

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

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

Thème

*L'état de stress post traumatique chez les
accidentés de la route
Etude Clinique de six (06) cas*

Présenté par :

BENBOUDJEMA Hanane

CHALLAL Baya

Encadré par :

M. HADBI Mouloud

Année Universitaire 2014/2015

Remerciements

*On remercie le dieu tout puissant pour nous aidés à accomplir ce travail.
Ce travail n'aurait pas pu être réalisé sans la contribution des personnes que
nous tenons à remercier chaleureusement.*

*En premier lieu, notre encadreur M. HADBI Mouloud pour son soutien, son
orientation, ses remarques et ses présences
tout au long de ce travail.*

*On remercie tous ceux qui ont participés à la réalisation de ce travail que se
soit de prés ou de loin*

*Nos remerciements les plus chaleureux à tous nos enseignants de Licence et de
Master et notamment Mme MOUHAB, et professeur*

BOUATTA Cherifa pour son aide.

*Et enfin on remercie la direction de la protection civile et a tous les personnes
qui nous ont aidés à l'hôpital d'Akbou et spécifiquement la psychologue du
service de chirurgie Lamia pour son aide, et un grand merci pour les accidentés
de la route
qui nous ont accordé les entretiens.*

Dédicaces

mes dédicaces vont:

A Mon père, Ma Mère, Ma grand-mère, mes frères: moussa,sofiane,yacine

A mes sœurs:

Nadia, son époux et ses enfants: Dalida et Walid.

Karima, son époux et ses enfants: Manissa, Alènas et kella.

Zahia et ses enfants: Elena, Melia et Ghiless.

A mon oncle et ma tante, mes cousins et cousines et toute

la famille Benboudjema.

A tous mes amis qui m'ont soutenue de près ou de loin en particulier zahoua,

Sabrina, mouloud, Sabrina, hassiba,amar,chafaa, dihia,

Khaled, Mohamed, Houda, Zakia, baya et sans oublier notre promotion de

psychologie clinique.

Benboudjema Hanane

Dédicace :

**Chaque jour qui passe, je remercie dieu, et je le pris
tous le temps de me donner**

**La force de suivre le chemin qu'il ma tracés qu'il é afin
de mener à bien le destin qu'il ma prévu. Je dédie ce travail**

A mes très chers parents

**Aucune dédicace ne pourrait exprimer à sa juste valeur
le profond amour que je vous porte.**

A mes grands parents :

Arezki et Ldjida.

**A mes frères à leur tête Mohamed, Yazid, Boualem,
Kamel, Nourddine, Mouloud, Nassim.**

A mes ami(e)s

**Rezkia, Nouriya, Souad, Meriem, Hadda, Fouzia, Farid,
Salim, Zehra, Lynda, Katia, Noura, iméne.....etc.**

A ma binôme Hanane et sa famille.

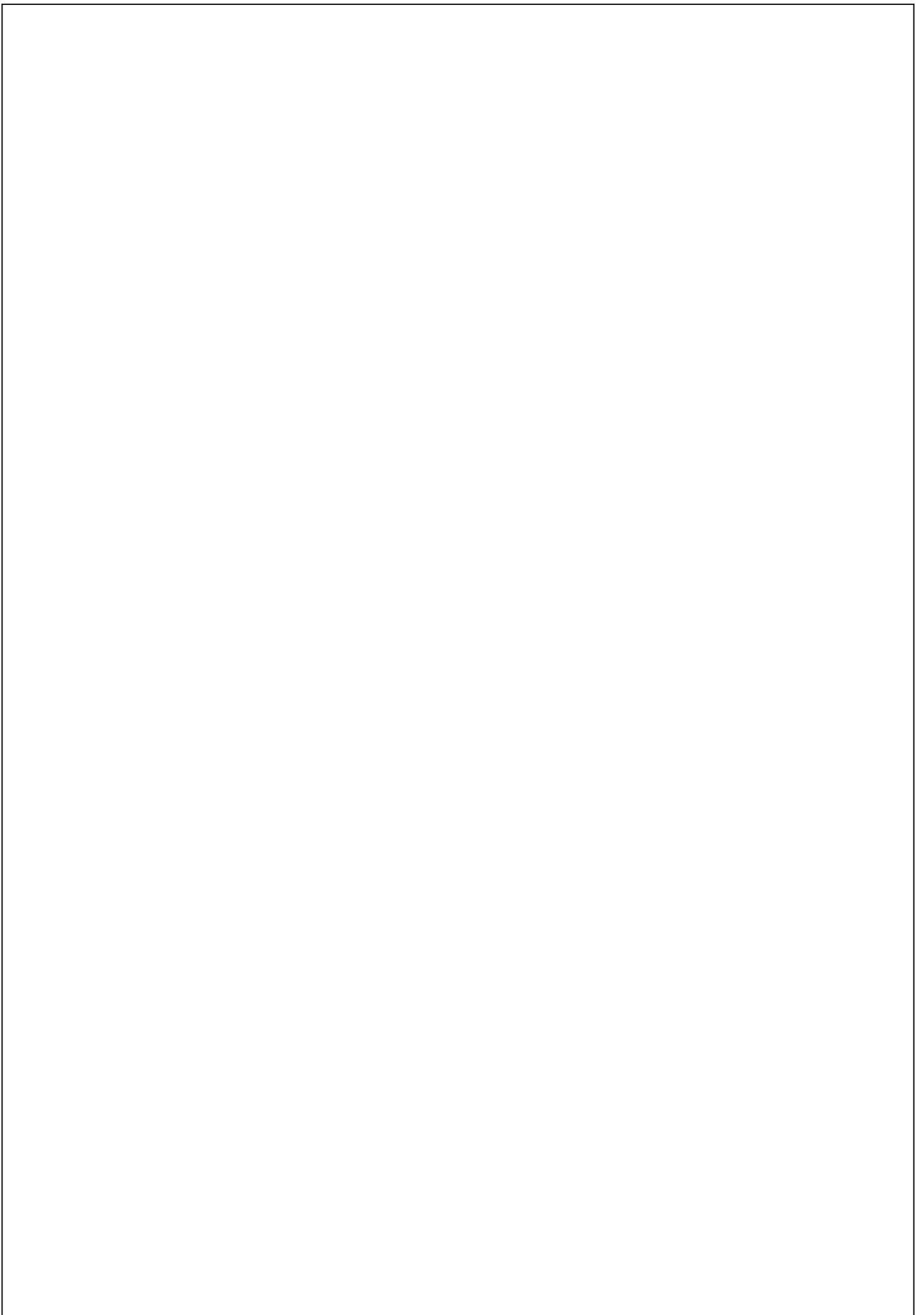
**A ma sœur Douda et son époux Hacem et ses deux enfants ;
Rayane et Ramy. Et ma sœur souad et son époux Samir.**

**A mon fiancé racim qui ma toujours soutenu
et qui a été toujours a mes côté**

A tous ceux qui comptent pour moi et ceux pour lesquels je compte.

A tous ce qui m'aiment et que j'aime.

CHALLAL BAYA



La liste des abréviations :

AVP: Accident de la voie publique.

CIM10: Classification internationale des maladies.

DSM: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

ESPT : Etat de stress post traumatique.

EMDR: L'eye movement desensitization and reprocessing.

IMAO: Inhibiteur des mono-amine-oxydases.

ISRS: Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine.

OMS : Organisation mondiale de la santé.

PTSD: Post-Traumatic Stress Disorders.

TP: Trouble panique.

TOC: Trouble obsessionnel compulsif.

TDM: Trouble de dépression majeur.

TAG: Trouble d'anxiété généralisé.

La liste des tableaux et diagramme :

1. Tableau N° 1 : démontre le bilan des accidents de la route durant cinq(5) années de (2010-2015) en Algérie.....P.12
2. Tableau N°2 : démontre le bilan des accidents de la route durant cinq(5) années de (2010-2015) dans la wilaya de BejaiaP.12
3. Tableau N°3 : démontre le bilan des accidents de la route pour l'année 2015 du mois de janvier au 24 maiP.13
4. Tableau N°4 : démontre le bilan des accidents de la route selon l'âge et le sexeP.14
5. Tableau N°5 : tableau récapitulatif de notre population d'études.....p.60
6. Tableau N°6 : grille de cotation des items de l'échelle J du questionnaire Traumaq.....P.69
7. Tableau N°7 : conversion des notes brutes en notes étalonnées par échelle du questionnaire Traumaq.....P.70
8. Tableau N°8 : conversion de la note brute total de la partie 1 en note étalonnées d'intensité du questionnaire Traumaq.....P.70
9. Diagramme N°1 : démontre le bilan des accidents de la route durant cinq(5) années (2010-2015) a BejaiaP.13

cadre général de la problématique

Sommaire

Introduction 1

I. La problématique et hypothèses4

Partie théorique

Chapitre I : accident de la route

Préambule10

1. Les différentes définitions de l'accident de la route11

1.1 Définition de l'accident 10

1.2 Définition de l'accident de la route10

1.3 Définition de l'accident selon l'OMS11

1.4 Définition de l'accidentologie routière11

2. Aspect statistique et épidémiologie des accidents de la route11

2.1 Incidence mondial11

2.2 Statistique en Algérie.....12

2.3 Les statistiques de la wilaya de Bejaia..... 12

3. les victimes d'accidents 14

4. les caractéristiques des accidents de la route 15

5. Les types des accidents de la route16

6. Les causes des accidents de la route 16

7. Les principaux facteurs de risque des accidents de la route19

7.1 Les facteurs intervenants sur l'exposition à la circulation19

7.2 Facteurs de risque intervenant avant l'accident..... .19

7.3 Facteurs d'aggravations de l'accident	20
7.4 Facteurs d'aggravation des traumatismes après un accident.....	20
8. Les conséquences des accidents de la route	21
8.1 Conséquence humaine et sociale	21
8.2 Conséquence économique	22
9. Les caractéristiques traumatiques liées à l'accident de la route	22
10. La prévention routière	23
Conclusion du chapitre	23

II. Chapitre II : l'état de stress post traumatique

Préambule.....	25
1. Aperçu historique du stress post traumatique	25
2. Définition des concepts du traumatisme psychique.....	27
2.1 Approche actuel du trauma	28
2.2 Définition de l'événement traumatique	31
2.3 Définition de la névrose traumatique	32
3. Définition du stress	32
4. Stress et trauma	32
5. Etiologie de l'état de stress post traumatique	33
6. Evolution de l'ESPT	34
7. Aspect épidémiologique de l'ESPT.....	34
8. Les symptômes non spécifiques de L'ESPT	37

9. Les phases principales dans l'évolution du stress post traumatique.....	37
10. Diagnostique différentiel.....	38
11. Facteurs de risque et de protection de stress post traumatique	41
12. Les modèles explicatifs du trauma	44
13. La prise en charge de l'état de stress post traumatique	51
Conclusion du chapitre	54

Partie pratique

Chapitre III : méthodologie de recherche

Préambule	56
I. la démarche de la recherche et la population d'études	56
1. la démarche de la recherche.....	56
2. La population d'études.....	59
3. Les techniques de recherches.....	60
4. l'attitude de chercheur	71
5. les difficultés rencontrées	72
Conclusion du chapitre	72

Chapitre IV : présentation, analyse et discussion des hypothèses

Préambule	74
1. présentation et analyse des données des entretiens	74
1.1 Analyse du premier cas	74
1.2Analyse du deuxième cas	79

1.3 analyse du troisième cas	83
1.4 Analyse du quatrième cas	89
1.5 Analyse du cinquième cas	94
1.6 Analyse du sixième cas	100
Synthèses des cas	104
Discussion et la vérification des hypothèses de recherche	105
Conclusion générale.....	109
La bibliographie.....	110
Les annexes.....	

Introduction

Introduction

Introduction :

Les accidents de la route restent un grave problème de santé publique aux niveaux mondial, national et régional. C'est un phénomène qui ne cesse de causer d'innombrables dégâts qui menacent la vie de plusieurs personnes et cela partout dans le monde entier y compris en Algérie, en effet notre pays est considéré comme l'un des pays du monde le plus touché par ce phénomène ravageur.

En 2014, l'Algérie a connu un bilan lourd, près 4536 de personnes sont tués et 65 673 blessés chaque année. Selon les chiffres avancés et recensés par la direction de la protection civile, la wilaya de Bejaia compte 16166 handicapés qui sont victimes des accidents de la route.

Les conséquences d'un traumatisme lié à un accident de la route peuvent non seulement être physiques, mais également psychique. Parmi celles-ci on relève notamment l'état de stress post-traumatique (ESPT), qui est la pathologie la plus grave et la plus spécifique qui peut résulter de la confrontation d'un individu à un événement traumatique. Ainsi, cette confrontation peut être à l'origine d'un ébranlement des trois convictions personnelles de l'individu, à savoir : invulnérabilité, environnement protecteur, autrui secourable.

L'état de stress post-traumatique a suscité ces dernières années de nombreux travaux de recherches dans les populations générales ou spécifiques, tant sur les plans épidémiologique, que neurobiologique ou encore thérapeutique. Les résultats de ces différentes études ont indiqué, entre autre, que l'état de stress post-traumatique constituait un véritable enjeu de santé publique.

Toutes ces données nous ont poussé à nous intéresser a ce sujet pour bien mener cette recherche, nous avons tracé un plan de travail, et on a divisé le mémoire en deux partie : une partie théorique et une partie pratique. Dans la première partie on a deux chapitre, dans le premier, on a défini les concepts de l'accident, son épidémiologie, les types et conséquences, les facteurs de risque et

Introduction

les caractéristiques et enfin la prévention routière. Ensuite, dans le deuxième chapitre, nous aborderons l'état de stress post traumatique dans sa définition. Plus spécifiquement nous reviendrons sur l'origine, et l'historique de ce trouble, en parallèle, nous développerons les différents modèles théorique explicatifs de ce trouble, facteurs de risque et enfin la prise en charge de ce syndrome. Puis dans la deuxième partie on a la partie méthodologique qui constitue les définitions des concepts, les outils de recherche et la démarche utilisé. Et enfin la partie pratique, est consacré a l'analyse des entretiens, à l'échèle et à la discussion des hypothèses. On va terminer par une conclusion générale.

PARTIE THEORIQUE

I. La problématique :

les accidents de la route ou l'accident sur la voie publique (AVP) est un choc qui a lieu sur le réseau routier entre un engin roulant (automobile, moto, vélo, etc..) et toute autre chose ou personne et qui engendre des blessures humaines et/ou des dégâts matériels, que ces dégâts soient occasionnés aux véhicules, à un élément de la route.

Les accidents de la route anéantissent des milliers de vies humaines et causent des tragédies sociales en engendrant des pertes économiques et financières fortement importantes. (Perucchi L., 2008, P.3).

D'après les statistiques de l'OMS, chaque année, 1,2 millions de personnes trouvent la mort sur la route, plus de 3.000 personnes tuées par jour. En plus de ces tuées, il y a 140.000 blessés dont 15.000 personnes qui resteront handicapées à vie. Selon ces statistiques d'ici l'an 2020 il y aura une augmentation de 60 % de nombre des personnes tuées par accident, Les accidents de la route seront alors l'une des principales causes de la morbidité dans le monde. Ce fardeau pèse lourd sur les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire où nous recensons aujourd'hui 90% des décès et des incapacités résultant d'accidents de la route. Cette tendance devrait bientôt passer à 95%, c'est-à-dire les accidents de la route constituent aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique à l'échelle mondiale. Et spécifiquement en Algérie qui est classée parmi les dix premiers pays les plus touchés par ce phénomène, et qui est considéré comme le premier facteur de mortalité et d'handicape, causant 4000 handicapés à vie chaque année, (OMS, 2004, P.24).

En parallèle, le cas de notre wilaya de Bejaia n'est pas à l'abri de ce phénomène, en 2014, la direction de la protection civil a enregistré un taux de 75 mort et 1710 blessés pour un total de 1355 accidents , ce terrorisme routier est à l'origine aussi des pénibles cicatrices psychique, les victimes ne peuvent ni

Problématique et hypothèses

s'amuser ni vivre comme avant, l'accident pour eux constitue un vrai malaise psychique, et un vrai traumatisme psychique.

Ce dernier est un dommage de la structure ou du fonctionnement du corps ou du psychisme. Il peut être dû à un agent ou à une force extérieure, de nature physique ou chimique. Il est donc à ce titre la conséquence d'un traumatisme, qui est introduit pour la première fois par le psychiatre allemand Herman Oppenheim en 1884, il considérait que l'agent traumatisant provoque une réaction d'effroi qui induirait un ébranlement psychique ou affectif. Si nous en revenons aux premières définitions de Freud (1920), le trauma constituait un choc violent, affectant le sujet qui ne s'y attendait pas, et s'accompagnant d'effroi. Par la suite, Laplanche et Pontalis (1978) se sont inspirés des définitions de Freud et ont considéré que le traumatisme psychique était un «événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre de manière adéquate, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique».

(De Clercq M. et Lebigot F., 2001, P.29)

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 de frayeur, d'horreur, d'impuissance. Cette expérience se caractérise par son absence de secours lors de la confrontation brutale à la réalité de la mort. Il en résulte l'effroi, comme une incapacité à attribuer un sens à celle-ci.

L'être humain, depuis son existence sur terre a vécu différents événements que ce soit relatif aux phénomènes naturels effrayants, aux violences entre hommes, et aux accidents en particuliers les accidents de la route, qui est défini par L. Crocq : « Un accident de la route constitue souvent un événement violent

Problématique et hypothèses

qui, même chez des victimes non blessées, peut laisser des troubles psychiques durables ». (L.Crocq, 1999, P.6).

Dans notre recherche on a opté pour la classification présentée dans le diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV) appelé Post-Traumatic Stress Disorders (PTSD), traduit en français par état de stress post traumatique (ESPT), qui est défini par le DSM-IV comme un trouble dû à l'exposition à un événement traumatique qui provoque chez l'individu de la peur, de la détresse ou de l'horreur. Ce trouble se manifeste par une expérience persistante de l'événement traumatique, des comportements d'évitement des stimuli associés au traumatisme, un émoussement de la réactivité générale et un état d'hyperactivité neurovégétative.

Aussi l'état de stress post-traumatique se définit aussi comme une stratégie psychique défensive, une sorte d'anesthésie mentale produite pour se protéger de l'affreux souvenir d'un événement ayant provoqué de la peur, une panique, une détresse intense ou de l'effroi, d'où l'importance d'une prise en charge psychologique de ces personnes et c'est pour cela qu'on a choisi d'étudier en profondeur ce thème, le but de notre démarche n'est pas d'expliquer les causes qui mènent aux accidents mais plutôt de prévoir un soutien psychologique à ces personnes accidentés qui souffrent parfois en silence.

L'objectif de cette étude est de sensibiliser les gens sur les dommages causés par ces accidents et de les inciter à devenir plus prudent et surtout d'aider ces victimes à surmonter ces pénibles épreuves et à détecter la présence ou pas du syndrome post traumatique et évaluer son intensité. Pour appuyer cela on a utilisé comme outils de l'entretien clinique semi directif et le test Traumaq afin de démontrer les conséquences psychologiques des accidentés de la route à savoir le stress, l'angoisse, et le traumatisme psychique.

Pour mettre la lumière sur la souffrance psychologique des accidentés, on a posé les questions suivantes :

Question générale :

1. Est-ce que tous les accidentés de la route développent le syndrome post traumatique ?

Questions partiels :

1. Quel est le degré de la souffrance que peut provoquer l'accident ?
2. Est-ce que la gravité des séquelles physique influence sur l'intensité du syndrome post traumatique ?

Pour répondre à ces questions, on a mis en œuvre ces hypothèses suivantes :

II. Les Hypothèses :

II.1 Hypothèse générale :

1. En fonction de l'intensité de l'accident et des séquelles physiques engendrées, les accidentés peuvent souffrir de stress post traumatique.

II.2. Hypothèses partiels :

1. Le degré de la souffrance provoquer par l'accident est différent d'une personne à une autre
2. La gravité des séquelles physiques augmentent l'intensité du syndrome Post traumatique.

Chapitre I
Accident de la route

Préambule :

Problème de transport au premier abord, les accidents de la route constituent également un problème de santé publique, de santé par ses conséquences humaines, car tout le monde utilise la route et risque sa santé et sa vie quotidiennement. Les accidents de la route constituent partout dans le monde un fléau social de grande ampleur.

Dans ce chapitre, on va commencer par quelques définitions de l'accident de la route, avec des différentes statistiques au niveau mondial, national et en particuliers les statistiques de la wilaya de Bejaia.

Par la suite, on va aborder les types de l'accident de la route, ses causes et conséquences, et enfin les facteurs de risques et la prévention routière afin de diminuer le nombre des accidents.

1. Les différentes définitions de l'accident de la route :**1.1 Définition de l'accident :**

Accident : vient du verbe latin accidere « survenir ».

Selon le dictionnaire « Larousse » l'accident est défini comme : « un événement fortuit qui a des effets plus au moins dommageable pour des personnes ou pour les choses ». (Sellami N., 2003, P.288).

Est un événement soudain et inattendu qui entraîne des dommages et des dégâts corporels et matériels. Un accident se dit de tout phénomène traumatique ou morbide fortuit qui survient chez un individu sain au cours d'une maladie.

1.2 Définition de l'accident de la route :

Un accident de la route est un événement se déroulant sur une voie de circulation et impliquant un véhicule, motorisé ou non, ou un individu, et entraînant des répercussions au niveau matériel ou physique.

L'accident de la route (ou accident de la voie publique : AVP) est un choc qui a lieu sur le réseau routier entre un engin roulant (automobile, moto, vélo, etc..) tout autre chose ou personne et qui engendre des blessures humaines et/ou des dégâts matériels, que ces dégâts soient occasionnés aux véhicules, à un élément de la route (chaussée, panneaux, barrières de protection, etc..) ou un élément extérieur à celle-ci (bâtiment, mobilier urbain, cabine de téléphone, arbre).(Dekkar N., et Bezzaoucha A., 1983, P. 7).

