

**Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la  
Recherche Scientifique**

**Université Abderrahmane Mira de Bejaïa**

**Faculté des Sciences Humaines et Sociales**

**Département des sciences sociales**

**Mémoire de fin de cycle**

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

**Clinique**

**Thème :**

**Le Traumatisme psychique chez les  
accidentés de la route**

**Présenté par :**

**CHEKRI Mohamed El Mahdi**

**Encadré par :**

**Mr: BELBSSAI Rachid**

**Année Universitaire 2012 – 2013**

# REMERCIEMENTS

En premier lieu, je tiens à remercier mon encadreur BELBSSAI Rachid pour son soutien et son accompagnement tout au long de ce travail. Je le remercie également pour sa confiance, sa disponibilité, ses qualités humaines et ses conseils si précieux.

En deuxième lieu, je remercie tous mes enseignants d'hier et d'aujourd'hui, notamment Mr AMRANE Lakhdar pour ses conseils et la documentation qu'il m'a fournie ainsi que Mme HADARBACHE pour son suivi et ses conseils durant ma formation.

En troisième lieu, je remercie BENBERKANE Saïd, son frère : Younes et leurs cousins : Chafaa, et Hamid. Sans oublier Idir et BEKHALED Saadi pour leur soutien indéfectible.

En dernier lieu, je remercie tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de mon travail : le personnel de l'établissement de rééducation fonctionnelle de la Wilaya de Bejaïa (en particulier le psychologue Maazozzi Mustapha), les accidentés de la route qui nous ont accordé les entretiens et les services de la protection civile, de la gendarmerie et de la sûreté nationale.

# *Dédicace*

*A mes parents*

*A la mémoire de mon cousin Said, parti très tôt...*

# Sommaire

|                                   |          |
|-----------------------------------|----------|
| <b>Introduction générale.....</b> | <b>8</b> |
|-----------------------------------|----------|

## **Partie théorique**

### **Chapitre I : Le traumatisme psychique**

|  |    |
|--|----|
| Préambule.....   | 12 |
| 1.1. Histoire et évolution du concept de traumatisme .....         | 12 |
| 1.2. Définitions.....  | 14 |
| 1.2.1. Définition du concept du traumatisme .....                  | 14 |
| 1.2.2. Définition de l'événement traumatique .....                 | 14 |
| 1.3. Les différents concepts du traumatisme .....                  | 15 |
| 1.4. Etiopathogénie de traumatisme psychique .....                 | 16 |
| 1.5. Les facteurs psychiques dans la survenue du traumatisme ..... | 17 |
| 1.6. Le traumatisme psychique et la mort .....                     | 18 |
| 1.7. Épidémiologie du traumatisme .....                            | 18 |
| 1.8. La clinique du traumatisme psychique .....                    | 19 |
| 1.19. La classification anglo-saxonne .....                        | 20 |
| 1.10. Evolution du traumatisme .....                               | 24 |
| 1.11. Diagnostic du traumatisme selon le DSM-IV .....              | 25 |
| 1.12. Les modèles explicatifs de la psycho-trauma .....            | 27 |

|  |    |
|--|----|
| 1.13. La prise en charge des traumatismes psychiques ..... | 33 |
| Synthèse du premier chapitre .....                         | 32 |

## **Chapitre II : Accident de la route**

|  |    |
|--|----|
| Préambule .....  | 34 |
| 1.1. L'accidentologie routière .....   | 34 |
| 1.1.1. Définition .....  | 34 |
| 1.1.2. Définition de l'accident de la route .....                                  | 35 |
| 1.2. Les types d'accidents de la route .....                                       | 35 |
| 1.3. Les victimes d'accident.....  | 35 |
| 1.4. Les caractéristiques spatio-temporelles des accidents de la route .....       | 36 |
| 1.5. Les causes des accidents de la route .....                                    | 37 |
| 1.6. Les différentes phases de la prise en charge des accidentés de la route ..... | 39 |
| 1.7. Tableaux récapitulatifs des accidents de route .....                          | 40 |
| 2. Le traumatisme psychique et accident de la route .....                          | 45 |
| 2.1. Sentiment de culpabilité .....  | 46 |
| 2.1.1. Définition .....  | 46 |
| 2.1.2. Origines du sentiment de culpabilité .....                                  | 46 |
| 2.1.3. Les formes de culpabilité .....   | 46 |
| 3. Des études sur les accidents de la route .....                                  | 48 |
| 4. La triade de la vulnérabilité .....   | 48 |
| Synthèse du deuxième chapitre.....   | 52 |

