » en pleurant « j'arrive plus à croire que ma fille est plus là » ., « je voulais avoir ma fille je veux entendre sa voix encore » il exprime sa violence d'enfanté « j'ai toujours rêvé d'avoir beaucoup de fille autour de moi parce que j'ai été la fille unique de mes parents » il s'agit d'un choc . En baissant la tête elle disait « c'est le destin ».

Cependant , la façon dans laquelle elle s'est exprimée donne l'impression qu'elle vit des conflits non seulement de la perte de sa fille mais également de Son handicap et son divorce beaucoup plus qui a gravé encore dans sa tête l'absence de son mari avec elle dans ces moments difficiles qu'elle a vécu et son handicap qui lui a bouleversé son état psychique émotionnel et même social ce qui a provoqué un manque de confiance en soi et aussi il a conduit à se culpabiliser de différentes manières . Comme en disant de différentes passages « pourquoi moi...» elle se culpabilise en signifiant que c'est elle le responsable de l'accident et d'un autre côté ce qui augmente la fait de culpabilité c'est la vision de l'entourage envers son handicap. « Ma famille me disant que ce n'est pas moi le fautif...» d'autre part « mon ex-mari qui me blâme tout le temps en me disant ce n'est toi le responsable de la mort de notre fille ». Avec des pleurs. Cette culpabilité et ces blâmes. De la part de son ex-mari lui a causé un isolement et s'enfermer de tout son entourage par la peur d'être jugé de la même façon que son mari la blâme. « Je sors jamais de chez moi d'ailleurs si il y'a un événement. Je ne partais pas y'a des gens qui croient que j'ai quitté le pays », c'est une culpabilité pleinement éprouvée parce que cette culpabilité envahit le moi de ce sujet.

Dans certaines expressions le sujet donne un sens au déni de handicap même de l'accident elle se référant aux handicapés qui ont perdus des parties de leurs corps comme les jambes « dieu merci que je ne suis pas comme eux quand même j'ai mes pieds au moins que ma fille me voit debout il me manque rien dieu merci je suis parfaite » elle se soulage quand elle se réfère à cette catégorie d'handicapés elle se voit compétente.

Chapitre IV présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

En plus. Md S a une vision pessimiste envers son avenir en disant « je suis plus comme avant je m'étais mes filles à l'école et je conduisais au travail comme tout le monde maintenant non plus » malgré la logique des choses qu'elle reconnaît mais elle refuse son handicap « ont ma commander une main artificielle peut-être ça va marcher au moins ».

Synthèse du cas de Salima :

D'après l'analyse de contenu de l'entretien de sujet de Salima . On note que elle a vécu un choc de la perte de sa fille que par son handicap causé par le drame ce qui a provoqué en lui un sentiment de culpabilité ce qui a donné sens à ses réponses au questionnaire qu'elle présente un traumatisme très élevé .

Chapitre IV présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

1.1.1 Présentation du cas de Nacer :

Monsieur N 46 ans père de trois enfants 16 ans 14 ans 9 ans deux garçons et une fille, c'est un routier il a eu un accident le 26 mars 2024 , il y'a un mois il a été admis à l'hôpital d'AkbouAkloulali ou s'est déroulé l'entretien au niveau du bureau du psychologue .

1.1.2 L'analyse de l'échelle :

Monsieur Na eu une déchirure grave au pied droit ou il a risqué de perdre son pied. Il aura un mois de congé de maladie en raison de ses blessures, il a déjà vécu un événement marquant le 3 mai 2019 suite à tous ces événements sont profil. Au questionnaire TRAUMAQ met en évidence un syndrome psycho traumatique moyen.

Dans (l'échelle A) (item A1 à item A 2 à item A6) Lors de cet événement ce parent a eu la conviction qu'il allait mourir en laissant sa famille seuls il a ressentait de l'angoisse (note étalonnée 3 note brute 16). Dans (l'échelle B) (item B1 à item B2) des souvenirs qui reproduisent l'événement jours et nuits des ressentis d'angoisse lorsque il repense à l'événement (item 4) (note étalonnée 4 note brute de 8) . Ce qui engendre en lui des difficultés d'endormissement dans (l'échelle C) (item C1 à item C5) qui le gêne en l'empêchent de se concentré le ressentait de la fatigue au réveil (note brute de 12 et note étalonnée 4) ,à cette effet les troubles de sommeil sont caractérisé par de réveil nocturnes qui l'empêchent de dormir et le fatigue . Il est angoissé dès qu'il se rappelle de la scène traumatique et les images qui se répète tout le temps se forme des flash-back En racontent le déroulement de l'accident au gens pour qui ils font attention. Il est angoissé dès qu'il entend un bruit fort (Échelle F) (item f1) Il présente pas des signes de dépression. (Échelle H note étalonnée de 3), Nacer nous à verbaliser la scène facilement ainsi que les émotions . Avec son attitude active il estime de s'en sortir tout seul de cette situation qui vit actuellement.