1.3 Définition de l'accident selon l'OMS :

L'OMS définit l'AVP comme un traumatisme non intentionnel, comme les accidents du travail, les accidents de la vie courante. (OMS ,2004)

« Un événement indépendant de la volante humaine, provoqué par une force extérieure agissent rapidement et qui se manifeste par un dommage corporel ou mental ». (Dekkar N., et Bezzaoucha A., 1983, P. 7).

1.4 Définition de l'accidentologie routière :

Est l'étude des aspects et des mécanismes des accidents de la route, permettant d'identifier les facteurs impliqués et de qualifier leurs rôles. C'est une discipline faisant appel à un spectre de compétence étendu : de l'ingénieur 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'information pour obtenir une vision globale et exhaustive des accidents.

(Fernandez F., 1995, P.88).

2. Aspect statistique et épidémiologie des accidents de la route :

2.1 incidence mondial :

D'après les statistiques de l'OMS 2004, chaque année, 1,2 millions de

personnes trouvent la mort sur la route, plus de 3.000 personnes tuées par jour. En plus de ces tuées, il y a 140.000 blessés dont 15.000 c'est des personnes handicapées. D'après ces statistiques ils accordent la responsabilité de 80-95% d'accident de la route à l'homme.

2.2 statistique en Algérie:

Année	Accident	Mort	Blessés
2010	32 873	3660	44 418
2011	41 467	4598	66 361
2012	35 701	3737	57 335
2013	44 907	4540	69 582
2014	44 569	4536	65 673

Tableau N° 1: démontre le bilan des accidents de la route de cinq (5) années en Algérie

2.3 les statistiques de la wilaya de Bejaia :

Les statistiques selon la direction de la protection civile de Bejaia :

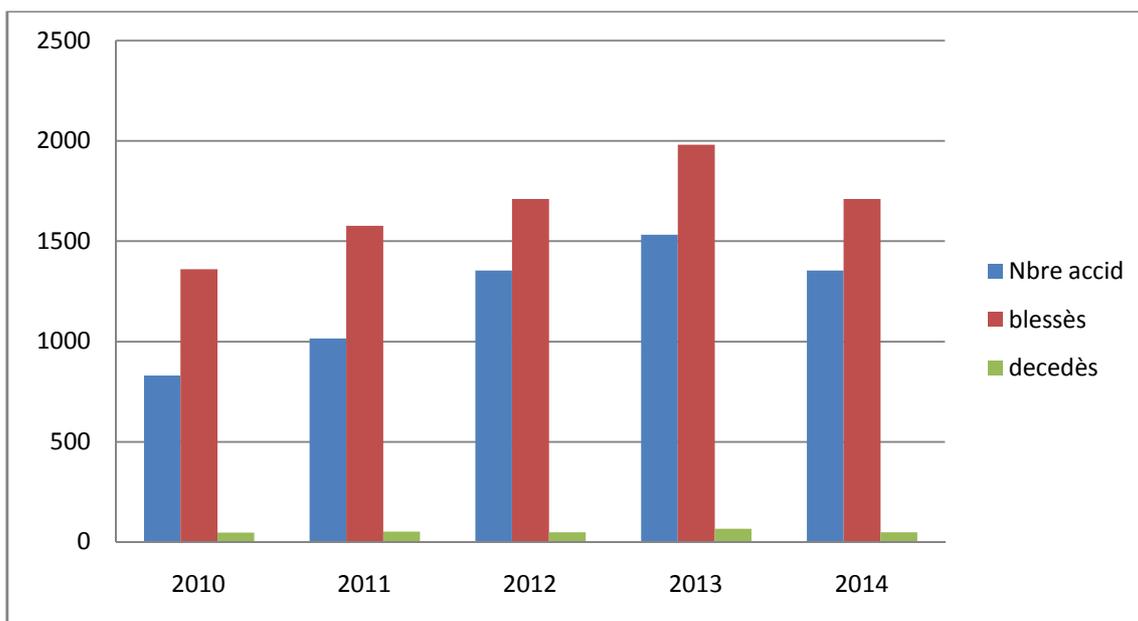
Année	Accident	Blessés	Décédés
2010	831	1360	48
2011	1016	1577	53
2012	1355	1710	50
2013	1533	1981	67
2014	11024	1710	50
TOTAL	15759	8338	268

Tableau N°2 : démontre le bilan des accidents de la route de cinq(5) années à Bejaia

D'après les statistiques de la direction de la protection civile de Bejaia, on remarque que depuis l'année 2010 à nos jours, l'année 2013 est marquée par un

taux élevé de blessés et de morts par contre l'année 2014 est marquée juste par le nombre élevé des accidents.

Et Si on compare entre les deux années de 2013 et 2014 on constate que le taux mortalité est diminué en 2014 par rapport en 2013, où on trouve un taux de 67 décédés en 2013 et un taux de 50 décédés en 2014.



Echelle N°1 : démontre le bilan des accidents de la route de cinq(5) années à Bejaia

Unité	Nombre d'accident	Blessés	Décédés
Janvier	90	141	3
Février	80	121	3
Mars	94	159	5
Avril	123	175	7
Mai : 24 à 8h	113	180	7
Total	500	776	25

Tableau N° 3: démontre le bilan des accidents de la route pour l'année 2015 du mois de janvier au 24 mai

D'après ce tableau on remarque que le mois d'avril est marqué par une augmentation de nombre d'accidents par un taux de 123 accidents. Et on constate que le mois de mai est marqué par un taux élevés de blessés avec un taux de 180 blessés. Ainsi que le nombre de mort a connu une augmentation les deux mois précédent.

Age et sexe	Moins de 18ans	18 à 24	25 à 29	30 à 39	40 à 49	50 à 59	60 à 69	Plus de 70	total
Masculin	10	95	97	15 2	75	43	17	08	49 7
Féminin	00	03	00	07	05	00	00	00	14
Total	10	97	97	15 9	80	43	17	08	51 1

Tableau N° 4 : démontre le bilan des accidents de la route selon l'âge et le sexe

D'après ce tableau on constate que le taux d'accidents causé par le sexe masculin est plus élevé par rapport au sexe féminin.

On remarque que la catégorie d'âge la plus touché chez les deux sexes « masculin et féminin » est entre 30 à 39 ans.

3. Les victimes d'accident :

« victimes » les personnes qui ont été exposé à un évènement potentiellement traumatique, qu'elles l'aient ou non vécu comme un trauma.

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

La définition citée de victime d'un accident de la route mortel est la suivante : « Toute personne tuée sur le coup ou mourant dans un délai de 30 jours des suites d'un accident ayant entraîné des traumatismes »

Habituellement on trouve que les victimes sont classées selon la gravité de leurs blessures, les termes les plus utilisés dans les statistiques des accidents routiers sont : blessés légers, blessés graves et tués. (Robert C., 2002, P. 8)

3.1 Les victimes peuvent être classées en deux catégories :

3.1.1 Les personnes tuées :

Les personnes tuées sont définies comme toute personne qui décède sur le coup ou dans les trente (30) jours qui suivent l'accident

3.1.2 Les personnes blessées :

La personne blessée est définie comme toute personne qui n'a pas été tuée, mais a subi une ou plusieurs blessures graves ou bien légères résultant de l'accident. On distingue deux types de blessés :

3.1.3 Les personnes gravement blessés :

Cette catégorie exige un traitement et l'individu est admis comme patient dans un hôpital.

3.1.4 Les personnes légèrement blessées :

Sont des victimes qui représentent des blessures secondaires au niveau inférieur tel que les foulures ou contusions. (Dermel A., 2008, P.9).

4. Les caractéristiques des accidents de la route :

On peut distinguer deux facteurs qui caractérisent les accidents de la route tel que :

4.1 Le facteur temporel :

Les accidents de la route varient selon la période de l'occurrence de l'accident (le mois, le jour et l'heure de l'accident). Des études ont montré que le nombre des accidents de la route augmentent dans des périodes et des heures bien précises (généralement les heures de pointe). (Dermel A., 2008, P.8).

4.2 Le facteur spatial :

Dans ce second facteur on trouve que les accidents de la route varient selon la fonction du lieu urbain ou campagne.

5. les types des accidents de la route :

On distingue deux types d'accident de la route : les accidents matériels et les accidents corporels.

5.1 Les accidents corporels:

Ceux 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, un accident corporel est un accident qui :

- s'est produit sur une route ouverte à la circulation publique.
- Au moins une victime.

5.2 Les accidents matériels:

Ceux sont des accidents qui se rapportent à la même définition des accidents

et qui n'ont pas eu pour conséquence des victimes tués ou blessés mais qui se manifeste seulement par des dommages matériels (dégâts matériels) (ibid.)

6. les causes des accidents de la route :

Les accidents de la route constituent une problématique sociale, et une hémorragie économique entravant le développement du pays. C'est une guerre sur les routes qui fait des milliers de tués et blessés par an, et que rien ne semble arrêter, même les campagnes de sensibilisation et la sévérité des amendes infligées aux contrevenants, d'où la nécessité absolue de trouver une solution efficace pour arrêter cette hécatombe. L'homme est la cause principale de ce fléau, par son comportement non respectueux du code de la route et par sa nature imprévisible, ce qui constitue toujours un handicap majeur à la gestion de la problématique des accidents de la route. De ce fait, il a été nécessaire de penser à une manière pour contrôler et adapter le comportement des gens sur les routes en le rendant plus courtois et responsable, afin d'obtenir une circulation moins agressive et moins meurtrière.

Parmi les principales causes on trouve :

6.1 cause liées aux véhicules :

Ces causes occupent une place centrale dans la survenue des accidents. On peut distinguer les défauts les obstacles rencontrés :

- Une défaillance du système de freinage.
- Un vice dans la direction.
- La défectuosité de la suspension.

6.2 cause liées à l'utilisateur :

L'automobiliste est l'élément principal du complexe. C'est lui qui doit

s'adapter si certains paramètres change au niveau des deux autres facteurs (véhicule-milieu), le conducteur règle sa vitesse par rapport :

- au profil de la route.
- Au revêtement de la chaussée.
- Aux conditions climatiques.
- A l'état des pneumatiques ou des freins de son véhicule.
- A la zone traversée (ex : compagne).

Les statistiques mondiales accordent la responsabilité de 80-95% d'accident de la route à l'homme. (Abdoul A., 2004, P.16).

6.3 la psychologie du conducteur :

Il apparaît que le conducteur, vit un fantasme qui le place au –dessus des autres en lui assurant une impunité absolue.

6.4 l'état physique du conducteur :

La conduite d'engin par l'effort physique et l'attention soutenue qu'elle nécessite une certaine aptitude dont la carence sera génératrice d'accident.

6.5 Les causes liées à la route et à son 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 l'environnement défavorable contribuent aux accidents en rendant plus difficiles les manœuvres du véhicule.

On remarque souvent que les accidents de la route sont dus :

- Aux mauvais aménagements des croisements et des accotements.

- Aux virages dangereux.
- Aux obstacles mobiles.

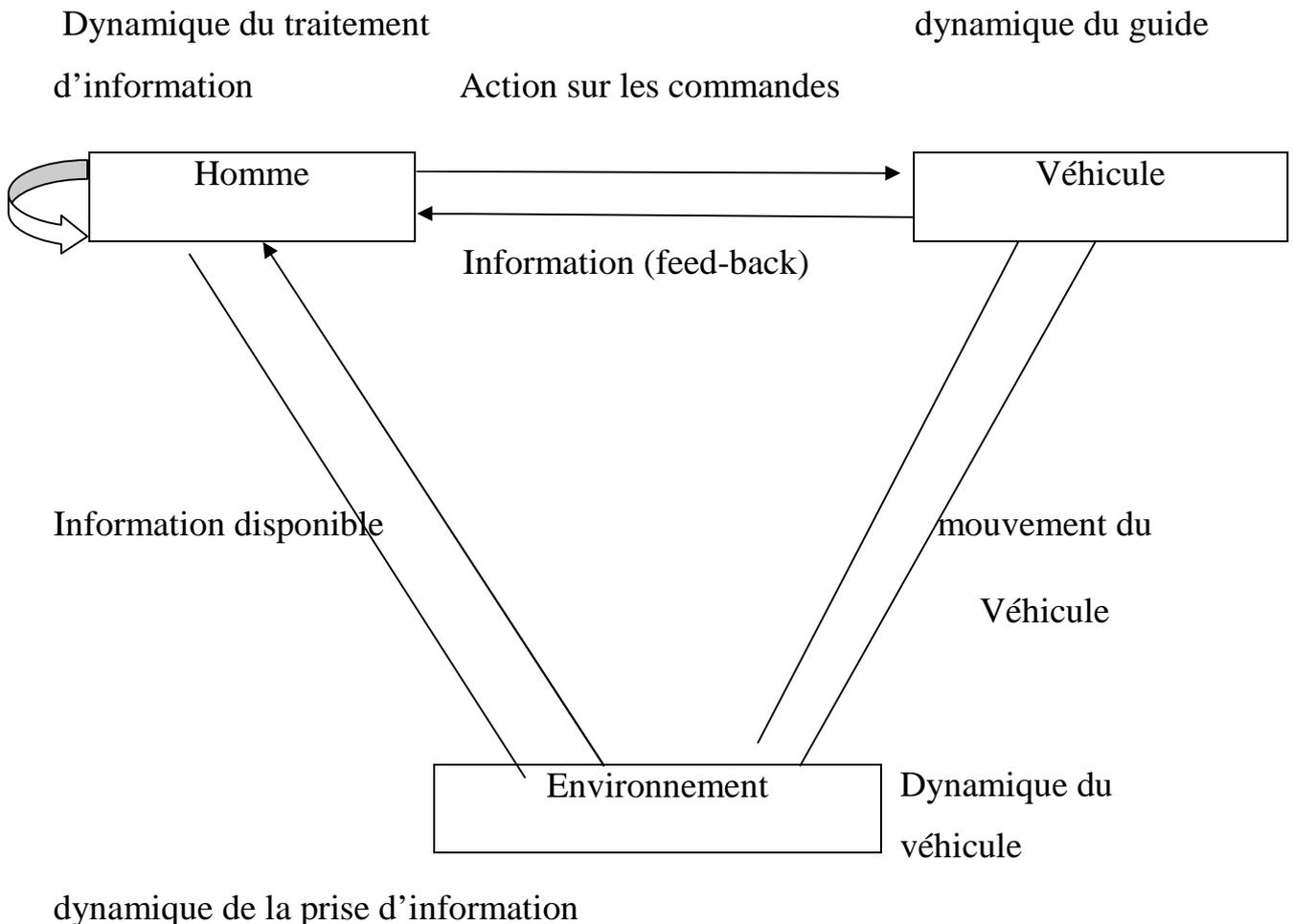


Figure 1 : système tripolaire « homme- véhicule- environnement »

7. Les principaux facteurs de risques des accidents de la route :

7.1 facteurs intervenant sur l'exposition à la circulation :

- facteurs économiques (l'âge, le sexe et le lieu de l'habitation).
- l'aménagement du territoire qui intervient sur les trajets effectués par la population (durée et moyen de transport).

- la présence simultanée sur les routes d'une circulation automobile à grandes vitesses.

7.2 facteurs de risque intervenant avant l'accident :

- l'excès de vitesse.
- la consommation d'alcool ou de drogue.
- La fatigue.
- le fait d'être un homme jeune.
- Les déplacements de nuit.
- L'entretien insuffisant de véhicule.
- les défauts dans la conception, l'implantation et l'entretien de la route.
- le manque de visibilité en raison des conditions météorologiques.
- les défauts de vision.

7.3 facteurs d'aggravation de l'accident :

- les caractéristiques individuelles, exemple : l'âge.
- la vitesse inadaptée ou excessive.
- dans les véhicules le fait de ne pas attacher la ceinture et ce ne pas utiliser de dispositif de retenu pour les enfants.
- la présence d'objet sur les bas-côtés (piliers en biton).
- l'insuffisance des dispositifs de protection sur les véhicules en cas de collision (exemple : airbag)

7.4 facteurs d'aggravation des traumatismes après un accident :

- les retards dans la détection de l'accident et les transports vers les services des urgences.
- les secours et l'évacuation des blessés.
- l'insuffisance des soins avant l'arrivée dans l'établissement de santé.
- les incendies et les fuites des matières dangereuses. (Abdoul A., 2004, P.16)

8. Les conséquences des accidents de la route :**8.1 Conséquences humaines et sociales :**

- Les victimes sont souvent abandonnées.
- Le nombre de victime d'accident de la route reste très élevé après un accident.
- Les familles se retrouvent déstabilisées.
- Enormes dépenses engagés pour les obsèques et le manque a généré des décès et des invalidités.
- Abandon de victime après le drame.
- Absence de politique d'accompagnement des familles après l'accident, l'ignorance de droit, la négligence, l'indigence des familles.
- Les accidents de la route causent des souffrances humaines considérables.
- la famille, les amis et la communauté de chaque victime sont frappées de plein fouet par les conséquences physiques, psychologiques e économiques du décès, les blessures ou de l'invalidité de leur proches.
- Les rescapés et leurs familles subissent les conséquences souvent longues et douloureuses des traumatismes, des incapacités et de la réadaptation.

8.2 Conséquence économique:

- Anéantissement des ressources économiques.
- réduction des potentialités de l'économie. (Achille O-E., P.6-8).

9. Des caractéristiques traumatiques liées à l'accident de la route

Le traumatisme, défini comme un «événement brutal, soudain, inattendu, vécu avec un sentiment de violence, hors du commun, exceptionnel et grave et entraîne les individus dans un tourbillon de terreur et d'impuissance absolue s'applique aux accidents de la route (Crocq L., 1999, P.15) dont voilà quelques caractéristiques :

- Le caractère principal de cet événement est de placer le sujet « face à la mort ou celle d'autrui dans des circonstances d'extrême brutalité, inévitable, créant ainsi une rupture avec le cours attendu des choses.
- Evènement grave dans la vie d'une personne, et générateur d'impression et d'images souvent insoutenables, susceptibles de déclencher un puissant phénomène de stress en raison de son caractère brutal, imprévisible et inévitable.
- Images dont le souvenir peut hanter toute une vie et dont « l'enfouissement » et « L'enkystement » plus ou moins conscients dans la mémoire de l'individu peut Provoquer, à plus ou moins long terme, de sérieux troubles de la personnalité et du comportement.
- Pour l'accidenté, il y avait un « avant », il y aura un « après », c'est une blessure psychique qu'il faut cicatrifier.

10.La prévention routière:

L'accident de la route se produit souvent ou on l'attend le moins seule une approche préventive associé à une vigilance constante permet de l'éviter. Pour cela on peut dire que la meilleure gestion de l'accident c'est la prévention.

La prévention routière c'est l'ensemble des mesures prises en vue d'éviter les accidents de la route par :

- Une maintenance planifiée de son automobile.
- Le respect du code de la route.
- Le refus du risque météorologique.
- La vigilance et l'attention.
- Les caméras de surveillance routières.
- La réduction de la vitesse : les mesures de ralentissements de la circulation par des dispositifs techniques intégrés à l'infrastructure (les dos -d'âne, les mini- carrefours routier, les passages piétons signalés).

(Abdoul A., 2004, P. 20).

La conclusion du chapitre :

Les accidents de la route sont devenus un véritable problème vécu par l'individu puisque ces accidents provoquant chaque année un nombre important des dégâts matériels et corporels. Pour cela on insiste sur une meilleure prévention routière afin de combattre ce phénomène qui menace la vie des personnes.

Chapitre II

Etat de stress post traumatique

I. L'état de stress post traumatique**Préambule :**

On a abordé dans ce chapitre un aperçu historique sur l'état de stress post traumatique, et on passera aux différentes définitions concernant ce concept, son étiologie et évolution, son aspect épidémiologique et ses symptômes. Ensuite on va parler des facteurs de risque et les modèles explicatifs du trauma et enfin on va conclure ce chapitre par les éléments thérapeutiques et la prise en charge.

I.1. Aperçu historique du stress post traumatique :

Le concept de stress post traumatique fait son apparition officielle dans le champ des troubles psychiatriques en 1980. Cependant son histoire date de la fin du XIX siècle. Entre 1890 et 1897, à l'époque où naît la psychanalyse, le terme « trauma » désigne un événement dans la vie d'une personne qui est considéré comme primordial par cette dernière à cause des sentiments pénibles qui s'y rattachent. (André M, Richard B ,2003.P.10) En 1888, Oppenheim décrit une «Névrose Traumatique ». Celle-ci comprenait un certain nombre de symptômes névrotiques, dont des cauchemars, qui n'apparaissent qu'après l'accident, un accident de chemin de fer généralement. (L.Crocq, P.11) Donc Oppenheim a met l'accent sur un nouveau mode pathologique précis, qu'est le terme de névrose traumatique. Il avait le grand avantage de poser de nouvelle question et d'élargir des perspectives partiellement limité par la clinique classique. Quelques années plus tard, Kraepelin décrit une «névrose d'effroi», qui ressemble beaucoup à la névrose traumatique. Kraepelin mettait en avant l'état psychique de l'individu au moment de l'événement et insistait sur le fait qu'il n'était pas nécessaire d'avoir été dans l'accident, mais qu'il pouvait suffire d'en avoir été le spectateur.

Par contre, Charcot présente beaucoup d'observations d'hystéries traumatiques, comme il les appelle. Il affirme que l'hystérie masculine est

toujours d'origine traumatique (F.Lebigot, 2011, P.10). Par la suite Freud pense que les événements traumatiques seraient à l'origine des névroses. Lors des premières et deuxièmes guerres mondiales, les différentes études sur les expériences du combat contribuent largement au développement de notions spécifiques dans le champ de la traumatologie comme les concepts de névroses de guerre, de névroses par accident et de névroses traumatique. (S.freud, 1920, PP.41-60).

D'autre part au début de vingtième siècle S.ferenczi a développé un autre terme qu'est « névrose de guerre », a travers les études de psychiatrie militaire qu'il a observé des troubles de même nature chez tous les combattants au retour de champs de bataille. Ces troubles sont naturellement reliés au combat et au choc émotionnel .ces études réalisées d'abord durant la première guerre mondiale et poursuivies en suite durant la deuxième. Elles ont permis de préciser les symptômes présentés par les soldats : états confuso-anxieux avec panique et agitation. (Ferenczi S, 1918, PP.27-29).