## **Problématique et Hypothèses**

|  |    |
|--|----|
| 1. La problématique .....              | 54 |
| 2. Les hypothèses .....                | 57 |
| 3. Les raisons du choix du thème ..... | 57 |
| 4. Définition des concepts .....       | 57 |

## **Partie pratique**

### **Chapitre III : La méthodologie de la recherche**

|   |    |
|---|----|
| Préambule .....   | 61 |
| 1. La démarche de la recherche.....                             | 61 |
| 1.1. L'échantillon de la recherche .....                        | 62 |
| 1.2. Présentation du lieu de recherche .....                    | 62 |
| 1.3. Les techniques de recherches .....                         | 62 |
| 1.3.1. L'entretien clinique .....                               | 62 |
| 1.3.1.1. La conduite de l'entretien clinique de recherche ..... | 63 |
| 1.3.1.2. Le guide d'entretien .....                             | 63 |
| 1.3.2. Questionnaire d'évaluation du traumatisme .....          | 64 |
| 1.3.3. Objectifs du TRAUMAQ .....                               | 64 |
| 1.3.4. Population concernée .....                               | 64 |
| 1.3.5. Contenu du questionnaire .....                           | 65 |
| 1.3.6. Validité externe du Traumaq.....                         | 65 |
| 1.3.7. Etalonnage normalisé en cinq classes .....               | 66 |
| 2. La méthode suivie dans la présentation des cas .....         | 67 |

|                                      |    |
|--------------------------------------|----|
| Synthèse du troisième chapitre ..... | 67 |
|--------------------------------------|----|

## **Chapitre IV : Analyse des entretiens, l'échelle et discussion des hypothèses**

|   |     |
|---|-----|
| 1. Résumé et analyse des entretiens ..... | 69  |
| 1.1. Analyse du premier cas .....         | 69  |
| 1.2. Analyse du deuxième cas .....        | 72  |
| 1.3. Analyse du troisième cas .....       | 76  |
| 1.4. Le quatrième cas .....               | 79  |
| 1.5. Le cinquième cas .....               | 82  |
| 1.6. Le sixième cas .....                 | 86  |
| 1.7. Le septième cas .....                | 89  |
| 1.8. Analyse de huitième cas .....        | 92  |
| 2. Synthèse générale des cas .....        | 95  |
| 3. Discussion des hypothèses .....        | 97  |
| <b>Conclusion générale</b> .....          | 100 |

## **Bibliographie**

## **Annexes**

# Introduction générale



# Introduction

---

Tous les jours, des milliers de personnes sont tuées ou blessées sur nos routes. Les hommes, les femmes et les enfants qui sortent de chez eux pour se rendre au travail ou à l'école ou encore pour jouer ou voyager ne rentrent pas souvent chez eux à cause des accidents de la route. Les personnes qui survivent à ces accidents passent, dans beaucoup de cas, de longues semaines à l'hôpital avec comme résultats un changement radical de vie. Beaucoup ne peuvent plus vivre, travailler ou s'amuser comme avant.

Certes, il y a d'énormes efforts qui sont déployés pour améliorer la sécurité routière. Cependant, ces efforts restent minimes en comparaison des souffrances humaines qui ont tendance à croître.

En Algérie près de deux millions de personnes vivent un handicap dû aux accidents de la route selon l'office national des statistiques (O N S). En outre, selon les chiffres avancés et recensés par la direction sociale, la wilaya de Béjaïa compte 16166 handicapés qui sont victimes des accidents de la route.

L'une des séquelles de ces accidents figure le traumatisme psychique sur lequel les chercheurs doivent se pencher davantage afin que les personnes psychiquement traumatisées puissent bénéficier d'une prise en charge adéquate et que leur vie et celle de leur famille soient meilleures.

De notre part, nous envisageons investir ce domaine avec la présente recherche qui s'intitule le traumatisme psychique chez les accidentés de la route.

Pour mener à bien cette recherche, nous avons tracé un plan de travail et scindé le mémoire en cinq chapitres.

Le premier chapitre est consacré à l'étude du traumatisme psychique dans lequel sont traitées les définitions du traumatisme ainsi qu'une présentation des diverses classifications comme celle du DSM-IV.

Le deuxième chapitre est consacré à l'étude des accidents de la route, aux statistiques des accidents et les diverses définitions. Ainsi la problématique, les hypothèses, les définitions des concepts,

Le troisième chapitre, nous l'avons réservé au cadre méthodologique qui englobe les définitions des concepts, la démarche et les techniques de la recherche.