1.1.3 L'analyse de l'entretien :

D'abord il convient de noter que le monsieur était calme coopéré dans la discussion , des réponses en tout sont directes un peu urgent ,on a remarqué que le monsieur ne voulait pas nous répondre par des mots qui peuvent toucher sa petite famille qui se trouvent devant la porte il a préféré d'aller vite dans ses réponses , en disant en baissent la tête « c'est le destin ».

Chapitre IV présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

L'analyse de contenu de l'entretien avec monsieur N nous a permis de détecter chez ce parent la représentation de l'événement traumatique dans ces expressions « tout d'un coup je ressentais plus mes jambes » « j'ai entendu un bruit effrayant » « la seule chose que j'ai passée dans ma tête c'était ma femme » « j'avais peur de laisser tout derrière moi ma fille elle est fort attachée à moi » son visage est rouge ces yeux qui brillent en disant « ils sont tous des pauvres ». En justifiant sa réponse qu'il a vécu une mauvaise situation qu'il souhaite à personne « je souhaite jamais cette situation à mon pire ennemi » en rajoutant « je me suis vu que j'allais mourir » en disant « je ne savais plus où j'ai été ça n'a pas duré longtemps mais j'avais l'impression que ça durait une heure j'avais l'impression que j'ai été paralysé ».

Ce fait d'avancer les faits signifie de conflits internes pour monsieur N cet accident est un choc car pour lui en disant « c'est dur quand même ».

Il nous a encore déclaré que « si je mourais le jour où il y a des gens qui vont être contents peut-être qu'ils disent que je mérite ce qui m'est arrivé » ce qui explique qu'il reproche à la société, l'expression suivante augmente notre analyse (il pleure et se tait) en disant « j'avais l'intention que un jour je ferais l'accident parce que je suis toujours dans les rues jour et nuit » ce parent culpabilise soi-même, c'est ce qu'on qualifie de signaler d'alarme choqué par cet accident. Dans d'autres expressions on a remarqué que il s'angoisse dès qu'il évoque la scène traumatique. « J'ai plus le sommeil. J'arrive plus à dormir je rêve toujours de l'accident » ce qui nécessite une consultation psychiatrique.

Synthèse du cas de Nacer :

Enfin, on peut conclure de la présente analyse on constate que le sujet présente un syndrome psychotraumatique moyen et ce en dépit de sa souffrance psychique causée par l'accident qu'il a vécu ce qui a fait apparaître chez lui un sentiment de culpabilité. Mais il s'est adapté à la situation. En disant « dieu merci ».

Il y a que le flashback qui se répète tout le temps sur tout la nuit quant aux autres symptômes il ont duré environ quatre semaines ils sont atténués pour disparaître au bout d'un mois. Ce qui ne nécessite pas un soutien psychologique.

1.1.1 Présentation du cas de Chafia :

Chafia âgée de 22 ans. Elle a eu son bac en 2022 , a eu un accident depuis 8 janvier 2023. Une de ces cousines c'est une psychologue qui nous a contacter pour la prendre en charge autant que c'est sa cousine elle n'arrive pas à prendre en charge donc on a déplacé vers clinique. Elle nous a invité elle nous a laissé son bureau de psychologue pour entretenir chafiaa.

1.1.1 Analyse de l'échelle :

Notre entretien met en évidence un syndrome post traumatique intense (profil A), ce que on a noté dans le questionnaire . La note brute à l'échelle (A) est élevée, elle correspond à la note maximale 24, soit une note étalonnée de 5 . Elle s'est sentie incapable épuisé de faire des réactions adaptées. Elle peut seulement crier, la répétition des symptômes du traumatisme psychique sont intense (Échelle B, note brute de 9 , soit une note étalonnée de 4 avec des flash-back qui s'imposent a elle tout le temps .

Ces nuits sont chargée de pensées d'angoisse de malaise (item D3) . Les troubles de sommeil (Échelle C note brute de 9) des réveils nocturnes qui l'empêchent de dormir et le fatiguent de plus en plus. Cet accident a changé fondamentalement sa façon de voir la vie. On a noté qu'elle voulait un soutien psychologique depuis longtemps en raison de conflit interne à cause de ne pas avoir de soutien de Son entourage. Durant l'entretien elle a trouvé du mal à verbalisé la scène traumatique, ce qui révèle notre enquête et ce qui nécessite une consultation psychologique pour ne pas aggravé sa situation. Pour finir le psychologue est la seule personne qui pourra aider chafiaa à surmonter son choc.