Les séquelles psychologiques et sociales graves d'autre guerres (guerre du Vietnam, de Corée et du Liban) ainsi que des mouvements sociaux exerçant des pressions en faveur des soldats traumatisés contribuent a l'avancement sur la connaissance sur le stress post traumatique (Crocq L, 1999, P.10). En 1980 le diagnostic and statiscal manual of mental disorders , (DSM-III,1980) présente officiellement une nouvelle entité diagnostic appeler PTSD traduit en français par état de stress post traumatique (ESPT) . Les conséquences potentielles graves et handicapantes d'un évènement traumatique sont formellement reconnues. Les auteurs du DSM-III spécifiaient de formes cliniques : la forme aiguë et la forme chronique. Dans la révision du DSM-III en 1987, les psychiatres américains ont modifié quelques critères : ils ont écarté la forme aiguë et ont précisé que l'apparition des symptômes se fait dans un délai d'au moins six mois. Ils ont parlé aussi de survenue différée, c'est-à-dire retardée.

Tel que défini par le DSM-IV (1994), le TSPT est un trouble susceptible d'apparaître chez quiconque a été exposé à un événement traumatique. L'événement est considéré comme traumatique lorsque la personne est victime, témoin ou confrontée à un ou à des événements qui représentent une sérieuse menace pour sa vie ou pour son intégrité physique, ou encore pour la vie ou l'intégrité physique d'autrui. Il est également considéré comme traumatique lorsque la réaction de cette personne face à l'événement consiste en une crainte ou une peur intense, en un sentiment d'impuissance ou d'horreur, (DSM-IV, 1994, P.542).

En parallèle et vers 1992, est apparu en anglais la classification internationale des maladies « CIM10 » dans sa dixième révision et qui a été traduite en français en 1993. Cette classification propose trois entités majeures :

*La réaction aigüe à un facteur de stress.

*Etats de stress post traumatique.

*La modification de la personnalité après une expérience de catastrophe.

I .2. Définition :

I.2.1. Définition du concept du traumatisme psychique :

D'un point de vue étymologique, le mot « trauma » est issu du grec *traumatōs*. Il signifie au sens propre blessure, et au sens figuré désastre ou encore échec. A l'origine, ce terme était utilisé au 19^{ème} siècle dans le cadre de la pathologie chirurgicale et était réservé aux atteintes corporelles. (F.Lebigot, 2005, P.9). Aussi le trauma se définit comme un événement survenant dans la vie d'un sujet dont les capacités psychiques ne sont pas encore en mesure d'en intégrer les effets. (P. Chemla, 2002, P.71). Ainsi par extension, ce terme a été utilisé par les psychiatres, pour désigner les phénomènes psychiques pouvant résulter de la confrontation brutale et soudaine d'un individu à un événement menaçant son intégrité physique et/ou psychique. (Lebigot. F, 2005, p. 10).

Le traumatisme psychique est un «événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre de manière adéquate, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique» (Laplanche .j, et Pontalis, 1967, P.286).

Selon L, Crocq, cité dans l'ouvrage de C. Bouatta le trauma : « est une construction factice du monde dans un bouleversement de la temporalité marquée du sceau de l'omniprésence du trauma horrifiant, de la permanence immuable projetée dans le future, (d'où l'impression d'avenir bouché t le temps suspendu) et réorganisant même le passé a son image, par des choix mnésiques arbitraire. C'est dans cette conception non linéaire du temps qu'il convient de critiquer de la prédisposition et de la névrose latente ». (C.Bouatta, 2007, P.48).

Freud dans son ouvrage au-delà du principe de plaisir 1920 définit le traumatisme comme « Toutes excitations externes assez fortes pour faire effraction dans la vie psychique du sujet ». Le traumatisme est donc un choc émotionnel important, généralement lié à une situation où une personne ou un groupe de personnes a senti sa vie en danger et qui met en péril son équilibre psychique. Ces situations dépassent les capacités de gestion de la majorité des individus. Elles sont « porteuses de sens et vécues comme une rupture et un enjeu : rupture par rapport à la continuité du passé, enjeu comme annonce de changements potentiels importants ». (Freud S, 1920, P.71). Enfin Pour Claude Barrois, le traumatisme psychique résulte d'une rencontre entre « une situation extérieure de danger extrême et l'état psychique intérieur ». Selon lui, le traumatisme psychique serait une situation de crise et de conflit survenant dans les suites d'une « menace réelle de mort accidentelle ». (C.Barrois, 1988, P.62)

1.2.2. L'approche actuelle du trauma :

En 1980, la nosographie américaine DSM (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders), qui se revendique« *athéorique* », a proposé le vocable

« d'état de stress post traumatique» (ESPT) qui est un trouble psychique apparaissant suite à l'exposition à un évènement traumatique ,évènement qui est subit, qui crée des blessures ou qui menace la sécurité ou la vie tel un accident grave, une agression ,ou évènement grave dont quelqu'un peut être témoin face auquel l'individu éprouve des sentiments intenses de peur, d'horreur ou d'impuissance . (O.Cottencin, 2009, P.241)

Selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR). L'état de stress post traumatique (L'ESPT) fait partie des troubles anxieux dans sa survenue dépend de l'exposition à une expérience traumatique, comme peut l'être un accident de la route. La crainte, le sentiment d'impuissance ou d'horreur en réponse à cet évènement menacent l'intégrité physique et psychologique du survivant. Dans cette approche le patient doit présenter un ensemble de symptômes regroupés en syndrome pour qu'on puisse dire que la personne présente un PTSD

I.2.2.1. Les signes sont :

A) Le sujet a été exposé à un évènement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

- Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un évènement ou des évènements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être grièvement blessé ou bien être menacé de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacé .
- La réaction du sujet à l'évènement s'est traduite pas une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. NB : chez les enfants un comportement agité ou désorganiser peut se substituer à ces manifestations.

B) L'évènement traumatique est constamment revécu, de l'une ou de plusieurs façons suivantes :

- 1) Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions.

NB : chez le jeune enfant, peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme

- 2) Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse. NB chez les jeunes enfants il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissables.

- 3) Impression ou agissement soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant un sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication). N.B : chez les enfants, des reconstructions du traumatisme peuvent survenir.

- 4) Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause.

- 5) Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause.

C) Evitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale comme le témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

- 1) Effort pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme.

- 2) Effort pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme.

- 3) Incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme.

- 4) Réduction nette de l'intérêt pour les activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.

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

6) Restriction des affectes (ex : incapacité à éprouver des sentiments tendres).

7) Sentiment de devenir « bouché » (ex : pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants ou avoir un cours normal de la vie).

D) Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

1) Irritabilité ou accès de colère.

2) Difficultés de concentration.

3) Difficultés de concentration.

4) Hypovigilance.es.

5) Réaction de sursaut exagéré.

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

F) La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autre domaine important. (DSM-IV-TR, 2003, P.535).

Les rédacteurs du DSM IV distinguent trois états de stress post traumatique :

-Aigu : cette qualification est utilisée quand les symptômes persistent moins de trois mois.

-Chronique : cette qualification concerne un état ou les troubles durent trois mois au plus.

-Avec survenue différée : cette qualification indique qu'au moins trois mois se sont écoulés entre l'événement traumatique et le début des symptômes (C.Bouatta, 2007, P.46).

I.2.3. définition de l'événement traumatique :

L'événement traumatique est une rencontre directe avec une scène de mort réel. Celle-ci est ce que nos représentations font du réel un peu comme nos

appareils sensoriels transformant médiatement des longueurs d'ondes en couleurs ou en sons. (F.Lebigot et M.de Clercq, 2001, P.16).

I.2.4. Définition de la névrose traumatique :

Le terme de névrose traumatique apparaît en 1882 et désignait un ensemble de troubles névrotiques consécutifs à a frayeur éprouvée lors de accidents de chemin de fer. Ce terme s'est peu à peu étendu pour désigner tout trauma psychique consécutif à des agressions telles que la guerre, les accidents, les attentats et les catastrophes naturelles etc....

La névrose traumatique survient dans les situations ou le sujet vit une menace, réelle ou ressentie, contre son intégrité physique ou psychique. Elle correspond à un débordement de l'appareil psychique qui prit par surprise, ne peut solliciter des mécanismes de défense adéquats.

I.2.6. Définition du stress :

Le Petit Robert définit le stress comme « l'ensemble des réactions non spécifiques (physiologique, métabolique, comportementale) à un agent agressif» (2008, p.243).

L.Crocq définit le stress comme : « réaction neurobiologique, physiologique et psychologique, d'alarme et de mobilisation de défense, de l'individu, face à une agression ou une menace, menace pour sa vie, son intégrité physique ou son équilibre psychique ». (Crocq, et all, 2007, P.06).

Le stress focalise l'attention sur la situation problématique (vigilance), il mobilise l'énergie nécessaire à l'évaluation de la situation et à la prise de décision (augmentation des facultés de perception et rapidité de leur intégration) et il prépare à l'action adaptée à la situation. (Evelyne J,2007).

I.3. stress et trauma :

Le mot « traumatisme », apparu à la fin du XIXe siècle, fut forgé à partir du grec *trauma* «blessure » pour nommer un phénomène psychique qui n'avait jusqu'alors retenu l'attention ni des médecins ni de quiconque : « le traumatisme

psychique », blessure émotionnelle profonde qu'on pouvait observer, parfois, chez ceux qui avaient échappé de peu à la mort.

Le mot « stress », employé dans le langage neurophysiologique au début du XXe siècle, servait à désigner l'ensemble des réactions physiologiques puis également psychologiques de l'organisme humain ou animal face à une menace ou une situation imprévue. (Lebigot F, 2005, P.9.10).

Ces deux termes relèvent de deux registres différents : bio-neurophysiologique pour le stress, et psychologique pour le trauma. L'un parle de mobilisation des ressources énergétiques, l'autre d'effraction dans les défenses psychiques, dont la défense qui consiste à attribuer du sens. L'un décrit les orages neurovégétatifs, l'autre la clinique de l'effroi .en effet, sur le plan clinique, il n'ya pas d'équivalence entre les deux registres. Le plus souvent, les individus qui réagissent à un événement agressant par un stress adapté ne le vivent pas comme un trauma, tandis que ceux qui réagissent par un stress dépassé le vivent sur un mode traumatique et développent ensuite une pathologie psycho traumatique, mais cette correspondance n'est pas absolue, et on a vu des stress parfaitement adaptés cacher les pires vécus traumatiques, et a l'inverse des stress dépassés spectaculaire se résoudre sans suite psycho-traumatique. (L. Crocq et al, 2007, P.12).

I.4. L'étiologie de l'état de stress post traumatique :

Le trouble de stress post-traumatique résulte d'un événement psychologiquement traumatisant causant la mort ou des blessures graves ou tout au moins un grave risque pour sa vie ou celle des autres. Ces événements déclencheurs du traumatisme sont surnommés agents stressants et peuvent survenir lorsqu'on est seul ou dans la foule.

Ces agents stressants peuvent être des actes d'agression comme le viol, le vol avec agression, la guerre ou des événements comme des accidents de la voie

public, ou encore des phénomènes naturels comme les ouragans ou les tremblements de terre.

La personne traumatisée peut avoir vécu personnellement une telle expérience ou en avoir été le témoin. Elle peut subir le contre-choc psychologique d'un événement arrivé à quelqu'un d'autre comme par exemple la mort d'un être cher dans un accident de voiture. (Lebigot. F, 2005, P.15)

I.5. Évolution de l'état de stress post traumatique :

L'Etat de stress post-traumatique peut survenir à tout âge y compris durant l'enfance.

Les symptômes débutent habituellement dans les trois premiers mois après le traumatisme bien que puisse exister un délai de plusieurs mois ou même de plusieurs années avant que les symptômes n'apparaissent. Fréquemment, la perturbation remplit initialement, dans les suites immédiates du traumatisme, les critères d'un Etat de stress aigu .Les symptômes et l'importance relative de la reviviscence, de l'évitement et des symptômes d'hyperéveil peuvent varier dans le temps (DSM-IV, 2000, P.567). La durée des symptômes est variable avec une guérison complète survenant en trois mois dans environ la moitié des cas alors que de nombreux autres sujets ont des symptômes qui persistent plus de douze mois après le traumatisme. Dans certains cas, l'évolution est émaillée de périodes d'amélioration et d'aggravation des symptômes. Une réactivation des symptômes peut survenir en réponse à certains éléments rappelant le traumatisme initial, à des stress liés à la vie, ou bien à de nouveaux événements traumatisants.

I.6. Aspects épidémiologiques du stress post traumatique :

Les études épidémiologiques en matière de traumatisme psychique constituent un domaine d'investigation en pleine expansion depuis l'introduction

en 1980 du *Post traumatic Stress Disorders* (PTSD) dans la nomenclature psychiatrique américaine. Elles sont pour la plupart d'origine anglo-saxonne et font référence aux critères diagnostiques du DSM-III, III-R ou IV, selon leur ancienneté. Depuis quelques années, une attention particulière est portée à la fréquence des expositions traumatiques et à leurs conséquences en matière de santé mentale au sein de la population générale. Historiquement, néanmoins, ces études se sont centrées sur la prévalence de l'affection parmi des populations soumises à des événements traumatiques spécifiques, tels que les faits de guerre, les agressions sexuelles ou encore les catastrophes, accidents. Elles permettent d'estimer la fréquence du traumatisme, les pathologies qui en découlent et les variables individuelles ou situationnelles qui en accentuent ou en modèrent les effets, afin de mieux orienter les mesures thérapeutiques.

(F.ducrocq, et all, 2005, P.10).

I.6.1. Les études sur la population générale :

Pour des raisons tenant à la procédure d'investigation et à l'échantillon, la prévalence d'ESPT au cours de la vie diffère considérablement d'une étude à l'autre : de 1 à 10 % environ. Les études princeps menées à la fin des années 1980 aux Etats-Unis estiment à 1 % la prévalence du PTSD. Par la suite, la version révisée du DSM-III contribue à augmenter sensiblement ce taux. A Détroit, une prévalence de 9,2 % est observée parmi une population de jeunes adultes entre 21 et 30 ans. Une étude représentative de la population féminine américaine estime à 12,3 % la prévalence d'ESPT, les femmes victimes d'actes criminels étant plus affectées que les autres : 25,8 % vs 9,4 %. Sur un échantillon représentatif de la population nord américaine, une prévalence d'ESPT de 7,8 % est observée, les femmes étant deux fois plus nombreuses que les hommes à développer l'affection : 10,4 % vs 5 %, malgré un taux d'exposition plus faible 51,2 % vs 60,7 %. Les auteurs rejettent l'idée d'une plus grande vulnérabilité des femmes et expliquent ce phénomène par les caractéristiques principalement plus dévastatrices des événements auxquels sont

soumises ces dernières, notamment au travers des agressions d'ordre sexuel. Une étude européenne menée en Allemagne sur des adolescents âgés de 14 à 24 ans signale une prévalence nettement plus faible : seulement 0,4 % des hommes et 2,2 % des femmes ont développé un ESPT au cours de leur vie, soit une prévalence totale de 1,3 %. Des taux d'exposition inférieurs permettent d'expliquer le décalage observé avec les études américaines.

(A. Jolly, 2000, PP.370-373).

I.6.2. Chronicité et comorbidité :

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

I.6.3. Les accidents de la route :

Les accidents de la route ne constituent pas véritablement des événements hors du commun, mais ils n'en sont pas moins brutaux, menaçants parfois pour l'intégrité physique des individus. Le risque de développer un ESPT lorsqu'un sujet a vécu un AVP est de 30 % en moyenne, soit entre 15% et 45 %. Le risque de développer un ESPT chez les patients de sexe féminin est plus important: 24,6 % des femmes exposées ont développé un ESPT contre seulement 10,1 % des hommes exposés. Egalement, les patients les plus à risque sont ceux qui présentent des troubles Co-morbides (syndromes dépressifs, troubles de l'humeur, troubles anxieux). (A. Jolly, 2003, P.64).

I.7. Les symptômes non spécifiques de l'ESPT :

C'est un ensemble de troubles dits non spécifiques car ne sont pas répertoriés dans le DSM-IV mais décrits par l'ensemble des chercheurs dans le champ de psycho traumatisme :

- Les troubles dépressifs ou l'asthénie ne sont pas signalés dans L'ESP alors qu'ils sont courants. Ils se manifestent parfois par une perte de plaisir ou inhibition sexuelle.
- Les troubles cognitifs ne sont répertoriés dans le DSM-IV mais font l'objet de fréquentes plaintes :
 - troubles de l'attention.
 - Trouble de concentration.
 - trouble de la mémoire.
- Les troubles de la conduite comme :
 - Conduites addictives (alcool, toxique, substance)
 - passages à l'acte suicidaire.
- Les troubles psychotiques. (L.Crocq et al, 2007, P.42)

I.8. Les phases principales dans l'évolution de stress post traumatique :

L'état de stress post traumatique évolue en trois phases :

1. Phase de réaction normale à une situation qui ne l'est pas, c'est une réaction de la peur et d'horreur qui dure pas plus d'un mois.
2. Une vigilance permanente : la personne agit comme si elle risquait de revivre à tout instant l'horreur et l'impuissance éprouvées face à l'événement traumatisant. Durant cette période, la personne est irritée, agressive, anxieuse, souffre de troubles du sommeil et adopte des comportements d'évitement de tout ce qui pourrait rappeler le traumatisme. Ces réactions durent généralement quelques semaines et s'estompent progressivement.
3. L'état de stress se prolonge : il devient post-traumatique, c'est un ensemble de symptômes, qui persistent après trois mois de l'événement traumatisant.

I.9. Diagnostic différentiel :

Dans l'état de stress post traumatique, les facteurs de stress doit être de nature extrême (c.-à-d. Mettant en jeu la vie). (DSM-IV, 2000, P.537). L'ESTP peut parfois être confondu avec un **trouble de l'adaptation**. Dans ce trouble, le facteur de stress peut être de sévérité variable. Le diagnostic de trouble de l'adaptation est approprié a la fois dans les situations dans lesquelles la réponse à un facteur important de stress ne remplit pas les critères (A, B, C, D) du ESPT, et dans les situations dans lesquelles la configuration symptomatique ressemble a celle du ESPT, mais ne remplit pas le critère A du ESPT.

Les symptômes d'hyperactivité qui constituent le critère D de l'ESPT semblent parfois similaires à ceux qui sont présent dans le **trouble d'anxiété généralisée** (TAG). Cependant, dans le TAG, on ne retrouve ni un événement traumatique originel ni la présence des symptômes intrusifs décrits dans le critère C. certains symptômes sont communs au ESPT et au **trouble de dépression majeure**(TDM) par ex : difficultés d'endormissement, difficultés de concentration ...etc. cependant, les symptômes intrusifs et les symptômes d'évitement reliés au trauma ne se trouve pas dans le TDM. Les individus souffrant d'ESPT peuvent éprouver des attaques de panique anxieuses ; celles-ci apparaissent habituellement lorsque la victime est exposée à des stimuli qui lui rappellent les caractéristiques de l'événement traumatique. Pour distinguer un **trouble de panique** (TP) du ESPT, l'évaluateur doit établir si les attaques de panique sont reliées strictement au trauma ou sil s'agit plutôt d'attaque de panique imprévisibles, spontanées, suivies d'inquiétude persistante de vivre de nouvelles attaques, d'inquiétudes concernant les conséquences de l'attaque ou de modifications significatives de comportement relatives aux attaques.

(Robert L, André M, jeans marie B, 1999, PP.154-156).

Dans le **trouble obsessionnel compulsif**(TOC), il existe des pensées intrusives répétitives mais elles sont éprouvées comme inopportunes et ne sont pas associées au vécu d'un événement traumatique. (DSM-IV, 2000, P.537). Le clinicien doit obtenir une histoire rigoureuse de l'apparition des symptômes, en demandant des précisions sur l'occurrence d'un traumatisme antérieur et en établissant si les phénomènes d'intrusion sont liés à cet événement ou pas. Enfin les patients souffrants de **troubles dissociatifs** ne présentent le même degré de comportements d'évitement, d'hyperactivité du système autonome, ou d'histoire traumatique que ceux qui présentent un ESPT. (Robert L, André M, Jean-Marie B, 1999, PP.154-156).

I.10. tableau : critères diagnostiques de l'ESPT (DSM-IV-TR, 2003)**L'état de stress post-traumatique : critères diagnostiques (DSM-IV-TR, 2003)**

A) Exposition à un événement traumatique qui engendre ces deux éléments :

1. le sujet a vécu, a été témoin ou confronté à un ou des événements durant lesquels un ou des individus ont pu mourir ou être gravement blessés, ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.
2. la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. *N. B.* Chez les enfants un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

B) Symptômes de reviviscence. L'événement est constamment revécu de l'une (ou plusieurs) des façons suivantes :

1. Souvenirs répétitifs et envahissants (images, pensées et

perceptions) provoquant un sentiment de détresse.

2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse.
3. Impression ou agissements soudains, « comme si » l'événement allait se reproduire avec possibles illusions, hallucinations ou épisodes dissociatifs (flash-back).
4. Sentiment intense de détresse psychologique.
5. Réactivités physiologiques lors de repères symboliques.

C) Symptômes d'évitement et d'émoussement. Présence d'au moins trois de ces

manifestations :

1. Évitement de pensées, de sentiments ou de conversations.
2. Efforts pour éviter des activités, des endroits ou des personnes.
3. Incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme.
4. Réduction nette d'intérêt.
5. Sentiment de détachement.
6. Restriction des affects.
7. Sentiment d'avenir « bouché ».

D) Symptômes d'hyperactivité neurovégétative. Présence d'au moins deux de ces

symptômes :

1. Difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu.
2. Irritabilité ou accès de colère.
3. Difficultés de concentration.
4. Hyper vigilance.
5. Réaction de sursaut exagérée.

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

F) La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou

une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

I.11. Facteurs de risque et de protection de l'ESPT :

Il existe certains facteurs de risque ou de vulnérabilité, qui interviennent dans la probabilité que le sujet exposé à un événement traumatique développe l'ESPT. Comme, il existe aussi des facteurs de protection ou de résilience qui favoriseraient le maintien de l'équilibre du sujet dans les suites d'un événement traumatique.