# Introduction

---

Le quatrième chapitre est consacré à l'analyse des entretiens, à l'échelle et à la discussion des hypothèses. Nous le terminerons par une conclusion générale où nous mettrons en valeur ce que nous avons dégagé de ce travail.

# Partie théorique

# Chapitre I

## 1. Traumatisme psychique

### Préambule :

En vue de clarifier et d'explicitier le concept de traumatisme psychique, on a décidé de commencer par un aperçu historique et, après, on passera aux définitions de ce concept. On suivra cette architecture en raison de l'existence d'une multitude d'appellations qui désigne le traumatisme psychique à l'instar de : psycho trauma et trauma et les difficultés lors de l'utilisation du concept ou lors de la classification des personnes traumatisantes.

### 1.1. Histoire et évolution du concept de traumatisme :

Le 18<sup>ème</sup> siècle a connu des guerres meurtrières et pour les besoins des combats, les soldats étaient arrachés de force de leur village et à leur famille. L'état de frayeur, de peur et d'horreur des combats a déclenché des troubles chez ces soldats. Les officiers interdisent aux soldats l'expression de leur détresse et reportent leur situation à la nostalgie. D'autres diagnostics étaient proposés par les médecins militaires tels que le syndrome du « *cœur du soldat* » ou « *cœur irritable* » pour désigner les manifestations neurovégétatives de l'anxiété de guerre dans la sphère cardio-vasculaire. D'après leurs observations, ces troubles peuvent se manifester pendant ou après les combats. Ce pseudo -diagnostic était longtemps maintenu jusqu'à la guerre du Vietnam.

Au milieu du 19<sup>ème</sup> siècle, la découverte des armes plus sophistiquées rendait la guerre plus meurtrière et les dégâts humains plus considérables.

A la fin du 19<sup>siècle</sup>, un psychiatre allemand Hermann OPPENHEIM a introduit le concept de « *traumatisme psychique* » dans la psychopathologie. Dans son ouvrage il cite 42 cas de la névrose suite à des accidents de travail ou des accidents de chemin de fer. Oppenheim décrit l'effroi de ses malades qui provoque un ébranlement psychique ou affectif « *tellement qu'il en résulte une altération psychique durable* » (Crocq. L. 2000, P5et6).

Par contre, Charcot avait retenu l'hypothèse émotionnelle en contestant la notion de la névrose traumatique qui la rattache à l'hystérie, à la neurasthénie ou à la l'hystéro neurasthénie. Après la mort de Charcot, ses élèves, Patricopoulo et Jean CROCQ, ont repris la notion de névrose traumatique. L. Crocq rapporte que 1889 était l'année de l'introduction du concept du traumatisme psychique dans le monde scientifique. Effectivement en 1889 Janet

dans sa thèse de doctorat propose une théorie explicative de la névrose traumatique et qu'il a repris en 1919 dans les médications psychologique. Pour Janet, la principale caractéristique de la névrose traumatique c'est l'impossibilité de se détacher du souvenir de son traumatisme « *Quand un homme tourmenté par quelque tristes souvenirs cherche à les oublier en partant au loin. Le chagrin monte en groupe et voyage avec lui* » (Ibid. p.10).

Ces mauvais souvenirs représentent l'expérience brute constituée de sensations, d'éprouvés, de velléités et d'actions élémentaires. Ce que Janet appelait « *l'idée fixe qui fait une place dans le subconscient à la manière parasite suscitant des pensées, des images, des reviviscences archaïques, automatiques et inadaptées* ». Cet état est associé à la dissociation de la conscience et n'empêche pas le sujet de continuer à vivre normalement.

Janet nous a parlé aussi de temps de latence. D'après lui, certains patients ont besoins d'une période latente pour arriver à l'émotion. Pas le sujet de continuer à vivre normalement. Janet a présenté dans ses écrits 21 cas de névroses dus en leur majorité à un traumatisme psychique.

Par la suite, Freud a adopté les concepts de Janet comme la dissociation de la conscience. Les guerres du début du xx siècle ont incité les cliniciens à étudier de nouveau les névroses traumatiques. En 1980, est inspiré du syndrome psycho traumatique manifesté par les anciens vétérans du Vietnam est apparu dans le DSM III, théorie présentée par les psychiatres américains une nouvelle entité diagnostique appelée PTSD : poste traumatique stress désordre traduit en français par : état de stress poste traumatique. Les auteurs du DSM III spécifiaient deux 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.

En 1994, dans le quatrième DSM IV, une nouvelle entité diagnostique était introduite, il s'agit de celle d'état de stress aiguë. En parallèle et vers 1992, est apparu en anglais la classification internationale des maladies « CIM10 » dans sa 10<sup>ème</sup> révision et qui a été traduite en français en 1993. Cette classification propose trois entités majeures :

- La réaction aiguë a un facteur de stress.