1.1.2 L'analyse de l'entretien :

D'abord, on a remarqué cette jeune fille était souriante en bonne humeur, calme dans la discussion, il a des expressions émotionnelle très habituel et très motivé. Elle voit que notre thème est très intéressant en disant « c'est mon cas j'ai vécu ça », un sourire qui est dessiné sur visage qui cache derrière et long histoire qui commence par l'abandon de ces études

Chapitre IV présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

qu'elle ne voulait pas nous raconter la cause en disait avec un sourire froid : « peut-être que j'ai commis une erreur dans ma vie c'est ça le destin » .

L'analyse de contenu de l'entretien avec chafiaa nous a permis de détecter qu'elle a perdu l'équilibre de sa vie, cela se explique par l'épuisement et pour elle a perdu le goût de vivre. « j'ai perdu l'espoir de faire quoique ce soit dans ma vie je ne peux pas apporter un plus , je suis bouleversé » , elle voit qu'elle a rien à perdre encore que cet événement lui a laissé sur son physique . Notamment sa blessure grave au niveau de son œil et tous son visage que le verre de pare-brise a causé, ce qui a provoqué une sorte de culpabilité envers son grand frère comme étant la cause de l'accident, car elle a perdu son père en 2016 alors c'est son grand frère qui soi-disant leurs responsable, d'après ces dites que c'est lui le fautif elle le culpabilise de toutes manières. En exprimant en plus pleurant en disant « c'est à cause de lui que j'ai abandonné mes études alors que j'ai été une élève brillante j'ai eu mon bac avec mention 18 de moyenne il m'a mis le couteau sur la nuque il a arrêté mon parcours il a brûlé mes rêves pour travailler pour s'occuper de mes frères et de lui aussi qui est un buveur de l'alcool et qui nous insultait de tous les mots » en baissant la tête en pleurant. On a noté que son frère était le responsable de sa souffrance. C'est ce que on a noté aussi pour bien éclairer l'idée qu'elle voulait nous passer « pourquoi suis en vie encore j'aurai du mourir le jour même » elle s'est à pleurer encore et après un silence qui a duré 10 minutes. « C'est tellement horrible » tous ces manières indiquant l'intensité de ces blessures narcissiques qui lui a poussé à jeter la responsabilité du drame sur son grand frère. « je mérite tout ça ? » , une phrase qui était exprimée avec une tristesse . Sur ce on comprends qu'elle a vécu un choc « j'ai pleuré, car y'a des choses que je ne trouve pas les mots pour exprimer ce qui m'arrive à l'intérieur », elle nous déclare « y'a des gens qui me regardent mal, peut-être à cause de mon handicap » on a noté que chafiaa a fait une opération au niveau de son œil malheureusement elle l'a perdue la vue . « Même si j'essaie de dépasser ma situation. Mais mon entourage ne va pas le dépasser des regards qui me font mal pire que ce qui m'est arrivé et cela explique son reproche à la société.

Chafiaa elle souffre d'un état dépressif important qui provoque un isolement social car elle pense que tout le monde ne peut le comprendre, et qui vaut mieux rester seul et s'isoler « je préfère me renfermer dans ma chambre pour éviter les gens » elle a l'impression que sa vie a complètement basculé et elle ne sera jamais la même. « avec cette situation je ne peux pas aller loin c'était mon rêve de continuer mes études et continuer mes études à l'étranger avoir

Chapitre IV présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

des enfants » ,« les enfants quand il me voient ils courant par peur de mon visage » en pleurant tout en signifiant une souffrance ce qui fait elle accepte pas Son état actuel .

La synthèse du cas de chafiaa :

En fin , en conclure de l'analyse précédente qu'une intense souffrance manifestée chez la jeune chafiaa le perturbe moralement et psychologiquement. Cela a dû un choc parvenu lors de son accident. On guise de conclusion que son frère qui es en collaboration augmente sa blessure intense.

2. Analyse général des cas ;

Appréhender les troubles psycho traumatiques comme une situation de crise psychique nous a permis de dépasser le niveau purement descriptif des critères diagnostiques et pathologiques et de mieux comprendre ce que vit le sujet dans cette expérience unique et complexe de bouleversements et de changements intérieurs.

Chez chafia, il était nécessaire de resituer l'accident et ses conséquences dans cette étape de vie critique qui semblait être marquée pour elle par des conduites ambivalentes dans les relations sentimentales et familiales ainsi que par une dépendance psychique. L'accident, avec sa violence psychique et corporelle, semblait ainsi figer cette période de crise liée à la fin de l'adolescence en empêchant toute résolution. D'autre part, l'accident et ses conséquences maintenaient aussi une dépendance au milieu familial empêchant tout processus d'autonomisation et d'indépendance. Le traumatisme, par son action d'effraction de l'enveloppe psychique, d'anéantissement de l'identité et de véritable pulvérisation des défenses habituelles, est venu rappeler avec une violence inouïe cette lourde réalité psychique liée à son histoire. Le vécu de culpabilité est intense et exprimé : « si j'avais pu le sauver, il serait vivant aujourd'hui... je regrette je n'ai pas pu sauver tout le monde... j'ai essayé... j'ai fait ce que j'ai pu... », dit-il complètement meurtri.