I.11.1. Facteurs de risque pré-traumatiques :

_ Les antécédents familiaux de troubles thymiques, anxieux ou de l'abus de substances sont reconnus comme facteurs de risque d'ESPT. Néanmoins, les études réalisées montrent qu'il s'agit d'un facteur de vulnérabilité dans l'expression de la détresse traumatique. Les auteurs montrent qu'il y a une corrélation entre l'intensité de la détresse péri-traumatique et la présence d'antécédents familiaux.

_ La proportion de femmes atteintes d'ESPT est reconnue comme étant deux fois plus importante que celle des hommes, tout événement confondu.

_ Les antécédents psychiatriques et la comorbidité pris au sens large et incluant les troubles des conduites, sont des facteurs de risque classiques, sachant que la comorbidité est également un facteur de chronicité du L'ESPT particulièrement les troubles dépressifs.

_ Un niveau socio-économique bas est plus à risque de développer un ESPT. Mais, il s'agit d'un facteur confondant. Ces patients manifestent généralement un niveau élevé de symptômes dissociatifs et d'évitement, tendent à utiliser des stratégies de gestion du stress peu efficaces (utilisation de pensée magique) et reçoivent un faible soutien social. (Brillon.P, et all, 1996, p. 113).

I.11.2. Facteurs de risque péri-traumatiques :

Les facteurs de risque péri-traumatiques correspondent à des facteurs présents au moment du déroulement de l'événement traumatique, ou immédiatement après. Ces facteurs de risque péri-traumatiques regroupent les caractéristiques liées à l'événement traumatique (type, durée d'exposition), des facteurs de risque psychologiques (détresse et dissociation) et des facteurs physiologiques. (constant.E, 2003, P.398).

I.11.2.1. Détresse péri-traumatique :

Elle correspond aux réactions émotionnelles négatives qui surviennent pendant et à la suite d'un événement traumatique. La détresse péri-traumatique correspond au critère A2 du DSMIV- TR et elle équivaut aux sentiments de peur, d'horreur, et d'impuissance.

I.11.2.2. Autres facteurs :

Dans l'étude de Coronas et al (2010) qui a porté sur 119 victimes d'AVP un seuil significatif de développement de l'ESPT en rapport avec la fréquence cardiaque a été déterminé (84 bc/min). Toutefois, seule la fréquence cardiaque mesurée au plus près du traumatisme (lors du transport en ambulance) était significative. Ainsi, des facteurs psychologiques tels que la dissociation et la détresse péri-traumatique, et des facteurs physiologiques tels que la fréquence cardiaque péri-traumatique, seraient prédictifs de la survenue d'un ESPT. (Ibid.)

I.11.3. Facteurs de risque post-traumatiques :

À une semaine post-traumatique, l'utilisation de coping d'évitement et de coping centrés sur la pensée magique est clairement reliée à un risque augmenté d'ESPT. La gravité subjective est clairement reliée à un ESPT à six semaines et trois mois post-traumatiques. Même après l'ajustement des autres variables, ce résultat est stable à trois mois post-traumatiques. À six semaines, une dissociation péri-traumatique élevée doit être associée pour que la gravité des blessures subjectives reste associée à un plus grand risque d'ESPT.

Tsay et al. (2001) soulignent que l'intensité de la douleur a un impact très fort sur l'efficacité de l'adaptation, l'état affectif et les symptômes post-traumatiques dans la première semaine suivant l'accident. Ryb et al. (2009) ainsi que Zatzick et al. (2010) se sont penchés sur les corrélations entre les états de santé physique et psychique dans les suites du traumatisme et l'ESPT. Sur le plan physique, les patients ont, de manière significative, à 6 et 12 mois post-traumatiques, une mobilité plus limitée, une baisse de la vitalité et des douleurs persistantes. Au niveau de la santé mentale, les patients ont de mauvais résultats émotionnels, comportementaux et cognitifs (96% à 6 mois et 99% à 12 mois). (Ibid.)

I.11.4. Les Facteurs de protection contre ESPT :

I.11.4.1. Soutien social :

D'une façon générale, le soutien social pourrait être défini comme l'ensemble des comportements des proches en lien avec les besoins d'un individu qui traverse une situation difficile. D'Altintas et al. (2011) a confirmé les liens entre soutien social et troubles psychiques, notamment dépression et estime de soi. L'absence de soutien social perçu dans les suites d'un événement traumatique favoriserait l'installation du trouble. (F.ducrocq, 2005, P.66)

I.11.4.2. La Résilience :

Malgré une personne s'expose un événement traumatique mais il peut surmonter leur traumatisme et cela par la résilience qui était auparavant un terme qui désignait la résistance de certains matériaux à d'éventuels chocs. Par la suite, c'est Bowlby (1969) qui introduit ce concept dans la théorie sur l'attachement. Hoge et al. (2009) a exploré le rôle du facteur « résilience » dans la survenue d'un ESPT. Ce facteur qui englobe des caractéristiques psychologiques et biologiques permettrait à l'individu de faire face et/ou résister, aux conséquences psychologiques possibles d'un événement traumatique.

Le résilient continue à penser et à vivre, a tisser des liens, il peut se reconstruire. (M.Delage, 2008, P.56)

I.12. Les modèles explicatifs du trauma :**I.12.1. Modèle phénoménologique :**

Le modèle phénoménologique du trauma s'est développé. La phénoménologie consiste en « L'étude des phénomènes tels qu'ils se présentent à la conscience ». D'après ces théories, l'événement traumatique ne pourrait trouver son sens qu'en fonction d'un contexte préalable. Il serait alors à l'origine d'une reconfiguration complète de ce même contexte. Il générerait ainsi un anéantissement des assises interprétatives du sujet ou encore un effondrement du monde, comme possibilités à partir desquelles s'élabore un sens. C'est autour de la rencontre avec « le réel de la mort » et du « non sens du trauma » qu'une nouvelle élaboration de la névrose traumatique est née telle que nous allons la décrire dans les paragraphes suivants :

I .12.1.1. Claude Barrois :

Selon Claude Barrois (1988), les névroses traumatiques sont la résultante non pas d'un événement mais d'un « accident vécu comme brutal et soudain », une « catastrophe intime, singulière » qui conduit l'homme dans le tragique.

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'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. (Barrois, 1988, P.48).

I.12.1.2. Louis Crocq :

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 ».

La névrose traumatique se caractérise par l'aliénation traumatique ou encore le changement de personnalité « un être nouveau est en eux, un être en qui ils ne se reconnaissent pas ». Elle apparaît dans ce sens, selon Crocq comme « l'expression inauthentique d'une personnalité bouleversée dont la mémoire est parcellaire et mal informée ». Ceci explique les vécus de dépersonnalisation que peuvent exprimer les personnes. Cette expérience « infiltre le présent », « obstrue l'avenir », « réorganise le passé qui s'est arrêté à l'expérience du trauma », elle est ainsi à l'origine d'un bouleversement de la temporalité, « chez le traumatisé, l'écoulement harmonieux du temps s'est arrêté ». Crocq réinterroge la question du « sens et du non sens » du trauma. Pour lui, il s'agit d'une expérience de non sens avec un ébranlement des trois convictions narcissiques du sujet :

« Invulnérabilité, environnement protecteur ; autrui secourable ». Cette épreuve constitue pour le sujet un « bouleversement profond de l'être, dans ses rapports avec le monde, et avec lui-même ». (L.Crocq, 1999, P.76).

I.12.1.3 François Lebigot :

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. Cette effraction traumatique génère l'expérience d'effroi qui est capitale. Lebigot décrit l'effroi comme « ces soldats qui n'ont pas eu le temps d'avoir peur ». L'effroi serait une expérience d'absence de mot, d'émotion et de support pour la pensée. A l'effraction traumatique peut être ajoutée une effraction de perceptions des organes des sens. L'instant traumatique est caractérisé par sa soudaineté et sa brièveté. Lebigot souligne certaines exceptions, notamment les agressions sexuelles. L'image traumatique de mort s'inscrit dans le psychisme de l'individu et celle-ci

« Réapparaîtra telle qu'elle est au temps présent ». Cette image de mort générera angoisse et dépression. Par la suite se produit une « transformation » du sujet comme le sentiment d'abandon, troubles du caractère. Enfin, la culpabilité apparaît omniprésente, renforcée par le syndrome de répétition.

(F.Lebigot, 2001, P.43).

I.12.2. Le modèle psychanalytique :

I.12.2.1. Le modèle freudien :

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

Freud en 1897 abandonna ce modèle où l'action traumatique était externe pour un modèle où l'action traumatique apparaissait interne, fantasmée. De 1905 à 1920, Freud développa dans « *Les Trois Essais sur la Théorie Sexuelle* », les théories sexuelles infantiles où les traumatismes apparaissaient comme la résultante de fantasmes inconscients. Les théories de Freud concernant le traumatisme ont progressivement évolué vers une conception économique de l'appareil psychique où le traumatisme n'apparaissait plus lié à un excès de séduction interne ou externe. (Freud S, Breuer .J, 1895, P.32).

I.12.2.2. La théorie de Ferenczi :

Ferenczi a repris la première théorie de Freud où la névrose traumatique est d'origine sexuelle, Il exposa sa théorie dans son ouvrage «*Confusion de Langues entre Adultes et Enfants*» publié en 1932. Pour lui l'enfant reste toujours dans des stades sexuels précoces et l'adulte qui atteint une maturité sexuelle se confond avec l'enfant et passe aux actes sans penser aux conséquences. Cette confusion de langues serait à l'origine d'un traumatisme constitutif chez l'enfant et aurait des effets désorganisateur sur l'enfant du fait de sa « personnalité faiblement développée ». De plus, l'enfant présenterait une identification à l'agresseur en lien avec « l'introjection » de la culpabilité de celui-ci. (S.Ferenczi, 2006, P.60).

I.12.3. Les Modèles cognitivo-comportementaux de l'ESPT :

Ce n'est que depuis sa reconnaissance dans le DSM-III sous le terme de « Post Traumatic Stress Disorder » (PTSD), qu'il est observé un intérêt grandissant et une multiplication des études épidémiologiques concernant ce trouble. Parallèlement, les chercheurs ont essayé d'élaborer des théories permettant de comprendre les différents processus à son origine. Concernant les théories cognitives, elles font appel à la théorie des schémas de Beck, ce terme de schémas cognitifs désigne à la fois la structure cognitive et les croyances qui composent la structure cognitive. Ces croyances, offrent au sujet un cadre de compréhension de ce qui lui arrive, et lui permettent de rester stable devant un événement. Plusieurs modèles théoriques comportementaux se sont développés, centrés sur l'impact des réactions émotionnelles, anxieuses, et dissociatives et parmi ces modèles on trouve :

I.12.3.1. Modèle de Mowrer :

Dans ce modèle, l'apprentissage des réponses de peur (conditionnement classique) et des comportements d'évitement (conditionnement opérant) expliqueraient l'apparition et le maintien de l'ESPT. L'exposition à un

événement traumatique (stimulus inconditionnel) provoquerait des réactions fortes sur le plan moteur, physiologique, émotionnel et cognitif. Les stimuli neutres qui sont présents dans le même temps que le stimulus inconditionnel, acquerraient ses propriétés. L'émotion peur serait activée dans un second temps par la confrontation à une variété de stimuli neutres semblables ou associés à l'événement traumatique. Par la provocation d'une réponse de détresse d'anxiété et de peur, similaire à celle du stimulus inconditionnel, les stimuli neutres deviendraient des stimuli conditionnels. Parallèlement à cet apprentissage, la personne apprendrait les comportements d'évitement afin de ne pas être exposée aux stimuli conditionnels responsables de réactions aversives. Cet évitement permettrait une diminution de l'émotion peur. Lorsque la personne fuirait une situation qui a suscité de l'anxiété et le souvenir de l'événement, l'anxiété diminuerait. Ce modèle permet d'expliquer les fortes réactions anxieuses retrouvées chez les personnes présentant un ESPT, lorsqu'elles sont confrontées à des stimuli neutres, mais qui sont pour elles associées au traumatisme. (Seguin-Sabouraud, 2007).

I.12.3.2. Modèle de Foa et Rhothbaum :

Foa et al, proposent un modèle de traitement émotionnel de l'information qui intègre les théories d'apprentissage, la théorie émotionnelle de Lang, et la théorie propositionnelle de peur. Ces auteurs insistent sur le caractère pathogène des caractéristiques perçues de l'événement traumatique (imprévisibilité et in contrôlabilité). Un événement traumatique peut être à l'origine d'une émotion violente et inattendue. Celle ci serait à l'origine de la mise en place d'une structure peur. Cette structure peur programmée au niveau du réseau neuronal permettrait d'échapper au danger. Pour eux il existerait une structure peur pathologique, différente de la structure peur normale. Cette structure de peur pathologique serait à l'origine de la modification des croyances de l'individu. En effet, à la suite d'une telle confrontation, la personne pourrait être ébranlée au

niveau de ses croyances. De ce fait, la personne pourrait être en grande difficulté pour discriminer un événement sécurisant d'un événement dangereux. L'environnement et ses différents signaux pourraient être ainsi perçus comme hostiles et dangereux. Les conséquences premières seraient un grand nombre de réactions anxieuses et de comportements d'évitement. Dans ce modèle, les symptômes d'hyperactivité neurovégétative ne sont pas expliqués, et les auteurs abordent très peu les symptômes de dissociation.

(Robert L, André M, Jean-Marie B, 1999, P.176).

I.12.3.3. Modèle d'Horowitz :

Dans ce modèle, Horowitz intègre des conceptions psychanalytiques, comportementales, et cognitives, il insiste sur l'importance des réactions émotionnelles et dissociatives péri-traumatiques dans le développement de l'ESPT.

Ce dernier serait dû à un excès d'informations reçues au cours de l'événement traumatique. Le maintien du trouble serait la conséquence d'une incapacité à intégrer dans des schémas cognitifs antérieurs des nouveaux schémas, conséquences de ces excès de nouvelles informations. Les symptômes d'intrusion et d'évitement constitueraient des tentatives répétées d'intégration de l'information. Tandis que des symptômes tels que l'émoussement de la réactivité, le sentiment d'étrangeté, seraient la conséquence de mécanismes de contrôle ou de défense contre cette charge affective importante.

(Seguin-Sabouraud, 2007).

I.12.3.4. Modèle de Jannof-Bullman :

Ce modèle insiste sur l'ébranlement des conceptions fondamentales du sujet à la suite d'un événement traumatique. Le sujet n'ayant pas connu d'événement traumatique aurait une conception bienveillante du monde, de sa relation à celui-ci, et de sa perception de lui-même. L'événement traumatique confronterait et invaliderait ces trois conceptions. Le sentiment d'invulnérabilité

serait ainsi remplacé par des sentiments de détresse et de vulnérabilité. L'expérience de victimisation générerait un déséquilibre cognitif et émotionnel à l'origine des symptômes de l'ESPT. Dans ce modèle, l'intensité des symptômes post-traumatique dépendrait de la valeur des croyances pré-traumatiques du sujet.

Ce modèle permet d'expliquer certains symptômes que présentent les personnes à la suite d'un événement traumatique : vulnérabilité, détresse, culpabilité. (Seguin-Sabouraud, 2007).

I.12. 3.5. Modèle de Brewin, Dalglheish, et Joseph :

Dans cette théorie intitulée « Double représentation », Brewin et al. (1996) font l'hypothèse que les souvenirs traumatiques sont différents des souvenirs normaux. Ce modèle implique deux niveaux de mémoire, dans lesquels les informations relatives à l'événement traumatique pourraient être représentées. Les souvenirs liés à l'événement traumatique seraient encodés de façon parallèle, dans ces deux niveaux de mémoire, au moment de l'événement traumatique. Les mécanismes de stockage des souvenirs traumatiques feraient appel à des circuits neuronaux différents de ceux utilisés pour les souvenirs normaux. Le premier niveau de mémoire serait la conscience, dans laquelle les souvenirs pourraient être « accessibles verbalement ». Ces souvenirs seraient encodés par l'hippocampe et stockés dans un contexte temporo-spatial bien défini. Ils pourraient être récupérés volontairement, puis intégrés de façon progressive. Le deuxième niveau de mémoire serait constitué par les « souvenirs accessibles en situation ». Ces souvenirs ne seraient pas encodés par l'hippocampe et ne seraient donc pas stockés dans un contexte temporo-spatial défini. Ils ne seraient récupérables qu'après activation lors de la confrontation à un aspect de l'événement traumatique initial.

(Robert L, André M, jeans marie B, 1999, P.177).

I.12.3.6 Modèle d'Ehlers et Clark :

Dans ce modèle ces auteurs font l'hypothèse qu'il existerait un mauvais traitement cognitif des informations liées à l'événement traumatique et à ses conséquences. Ce mauvais traitement cognitif serait à l'origine d'un sentiment de danger permanent. Pour ces auteurs, l'ESPT se développerait uniquement si le sujet traite les informations en conservant la sensation permanente de danger imminent. Lorsque cette perception de danger serait activée de façon permanente, elle générerait les souvenirs intrusifs, les mécanismes d'évitement et l'hyperactivité neurovégétative. La sensation de danger imminent entraînerait un ensemble de mécanismes cognitifs, qui viseraient à diminuer le sentiment de menace et l'anticipation de la détresse. (Seguin-Sabouraud, 2007).

I.13. La Prise en charge de l'état de stress post traumatique :**I.13.1. Le débriefing psychologique :**

Le concept et la pratique de débriefing sont nés dans l'armée américaine pendant la seconde guerre mondiale. C'est une méthode de soin conçue pour les soins post-immédiats, et il se révèle une excellente introduction à une éventuelle psychothérapie à court, moyen ou long terme. Le débriefing consiste à offrir aux victimes l'occasion de parler du trauma dans le but précis de leur permettre d'élaborer sur l'événement et ainsi assimiler l'expérience traumatique, et de leur procurer de l'information pertinente sur les réactions de stress post traumatique afin d'aider ces personnes traumatisées à normaliser leur propres réactions, aussi à diminuer l'impact de l'événement traumatique, à prévenir le développement de désordres post traumatique, et à accélérer la réadaptation des victimes dont l'objectif est d'entraîner la verbalisation du trauma afin d'aider ces victimes à mettre des mots sur leurs vécus affectifs et cognitifs traumatiques. Et enfin, on peut dire que, le débriefing était une technique de décharge émotionnelle dont le principal objectif est l'abréaction cathartique.

(Annick P, Gaillochon, ET all, 2009, P.19)

I.13.2. L'eye movement desensitization and reprocessing:

Développé par Francine Shapiro en 1989 à Palo-Alto, aux Etats-Unis, *L'eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) est une technique thérapeutique de découverte fortuite, en effet, alors qu'elle est en proie à des difficultés personnelles, Les fondements théoriques de l'EMDR reposent sur la capacité du psychisme à métaboliser la majorité des vécus traumatiques. Shapiro découvre l'effet thérapeutique d'un mouvement alternatif des yeux sur la qualité affective de ses souvenirs. Le principe de cette thérapie consiste en une exposition en imagination de tout ou partie du trauma, pendant la quelle le patient suit des yeux un mouvement rapide de va-et-vient de la main du thérapeute qui sera répété jusqu'à l'obtention d'une diminution de l'anxiété du sujet sur un thème choisi de l'événement traumatique.

(L.Crocq, et all, 2007, P.159).

I.13.3. Psychothérapies cognitivo-comportementales :

Les principes des thérapies cognitives et comportementales sont clairement codifiés, ils s'articulent autour de quatre phases : évocation et description de l'expérience traumatique, apprentissage de techniques de relaxation, travail sur les capacités à communiquer sur l'expérience traumatique et, enfin, approche de la dimension cognitive du traumatisme (le traitement cérébral de l'information). Elles sont réputées dans le traitement de l'ESPT constitué car elles ont pu être évaluées au moyen d'études contrôlées qui montrent leurs effets sur l'atténuation des symptômes. (Clercq M et Lebigot F, 2001, P.262)

A) Les thérapies comportementales :

Les thérapies d'expositions sont basées sur les théories du conditionnement (conditionnement d'apprentissage et conditionnement d'extinction). Cette thérapie consiste, par une exposition contrôlée, à réactiver l'émotion de peur chez la personne traumatisée, de façon à pouvoir intégrer des

informations correctives. Les deux techniques d'expositions utilisées sont l'exposition imaginaire et l'exposition réelle. La diminution de l'émotion de peur au fil des expositions permettrait également de modifier le sens de l'événement traumatique dans le souvenir. Le but de cette thérapie est de permettre un traitement émotionnel du traumatisme afin de diminuer la souffrance liée à son évocation.

(Cottaut J, 2001, P.160)

B) Les thérapies cognitives :

Les thérapies cognitives sont basées sur les théories de l'interprétation et le traitement des informations qui concernent l'événement et les théories des schémas. Ainsi, l'anxiété serait due à un mauvais traitement de l'information, où l'environnement est perçu comme menaçant. Et les comportements, les émotions et les pensées seraient interdépendants. En agissant sur les cognitions, il serait possible de modifier émotions et comportements. Le thérapeute approche les schémas de croyance de la personne (sur elle même, sur le monde et sur l'événement traumatique) et l'aide à modifier, restructurer les cognitions négatives en les reformulant. (Cottaut J, 2001, P.162).

I.13.4. Pharmacothérapie :

Les anxiolytiques de type benzodiazépines sont très conseillées dans certains symptômes de stress post-traumatique notamment les troubles de sommeil, reviviscence et l'hyperactivité neurovégétative les plus fréquents le diazépam (valium) est anxiolytique très efficace. (Vaiva et al. 2005, P.70).

Les médicaments qui ont fait la preuve d'un effet sur les ESPT sont essentiellement les antidépresseurs, à savoir les imipraminiques, les IMAO, et très spécifiquement les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine ISRS comme

fluxetine (prozac), paroxetine (deroxat) sont très conseillés dans les symptômes comme les difficultés de concentration, culpabilité, hyper-vigilance.

(Clercq M.et Lebigot F, 2001, P.299).