- L'état de stress post traumatique.

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

Le traumatisme est donc l'incrustation à l'intérieur de l'appareil psychique d'une image qui ne devrait pas s'y trouver. Nous allons voir maintenant quelle est la nature de cette image, l'effet que produit sur le sujet son entrée par effraction et les conditions générales qui facilitent son franchissement du « *par-excitation* ».

## 1.2. Définitions

### 1.2.1. Définition du concept du traumatisme :

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

A souligner que le Terme en question a été utilisé en psychopathologie pour désigner un phénomène d'effraction et d'envahissement du psychisme par un afflux d'excitations violentes et agressives. Son origine se trouve dans la pathologie chirurgicale, plus précisément dans la traumatologie et, par extrapolation, il est utilisé en psychopathologie et ce, pour qualifier ce phénomène qui envahit le psychisme, déborde ses capacités de défense et bouleverse son mode de fonctionnement.

### 1.2.2. Définition de l'événement traumatique :

L'événement traumatique est une rencontre directe avec une scène de mort réelle. 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 (Lebigot. F, 1915, p. 255). Freud faisait remarquer que nous savons que nous allons mourir, mais que nous ne savons pas ce qu'est la mort. Nous n'avons pas la possibilité de représenter le néant qu'elle est. Seule l'effraction du *pare-excitation* permet la pénétration d'une image de la mort dans le psychisme, sans qu'elle soit transformée en réalité par les représentations. Il s'agit donc d'une image brute que le sujet aura maintenant en lui, mais il n'aura aucune représentation pour la porter.

### 1.3. Les différents concepts du traumatisme :

#### 1.3.1. Traumatisme :

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

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

Freud appelle traumatisme tout événement qui perturbe l'équilibre affectif d'une personne et provoque la mise en œuvre de mécanismes de défenses. Il se caractérise par un afflux d'excitation excessif relativement à la tolérance du sujet et sa capacité de maîtriser et d'élaboré psychiquement ces excitations.

#### 1.3.2. L'effroi :

Est l'état du sujet au moment du traumatisme. Il correspond à l'envahissement par le néant ; il ya alors pendant un moment, généralement fugace mais pas toujours, ni affect ni représentation. Le sujet perçoit un vide complet de sa pensée, ne ressent rien, en particulier ni peur ni angoisse (Ibid., p. 16).

#### 1.3.3. La vulnérabilité :

Au sens général, la vulnérabilité est la probabilité de voir sa situation ou ses conditions de vie se dégrader, quel que soit son niveau de richesse, face aux fluctuations de vie (Solnit. A.J., 1982, pp. 485-498).



Par ailleurs, et selon une approche psychologique, la vulnérabilité se définit comme l'état de moindre résistance aux adversités et agressions et rend compte des différences individuelles.

La vulnérabilité évoque les sensibilités et les faiblesses manifestes ou latentes immédiates ou différés et peut être comprise comme une capacité, ou incapacité, de résistance aux contraintes de l'environnement. Elle est entendue comme la probabilité de voir sa situation dégrader à la suite d'un choc (Anaut.M., 2002, pp. 101-118).

#### **1.3.4. Névrose traumatique :**

Le terme névrose traumatique est antérieur à la psychanalyse et il continue à être utilisé en psychiatrie d'une façon variable qui tient aux ambiguïtés de la notion de traumatisme et à la diversité des options théoriques que ces ambiguïtés autorisent (Op.cit., p. 286).

La névrose traumatique survient dans des situations où 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.

#### **1.4. Etiopathogenie de traumatisme psychique:**

Le traumatisme psychique ou névrose traumatique sont toujours liés à un événement, c'est-à-dire à quelque chose qui est de l'ordre du perçu ou du ressenti. Les deux résultent d'une rencontre d'un événement et d'un sujet qui se produit dans un contexte déterminé. Le même événement, pathogène pour l'un, ne le sera pas pour l'autre, et l'on peut supposer que le même sujet, traumatisé aujourd'hui, ne l'aurait pas été hier ou demain face au même événement. Il s'agit, d'une part, des causes tenant aux événements violents et d'autre part, de celles ayant trait aux événements communs, douloureux et inattendus.

##### **1.4.1. Les événements violents :**

- a. La guerre.
- b. L'abus émotif, physique ou sexuelle, dans l'enfance.
- c. Le fait de subir ou d'assister à des actes de violence.
- d. Le viol ou la tentative de viol.
- e. La lésion ou la maladie dévastent.

f. La mort d'une personne proche.