Salima nous fait part des nombreux changements dans son existence ; cet événement a constitué pour elle une véritable rupture. Elle ne se sent plus la même. Elle qui avait beaucoup d'amis est très seule aujourd'hui. Elle se décrit comme une personne gaie, rieuse et joueuse auparavant et maintenant très triste et angoissée. Elle n'aime plus s'habiller ni prendre soin d'elle, complexée par ses jambes qu'elle cache constamment. Depuis cet accident, Salima ne quitte en effet plus le domicile familial, ne cessant de ruminer, dans sa chambre, de sombres idées, et n'en sort que pour ses fréquentes hospitalisations. Elle développe également de nombreux troubles : perte d'appétit, amaigrissement, asthénie, insomnie, affects dépressifs. Elle fait de nombreux cauchemars répétitifs. Ces cauchemars sont de deux types. Dans le premier, certains jours elle revoit presque chaque nuit son accident en rêve, et en particulier,

Chapitre IV présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

elle se voit gisant par terre et horrifiée par ses jambes d'où sortent des vers. Dans le deuxième cauchemar qui suit celui-ci, elle rêve que de sa fille meurent. Elle se réveille alors dans un état de grande angoisse.

Dans les cas (Salima ; Nacer ; Chafia ;) des cauchemar et flash-back, ces cauchemars répétitifs représentent ici des rêves de type traumatique caractéristiques. En effet, il est important de souligner ces deux types de rêves chez eux : les cas de Salima dans l'un, elle se revoit gisant par terre, effrayée par ses jambes ; et dans le second, c'est la vision de sa fille. On peut concevoir le premier rêve comme une répétition pure du traumatisme alors que le deuxième est une tentative de mise en liens avec une problématique plus personnelle, et sans doute un essai de représentation du trauma. Du point de vue des contenus, on perçoit assez rapidement le poids des accidents antérieurs dans la vie professionnelle de Nacer. On sait que les professionnels du secours sont soumis comme les victimes à des situations brutales multiples, intenses et répétées qui peuvent engendrer des phénomènes de stress.

Yacine se souvient de ce moment comme un film qui tourne au ralenti et toutes les images sont présentes. En effet, il se rappelle le bruit du choc assourdissant, il se revoit clairement être éjecté au-dessus de sa moto, son envolée qui dure à peine quelques secondes, sa chute à terre très violente, ses jambes qui touchent le sol en premier. Pas une seconde et pas une image ne lui échappent, et à aucun moment il n'a perdu connaissance. Il n'a d'abord rien ressenti sur le coup puis, après deux ou trois minutes, de vives douleurs dans les jambes sont apparues. Les secours sont alors arrivés et on l'a transporté aux urgences.

La théorie du traumatisme est passionnante, car elle questionne la notion de causalité. Le clinicien est souvent dans l'illusion rétrospective qui est de penser que des événements anciens ont pu jouer un rôle dans la trajectoire et la vulnérabilité actuelle des patients. Il nous semble que la notion de traumatisme interroge cette idée et l'homme est confronté tout au long de sa vie à des épreuves qui l'obligent à chaque fois à traiter ces événements et à les élaborer en leur donnant des significations et de nouvelles théories pour s'adapter au changement. La question du sens dans le traumatisme psychique est donc complexe et non réductible à des dimensions causales ; elle est liée aux histoires et imaginaires singuliers de chacun et elle se construit dans l'ici et maintenant de la psychothérapie. Cette construction et Co-construction du sens redonne une cohérence interne et externe à son histoire et à son parcours de vie, ce qui permet de démarrer une nouvelle chronologie avec d'autres projets et buts existentiels. Le figement traumatique et son corollaire, la répétition, nécessitent donc un travail d'élaboration psychique dont l'enjeu est de permettre la transformation et la liquidation

Chapitre IV présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

de l'énergie traumatique par un processus d'associations et de liens avec un réseau de significations.

Il serait trop long de développer tous ces problématiques psychopathologiques complexe de ces personnes qui présente de nombreux liens de dépendance et un profond vécu abandonnique qui prend ses racines dans des carences affectives et familiales précoces. Nous voulons seulement souligner ici l'articulation et l'intrication spécifiques entre les deux problématiques psycho traumatique et de deuil traumatique qui font suite à l'incendie alors qu'était instable depuis un bon moment. Ainsi, la sémiologie observée est essentiellement focalisée sur le syndrome psycho traumatique. À cela s'ajoutent différents facteurs qui jouent également un rôle positif : un environnement social, familial et affectif très soutenant ainsi qu'une détermination et un engagement personnel très importants dans la volonté de s'en sortir. Avec ces patients, les psychothérapies psycho dynamiques brèves avec leur principe d'activité et de focalisation constituent de bonnes indications.