Conclusion

Pour conclure, On peu dire que l'état de stress post traumatique est un véritable problème de santé publique et l'un des sujet les plus complexe. Ce dernier, est un événement violent et imprévu, qui influence sur l'état psychique et qui agresse brutalement l'intégrité physique de ces victimes. Et pour cela il faut une intervention interdisciplinaire pour une meilleure prise en charge afin de minimiser la souffrance de ses derniers.

CHAPITRE III
METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Préambule

Dans ce chapitre, nous commençons par présenter l'ensemble des étapes que nous avons suivies pour la réalisation du thème de notre recherche qui est «L'état de stress post traumatique chez les accidentés de la route», on commence par la pré- enquête et la méthode de notre recherche, on va présenter le lieu où les entretiens se sont déroulés, puis exposer l'outil que nous avons utilisé toute au long de notre travail, et enfin on va aborder les difficultés rencontrées lors de la réalisation de notre recherche.

Notre population est constituée de six cas (6) de différents sexes et âges, notre pratique s'est étalée sur une durée d'un mois (01), et la durée des entretiens avec ces cas varie d'une (1) heure à 1h 30.

I.la démarche de la recherche et population d'étude**1. La démarche de la recherche :****1.1 La pré-enquête**

La pré-enquête, est un élément indispensable pour mener une bonne recherche, avant de commencer d'aborder les phases et périodes dans lesquelles on a entamé notre pré-enquête, on va essayer de définir la pré-enquête selon Clair durant : « la pré-enquête est considéré comme la première étape brillante de chaque étude, elle nous donne la possibilité de vivre directement le phénomène étudié ». (Chahraoui Kh., et Benoney H., 2003, P.126).

Notre pré-enquête a été effectué du 20 février au début mars 2015, au niveau du service de chirurgie a l'hôpital d'Akbou , situé a la wilaya de Bejaia , durant cette période, on a pu collecter un ensemble de donnée sur notre thème qui porte sur le PTSD chez les accidentés de la route, et qui nous a permis de sélectionner notre population d'études et vérifier nos hypothèses après avoir rencontré cette population.

La pré-enquête nous permet de confronter le terrain pour la première fois et cela nous a conduits à ajuster notre problématique et même à formuler notre guide d'entretien.

1.2 La méthode clinique

Nous avons opté pour la méthode clinique qui est la méthode la plus appropriée pour approcher la vie intérieure des victimes.

Pour Pedinielli J.L : « cette méthode regroupe l'ensemble des techniques utilisables en présence de l'individu concerné et qui vise à recueillir ses différentes expressions en limitant les contraintes qui pèsent sur le recueil » (Pedinielli J L., 1994, P.36).

De ce fait, cette méthode est susceptible d'enrichir le clinicien par un grand nombre d'informations.

Pour Mucchielli. A: « la démarche clinique consiste à considérer le sujet dans sa singularité historique et existentielle pour l'appréhender dans sa totalité à travers une relation personnelle nouée avec lui. Cette démarche mène le chercheur à l'examen approfondi, à l'aide des méthodes qualitatives qui lui paraissent pertinentes, d'un cas individuel en situation ».

(Mucchielli A., 1996, P. 25).

1.2.1 Définition de la méthode clinique :

Selon Lagache D (1949), la méthode clinique est l'étude des faits ou des événements psychologiques qu'ils soient normaux ou pathologiques, et ceci indépendamment de sa cause, connue ou supposée. Cette méthode consiste à s'accommoder à la manière d'être original de l'autre. Avec cette méthode on peut utiliser des tests, des échelles d'observation, et l'entretien clinique. La méthode clinique fait appel à l'étude de cas, afin que nous puissions décrire la situation actuelle du sujet, en tenant compte de son histoire, mais aussi elle

prend en compte les relations de ce dernier avec autrui. (Chahraoui Kh., et Benoney H., 2003, P.124).

La méthode clinique se base essentiellement sur l'étude de cas clinique, qui est : « L'étude qui fait des méthodes descriptives, elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individu, l'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence, c'est une méthode pratiquée déjà par les premiers psychologues » (Chahraoui Kh., et Benoney H., 2003, P.124).

1.3Présentation du lieu de la recherche :

L'hôpital civil d'Akbou est un établissement de santé publique datant d'avant l'indépendance. Avant sa construction le siège de l'hôpital civil d'Akbou était sis à l'ancien hôpital situé à la haute ville et construit en 1872. En 1959, il a été décidé de construire une nouvelle structure hospitalière à la nouvelle ville et les travaux commencent en 1960. L'activité hospitalière est transférée vers le nouvel hôpital baptisé au nom du chahid lieutenant AKLOUL Ali en 1970.

Cet établissement se situe à 70KM du chef-lieu de la wilaya de Bejaia éloigné de 200KM de la capitale d'Alger, avec une surface de 1084m². La daïra d'Akbou est situé dans la vallée de la Soummam, en petite Kabylie.

Description de service de chirurgie :

Le service de chirurgie générale a ouvert ses portes en 1993, il comporte deux unités :

Unité femme et enfant, unité homme.

1- Unité femme et enfant : avec une capacité de 22 lits.

- Quatre (4) chambres à quatre(4) lits.
- Trois (3) chambres à deux(2) lits.
- Une salle de soins.

- Pharmacie de service.
- Un bureau pour les infirmières.
- Un bureau pour les chirurgiens.

2- Unité d'homme : avec une capacité aussi de 22lits.

- Quatre (4) chambres à quatre (4) lits.
- Trois (3) chambres à deux (2) lits.
- Un Bureau médecins réanimateurs.
- Une salle de soins.
- Un bureau pour les infirmiers.
- Un bureau secrétariat de service.
- Une chambre de garde.

2. La population d'études

2.1 La sélection de notre groupe de recherche

On a choisi notre population en fonction des critères :

- _ Il faut qu'il soit un adulte.
- _ Qu'il a fait un accident nécessitant son hospitalisation.
- _ N'importe quels niveaux d'instruction.

Tableau I : Tableau récapitulatif de notre population d'étude :

Nom	Age	Situation familiale	Niveaux d'instruction	Profession	Les séquelles physiques
Khelaff	27ans	Célibataire	9 ème année	Salarié	Avec séquelle physique
Samia	43ans	Marié	universitaire	Enseignante	Aves séquelle physique
Mohamed	25ans	Célibataire	2ème année universitaire	Etudiant	Avec séquelle physique
Said	20ans	Célibataire	2ème AS	Lycéen	Avec séquelle physique
Madjid	28ans	Célibataire	9ème année	Commerçant	Avec séquelle physique
Sofiane	25ans	Célibataire	universitaire	Etudiant	Avec séquelle physique

3. Les techniques de recherches

3.1 Définition de l'entretien

C'est une source d'information indispensable car la plus grande quantité d'informations est obtenue par le biais de l'entretien considéré comme une « Technique de recueil de l'information » qui se déroule dans une relation de face à face. Il se définit au sens général comme « *l'action d'échange de parole avec une ou plusieurs personnes* »), cet échange a des objectifs précisés d'avance. (Pedinelli J.L., 1994, P. 39).

Choisir l'entretien comme outil d'évaluation, c'est choisir d'établir un contact direct avec les personnes pour récolter les informations. C'est le phénomène d'interaction que nous avons privilégié.

Selon le Petit Robert le terme entretien est : « une action d'échange de paroles avec une ou plusieurs personnes ». (Le petit robert. 2005, P.149).

3.2 l'entretien clinique

L'entretien clinique est un dispositif de base en psychologie clinique, à la fois un outil de diagnostic, un outil de thérapie et un outil de soutien, c'est lui qui permet d'accéder aux représentations du patient, à ses émotions et à son vécu. Il s'agit de comprendre le fonctionnement psychique en se centrant sur le discours, le vécu et la relation. Le thérapeute et le patient sont en situation active puisqu'ils vont construire ensemble cette situation d'entretien.

Selon (Chahraoui, et Benoney) l'entretien clinique « ... représente un outil indispensable pour accéder aux informations subjectives des patients (biographie, émotions, croyances, souvenir) ».

(Chahraoui Kh., et Benoney H., 2003, p.141).

Il existe différents types d'entretien clinique, directif, libre, et semi directif. Dans notre pratique on a opté pour l'entretien semi directif, dans ce type d'entretien le clinicien pose quelque questions qui correspondent à des thèmes sur lequel il veut mener son investigation et orienté le discours de sujet sur certain thèmes. Ce type d'entretien est centré sur la personne car le chercheur pose une question, puis s'efface pour laisser la personne parler librement mais toujours sur le thème proposé. (Chiland C., 1983, P. 11).

L'entretien semi directif permet de recueillir plus d'informations possibles sur le sujet. Pour le mener en pratique, on a utilisé cette méthode d'entretien et afin d'arriver à notre but on a utilisé le guide d'entretien.

3.3 Le guide d'entretien

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

➤ **présentations des axes du guide d'entretien:**

1. Les informations personnelles sur le sujet :

- Quel âge avez-vous ?
- Quel est le niveau d'instruction ?
- Etes-vous marié ou célibataire ?
- Quelle est votre profession ?

L'objectif : est de recueillir les données sur le sujet. Celles-ci seront d'une grande importance dans l'analyse.

2. avant l'événement :

- avez-vous des problèmes de santé auparavant ?
- avez-vous déjà fait un accident de la route ? si oui quelle âge avez-vous a ce moment-là ?
- vous étiez déjà témoin d'un accident ?
- avez-vous perdu déjà quelqu'un de proche dans un accident ?

L'objectif : Connaître dans quel état de santé physique et psychique se trouvait le sujet avant l'évènement.

3. pendant l'événement :

- qu'est-ce que vous avez éprouvé à ce moment-là ?
- vous avez l'impression d'être incapable de réagir ? de bouger ?
- vous étiez conducteur ou non ?
- vous avez essayé d'éviter l'accident ?

L'objectif : est de présenter l'ensemble des questions liées au moment de l'accident et aux sentiments immédiats de l'accidenté.

4. après l'événement :

- pourriez-vous décrire ce qui s'est passé ?
- est-ce que vous faites des cauchemars ?
- avez-vous perdu l'appétit ?
- qu'est-ce que vous avez craint ?
- Evitez-vous de monter dans la voiture, ou dans le bus ?
- Evitez-vous de passer devant l'endroit où s'est déroulé l'accident ?

L'objectif : est de présenter l'ensemble des questions liées au moment post-accident et de connaître les effets de l'ESPT et pour savoir si le sujet est traumatisé.

5. Perspectives pour l'avenir :

- Pouvez-vous nous parler sur vos changements relationnels vis-à-vis de vos proches ?
- Comment voyez-vous votre avenir ?
- Qu'est-ce que vous pensez faire quand vous serez guéri ?
- Pensez-vous revenir comme avant et tout oublier ?
- Est-ce que vous voulez rajouter quelque chose, qu'on n'a pas cité durant l'entretien ?

L'objectif : est de savoir la manière dont le patient se projette dans l'avenir « le pessimisme ou l'optimisme », ce qui permet de découvrir si l'accidenté est toujours en deuil ou non.

3.4 Questionnaire d'évaluation du traumatisme :

3.4.1 Le questionnaire de Traumaq :

Questionnaire d'évaluation du traumatisme psychique, mis au point par

Carole Damiani, et Maria Pereira-Fradin. Il s'agit d'un questionnaire qui permet d'évaluer la fréquence et l'intensité des manifestations du traumatisme psychique pendant et après l'événement. Il se compose de 65 items répartis sur 10 échelles.

Selon les deux auteurs, ce questionnaire s'intéresse exclusivement au traumatisme psychique consécutif à un événement grave, potentiellement mortel. Le sujet a vécu, a été témoin, ou bien a été confronté à un ou des événements, durant lesquels des personnes sont mortes ou ont été menacées de mort, ou ont été gravement blessées, ou bien durant lesquels sa propre intégrité physique ou celle des autres a été menacée.

(Damiani C., Pereira F M., 2006, P. 1).

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. (Damiani C., Pereira F M., 2006, P.09).

La population concernée :

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

- Les adultes victimes ou témoins d'un accident de la voie publique.
- Les adultes qui ont été victimes directes ou témoins d'une infraction pénale (agression sexuelle, viol, agression, coups et blessures volontaires, agression à main armée, prise d'otage, séquestration, etc. .).
- Les adultes qui ont été victimes ou témoins d'un sinistre majeur avec une menace de mort. (Damiani C., Pereira F M., 2006, P.09).

3.4.2 Objectifs de ce questionnaire c'est :

- 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.

3.4.3 Le contenu de questionnaire :

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

Le questionnaire est composé de deux parties :

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

Cette première partie est composée de dix échelles. Elle mesure le vécu durant l'événement et les réactions postérieures à l'événement. Elle constitue la base du questionnaire permettant d'établir le diagnostic.

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

Cette partie permet de prendre en compte des manifestations qui peuvent avoir disparu au moment de l'administration du questionnaire. Elle se compose de 13 items qui correspondent aux grands groupes de symptôme évalués dans la première partie du questionnaire. Elle mesure le délai d'apparition et la durée des troubles décrits (échelle facultative). Elle donne des informations complémentaires qui peuvent être utiles au clinicien, à l'expert ou au chercheur.

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

1) Pendant l'événement :

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

2) Depuis l'événement :

- Echelle B (4items) : Le symptôme pathognomique de répétition : les reviviscences, l'impression de revivre l'événement, les flashes, et angoisse attachée à ces répétitions.
- Echelle C (5 items) : Les troubles du sommeil.
- Echelle D (5 items) : L'anxiété, l'état d'insécurité et les évitements phobique.
- Echelle E (6 items) : L'irritabilité, la perte de contrôle, l'hyper-vigilance et hypersensibilité.
- Echelle F (5 items) : Les réactions psychosomatiques, physiques et les troubles additifs.
- Echelle G (3 items) : Les troubles cognitifs (mémoire, concentration, attention)
- Echelle H (8 items) : Les troubles dépressif (désintérêt général, perte d'énergie et d'enthousiasme, tristesse, lassitude, envies de suicide).
- Echelle I (7 items) : Le vécu traumatique ; culpabilité, honte, atteinte de l'estime de soi, sentiments violents et colère, impression d'avoir fondamentalement changé.
- Echelle J (11 items) : La qualité de vie.

(Damiani C., Pereira F M., 2006, P.13).

Partie 2 : Délai d'apparition et durée des troubles décrits.

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

1. L'impression de revivre l'événement, les souvenirs et les images de l'événement qui reviennent (Echelle B de la partie 1).

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

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

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

(Damiani C., Pereira F M., 2006, P. 13-14)

- **La passation :**

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

(Damiani C., Pereira F M., 2006, P.15)

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

- **La cotation :**

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

- Nulle : échelon 0 -faible : échelon 1 -fort : échelon 2 -très fort : échelon 3
- Calcul des notes brutes par échelle.

Partie 1 :

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

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

d'utiliser le tableau ci-dessous et de compter 1 point par case grisée cochée et 0 point pour une case blanche.

Reponses	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
OUI											
NON											

Tableau : grille de cotation des items de l'échelle J

Partie 2 :

Les informations recueillies dans cette deuxième partie sont de nature qualitative et destinées à compléter le bilan clinique, les échelles utilisées sont des échelles en neuf points qui permettent d'apprécier le délai de la durée des troubles depuis l'événement.

- **Étalonnage normalisé en cinq classes (Partie 1 : Réactions immédiates et troubles psycho-traumatiques) :**

Afin de faire apparaître les différents niveaux de gravité du syndrome post traumatique et compte tenu des distributions des notes brutes aux différentes échelles et pour la note totale (proches des caractéristiques de distributions normales), un étalonnage normalisé en cinq classes a été construit pour les notes brutes par échelle et pour la note totale de la partie 1. Le choix du nombre de classes correspond au niveau de lisibilité idéal pour l'utilisateur du questionnaire.

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

Tableau : Conversion des notes brutes en notes étalonnées par échelle.

Classe	1	2	3	4	5
Note brute	0-23	24-54	55-89	90-114	115+
Evaluation clinique	Absence de traumatisme	Traumatisme léger	Traumatisme moyen	Traumatisme fort	Traumatisme très fort

Tableau : conversion de la note brute totale de la partie 1 en note étalonnées et en niveau d'intensité.

- **Analyse typologique :**

En utilisant la méthode de la classification ascendante hiérarchique des Sujets (méthode centroïde de Ward) sur la base des notes étalonnées aux échelles de la partie 1, on met en évidence quatre profils :

Profil A : syndrome psycho-traumatique intense.

Profil B : Syndrome anxio-dépressif (sans syndrome psycho-traumatique déclaré).

Profil C : Syndrome psycho-traumatique modéré (sans troubles dépressifs)

Profil D : Syndrome psycho-traumatique léger.

(Damiani C., Pereira F M., 2006, P. 23-24)

4. L'attitude de chercheur

L'attitude du chercheur consiste à être neutre et objectif, dans certaines Situation, le sujet pourrait déborder et le chercheur va essayer de le recadrer et le mettre dans la bonne voie pour le bon déroulement de la passation, au cours de notre recherche, des sujets qui ont été envahis par des émotions dont ils pleuraient et s'agitaient, on a essayé de les calmer dans certaines situations mais dans les autres on leur a donné un peu de temps pour qu'ils puissent se calmer.

Parfois, il y avait blocage et inhibition, tout à coup ils arrêtent de parler et parfois ils résistent ou ils associent des idées dans leurs têtes, dans ce cas notre attitude été d'utiliser des relances en reformulant les questions ou en répétant leur dernières phrases.

5. les difficultés rencontrées :

Chaque recherche scientifique suscite des difficultés, au cours de cette recherche, on a trouvé des difficultés que ce quoi dans la partie théorique ou dans la partie pratique. Et parmi les difficultés on trouve :

_ La documentation est inaccessible .

- _ La difficultés de l'acceptation de la demande de stage au niveau de l'hôpital.
- _ Le refus de la plupart des victimes de s'exprimer librement.
- _ la fatigue de la plupart des accidentés après les interventions.

Conclusion

Au cœur de notre recherche, on a eu recours à l'une des méthodes descriptives, qui est l'étude de cas.

On a effectué notre recherche au niveau du service de chirurgie de l'hôpital d'Akbou de la wilaya de Bejaia. Pour collecter des données, on a utilisé deux techniques d'investigation qui sont l'entretien semi directif et le questionnaire Traumaq afin d'évaluer l'état de stress post traumatique chez ces accidentés.

PARTIE PRATIQUE

Préambule

Dans ce chapitre, on commence d'abord par la présentation de chaque cas, ensuite on passe à l'analyse des entretiens avec les patients ainsi que l'analyse des échelles, par la suite on va aborder les discussions de nos hypothèses de recherche.

I. Présentation et analyse des données des entretiens

I.1. L'analyse du premier cas :

1 .présentation de cas :

Il s'agit de Mr A. Khelaff âgé de 27ans, célibataire, demeure à Tazmalt, il travaille comme ouvrier avec un niveau d'instruction moyen (8ème année), il était l'auteur de son accident qui a eu lieu le 03 juillet 2014 a 16H, l'accident lui a causé des graves séquelles physiques avec une fracture a la jambe gauche et du bras droit et de légères égratignures sur le visage.

2. L'analyse de l'entretien :

L'entretien s'effectue à l'hôpital d'Akbou. Mr Khelaff nous a apparu comme une personne sociale, sympathique, compréhensif, souriant, malgré sa souffrance interne.

Au début Khelaf à commencer à nous raconter que ce jour la c'était un jour du mois du ramadhan, il nous a dit qu'il est rentré épuiser du travail, surtout parce que il a fait le jeun, et il faisait trop chaud ce jour la, donc Khelaf dès qu'il est renter, il est allé se reposé. En plein sommeil, Khelaf nous a déclarer qu'il a rêvé qu'il était abord d'une voiture avec son ami intime, et que dans ce rêve, il a fait un accident mortel. Et soudainement, il se réveil, il était terrifié, il avait très peur et il murmura « hamdoulilah, c'est un rêve ». Ensuite, Khelaf se leva pour sortir dehors pour faire quelque course. Sur sa route il nous a dit qu'il a croisé

Présentation, analyse et discussion des hypothèses

plusieurs magasin sur son chemin , mais il s'est pas arrêté et il a continué son chemin, soudainement il était surpris par une voiture qui aller lui rentrer dedans, il nous a dit que la voiture la projeté vers le haut, en disant : « **c'est lamentable comment la voiture ma projeté vers le haut, j'avais eu l'impression d'être paralysé, la mort n'a pas cessé de défiler dans ma tête** ». Au moment de l'accident, il a ressenti de la terreur, d'angoisse, il avait très peur de mourir et il se senti paralysé, incapable de réagir face a une tel situation, puis il s'est évanouit jusqu'a ce qu'il se réveil sur un lit d'hôpital.

Khelaff nous a déclaré qu'il a déjà subi un traumatisme dû a la mort de son cousin qui le considérer comme son meilleur ami par un accident de la route.

Et juste Avant l'accident de quelque jours il a vécu une séparation avec sa fiancé inattendu qu'il lui a bouleversé toute sa vie : « **depuis ma séparation avec ma fiancée je me sens hyper malheureux, perdu, et j'ai aucun gout à la vie** ».

Pendant l'entretien en parlant de l'accident Khelaff nous a apparu triste, on a remarqué un changement brusque des qu'il s'est rappeler de l'événement, Il nous a déclaré qu'au moment de l'accident, il s'est évanouit jusqu'a ce qu'il se réveil sur un lit d'hôpital. Et que la première nuit passé la bas était la plus terrible de sa vie en disant : « **je n'arrive pas a fermer l'œil, les images de l'événement se reproduise** ».