#### **1.4.2. Les événements communs, douloureux et inattendus :**

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

- a. Les accidents de voiture de légère importance.
- b. L'intervention médicale ou dentaire invasive.
- c. Les chutes et lésions de moyenne importance.
- d. Les catastrophes naturelles (tremblement de terre, tornade...).
- e. La maladie, surtout avec la fièvre haute.
- f. L'intoxication.
- g. L'abandon, surtout en cas des enfants.
- h. L'exposition aux températures extrêmes chaleur et froid (Lebigot. F., 2005, p. 15)

#### **1.5. Les facteurs psychiques dans la survenue du traumatisme :**

Il est important de prendre en considération les facteurs augmentant la fréquence et l'intensité des réactions du traumatisme. Selon François LEBIGOT, ces facteurs peuvent se diviser en trois catégories : l'effet de la surprise et la brutalité du choc, la menace directe de mort et ainsi que l'effraction traumatique.

**1.5.1. L'effet de surprise et la brutalité du choc :** l'effet de ces derniers sur le traumatisé se traduit par le fait de permettre l'intrusion de l'image mortifère.

**1.5.2. La menace directe de mort :** l'aggravation du traumatisme qui peut être due à ce facteur consiste à faire effraction dans le psychisme des personnes prévenues préparé, ce qui pourrait nuancer la théorie de Freud sur l'efficacité de la protection fournie par l'angoisse. En effet, il peut y avoir traumatisme pendant des périodes de combats où le soldat est anxieux, tendu et dont l'esprit mobilisé à l'extrême.

**1.5.3. L'effraction traumatique :** est survenue avec l'apparition d'un élément qui va causer un choc brutal. Le traumatisme provient de la rencontre brusque d'un détail insoutenable qui fait irruption dans le champ de vision, se surajoutant à l'horreur préexistante, détail dont l'horreur dépasse en intensité ce que le sujet avait essayé d'anticiper. (Ibid., p.19).

### 1.6. Le traumatisme psychique et la mort :

Les grecs disaient que la mort ne nous concerne pas. Quand on est vivant, on n'est pas mort, on n'est plus là pour penser ce que d'être mort. Dans son livre intitulé « *considérations actuelles sur la guerre et sur la mort* » (1915), Freud disait la même chose d'une façon moins amusante : nous savons tous que nous allons mourir, mais nous n'y croyons pas. Nous vivons comme si nous étions immortels. Lors de l'effraction traumatique, cette image du réel de la mort, n'a aucune représentation qui l'accueille, la prend en charge et la lie à d'autres représentations. Tandis que le souvenir, de par le travail de transformation qu'il subit, intègre la dimension du temps passé entre le moment de l'événement et son évocation, le retour de l'image traumatique se fera au temps présent comme si l'événement était à nouveau en train de survenir.

Cette image de la mort va se faire dans trois types de circonstance :

-C'est la vie du sujet lui-même qui est menacée : il a la certitude qu'il va mourir, il voit sa propre mort, c'est le cas d'un automobiliste qui fonce à 130 km/h sur un obstacle et qui en réchappe, etc.

-Le réel de la mort est perçu à travers la mort de l'autre : ceci arrive, le plus souvent, dans des circonstances où l'effet de surprise joue son rôle.

-La mort horrible : Dans certaines situations, le spectacle de la mort est particulièrement horrible à cause du grand nombre de cadavres ou à cause de leur état de décomposition ou de mutilation. (Ibid., p. 16).

### 1.7. Épidémiologie du traumatisme :

- L'OMS reconnaît que les accidents de la route causent à la victime un handicap sérieux qui se traduit, sur le plan psychopathologique, par de nombreux troubles mentaux (Ducrocq, F., 2006, p. 73). Ainsi, et à la lumière des études réalisées dans ce sens, on retient :

- De 20 à 40% de PTSD ou névroses traumatiques.

- 30% de dépressions.

- 30% de comorbidité entre ces deux troubles.

L'étude de Blanchard, réalisée en 1994, rapporte une incidence d'état de stress post-traumatique chez 46% des victimes d'accidents d'automobile et une incidence d'un syndrome partiel d'état de stress post-traumatique chez 20% additionnel (Blanchard, E.B. et al 1994 P 282).

### 1.8. La clinique du traumatisme psychique :

L. Crocq définit le traumatisme psychique comme un phénomène psychologique d'effraction du sujet, d'incompréhension face au réel de la mort ou du néant et de débordement de ses capacités d'assimilation de l'événement. Autrement dit, le traumatisme psychique bouleverse profondément la personne, perturbe les mécanismes de défense, ébranle l'idée de l'immortalité et sape ses croyances et sa confiance en soi (Crocq. L. 2000, P75).