3. Discussion des hypothèses

Après l'analyse des entretiens clinique de recherche et du questionnaire le Traumaq, nous arriverons à la discussion de notre hypothèse présumée, qui viennent répondre aux questions de notre problématique, l'objectif de cette présente recherche, est de tenter d'expliquer l'existence et la manifestation du traumatisme psychique chez des victimes d'accident de route. En effet, à travers l'analyse de contenu des entretiens clinique de recherche, nous établirons une discussion de notre hypothèse en lumière des entretiens, pour pouvoir répondre au questionnement de notre problématique, en confirmant successivement notre hypothèse qui porte l'intitulé suivant : « Les victimes des accidents de route souffrent de traumatisme psychique ».

Les accidentés de la route souffrent du traumatisme psychique, d'après l'analyse du contenu de l'entretien et de test de tous les cas, on peut dire que les accidentés de la route souffrent d'un traumatisme psychique qui se diffère d'un cas à un autre ce qui confirme donc notre hypothèse.

Commençant par le cas de Mouloud la note brute total obtenu c'est 81 qui correspond à la note étalonnée 3 après l'évaluation clinique nous constatons que Mouloud présente syndrome psycho traumatique moyen. Dans le cas de Khireddine la note brute total obtenu c'est 37 qui correspond à la note étalonnée 2 après l'évaluation clinique constatons nous que Khireddine a un traumatisme léger. Autant que pour cas de Chafiaa, elle met en évidence la « Profil A »,

Chapitre IV présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

que révèle un syndrome post traumatique intense. Pour le cas de yacine la note brute total obtenu c'est 58 qui correspond à la note étalonnée 3 après l'évaluation clinique en q trouvé que le jeune homme yacine a un traumatisme moyen. Chez salima L'accident à laisser des empreintes régulièrement (items F1 et F2), mais aussi les autres items montrent des évidences des souffrances de traumatisme (items A7, A4, échelle B).

Les difficultés de ces cas relevaient d'une problématique psycho traumatique avec figement de la pensée après un événement vécu comme psychiquement violent. Les séquelles psycho traumatiques se traduisent ici par un syndrome de répétition avec des cauchemars répétitifs qui reproduisent la scène de l'accident (Chafia ; Nacer ; Salima...). La décrit également d'une dimension d'altération de la personnalité avec différents changements vécus dans la continuité de soi, ils ne se sentent plus la même, a le sentiment d'un monde étranger et lointain, se vit comme dépendante et se replie sur eux-mêmes (khireddine ; Yacine). À cela s'ajoute une forte composante dépressive avec inhibition, ralentissement et idées suicidaires. Pour le cas de Salima le degré du traumatisme est aussi intense on le constate d'après ses dires durant l'entretien, on peut dire qu'il est choqué en double (l'accident et l'opération). Par ailleurs le degré de culpabilité se diffère d'un cas à l'autre, par exemple le sentiment de culpabilité est pleinement éprouvé dans les cas de Mouloud et khireddine.

Groupe de recherche Note brute du trauma Note étalonnée du trauma Niveau d'intensité

Tableau :Tableau récapitulatif des résultats de la recherche ;

Groupe de recherche	Note brute du trauma	Note étalonnée du trauma	Niveau d'intensité
Mouloud	81	3	Traumatisme moyen
Salima	98	4	Traumatisme fort
Yacine	58	3	Traumatisme moyen
Khireddine	37	2	Traumatisme léger
Chafiaa	23	1	Traumatisme intense
Nacer	82	3	Traumatisme moyen

En vue de ces évidences du tableau notre hypothèse se confirme, la différence des réactions des traumatismes est due de la résilience de chaque personne, celui-ci ne présentent pas le même niveau d'intensité de traumatisme psychique dans le tableau (se diffère) mais, dans la même perspective on peut avoir de similitude des réactions immédiate inadaptée face

Chapitre IV présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

à l'accident, le vécu d'effroi, que le flash dissociatif, et le syndrome de répétition, ses conduites d'évitement, ainsi que le trouble du sommeil.

En Résumé le traumatisme psychique a constitué depuis toujours une problématique centrale en psychopathologie nous obligeant à penser les liens complexes entre environnement et sujet dans une relation non causale, mais constamment interactive. Sa capacité à transformer radicalement un individu dans son équilibre somato-psychique, ses croyances, son identité, ses relations à autrui, interroge fondamentalement la question de la vulnérabilité psychique et du sens que revêt pour chacun l'expérience traumatique. Ces traumatismes psychiques ont souvent été décrits dans des contextes de grande violence collective (guerres, catastrophes) ou individuelle (viols, accidents), l'un de ces accidents c'est l'accident de circulation et l'Algérie observe une augmentation des accidents de la circulation en dépit des mesures prises pour rendre les routes plus sûres. La lutte contre les accidents de la route et leurs conséquences (les traumatismes psychiques) revêt un caractère prioritaire. C'est à cette question que nous essaierons de répondre dans ce mémoire à travers la présentation des cas cliniques qui illustrent différentes situations traumatiques où nous tentons de restituer à chaque fois les dimensions de la vulnérabilité et du sens du trauma.