Khelaff a eu deux fracture au niveau de sa jambe gauche, et du bras droit dont il a beaucoup souffert ainsi que de légères blessures au niveau du visage « **je souffre énormément, je n'arrive pas a bouger, j'ai peur de devenir handicapé, je ne sais pas pour quoi tout cela m'arrive a moi !!!** »

Après neuf mois d'accident Khelaff s'est rendu chez son médecin traitant pour un control habituel, le médecin lui a dit qu'il peut laisser tomber les béquilles , et marcher a nouveau tout seul , il était vraiment heureux de pouvoir enfin

Présentation, analyse et discussion des hypothèses

reprendre une vie normal , mais il s'est avéré des qu'il est sorti du cabinet pour se rendre chez lui, il a senti des douleurs atroce au niveau de sa jambe, qu'il l'empêché de marcher . A cause de cela il s'est rendu à l'hôpital en urgence pour une deuxième intervention. C'était un vrais calvaire pour lui : **« je n'imaginai pas que j'allais revivre cela, je croyais que c'était fini pour de bon, mais malheureusement tout est redevenu a zéro.... Oufffff c'est mon destin »**

Malgré toute ses profonde souffrances Khelaff garde espoir et il reste toujours optimiste pour l'avenir en disant **« on ne peut échapper au destin, mais se que je souhaite de tout mon cœur est de guérir le plus tôt possible afin de reprendre mon travail et construire une vie meilleure »**

3. présentation et analyse de questionnaire traumaq :

Le score total est de 98, il marque un traumatisme fort. Et un syndrome psycho- traumatique intense.

- **Echelle A :** la note brute est de 17 avec note étalonnée de 3 , pendant l'accident Mr Khelaff a eu le sentiment qu'il allait mourir, puisque la voiture lui a projeté vers le haut, il a l'impression d'être paralysé, il a été submergé par l'angoisse de la mort et la frayeur, et il a des manifestations physique tel que des tremblement, et accélération des battements du cœur.
- **Echelle B :** la note brute est de 10 avec note étalonnée de 5, c'est gravement élevée, caractérisé par la revivance anxieuse. depuis l'accident Mr Khelaff à des difficultés de parler de l'événement et il a des crises d'angoisse dès qu'il évoque l'accident,
- **Echelle C :** la note brute est de 9 avec note étalonnée de 3 à peu élevé. Mr Khelaff souffre des insomnies avec des réveils nocturnes qu'il lui à développé une fatigue.
- **Echelle D :** la note brute est de 11 avec note étalonnée de 4 élevé. Depuis l'événement Mr Khelaff éprouve un fort sentiment d'évitement face aux

Présentation, analyse et discussion des hypothèses

situations qu'évoque la scène de l'accident et il a développé une anxiété massive et des crises d'angoisse.

- **Echelle E** : la note brute est de 11 avec note étalonnée de 4 élevé, car Mr Khelaff depuis l'accident il devient plus vigilant, plus attentif aux bruits suivi d'une forte méfiance et une irritabilité très marquée.
- **Echelle F** : la note brute est de 7 avec note étalonnée de 4 élevé. Caractérisé par une forte détérioration physique, et variations de poids et des terribles maux de tête.
- **Echelle G** : la note brute est de 5 avec note étalonnée de 3. Mr Khelaff a des difficultés cognitifs tel que les trous de mémoire, difficultés de concentration et des difficultés à se rappeler de l'événement et il souffre.
- **Echelle H** : la note brute est 15 avec note étalonnée de 4 élevé. Caractérisé par la tristesse et les crises de larme dès qu'il repense à l'événement. et il se sent d'une grande fatigue physique et psychique.
- **Echelle I** : la note brute est de 5 avec note étalonnée de 2. Il n'éprouve aucune culpabilité ni violence, pour lui c'est le destin.
- **Echelle J** : la note brute est 8 avec note étalonnée de 4. Mr Khelaff éprouve un sentiment d'abandon et d'incompréhension par les autres, il sent d'une pénible solitude a cause de sa séparation avec sa fiancé juste avant l'événement.

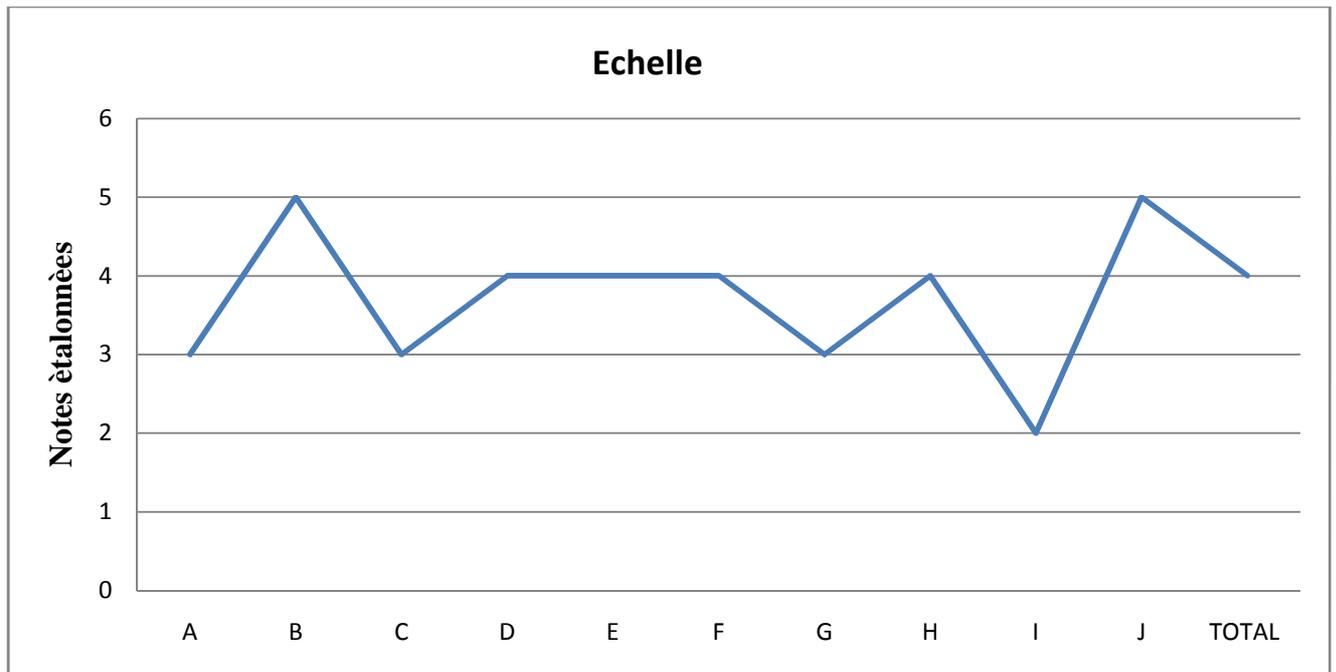


Figure 1 : syndrome psycho- traumatique intense

La partie 2 :

Mr Khelaff même après neuf (9) mois de l'accident, il souffre toujours par la plupart des signes de syndrome post traumatique tel que la reviviscence et les comportements d'évitement.

Enfin, pour conclure on peut dire que d'après l'analyse de l'entretien clinique et le questionnaire traumaq, Mr Khelaff souffre d'un syndrome post traumatique intense.

2. Analyse du deuxième cas :

1. Présentation du cas

Said, âgé de 19ans célibataire, lycéen, l'accident qu'il a eu est survenu le 23 mars 2015. L'entretien a été effectué dans un bureau qui nous a été réservé à cet effet par le psychologue de L'Hôpital d'Akbou et ça à durer environ une heure. Said a eu une fracture au niveau du bras droit et de légères blessures sur le visage.

2. Analyse de l'entretien :

D'après notre analyse il convient de noter que le garçon était très calme, optimiste, souriant et coopérer dans la discussion, ces réponses sont direct et très détaillé il a des expressions émotionnelle tres fréquente précisément quand il a parlé de sa famille et ces cousins qui il est venu d'Alger spécialement pour eux pour passer des vacances avec eux. Par la suite il a évoqué ses représentations de l'événement traumatique, il était effrayer, angoissé. Au cours de l'entretien, on a remarqué une collaboration de notre interlocuteur, En parlant, l'enquêtée sembler fatigué et dégoûté car il na pas fermer l'œil de la nuit, il ne se sentait pas alaise a l'hôpital : « **je hais l'odeur des hôpitaux et si j'avais le choix je ne resterai même pas une seconde dedans** ».

On remarque que le choc de l'accident vécu avait causé certains changements puisqu'il nous a informés qu'il ne prendra plus de véhicule dorénavant et qu'il évitera même de passage l'endroit de l'accident : « **je ne prendrai plus jamais de vehicule et je ne retournerai plus a ce lieu**».

Said a vécu un grave accident qui lui a laissé des pénibles peurs, et d'horreur qui apparaissez nettement sur son visage « **c'était effroyable, se son des minute que je ne pourrai pas oublier** ».

Présentation, analyse et discussion des hypothèses

Il nous a déclaré « **cette nuit j'ai perdu le sommeil, les images de l'accident se reproduisent dans ma tête et je ne cesse de penser à ce cruel événement** ».

Enfin, le raisonnement de Said est très particulier malgré son jeune âge, son seul souhait est la guérison le plus vite possible car il porte la responsabilité de sa famille sur ses épaules et qu'il est même prêt à arrêter l'école pour eux en disant :

« **J'ai hâte que cette année se termine car je vais arrêter les études et je vais me consacrer à mon rêve de devenir pâtissier pour aider ma famille** »

3. Présentation et analyse de questionnaire traumaq :

Le score total est de 58 avec un traumatisme moyen. Avec un syndrome anxieux dépressif.

- **Echelle A** : la note brute est de 10 avec note étalonnée de 2. Pendant l'accident Mr Said a éprouvé un fort et pénible sentiment de frayeur, de peur et d'angoisse, mais à ce moment là aucun sentiment, d'abandon, et d'impuissance était ressenti.
- **Echelle B** : la note brute est de 5 avec note étalonnée de 3. Le seul symptôme qui s'impose c'est les crises d'angoisse lorsqu'il repense à l'événement.
- **Echelle C** : la note brute est de 6 avec note étalonnée de 3. Mr Said nous affirme qu'il trouve toujours des difficultés de dormir, il fait des cauchemars et même des réveils nocturnes, une faible impression de ne pas dormir du tout ce qui explique, qui ne ressent pas une fatigue à son réveil.
- **Echelle D** : la note brute est de 11 avec note étalonnée 4 élevée. Mr Said depuis l'événement il éprouve un fort sentiment d'évitement aux

Présentation, analyse et discussion des hypothèses

situations ou lieu au rapport avec l'accident associé avec des boules d'angoisse et d'une massive anxiété.

- **Echelle E** : la note brute est de 6 avec note étalonnée 3. Mr Said nous a déclaré que depuis l'événement il devient plus méfiant, plus vigilant aux bruit, et il est marqué par une faible présence des comportements agressif.
- **Echelle F** : la note brute est de 2 avec note étalonnée 2. caractérisé par des tremblements, des nausées et des maux de tête surtout lorsque quelqu'un lui parle de l'accident, mais par contre il n'éprouve aucune variation de poids ou une détérioration physique et des problèmes de santé dont les causes a été difficile à identifier.
- **Echelle G** : la note brute est de 5 avec note étalonnée 2. Il n'a aucune difficulté a se concentré, ni des trous de mémoire, mais il éprouve une forte difficulté à se rappeler de certains événement.
- **Echelle H** : la note brute est de 4 avec note étalonnée 3. Des moments de tristesse très marqué par Mr Said a cause de ses séquelles physique et aussi parce qu'il est venu d'Alger pour passé des vacances avec ses cousins, mais d'après cet accident tout est changé, ce qu'il lui a causé une fort fatigue. Mais on remarque chez lui qu'il s'attache toujours a des choses qu'il considère comme importante, il ne manque pas d'énergie, toujours actif, enthousiaste.
- **Echelle I** : la note brute est de 3 avec note étalonnée 2. Mr Said n'éprouve aucun sentiment de haine ou la violence ni de culpabilité.
- **Echelle J** : la note brute est 6 avec note étalonnée 4. Il souffre d'aucun sentiment d'abondons ni d'incompréhension de son entourage au contraire il a trouvé un soutien très fort de ses cousins et pour lui a part les séquelles physique, cet accident n'a eu aucune incidence sur sa vie professionnel et relationnel.

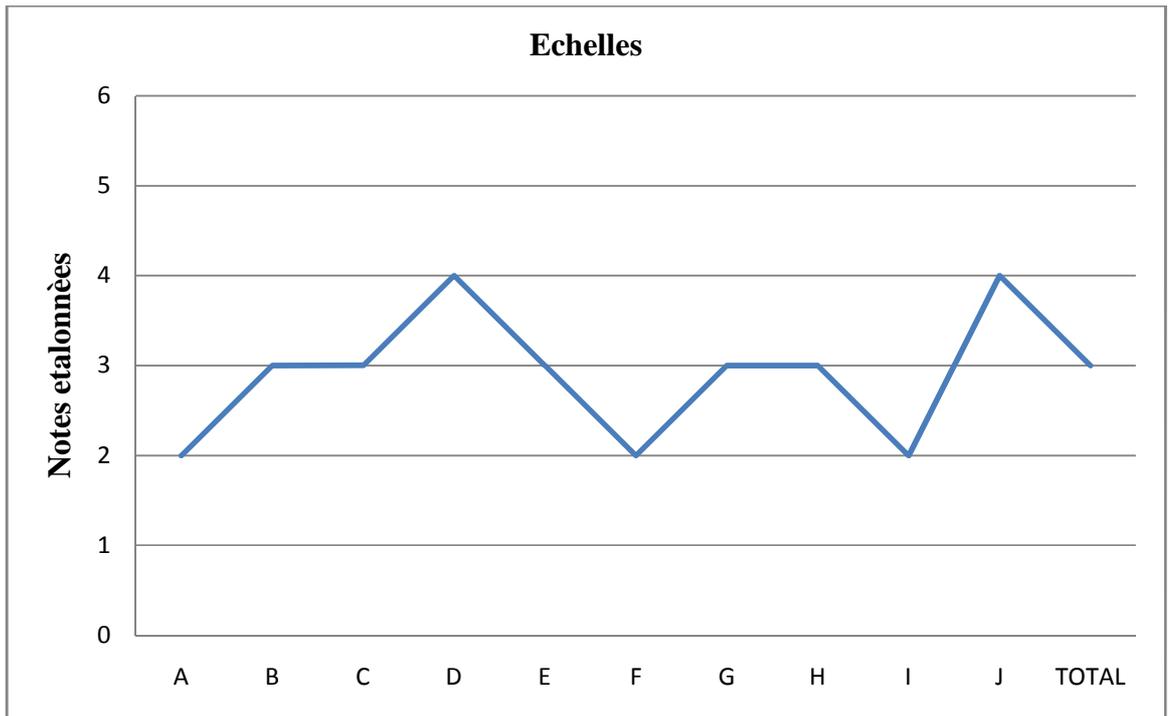


Figure 2 : Syndrome anxieux dépressif

Partie 2 : la plupart des symptômes sont toujours présentés chez Said, comme l'évitement, et l'irritabilité.

On peut conclure que d'après l'analyse de questionnaire traumaq Said souffre de syndrome post traumatique.

3. L'analyse de troisième cas :

1 .présentation de cas :

Il s'agit de Mm B Samia âgée de 43ans, mariée, avec deux filles et un garçon, demeure à Ouzellaguen, elle travaille comme enseignante au lycée. Elle était victime direct de l'accident qui a eu lieu le 26 novembre 2014 a 00H30, l'accident lui a causé des graves séquelles physiques avec une fracture au niveau de sa jambe. L'entretien avec Mme Samia s'est déroulé avec la langue française.

2. L'analyse de l'entretien :

Madame Samia nous a apparu comme une personne, dynamique, sociable, aime discuter, elle a le sens de l'humour. Au début Samia commence à nous raconter le déroulement de l'accident : le soir la elle a été a une fête avec sa famille. Sa fille cadette a insisté pour venir avec eux du coup elle était obligé de mettre sa petite fille sur ses genoux car ce n'est pas très loin, elle n'avait même pas mit sa ceinture de sécurité. Ils prennent la route, pendant le trajet elle répète plusieurs fois a la plus grande de mettre sa ceinture. La soirée se termine et ils repartent chez eux, il est tard la petite dort, Il fait nuit, c'est la qu'elle voit arriver droit sur eux un véhicule qui coupe les virages mais qui ne corrige pas sa direction .son mari au volant lui a ralenti et a serrer le plus possible a droite, mais non il ne change pas de direction. Samia a eu le reflexe de sa vie, elle s'est enrouler autour de sa fille assise sur ses genoux.

Un bruit sourd de taule froissée et son souffle est coupé par la violence du choc et elle reprend à peine son souffle. Mais sur le coup elle nous dit qu'elle est bien et elle a rien et qu'elle est consciente juste son premier reflexe est de regarder sa petite elle pleure mais elle n'a pas l'air blessée, elle se retourne vers le reste de sa famille. Tous les deux sont évanouis elle se rend compte en voulant les secouer pour les réveiller que son bras gauche ne répond pas .elle a senti une douleur dans sa jambe et elle constate les dégâts, elle crie horrifiée son

Présentation, analyse et discussion des hypothèses

pied à faire un quart de tour vers l'intérieur par la violence. Du coup ses cris ont réveillé les autres. Son mari se réveille sort pour venir l'aider mais une fois qu'il a ouvert la portière et vus le visage de sa grande fille ensanglanté et le pied de sa femme. Dans se lapse de temps un témoin de l'accident c'est arrêter pour leurs porter secours. Elle hurlait pour qu'ils viennent les aider ce qui est finalement arrivé. Elle nous a raconté qu'elle a confié sa petite à cet inconnu. Son mari est dans un état de choc profond mais dans un court moment de lucidité il appelle les secours. Sa grande fille gémissait de douleur le témoin à essayer de la faire sortir de véhicule mais il a réalisé qu'elle a une fracture au fémur, et une autre au bras, elle crie et répète « **c'est quand que ce cauchemar va s'arrêter maman.** ». Samia nous informe qu'elle a eu du mal à accepter que le responsable ne soit venu à aucun moment voir leurs états. En disant « **Je le réaliserais beaucoup plus tard. Après le choc je l'ai vu sortir abasourdi de sa voiture. Mais il a fait le tour de sa voiture et je ne le reverrais pas avant le tribunal quatre mois plus tard** ».

A ce moment elle pensait encore rentrer chez elle après quelques heures. Elle ne réalise pas vraiment encore la gravité de l'accident. Elle retient de montrer son stress à sa grande fille qui panique déjà de la situation, elle garde son sang froid. Elle la rassure qu'elle va bien. Mais depuis elle s'évanouit jusqu'à son réveil à l'hôpital, elle ne réalise pas très bien ce qui est en train de se passer en disant : « **la douleur me sort d'un sommeil profond. J'observe mes blessures sans trop savoir, je suis étonnée de me retrouvée avec des bandages, du plâtre et même des broches extérieurs, je ne réalise pas encore la complexité des fractures** ». deux jours après elle a appris le véritable état et la gravité des fractures de sa fille, puis pour la suite elle constate aussi que son mari est toujours dans un état second, il n'a aucun souvenir de l'accident, il est confus et il a des problèmes avec la mémoire à court terme, ce qu'il lui a provoqué un sentiment de culpabilité de ne pas avoir été avec eux en disant : « **J'aurais dû être à leurs côtés, mais je pense que le personnel vu**

Présentation, analyse et discussion des hypothèses

ma grossesse à voulu me préservée en ne me disant pas l'entière vérité » Ils avez peur que le choc déclenche la perte du bébé, elle nous a déclaré ensuite que : « **cela peut vous choquer mais j'aurais finalement préférer le perdre a ce stade là plutôt que de subir se qui va suivre pendant de long mois interminables.** » cela explique que Mm Samia préfère qu'elle perd son bébé juste pour la guérison de sa famille.

Pendant qu'elle était a l'hôpital elle a perdu le sommeil, et les images de l'accident se reproduisent a chaque instant et elle n'arête pas de s'inquiété a sa fille, son mari et sa petite fille qu'elle a laissé depuis le jour de l'accident. Quelque jours après elle a enfin pu voir sa fille et elle a observé que c'est un vrais miracle car elle a juste une petite égratignure sur la joue et un bleu sur la jambe, elle était très émue et soulager.

Samia souffre de ses séquelles physiques, son pied énorme et difformé, très douloureux, il a carrément changé de couleur, elle a 36 points de sutures repartie sur 3 cicatrices. C'est par la qu'elle a commencé à comprendre ce qui lui est arrivé, et elle éprouve un fort sentiment de stress et d'inquiétude pour son mari qu'il est toujours dans un état second et surtout lorsqu'elle a découvert que sa fille qu'elle n'était pas en orthopédie mais en soins intensif depuis des jours son foie était endommager par le choc elle est restée en observation son état s est stabiliser.

Samia à beaucoup souffert à l'hôpital suite a ses blessures et celles de sa famille qu'il lui manque énormément surtout sa petite fille qui était trop attaché a elle.

Sa fait presque six mois après l'accident mais, elle n'arrivait pas à oublier cet affreux accident qu'il a bouleversé toute sa vie, en disant : « **des mois passent et certains parte d'autre arrive et pour moi rien ne change sauf mes douleur qui sont constante progression** », mais son seul souhait est la

Présentation, analyse et discussion des hypothèses

guérison de sa fille et ainsi pouvoir reprendre sa vie comme avant et être heureuse avec sa famille.

3. présentation et analyse de questionnaire traumaq :

Le score total est de 76 avec un traumatisme moyen, avec un syndrome post traumatique modéré (sans trouble dépressif).

Echelle A : elle a obtenu une note brute de 12 avec une note étalonnés de 2, Mme Samia durant l'événement s'est bien vu la mort dans la voiture, elle a eu excrément peur, elle a ressenti de la frayeur son souffle est coupé, elle a été submergé par l'angoisse de la mort. Elle a l'impression d'être paralysé.

Echelle B : elle a obtenu une note brute de 8 avec une note étalonnés de 4, caractérisé par des revivisance anxieuse, et de l'angoisse dès qu'elle évoque l'accident suivi par une faible difficulté de parler de l'événement.

Echelle C : elle a obtenu une note brute de 8 avec note étalonnée de 3, marqué par des insomnies et de fatigue cause des réveils nocturne.

Echelle D : elle a obtenu une note brute de 6 avec note étalonnés de 3, Mme Samia souffre toujours des crises d'angoisse et un très fort comportement d'évitement au lieu en rapport avec l'événement, mais elle se sent toujours en état de sécurité au prés de sa famille.