Le traumatisme psychique est lié étroitement à l'événement traumatique qui se décrit comme « *événement dépassant le domaine des expériences habituelles (deuil, maladies, etc.) vécu avec terreur et qui prend le sens d'une rencontre manquée avec la mort* » Crocq, L (2000). Donc l'événement traumatique est « *ce genre d'événement inhabituel, vécu avec terreur qui est la peur extrême, ici le sujet est face à sa mort* » .Idem.

#### 1.8.1. Les symptômes non spécifiques :

Le tableau clinique du syndrome psycho traumatique comporte des symptômes non spécifiques que nous rencontrons dans d'autres affections mentales. Ces derniers peuvent être regroupés en cinq rubriques :

- **L'asthénie** : elle a une influence tant sur le physique que sur le psychisme ainsi que sur le sexuel. En cela, il s'agit d'une lassitude générale et d'un épuisement rapide, etc.
- **L'anxiété** : il s'agit là d'un état d'angoisse, de sidération, d'agitation, des tentions internes, d'impression de danger imminent, de pessimisme et de pusillanime.
- **Les manifestations psychonévrotiques** : il peut résulter de telles manifestations l'actualisation des structures hystériques, phobiques et obsessionnelles.
- **Les troubles psychosomatiques**: il question ici des troubles concernant l'appareil circulatoire, l'hypertension ainsi que l'infarctus du myocarde. A ces derniers s'ajoutent les troubles liés à l'appareil respiratoire à l'asthénie à l'appareil digestif à la peau, à la cavité

et aux glandes endocrines. De telles troubles peuvent également être à l'origine de certaines maladies comme, par exemple, le diabète et l'eczéma.

- **Les troubles de la conduite** : ceux-ci se traduisent par les crises de colère excito - motrice, les discours et actions agressives, les fugues, l'errance, les conduites suicidaires, ce à quoi il convient d'ajouter les conduites alimentaires perturbées, telle l'anorexie ou la boulimie (Crocq, L. 1999, p. 66).

## **1.9. La classification anglo-saxonne :**

### **1.9.1. La confrontation à l'événement traumatique :**

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

- Le sujet a vécu, a été témoins ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont trouvé la mort ou ont été très gravement blessés ou menacés de mort ou de blessure graves. Durant ces événements l'intégrité physique du sujet ou celle d'autrui a pu être menacée.
- La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense ainsi que par un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

### **1.9.2. Symptômes d'intrusion :**

L'événement traumatique est constamment revécu de l'une (au moins) des façons suivantes :

- Souvenirs répétitifs et envahissant de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions.
- Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse.
- Impression ou agissement soudain « comme si l'événement » traumatique allait se reproduire (illusion, hallucination, flash- back).
- Sentiment intense de détresse psychologique lors de l'exposition à des indices externes ou internes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause.

-Réactivité physiologique lors de l'exposition des indices internes ou externes pouvant évoquer un aspect de l'événement traumatique en cause (DSM-IV-TR.2003, pp. 581-583).

### **1.9.3. Symptômes d'évitements :**

Evitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réaction générale (ne préexistant pas au traumatisme) avec au moins trois des manifestations suivantes.

- Effort pour éviter des pensées, sentiments ou conversation associées au traumatisme.
- Effort pour éviter des activités, lieux ou personnes qui réveillent les souvenirs du traumatisme.
- Incapacité à se rappeler d'un aspect important du traumatisme.
- Réduction nette de l'intérêt ou de la participation à des activités ayant une valeur significative.
- Sentiment de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres.
- Restriction des affects (par exemple, incapacité de ressentir de la tendresse) (DSM-IV-TR.2003, p. 252).

### **1.9.4. Symptômes neurovégétatifs :**

Présence de symptômes persistant une activation neurovégétatif(ne préexistant pas au traumatisme), avec au moins deux manifestation suivantes :

- Difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu.
- Irritabilité de concentration.
- Hyper vigilance.
- Difficulté de concentration.
- Réaction de sursaut exagérée.

### **1.9.5. Le Syndrome psycho traumatique :**

Selon L, Crocq, le syndrome psycho traumatique recouvre aussi bien les états pathologiques des phases post immédiates que ceux de la phase différée et chronicisée qui

englobent les troubles psychos traumatiques transitoires. Le syndrome durable répondant aux critères diagnostique de l'état de stress post traumatique qui représentent les authentique de névroses traumatiques. Ces névroses ont pour origine un traumatisme psychique qui répond aux critères de soudaineté, de brutalité, de violence et d'exception, ainsi qu'aux facteurs conjoncturels liés à la rencontre entre l'individu et un environnement à un moment donné et enfin aux facteurs structurels du sujet.(Crocq, L, 1999 P78).