Notre travail a pour objectif de décrire et d'explorer le traumatisme psychologique des personnes ayant souffert un accident de la route, à travers une démarche clinique, nous accordons l'importance au qu'elle chaque personne victime de cette traumatisme psychique. C'est dans le cadre référentiel psycho dynamique que nous avons réalisé notre enquête de terrain au niveau de lieu de recherche ou des consultations psychologique de nos quatre sujets de recherche par l'entretien clinique semi directifs, ainsi que le questionnaire TRAUMAQ. Les résultats de cette recherche ont témoigné d'un vécu différent d'un sujet à un autre.

Les mots clés : le traumatisme psychique, accidents de circulation, TRAUMA

Conclusion générale

Conclusion générale

Conclusion générale ;

En conclusion, notre étude a été une opportunité pour nous d'approfondir nos connaissances universitaires, en nous plongeant dans la compréhension du traumatisme psychique chez les accidentés de la route. Sur le plan théorique, nous avons exploré les tenants et aboutissants du traumatisme psychique, en examinant ses origines, ses manifestations et les différentes approches thérapeutiques qui en découlent. Nous avons également eu l'occasion d'explorer les travaux pertinents dans ce domaine, notamment ceux de Luis Crocq et de François Lebigot, enrichissant ainsi notre compréhension des effets du traumatisme sur les individus.

Ce qui distingue notre recherche, c'est notre focalisation spécifique sur le traumatisme psychique chez les accidentés de la route, en mettant en lumière des aspects tels que le sentiment de culpabilité, le déni et l'intensité du traumatisme. En examinant ces aspects, nous avons pu apporter des contributions significatives à la compréhension des défis auxquels sont confrontés ces individus dans leur processus de guérison et d'adaptation.

Malgré les défis rencontrés tout au long des études, notamment en termes de collecte de données et de limitations de temps, notre travail nous a permis d'élaborer une analyse approfondie des implications psychologiques des accidents de la route. En somme, cette recherche constitue une étape importante dans la compréhension du traumatisme psychique et ouvre la voie à de futures investigations pour améliorer la prise en charge et le soutien des victimes d'accidents.

L'analyse approfondie des entretiens avec les participants de notre étude a révélé que ces individus ont été profondément traumatisés par la soudaineté de l'accident de la route, ce qui a entraîné une réaction émotionnelle intense. Cette situation inattendue a souvent déclenché un état de dépression chez les victimes, tandis que la gravité de l'accident a généré un fort sentiment de culpabilité parmi eux.

Il est à noter que malgré les défis auxquels ils sont confrontés, les participants ont réussi à s'adapter à leur situation. Cette adaptation dépend de plusieurs facteurs, notamment de l'équilibre psychique des individus et du degré de traumatisme subi, où l'intensité du traumatisme est directement proportionnelle à l'ampleur de son impact.

Dans certains cas, les victimes d'accidents cherchent des conditions favorables à leur adaptation, telles que des facteurs socio-économiques favorables, l'accès à des programmes de

Chapitre IV présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

rééducation fonctionnelle, ainsi que le soutien et l'encouragement de leur entourage. D'autres ressources, comme la foi et les ressources financières, sont également mobilisées pour assurer une prise en charge médicale adéquate, des séances de rééducation et des déplacements pour certains individus.

Il est crucial de souligner que le manque de ressources financières constitue une préoccupation majeure, aggravant l'anxiété des victimes d'accidents et compliquant ainsi leur processus d'adaptation.

Enfin, bien que notre recherche comporte des imperfections attribuables au manque de temps, aux défis sur le terrain et à la difficulté de trouver un échantillon représentatif, elle demeure un premier pas vers un travail plus approfondi dans ce domaine.

Ainsi, à la lumière des résultats obtenus, il est clair que nos hypothèses se volent confirmées.

L'émergence soudaine d'un événement inattendu induit effectivement un traumatisme psychique chez les accidentés, se traduisant par diverses manifestations cliniques telles que le sentiment de culpabilité et le déni de l'accident. Il convient également de noter que les individus ne réagissent pas de la même manière face à ces événements, avec des variations dans l'expression du sentiment de culpabilité et dans le degré de traumatisme éprouvé.