Echelle E : elle a obtenu une note brute de 9 avec note étalonnés de 3, Mme Samia depuis l'événement elle devient plus vigilante aux bruit et elle éprouve un véritable sentiment de méfiance.

Echelle F : elle a obtenu une note brute de 7 avec note étalonnés de 4, caractérisé par une véritable détérioration physique avec perd de poids et terrible maux de tête.

Présentation, analyse et discussion des hypothèses

Echelle G : elle a obtenu une note brute de 4 avec note étalonnés de 3, marqué par une faible difficulté cognitive.

Echelle H : la note brute est de 9 avec une note étalonnés de 3, des moments de tristesse et crise de larme très marqué à cause de ses séquelles, elle se sent d'une grande fatigue.

Echelle I : la note brute est de 8 avec note étalonnés de 3, elle n'éprouve aucune culpabilité ni violence juste la haine aux responsable de cet événement par ce qu'il n'est même pas venu les voir en disant : « **Je le réaliserais beaucoup plus tard. Après le choc je l'ai vu sortir abasourdi de sa voiture. Mais il a fait le tour de sa voiture et je ne le reverrais pas avant le tribunal quatre mois plus tard** ».

Echelle J : la note brute est de 5 avec note étalonnés de 3, Mme Samia n'éprouve aucun sentiment d'abandon ni d'incompréhension par l'entourage, pour elle l'entourage et sa famille joue un rôle important.

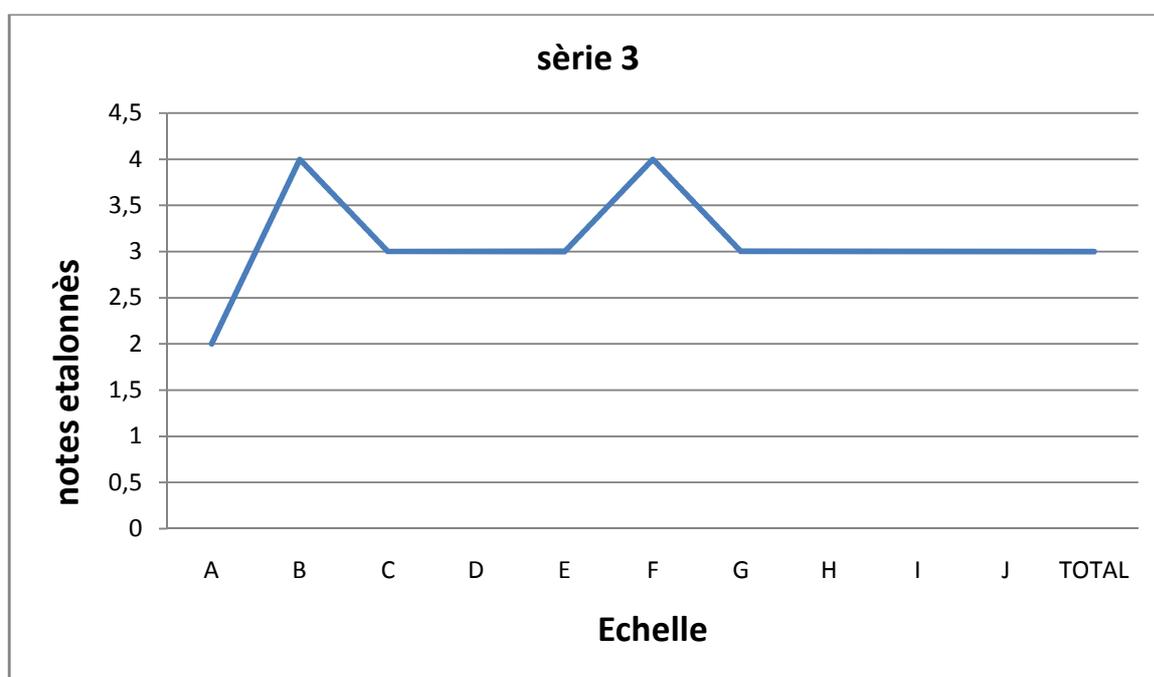


Figure 3 : syndrome psycho traumatique modéré (sans trouble dépressif)

Présentation, analyse et discussion des hypothèses

Parie 2 : La plupart des signes de stress post traumatique sont disparu après 6 mois d'accident juste le comportement d'évitement, la méfiance, et l'angoisse.

On fini de dire que d'après l'analyse de l'entretien clinique et les résultats de questionnaire traumaq que Mme Samia souffre d'un syndrome post traumatique modéré (sans trouble dépressif).

4. L'analyse de quatrième cas :

1. Présentation du cas :

M. Madjid âgé de 28ans célibataire, demeure a ighzer Amokrane, commerçant, son niveau d'instruction moyen, est une victime direct de l'accident qui a eu lieu le 28 juillet taharacht (Akbou), il résulte une fracture au niveau de la jambe droite. L'entretien s'est déroulé avec M. Madjid en mélangeant les deux langues françaises et kabyles.

2. L'analyse de l'entretien :

M. Madjid, est un jeune homme très calme, timide, qui ne parle pas beaucoup ces réponses sont directes et précises. L'entretien s'est déroulé dans une chambre a l'hôpital car il ne pouvait pas se déplacé de son lit a cause de sa fracture.

M. Madjid n'avait jamais eu de problème de santé auparavant, mais il a consulté déjà un psychologue pendant 5mois à cause de l'anxiété, et avec sa propre volonté il a consulté même un psychiatre pour une seule séance suivie d'un traitement puis il a abandonné ses consultations en disant : **« j'ai arrêté d y aller chez le psychiatre car les gens me regardent de travers et me considéré comme un fou »**.

Au moment de l'entretien, on lui a demandé de nous parler de l'accident et après un silence de sa part, il a commencé à raconté l'événement vécu. Il nous a déclaré qu'il vit toujours l'événement et qu'il est toujours sous le choc et qu'il ne croit pas survivre en disant : **« j'ai pensé directement a la mort, j'ai cru que je vais y resté »**. On remarque l'existence de l'angoisse de mort, car il était déjà témoin d'un accident mortel de son oncle.

Madjid nous a dit qu'il est resté éveillé toute la nuit, et que le sens de culpabilité le rongé en disant : **« j'aurais voulu évité l'accident mais j'ai perdu le contrôle du véhicule »**.

Présentation, analyse et discussion des hypothèses

Après 8 mois, Madjid s'est rendu à l'hôpital pour une autre intervention au niveau de sa jambe car la première n'était pas réussite et tout sa lui a causé une véritable anxiété et une angoisse interminable en disant qu'il éviterait de monter dans une voiture. Il aura aimé ne jamais a remettre les pieds sur le lieu de l'événement en disant : « **je déteste passer par ce lieu, car il me rappelle de mon affreux accident** ».

M. Madjid nous a avoué qu'il se sentait délaissé et abandonner par ses proche, et qu'il éprouvé un sentiment d'isolement et de renfermement sur soi, l'absence de sa famille augmente sa souffrance et sa détresse « **ma famille et mes amis m'avaient laissé dans le moment le plus difficile de ma vie la seule personne que j'ai trouvé à mes coté c'était ma meilleure amie elle essaye toujours de me faire sortir de ma souffrance avec tout les moyens possibles** ». Pour Madjid Le soutien des proche est un vrais facteur de surmonter les traumatismes et malheureusement ce n'était pas son cas.

Malgré ces séquelles physiques et sa souffrance psychique, M. Madjid reste optimiste et garde un grand espoir vers l'avenir et il croit en lui et à la chance que la vie lui procure, et bien sur de guérir le plus vite possible « **inchallah je vais guérir et je reviendrais comme avant** ».

3. Présentation et analyse de questionnaire Traumaq :

Le score total est de 104, il est marquer par un traumatisme très fort, et un syndrome post traumatique intense.

Echelle A : il a obtenu de note brute de 19 avec note étalonné de 4, Madjid au moment de l'accident il a la conviction qu'il allait mourir, ainsi que la l'impression d'être paralysé et l'incapacité de réagir « **j'ai pensé directement à la mort, j'ai cru que je vais y resté** ». Aussi Madjid se senti abandonné par les autres.

Présentation, analyse et discussion des hypothèses

Echelle B : la note brute est de 8 avec note étalonnée de 4, Madjid à des difficultés de parler de l'événement accompagné par des crises d'angoisses.

Echelle C : la note brute est de 10 avec note étalonnée de 4, marqué par des difficultés d'endormissement, des insomnies avec des réveils nocturnes en relation directe avec l'événement.

Echelle D : la note brute est de 12 avec note étalonnée de 4, caractérisé par une pénible anxiété associé à des crises d'angoisses ainsi qu'il craint de rendre sur les lieux en relation avec l'accident. « **Je déteste passer par ce lieux, car il me rappelle de mon affreux accident** ».

Echelle E : la note brute est de 8 avec note étalonnée de 3, depuis l'événement M. Madjid éprouve un fort comportement agressif et le sentiment d'incompréhension des autres, de plus il éprouve un sentiment de méfiance.

Echelle F : la note brute est de 7 avec note étalonnée de 4, caractérisé par de terribles maux de tête, sueurs et tremblement causée par l'augmentation de la consommation de certaines substances.

Echelle G : la note brute est de 6 avec note étalonnée de 4, depuis l'événement Madjid souffre de véritables difficultés de concentration et des troubles de mémoire.

Echelle H : la note brute est de 15 avec note étalonnée de 4, caractériser par une perte d'intérêt aux choses importantes associé par un isolement et le refus de contact.

Echelle I : la note brute est de 13 avec note étalonnée de 4, Madjid éprouve un fort degré de haine et de colère envers son entourage à cause de son négligence de sa souffrance.

Présentation, analyse et discussion des hypothèses

Echelle J : la note brute est de 6 avec note étalonnée de 4 élevé, Madjid éprouve un fort sentiment d'abandon surtout avec ces proches, l'incompréhension de son entourage et les degrés de choc vont augmenter la souffrance de Madjid.

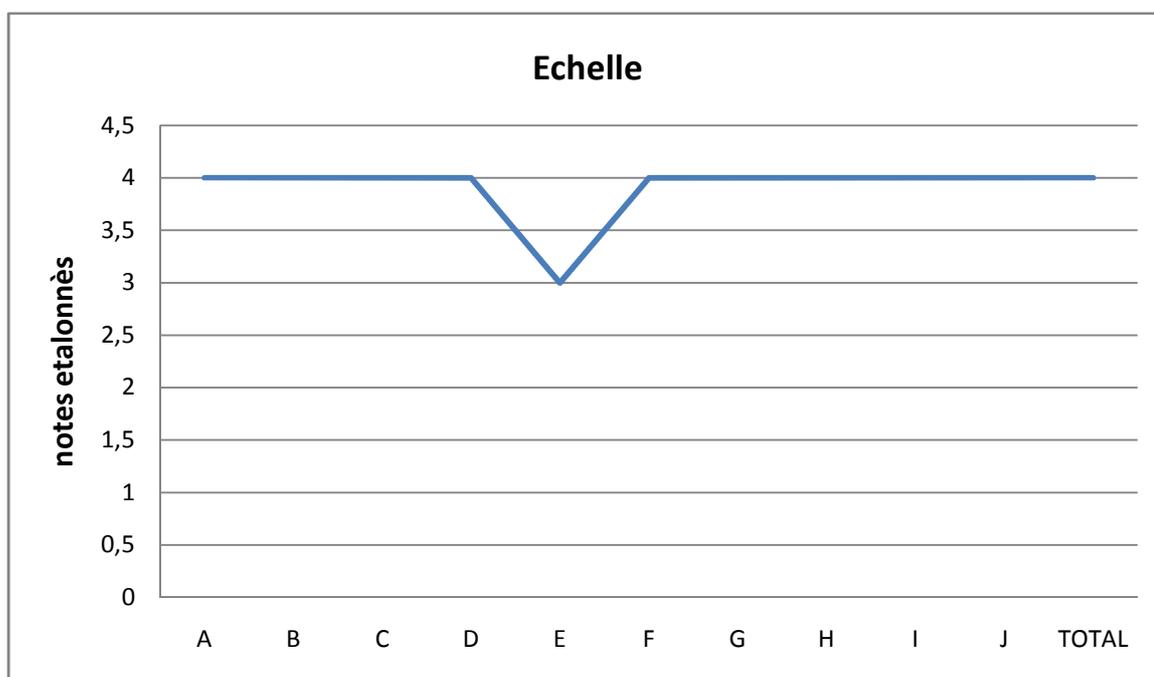


Figure4 : syndrome post traumatique intense.

PARTIE2 :

L'ensemble de symptôme traumatique se manifeste chez Madjid même après 8mois de l'accident tel que : l'anxiété, l'évitement et l'isolement.

Pour conclure l'analyse de l'entretien clinique et le questionnaire traumatique on peut dire que Madjid souffre de syndrome post traumatique intense.

L'analyse de cinquième cas :

1. Présentation du cas :

M. Mohamed, âgé de 25ans célibataire, étudiant, demeure à Akbou, est une victime directe d'un accident, qui a eu lieu le 18avril2014 a Akbou, il résulte des blessures au niveau du visage et une fracture au niveau de l'épaule droite. L'entretien avec M. Mohamed s'est déroulé en kabyle en mélangeant le français.

2. analyse de l'entretien :

M. Mohamed est un jeune sociable, très gentille, sympathique avec un visage plein de sourire. L'entretien s'est déroulé à l'hôpital dont le quel était hospitalisé, ses réponse sont directe.

Au début M. Mohamed nous a dit qu'il n'avait jamais eu un problème de santé auparavant, il consacre la plupart de son temps pour ces études.

Durant l'entretien, on lui a demandé de nous parler de l'accident et après un silence de sa part il a commencé à raconter il nous a dit qu'il était avec ces deux amis dans la voiture pour allé se balader, lui était assis devant c'est -à -dire à coté du conducteur, et l'autre qui a était assis derrière, il a prit la route et soudainement il rencontre un virage dans ce dernier la voiture s'est dérapé.

il nous a dit : **« croyez moi que j'ai vu la seine avant, c'est comme si je savais qu'il allait dérapé c'est une effraction de seconde »**, il a essayer de s'en sortir avec tous moyen, il a essayer d'ouvrir la porte de la voiture pour s'en fuir mais elle ne voulait pas s'ouvrir, il nous a dit : **« mes idées été très claire, je voyer tous ce qu'il y'avait autour de moi, j'ai entendu mon ami qui me disait pardon en pleurant et l'autre qui était sidéré figé sur place étonné il ne comprenait rien »**.

Présentation, analyse et discussion des hypothèses

Pour Mohamed la première idée qu'il lui venait en tête c'était de casser la fenêtre de la porte afin de sauver sa vie qui était en danger. Il nous a dit : « **lorsque j'ai cassé la fenêtre je me suis jeté par terre, la première idée était de me rouler sur moi-même, car je me suis souvenu de l'avoir vu dans des films, j'ai protégé mon visage avec mes bras, et j'ai commencé à me rouler sur moi-même sur une terre très descendante, je me suis rouler en fermant les yeux, ensuite je suis arrêté, j'ai ouvert les yeux toutes étaient noires c'était à cause du choc** ».

Il a avoué qu'il a vu toute sa vie ruinée en effraction de seconde, il a ressenti que c'était la fin, tous lui disaient que c'est la fin, il nous a dit : « **a dieu la vie, j'ai fait une chute de 5 à 4 mètres l'obstacle qui m'a arrêté était un bord de puits mais il était vide et plein de gros caillots, pour seulement cette chute j'ai eu deux côtes cassées et la lèvre ouverte, je me suis évanouie je ne sais pas combien, mais à peu près une minute je me suis réveillé en entendant mes amis qui me disaient tous va bien** » .

Il nous a dit qu'il s'est réveillé directement énérvé il ne savait même pas pourquoi, il s'est déplacé à l'hôpital à l'aide d'un passager, sur la route à l'hôpital il nous a dit : « **j'ai regardé dans le rétroviseur je voyais tout mon visage avec des blessures, j'ai insulté tous le monde et celui qui était coupable me disait toujours pardon en pleurant avant j'étais en état de choc tout le monde, et même celui qui était coupable me disait pardon en pleurant** ».

Mohamed nous a déclaré que sur la route vers l'hôpital, les douleurs ont commencé et s'aggravées de plus en plus et il était en état de choc. À l'arrivée à l'hôpital pas d'infirmier, Mohamed a commencé de crier, hurler, il se souvient d'un seul moment quand ils ont commencé de nettoyer son visage après il s'est évanouie la douleur était plus douloureuse il souhaitait la mort, il a passé deux

Présentation, analyse et discussion des hypothèses

jours dans le coma à son réveil il a su ce qui est vraiment arrivée après les deux jours suivantes c'était des pleurs, des cries.

Mohamed a passé dix jours à l'hôpital, très bien entouré par sa famille, ses amis, cette entourage lui a fait éloigné de ces pensées. Il a eu beaucoup de cauchemars il revivait la scène en plein jour.

Durant son hospitalisation il avait toujours l'espoir qu'il allait guérir, après son retour à la maison, il était bien au niveau du fonctionnement psychique mais juste il a développé un changement de la personnalité, il est devenu agressif en disant : « **le seul changement que j'ai pu constater c'est le changement de ma personnalité, j'étais tranquille, j'écoute tous le monde, très sage, mais maintenant je me suis devenu un peu agressif et j'énerve trop** ».

Après le temps les cicatrices ont disparu, il ne reste seulement celle de son épaule avec Mohamed a repris sa vie normale, le seul qui a été traumatisé c'est son ami « le conducteur ».

Après un an de l'accident M. Mohamed éprouve toujours le comportement d'évitement au lieu en rapport avec l'accident et il est devenu plus prudent qu'auparavant, il garde un grand espoir pour l'avenir

1. présentation et analyse de questionnaire traumaq :

Le score total 73, il résulte un traumatisme moyen, avec un syndrome post traumatique modéré

Echelle A : la note brute est de 14 avec note étalonnée de 3, au moment de l'accident Mohamed se sent paralysé avec une incapacité de bouger, il avait la conviction qu'il allait mourir, « **a dieu à la vie ...** ».

Présentation, analyse et discussion des hypothèses

Echelle B : la note brute est de 8 avec une note étalonnée de 4, caractérisé par la reviviscence de l'événement, il avait eu des difficultés de parler de l'événement, accompagner par un sentiment.

Echelle C : la note brute est de 2 avec une note étalonnée de 2, il souffre des insomnies et une fatigue à cause des réveils nocturnes.

Echelle D : la note brute est de 2 avec une note étalonnée de 4, caractérisé par une anxiété, et une peur de se rendre sur le lieu de l'accident.

Echelle E : la note brute est de 14 avec une note étalonnée de 4, depuis l'événement Mohamed éprouve une agressivité incontrôlable envers son entourage.

Echelle F : la note brute est de 4, avec une note étalonnée de 3, caractérisée par des tremblements, des maux de tête quand quelqu'un lui parle de l'événement.

Echelle G : la note brute est de 5 avec une note étalonnée de 3, marqué par une difficulté de concentration et une difficulté de se rappeler de certains éléments de l'événement.

Echelle H : la note brute est de 6 avec une note étalonnée de 3, caractérisé par une fatigue et un manque d'intérêt aux choses importantes.

Echelle I : la note brute est de 2 avec une note étalonnée de 2, il n'éprouve aucune culpabilité, juste un faible sentiment de haine envers le conducteur.

Echelle J : la note brute est de 4 avec une note étalonnée de 3, M. Mohamed ne souffre d'aucun sentiment d'abandon ni de négligence parce qu'il était bien entouré par sa famille.

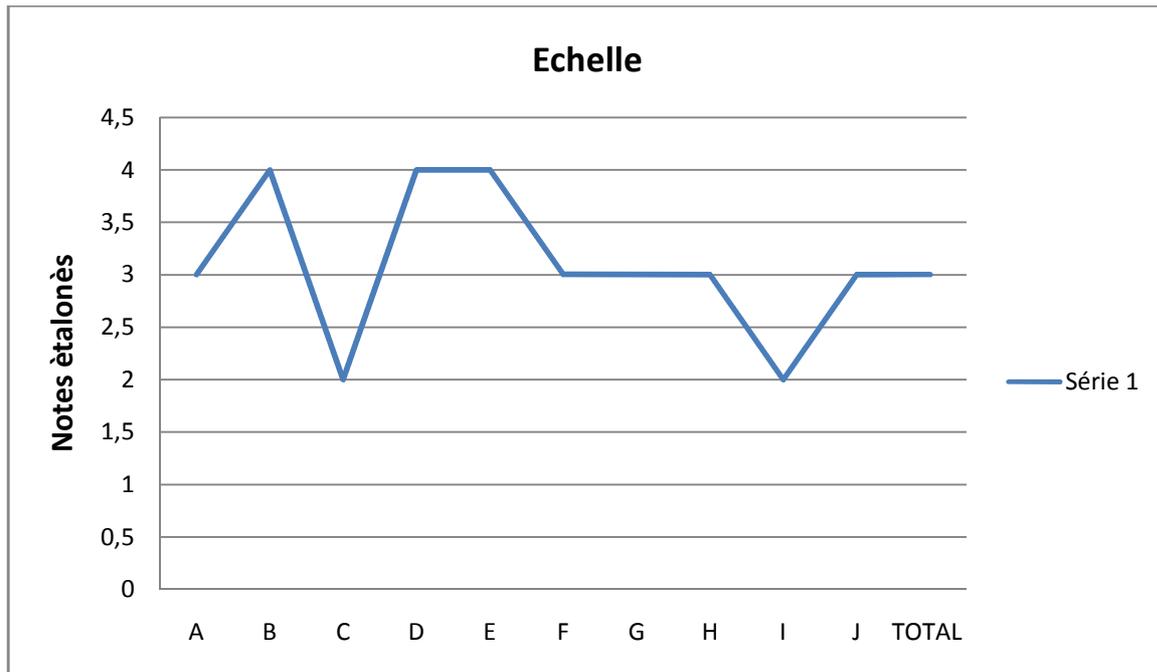


Figure 5 : syndrome psycho- traumatique modéré

PARTIE2 :

La plupart des signes post traumatiques sont disparu, il reste juste le comportement d'évitement et l'anxiété.