En plus des peurs intenses, l'impuissance et l'horreur déterminés par le DSMVI, Crocq ainsi que des auteurs francophones insistent sur l'effondrement du narcissisme, la perception du chaos et le sentiment d'impuissance pour désigner le vécu du sujet l'ors de la confrontation à l'événement.

Dans le même sens, C. Barois parle d'accident qui est pour lui ce qui précipite l'homme dans la tragique (Barois C., 1998, P60).

Pour Claud Barois, le traumatisme psychique est cet ensemble de troubles psychiques qui surviennent au décours de cette soudaine intimité avec l'imposable, la mort et la réification de soi ou de l'autre. Dans cette situation, le narcissisme est frappé à mort par la rencontre affective avec le traumatisme originaire, menace du chaos sans non, du vide du retour à l'état de chose. Idem.

Tout événement traumatique a un impact sur le psychisme et induit chez le sujet une réaction que nous allons développer.

#### **1.9.5.1. Les réactions immédiates :**

Les troubles de cette phase relèvent de la réaction de stress. Ainsi, deux types de symptômes apparaissent en étant accompagnés de réactions adaptées au stress : les symptômes psychologique et physiologique.

C'est une réaction biologique, physiologique et psychologique quasi -reflex qu'a un sujet face à une situation menaçante, pour se défendre. Elle est secondaire à une décharge d'adrénaline qui induit sur le plan physiologique une accélération cardiaque, une tension musculaire, une fuite de la masse sanguine périphérie vers les organes nobles sur le plan psychologique une augmentation de l'attention, de la concentration et de perception aiguës, etc. (Crocq, L, 2000, P. 40).

Donc la réaction de stress mobilise l'organisme et le met en alerte face à un danger. Dans ce cas, le stress a une fonction adaptative. Pour L. Crocq le stress a trois fonctions :

- La focalisation de l'attention.
- La mobilisation de l'énergie.
- L'incitation à l'action qui pousse à une réaction.

Le même auteur ajoute une quatrième forme de réaction exceptionnelle qui correspond à une mobilisation neurologique importante et coûteuse en énergie accompagnée de symptômes très gênants tels que la tachycardie, le spasme viscéraux, la pâleur et l'impression d'irréalité. Ces réactions sont immédiates éphémères et accompagnées de sensations ambiguës à condition que l'événement traumatique ne se reproduise pas. Par contre, si le stress est intense, prolonge ou se répète à la personne déjà vulnérable, la charge devient débordante et les mécanismes de défenses s'affaiblissent, c'est le cas de stress dépassé qui se manifeste sous les formes suivantes :

- La sidération : stuporeuse d'ébéatitude ; c'est l'incapacité de réaction de réception sensorielle accompagnée de désorientation de confusion.
- Les réactions d'agitations de fuite de colère éventuellement de violence.
- Les réactions de fuite de panique.
- Les réactions d'action automatiques.

Nous trouvons aussi des réactions névrotiques psychotiques chez les personnes déjà prédisposé. Genre de stress est un mauvais pronostic, il peut se développer vers un PTSD. La durée de cette situation peut-être quelques heures comme elle peut durer (48h a72h).

#### **1.9.5.2. Les réactions post-immédiates ou phase de latence :**

Cette phase asymptotique qui succède celle des réactions immédiates est extrêmement variable. Elle s'étend de quelques heures à une semaine et parfois à une année ou plus. Des observations récentes ont motionné un raccourcissement et même une absence de temps de latence entre l'événement traumatique et l'apparition d'un syndrome répétitif, traumatique et discret.



Auparavant Charcot, Janet et Freud parlaient de temps d'incubation, de préparation, de médiation, de contemplation, de rumination ou d'élaboration. Pour Crocq, cette phase « est un temps toujours nécessaire au sujet pour se réhabituer à un climat de sécurité ». Elle est aussi un temps de remaniement pour une remise en fonction d'une défense. (Le système de défense habituel a été absent, défaillant ou débordant).