Liste bibliographique

Liste bibliographique

1. Barrois C. (1998). Les névroses traumatiques. Paris : Dunod
2. Bessoles, P. (2006). Les interventions psychothérapiques précoces post - traumatiques. Contribution à une théorisation du defusing et du débriefing psychologique. L'information psychiatrique, Vol.82, pp. 231-237
3. Bouzigue J. (1995). « La violence routière ». Ed Continent Europe France : Paris
4. Ciccone A, Ferrant A. (2009) Honte, Culpabilité et traumatisme, Paris, Dunod,
5. Crocq L (1999). « Les traumatismes psychiques de guerre », Ed Odile Jacob. France : Paris
6. Crocq L. (2000) « Le traumatisme psychique dans la pensée », Ed Odile Jacob, Paris
7. Crocq L. et Liliand D (2007). « Les traumatismes psychiques et prise en charge des victimes », Ed Masson, Paris,.
8. Daudin, M., Defontaine, D., & Coutier, D. (2014). Traumatisme psychique et vacillement des repères identitaires. Illustration d'une prise en charge conjointe par le psychiatre et le psychomotricien. Thérapie psychomotrice - et recherches - N°179 - Collection 47, pp. 18-27.
9. EMDR France. (2017). Récupéré sur Association EMDR France: <http://www.emdr-france.org/>
10. Fenechel O. (1979) « La théorie psychanalytique des névroses », Paris, Ed PUF
11. Ferenczi S. Réflexion sur les traumatismes, Paris, Payot, 1974.
12. Freud S., Breuer J., (1895). « Etudes sur l'Hystérie ». éd.PUF, Paris
13. Gayrard. P. (2002). « Accident de la route des handicaps et des décès évitable »
14. Gérard ,S. (2016) soigner hypnose :approches théoriques et clinique. 6ed Paris : Dunod
15. Josse. Évelyne, (2019), Traumatisme psychique chez l'adulte, De Boeck Supérieur s.a., Rue du Bosquet, 7 – B-1348 Louvain-la-Neuve
16. Kédia, M., Sabouraud-Seguin, A. (2013). L'Aide - mémoire de psychotraumatologie. Paris: Dunod
17. Khalfa, S, (2019), Prise en charge du traumatisme psychique par la thérapie EMDR et mécanismes cérébraux impliqués, Revue de neuropsychologie
18. Laplanche J. et Pantalís J. B. (1968). « Vocabulaire de la psychanalyse », Paris, RUF,
19. Lebigot.F, (2005), Traiter les traumatismes psychiques. éd. dunod, paris
20. LebigotF.,(2001) Traiter les traumatismes psychiques : Clinique et prise en charge. paris Dunod
21. Martin, B., Alain, H., Julie-Anne L.,(2016). Santé mentale et Psychopathologie : une approche biopsychosocial.Canada

Liste bibliographique

22. Ponseti-Gaillochon, C. Duchet, S. Molenda, (2009). *debriefing psychologique* paris :Dunod
23. Sellami N. (2003) « Dictionnaire de psychologie »France : Paris, Larousse. p.288
24. Servan - Schreiber, D. (2002). *La psychothérapie par l'EMDR et la nouvelle médecine humaniste*. Alternative Therapies in HealthMedecine, Vol. 8, pp. 100-103.

Thèse et mémoire :

1. Abdoul A., (2004). « Etude de profil des traumatismes de la voie publique », Thèse de Doctorat, université de Bamako.
2. Ferrandez F. (1995) « L'étude détaillée d'accidents orientée vers la sécurité primaire », Presses ENPC, , In : Wakim C F, « Etude de la prédiction de chocs Véhicule Piéton », Thèse de Doctorat en sciences de l'université Paris XI Orsay
3. Masmoudi S. (2004). « La violence routière, étude analytique des accidents de la route en Algérie », Mémoire de fin d'étude d'inspecteur des transports terrestres. Ecole Nationale de Transport Terrestre Batna

Articles et revues

1. Abrouk S. (2004). *Caractéristique et prise en charge des accidents de la voie publique au niveau des services d'urgence*, INSP.
2. Centre national de prévention et sécurité routière. *Rapport d'évolution annuelle des causes des accidents en Algérie depuis 1970 - 2023*
3. Direction de la sûreté nationale de la wilaya de Béjaïa : (2024)« Bilans annuels de la sûreté nationale de la wilaya de Béjaïa »
4. Haddak M. C. Filou (2005). *Projet de recherche n°70 relatif à une redéfinition des victimes de la route*,.
5. Larbi. ourdia (2011) *étude analytique et économétrique du phénomène des accidents de la route en Algérie*, ENSSEA,.P4.
6. Namias R. (2002). « Vitesse et sécurité routière », Ed la documentation Française
7. LaumonB.(2000) *Santé publique et recherche en sécurité routière*, INRETS, Journée spécialisée Bron, le 10 octobre
8. Organisation Mondiale de la Santé, « Principaux repères sur les accidents de la route », [en ligne], (consulté le 19 février 2024).
9. Organisation Mondiale de la Santé, (2020) « Plan mondial pour la décennie d'action pour la sécurité routière 2021 -2030 », p.6

Annexes

Annexe n° 01:

Axe I : Les données personnelles

Âge Sexe: Situation matrimoniale : Profession: Localité: rural: Nombre d'enfants: semi-rural urbain: La position du sujet : semi-urbain: Agé du sujet: sexe Types de déficience Date d'admission au centre : Jour d'accident

Axe I : Avant l'accident

- 1 Pouvez-vous me décrire votre santé avant l'accident ?
- 2- Pouvez-vous me parlez de vos réactions émotionnelles?
- 3 Aviez-vous pensé auparavant à un cas pareil ?