D'après l'analyse de l'entretien on peut dire que M. Mohamed souffre d'un syndrome post traumatique moyen.

6. L'analyse de sixième cas :

1. Présentation du cas :

Il s'agit de M. Sofiane âgé de 25ans, étudiant, célibataire, demeure à seddouk, fils unique .est une victime directe d'un accident de la route. Il résulte une fracture au niveau de sa jambe droite, et une fracture au niveau du bras gauche. L'entretien s'est déroulé avec lui avec la langue française en mélangeant la langue kabyle.

2. L'analyse de l'entretien :

M. Sofiane est un jeune très dynamique, en bonne humeur, calme, avec un visage plein de sourire, et coopéré dans la discussion, ses réponses sont directes et non complexe, il était très intéressé par notre thème.

L'entretien s'est déroulé à l'université dont laquelle il étudie, il nous déclare qu'il avait eu de problème de santé auparavant, et malgré sa il s'intéresse trop à ces études. M .Sofiane nous a dit qu'il a subi depuis un an deux accidents de la route, qui résultent la mort de ces deux amis très chers à lui.

Il s'agit d'un accident de la route qui s'effectué à Bejaia, il a causé une grave fracture au niveau de la jambe droite, et au niveau du bras gauche.

Sofiane nous a décrit l'accident comme un événement horrible, au moment de l'accident il éprouve un fort sentiment d'angoisse en disant : « **j'ai passé un moment terrible plein de peur et d'angoisse** », de plus il a eu l'impression d'être paralysé, il n'arrive pas à bouger ni à réagir.

Sofiane nous a déclaré la nuit de l'accident comme une nuit sans insomnies en disant : « **j'ai passé toute la nuit éveillé, je revivais l'accident en images même durant la journée, des pleurs, des tremblements, je me sens paralysé, c'est des moments inoubliables** ».

M. Sofiane jusqu'au jour de l'entretien éprouve un fort sentiment de culpabilité, et un comportement d'évitement face au lieu et à la situation qui se

Présentation, analyse et discussion des hypothèses

rapportant à l'événement en disant : « **si j'aurais le choix je remettrais jamais les pieds sur ce lieux** ».des moment de tristesse accompagné d'anxiété.

Après deux jours de l'accident, Sofiane à essayer le maximum de se consoler soi même et de consoler son ami, qui était aussi victime de cette accident, Sofiane se sent coupable en disant : « **j'aurais due éviter l'accident mais, c'est le destin** ».

Pour M. Sofiane la famille et les amis constituent un élément très fort et un véritable soutien pour surmonter le traumatismes.

Malgré ces souffrances physiques et son malaise psychique M. Sofiane reste optimiste et il garde un grand espoir.

Concernant sa version vers la venir, il souhaite que la guérison, en disant : « **je pense maintenant à rien, je laisse les choses se dérouler en attendant de terminer mes études, il faut juste être réaliste et courageux, car le courage est un mélange de peur et de volonté** ».

3. présentation et analyse de questionnaire Traumaq :

Le score total est de 110, marqué par un traumatisme très fort, et un syndrome post traumatique intense.

Echelle A : la note brute est de 9, avec une note étalonnée de 2, il éprouve un sentiment d'être paralysé, il n'arrive pas à bouger ni à réagir : « **je me sens paralysé, c'est des moments inoubliables** ».

Echelle B : la note brute est de 7, avec une note étalonnée de 3, M. Sofiane essaye le maximum de ne pas pensé à l'accident car cela éprouve chez lui un fort sentiment d'angoisse à cause des conséquences physiques.

Echelle C : la note brute est de 13, avec une note étalonnée de 4, depuis l'événement, M. Sofiane souffre de véritable insomnies, de plu il a développé une fatigue est cela due au réveil nocturnes.

Présentation, analyse et discussion des hypothèses

Echelle D : la note brute est de 9, avec une note étalonnée de 3, M. Sofiane nous a dit que depuis l'accident il souffre de crise d'angoisse, accompagné d'une crainte de se rendre sur le lieu de l'accident.

Echelle E : la note brute est de 16, avec un note étalonnée de 5, depuis l'événement il éprouve une forte méfiance de plus il est devenu plus agressif.

Echelle F : la note brute est de 11, avec une note étalonnée de 5, caractérisé par des palpitations, des tremblements, suivi des maux de tête.

Echelle G : la note brute est de 9, avec une note étalonnée de 4, caractérisé par des difficultés de concentration, de plus des difficultés de se rappeler de l'événement.

Echelle H : la note brute est de 13, avec une note étalonnée de 5, M. Sofiane éprouve un manque d'intérêt aux choses, suivies d'une fatigue physique et une souffrance psychique.

Echelle I : la note brute est de 17, avec une note étalonnée de 4, caractérisé par un fort sentiment de culpabilité, il se sent que c'est lui le responsable de tous ce qui est passé. « **J'aurais due éviter l'accident, mais c'est le destin** ».

Echelle J : la note brute est de 6, avec une note étalonnée de 3, caractérisé par un désintéressement aux choses : « **je pense à rien maintenant, je laisse les chose se dérouler....** ».

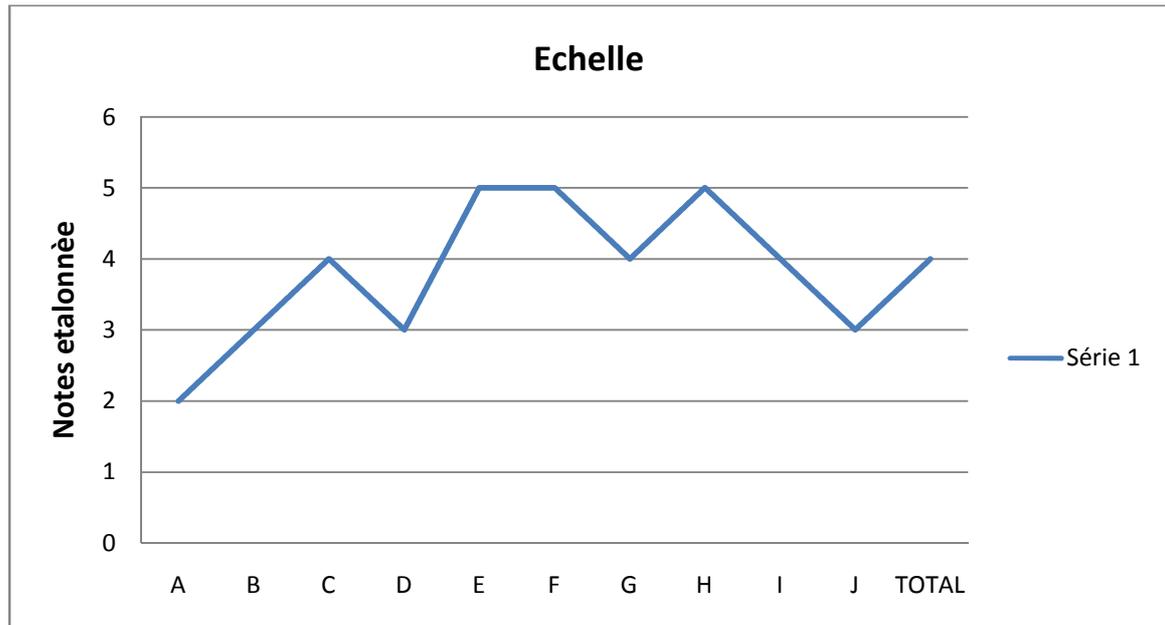


Figure 6 : syndrome post traumatique intense.

PARIE 2 :

Les signes de l'accident se manifeste chez M. Sofiane même après un an de l'accident se forme d'agressivité et des comportements d'évitements.

On fini de dire que d'après l'analyse de l'entretien et les résultats obtenu par le questionnaire traumaq montrent que M .Sofiane souffre d'un syndrome post traumatique intense.

Synthèse des cas

D'après l'analyse de l'entretien clinique et les résultats du questionnaire Traumaq, on a constaté que 6/6 cas souffrent de syndrome post traumatique avec une intensité différente d'un cas à l'autre, dans la plupart des cas ils éprouvent le sentiment d'évitement et de frayeur comme le cas de Said « **je ne prendrai plus jamais de véhicule et je ne retournerai plus à ce lieu**» Ainsi que le cas de le cas de Madjid « **je déteste passer par ce lieu, car il me rappelle de mon affreux accident** ». De plus des comportements d'agressivité suivie d'un sentiment de méfiance dans le cas de Mohamed « **le seul changement que je peux constater c'est un changement dans ma personnalité, j'étais tranquille, j'écoute tout le monde, très sage, mais maintenant je me suis devenu un peu agressif et j'm'énerve trop** ». D'autre part on trouve un fort sentiment de tristesse accompagné par des crises d'angoisse dans le cas de Sofiane : « **j'ai passé un moment terrible plein de peur et d'angoisse** ». Un sentiment dépressif et une conviction d'être paralysé au moment de l'accident très marqué dans le cas de Khellaf « **je souffre énormément, je n'arrive pas à bouger, j'ai peur de devenir handicapé, je ne sais pas pourquoi tout cela m'arrive à moi !!!** » Ainsi que la reviviscence de l'événement qu'on trouve dans le cas de Sofiane en disant « **j'ai passé toute la nuit éveillé, je revivais l'accident en images même durant la journée, des pleurs, des tremblements, je me sens paralysé, c'est des moments inoubliables** ». De plus la majorité des cas souffrent des difficultés d'endormissement comme par exemple le cas de Samia en disant : « **la douleur me sort d'un sommeil profond. J'observe mes blessures sans trop savoir, je suis étonnée de me retrouver avec des bandages, du plâtre et même des broches extérieurs, je ne réalise pas encore la complexité des fractures** ».

Pour conclure on peut dire que le sentiment d'évitement, d'angoisse, la peur et la tristesse sont des symptômes dominant chez la plupart des cas.

II. la discussion et la vérification des hypothèses de recherche

Afin de confirmer nos hypothèses de recherche sur l'existence ou pas du syndrome post traumatique chez les victimes d'accident de la route on a adopté pour l'analyse des résultats du questionnaire Traumaq.

Cas	Niveaux d'intensité du traumatisme	Evaluation clinique
Khellaf	98	Traumatisme fort
Said	58	Traumatisme moyen
Samia	76	Traumatisme moyen
Madjid	104	Traumatisme très fort
Mohamed	73	Traumatisme moyen
Sofiane	110	Traumatisme très fort

Tableau N°1 : les résultats des cas selon le niveau d'intensité du traumatisme.

D'après ce tableau on constate que 6/6 souffre du syndrome post traumatique et cela diffère d'un cas à l'autre on trouve : 2/6 des cas souffrent d'un syndrome post traumatique intense et 1/6 avec un syndrome fort et enfin 3/6 avec un traumatisme moyen.

On remarque que Sofiane est le cas le plus touché par ce syndrome post traumatique avec une note brute de 110 il résulte un traumatisme intense et cela à cause de ses séquelles physique et son malaise psychique. On peut dire que la plupart des signes du syndrome post traumatique sont présent chez lui comme l'isolement et le renfermement sur soi, le sentiment de culpabilité envers ses amis, et il éprouve un fort comportement d'évitement et la reviviscence de l'événement traumatisant.

Présentation, analyse et discussion des hypothèses

De plus on trouve Madjid est aussi touché par se syndrome post traumatique avec une note brute de 104 et un traumatisme intense, Madjid souffre du sentiment d'évitement et d'isolement et d'abondant de la part de sa famille et tout cela augmente le degré de sa souffrance psychique, car pour lui le soutien familiale l'aide à surmonter son traumatisme.

D'autre part on trouve le cas de Khellaf qui résulte d'un traumatisme fort avec une note brute de 98. Khellaf souffre de grave séquelles physique : deux fractures au niveau de sa jambe et de son bras, il ne peut ni bouger ni vivre comme avant, tout le temps il est au lit, après neuf mois de l'accident il s'est rendu a l'hôpital pour une autre intervention au niveau de sa jambe et tout ça, augmente l'intensité du syndrome post traumatique.

Ensuite on trouve le cas de Samia qui elle aussi a une grave séquelle physique au niveau de sa jambe, cela augmente l'intensité du syndrome car elle reste toujours dans le déni.

On trouve aussi le cas de Said qui est marquée par un traumatisme moyen il souffre de séquelles physique, et cela a forcément des répercussions sur le plan psychique et sur l'image qui est déficitaire, et le sentiment d'évitement et d'irritabilité sont toujours présent.

Et enfin on trouve le cas de Mohamed qui est marqué quant à lui, par le syndrome post traumatique moyen avec note brute 73, il souffre aussi de séquelles physique Avec une fracture au niveau de son épaule droite. Et une forte présence de sentiment de culpabilité.

Enfin comme résultats on a obtenu grâce au donnés récoltés dans l'entretien et le questionnaire Traumaq que les six cas présentent un syndrome post traumatique causé par la frayeur vécue pendant l'événement et cela est variés d'un cas à l'autre où le degré de la potentialité traumatique de l'événement joue un rôle prépondérant dans l'existence du syndrome.

Présentation, analyse et discussion des hypothèses

En ce qui concerne le rôle de l'entourage sur la gravité de l'événement on a constaté que les victimes ayant un environnement épanouit ont réussi à surmonter certaines difficultés, même si certaines difficultés persistent.

CONCLUSION GENERALE

Conclusion

L'attention portée par notre étude est de détecter l'existence et l'intensité du syndrome post traumatique chez les accidentés de la route.

Notre groupe de recherche est constitué de six cas de victimes d'accidents de la route de différente catégorie qui s'est déroulé à l'hôpital d'Akbou durant une période d'un mois. Sachant que les personnes les plus concernées par cet événement sont plus ou moins jeunes.

Notre question de départ était : est ce que les accidentés de la route développent le syndrome post traumatique ? Quel est le degré de la souffrance que peut provoquer l'accident ? est ce que la gravité des séquelles physique influence sur l'intensité du syndrome post traumatique ?

D'après les résultats obtenus, dans notre population étudié, on constate l'existence du stress post traumatique qui varié entre un ESPT moyens et très fort. On a trouvé un traumatisme très fort dans le cas de Sofiane et Madjid et cela à cause de leurs graves séquelles physiques et leurs malaises psychiques ainsi que le sentiment d'abondant et de culpabilité. Ensuite on a trouvé un traumatisme fort dans le cas de Khellaf qui souffre toujours de la plupart des symptômes de L'ESPT tel que la reviviscence et l'évitement. Enfin un traumatisme moyen présenté dans les cas de Said, Samia, et Mohamed quant a eu la plupart des symptômes son disparu. Malgré leurs séquelles physiques, le milieu favorable a contribué à surmonter leurs souffrances.

Pour conclure, on peut dire que l'intensité du syndrome post traumatique dépend de la gravité de séquelles physique, ainsi que le milieu favorable joue un rôle dans la résilience et le dépassement dans le déséquilibre psychique engendré par l'accident.

Notre travail vient de confirmer nos hypothèses et appuyer les recherches précédentes sur la présence de L'ESPT chez les accidentés de la route.

Bibliographie :

- 1. Annick P., et al, (2009). « Le débriefing psychologique, pratique, bilan et évolution des soins », éd. dunod, paris.**
- 2. Benoney H., Chahraoui KH., (2003). « Méthode d'évaluation et recherche en psychologie clinique », éd. dunod, paris.**
- 3. Barois C., (1998). « Les névroses traumatique », éd. dunod, paris.**
- 4. Bouata C., (2007). « Le traumatisme collectif en Algérie », Alger ; Casbah,**
- 5. Briole G., et al, (1998). « le traumatisme psychique, rencontre et devenir », éd. Masson, paris.**
- 6. Chiland C., (1983). « L'entretien clinique », éd. Puf, paris**
- 7. Crocq L., (1999). « Les traumatismes psychiques de guerre », éd. Odile Jacob, paris.**
- 8. Crocq L., (1974). « Stress et névrose traumatique », psychologie médicale.**
- 9. Crocq L., et al. (2007). « traumatisme psychique, prise en charge psychologique des victimes », éd. Masson, paris.**
- 10. Cottraux J. (2001). « Les thérapies comportementales et cognitive », éd. Masson, paris.**
- 11. Chemla P. (2002). « Actualité du trauma », éd. ères, paris.**
- 12. Cottencin O., (2009). « Les traitements du psycho-traumatismes. Stress et Trauma.**
- 13. CIM10, classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé (2008) connexes, dixième révision, 2, OMS, Edition.**
- 14. Damiani C., et Pereira-Fradin M., (2006). « traumaq, questionnaire, d'évaluation du traumatisme », Manuel, France.**

15. De Clercq M et Lebigot F., (2001). « Les traumatismes psychique », éd. Masson, Paris.
16. DSMIV-TR « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux », (1994), éd. Masson.
17. Damiani C et Lebigot F., (2011). « Les morts du trauma », éd. Philip Duval, Paris.
18. Ducrocq F., Goudemand M., (2005). « Psycho traumatisme, prise en charge et traitement », éd. Masson, paris.
19. Delage M., (2008). « La résilience familiale », éd. Odile Jacob, paris.
20. Freud S., (1920). « *Au-delà du principe de plaisir* », éd. Payot, paris.
21. Freud S., Breuer J., (1895). « Etudes sur l'Hystérie ». éd. PUF, Paris
22. Ferenczi S., (1918). « *Psychanalyse des névroses de guerre* ». In : Rapport présenté au Ve Congrès internationale de psychanalyse de Budapest.
23. Lebigot F., (2005). « Traiter les traumatismes psychique ». éd. dunod, paris.
24. Lebigot F., et al. (2005). « psycho-traumatisme : prise en charge et traitement », éd. Masson, Paris.
25. Ferenczi S., (1932). « Confusion de langue entre les adultes et l'enfant », éd. Payot, Paris.
26. 25. LAPLANCHE et-B PONTALIS, (1968). « Vocabulaire de la psychanalyse », Paris.
27. Perruchi L., (2008). « Le traumatisme », France.
28. Mucchielli A(1996). « Dictionnaire des méthodes qualitatives en science humaine et sociales », éd. Collin, Paris.

- 29. De Clercq M et Lebigot F., (2001). « Les traumatismes psychique », éd. Masson, Paris.**
- 30. Pedinilli j L., (1994). « Introduction à la psychologie clinique », éd. Nattin, Paris.**
- 31. Ladouceur R., Marchand A., Boisvert J M., (1999). « Les troubles anxieux, approche cognitive et comportementale », éd. Masson, Paris.**
- 32. Vaiva G., Lebigot F., et al. (2005). « Psycho- traumatisme : prise en charge et traitement », éd. Masson, Elsevier.**
- 33. Robert C., (2002). « Victimes : du traumatisme à la restauration », éd. Harmattan, paris.**

Thèses :

- 1. Jolley A., (2000). « Evaluation traumatique et état de stress post traumatique ; une revue de la littérature épidémiologique », Annales médico psychologique.**
- 2. Abdoul A., (2004). « Etude de profil des traumatismes de la voie publique », Thèse de Doctorat, université de Bamako.**
- 3. Nourddine D., et Abdeljalil B., (1983). « Les accidents de la circulation en Algérie », Alger.**
- 4. Darmel A., (2008). « Essai de l'évaluation des couts des accidents de la circulation en Algérie », mémoire de Magister université de Bejaia.**

Articles :

- 1. Jolly A., (2003). « Journal international de victimologie, épidémiologie des PTSD », France.**
- 2. Constant E., (2003). « L'état de stress post traumatique », Louvain Médical.**

3. **Otto-Essono Achille., « Accident de la route cause de handicap et frein au développement.**

Revue :

1. **Thelot B., (2004). « Surveillance épidémiologique, traumatisme », Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la route, OMS, Genève.**
2. **Organisation mondiale de la sante- Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la route. (2004).OMS, Genève.**

Dictionnaires :

1. **Martyn Back et Al., (2005). « Dictionnaire de Robert », éd. Pierre de –Coubertin, Paris.**
2. **Sillamy(n)., (2003). « Dictionnaire de psychologie », éd. Larousse, Paris.**

Guide d'entretien :

1. Les informations personnelles sur le sujet :

- Quel âge avez-vous ?
- Quel est le niveau d'instruction ?
- Etes-vous marié ou célibataire ?
- Quelle est votre profession ?

L'objectif : est de recueillir les données sur le sujet. Celles-ci seront d'une grande importance dans l'analyse.

2. avant l'événement :

- avez-vous des problèmes de santé auparavant ?
- avez-vous déjà fait un accident de la route ? si oui quelle âge avez-vous a ce moment-là ?
- vous étiez déjà témoin d'un accident ?
- avez-vous perdu déjà quelqu'un de proche dans un accident ?

L'objectif : Connaître dans quel état de santé physique et psychique se trouvait le sujet avant l'évènement.

3. pendant l'événement :

- qu'est-ce que vous avez éprouvé à ce moment-là ?
- vous avez l'impression d'être incapable de réagir ? de bouger ?
- vous étiez conducteur ou non ?
- vous avez essayé d'éviter l'accident ?

L'objectif : est de présenter l'ensemble des questions liées au moment de l'accident et aux sentiments immédiats de l'accidenté.

4. après l'événement :

- pourriez-vous décrire ce qui s'est passé ?
- est-ce que vous faites des cauchemars ?

- avez-vous perdu l'appétit ?
- qu'est-ce que vous avez craint?
- Evitez-vous de monter dans la voiture, ou dans le bus ?
- Evitez-vous de passer devant l'endroit où s'est déroulé l'accident ?

L'objectif : est de présenter l'ensemble des questions liées au moment post-accident et de connaître les effets de l'ESPT et pour savoir si le sujet est traumatisé.

5. Perspectives pour l'avenir :

- Pouvez-vous nous parler sur vos changements relationnels vis-à-vis de vos proches ?
- Comment voyez-vous votre avenir ?
- Qu'est-ce que vous pensez faire quand vous serez guéri ?
- Pensez-vous revenir comme avant et tout oublier ?
- Est-ce que vous voulez rajouter quelque chose, qu'on n'a pas cité durant l'entretien ?

L'objectif : est de savoir la manière dont le patient se projette dans l'avenir « le pessimisme ou l'optimisme », ce qui permet de découvrir si l'accidenté est toujours en deuil ou non.