Axe II: Moment de l'accident

- 1- Pouvez. -vous me parlez de vos souvenirs au moment de l'accident?
- 2- 2-Pouvez-vous me décrire votre comportement au moment de l'accident ?
- 3- 3-Pouvez-vous me décrire les pensées qui vous avez eu au moment de l'accident?

Axe III : Post- accident

- 1 Pouvez-vous me décrire comment vous rêviez l'événement?
- 2-Comment vous réagissez face aux réveils nocturnes?
- 3-Pouvez-vous me décrire la qualité de votre sommeil?
- 4-Pouvez-vous nous décrire vos difficultés lors du parler sur l'événement?

Axe III : Le regard vers l'avenir

- 1- Pouvez-vous nous parlé sur vos changements relationnels vis-à-vis de vos proches?
- 2- 2-Que pensé de votre avenir ?
- 3- 3-Pouvez-vous nous décrire le changement de manière de conception la vie au sein de votre entourage ?
- 4- 4-Ya-t-il quelque chose dont vous vouliez en rajouté qu'on n'a pas cité dans notre entretient?
- 5- 5- avez-vous bénéficié de soutien social ?

Résumé

Le traumatisme psychique a constitué depuis toujours une problématique centrale en psychopathologie nous obligeant à penser les liens complexes entre environnement et sujet dans une relation non causale, mais constamment interactive. Sa capacité à transformer radicalement un individu dans son équilibre somato-psychique, ses croyances, son identité, ses relations à autrui, interroge fondamentalement la question de la vulnérabilité psychique et du sens que revêt pour chacun l'expérience traumatique. Ces traumatismes psychiques ont souvent été décrits dans des contextes de grande violence collective (guerres, catastrophes) ou individuelle (viols, accidents), l'un de ces accidents c'est l'accident de circulation et l'Algérie observe une augmentation des accidents de la circulation en dépit des mesures prises pour rendre les routes plus sûres. La lutte contre les accidents de la route et leurs conséquences (les traumatismes psychiques) revêt un caractère prioritaire. C'est à cette question que nous essaierons de répondre dans ce mémoire à travers la présentation des cas cliniques qui illustrent différentes situations traumatiques où nous tentons de restituer à chaque fois les dimensions de la vulnérabilité et du sens du trauma. Notre travail a pour objectif de décrire et d'explorer le traumatisme psychologique des personnes ayant souffert un accident de la route, à travers une démarche clinique, nous accordons l'importance au qu'elle chaque personne victime de cette traumatisme psychique. C'est dans le cadre référentiel psycho dynamique que nous avons réalisé notre enquête de terrain au niveau de lieu de recherche ou des consultations psychologique de nos quatre sujets de recherche par l'entretien clinique semi directifs, ainsi que le questionnaire TRAUMAQ. Les résultats de cette recherche ont témoigné d'un vécu différent d'un sujet à un autre.

Les mots clés : le traumatisme psychique, accidents de circulation, TRAUMAQ

Summary

Psychic trauma has always constituted a central problem in psychopathology, forcing us to think about the complex links between environment and subject in a non-causal, but constantly interactive relationship. Its capacity to radically transform an individual in their somato-psychic balance, their beliefs, their identity, their relationships with others, fundamentally questions the question of psychological vulnerability and the meaning that traumatic experience has for each person. These psychological traumas have often been described in contexts of great collective (wars, disasters) or individual (rape, accidents) violence, one of these accidents is

Chapitre IV présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

the traffic accident and Algeria is observing an increase in accidents.
of traffic despite measures taken to

make the roads safer. The fight against road accidents and their consequences (mental trauma) is a priority. It is this question that we will try to answer in this dissertation through the presentation of clinical cases which illustrated different traumatic situations where we attempt to restore each time the dimensions of vulnerability and the meaning of the trauma.

Our work aims to describe and explore the psychological trauma of people who have suffered a road accident, through a clinical approach, we attach the importance to each person being the victim of this psychological trauma. It is within the psychodynamic reference framework that we carried out our field investigation at the research site level or psychological consultations of our four research subjects through the semi-directive clinical interview, as well as the TRAUMAQ questionnaire. The results of this research demonstrated a different experience from one subject to another.

Key words: psychological trauma, traffic accidents, TRAUMAQ