L.Crocq parle aussi de réaction différée qui est une décharge émotionnelle que le sujet a dû réprimer pendant le déroulement de l'événement, les crises de larmes et les crises excito-motrice. Dans cette phase qui est faussement silencieuse, Claude Barois distingue :

Un repli sur soi, un sentiment d'isolement, des difficultés d'adaptation dans les sphères familiales, conjugale ou professionnelle. Des états dépressifs s'actualisant par des sentiments de culpabilité, de honte ou d'indignation pouvant conduire même au suicide et à des plaintes somatiques. Des événements qui nous paraissent insignifiants peuvent évoquer un traumatisme initial, un bruit violent, une odeur, une image, etc. Le sujet s'enfonce dans le vécu de terreur et de l'événement traumatique qui va se répéter avec toute la charge émotionnelle des premiers instants. C'est ainsi qu'un syndrome psycho traumatique s'installe.

### **1.10. Evolution du traumatisme :**

Non traité, ou mal traité parce que le médecin, répondant à une demande limitée, se sera contenté de prescrire des somnifères, des anxiolytiques et des antidépresseurs pour réduire les symptômes apparents d'insomnie, d'anxiété et d'inhibition, ou parce que le patient fixé jalousement à son trauma. Il est très rare que le patient se dégage rapidement, en l'espace de quelques mois ou d'une année, de l'emprise de son trauma dans un effort de verbalisation de ses affects, au cours duquel il aura réussi à découvrir, seul ou en présence d'un thérapeute, le sens secret de son expérience vécue. Le DSM IV a identifié un peu arbitrairement deux variétés évolutives du PTSD : variété aiguë, si les symptômes durent plus d'un mois et moins de 3 mois, et variété chronique s'ils durent trois mois ou plus (Crocq., L2007, P49).

Louis Crocq a décrit des variétés particulières, selon l'âge (trauma de l'enfant et de l'adolescent) et selon le type d'agression (agression physique, viols, accidents, catastrophes, guerres). Les principales de ses variantes seront présentées plus loin.

### 1.11. Diagnostic du traumatisme selon le DSM-IV :

Les cliniciens américains, auteurs du DSM, ont introduit, dans la dernière révision, le diagnostic d'état de stress aigu (acute stress disorder) pour désigner cette période post-immédiate qu'ils reconnaissaient enfin. Ce diagnostic comporte huit catégories de critères (de A à H).

Les critères A sont les mêmes que ceux de l'état de stress post-traumatique (Chronique). Ainsi, on distingue deux critères de DSM : A1 et A2. Le premier signifie que le sujet a été exposé à un événement potentiellement traumatisant. Quant au deuxième, il désigne le fait pour le sujet d'avoir vécu l'événement dans les sentiments de peur, d'impuissance ou d'horreur.

-Les critères B se rapportent à la persistance des symptômes dits « dissociatifs » manifestés pendant l'événement, tels que torpeur, impression de brouillard, déréalisation, dépersonnalisation et amnésie d'un aspect de l'événement.

-Les critères C désignent les manifestations de reviviscence, telles qu'images, illusion, pensées intrusives, rêves de répétition et « états dissociatifs » vécus comme si l'événement allait se reproduire.

-Les critères D concernent l'évitement des stimuli évocateurs.

-Les critères E concernent la persistance de symptômes anxieux ou de manifestation dites d'activation neurovégétative, telles que difficultés de sommeil, irritabilité, hypervigilance, sursauts, etc.

-Les critères F mentionnent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social.

-Les critères G exigent la survenue du trouble dans les 4 semaines suivant l'événement et une durée minimale de 2 jours et maximale de 4 semaines.

-Les critères H éliminent les états psychiques dus à des toxiques, à une affection médicale générale, à une psychose ou une exagération d'un trouble mental préexistant.

En fait, ce diagnostic d'état de stress aigu est une combinaison de symptômes de la réaction immédiate et de symptômes de l'état de stress post-traumatique. En réalité ce diagnostic

d'état de stress aigu correspond à ce que nous venons de décrire comme tableau clinique de la phase de latence ou variante pathologique de la période post- immédiate (Ibid., P51)

**Tableau N° 01 : Syndromes psycho-traumatiques aigus et chroniques :**

|  | TABLEAU CLINIQUE  | DIAGNOSTIC DSM-IV  | DIAGNOSTIC CIM-10   |
|--|---|--|---|
| PATHOLOGIE Immédiate<br><br>Quelques minutes à 1ours | Stress dépassé<br><br>Réaction<br><br>névropathique<br>Réaction psychotique   |  | Réaction aigue à un facteur de stress<br><br>(F43.0)  |
| PTHOLOGIE POST-IMMÉDIATE de 2 JOURS à 1 mois         | Décharge différée<br>Queue de stress<br><br>Latence d'une névrose traumatique | Etat de stress aigu (308.3)<br><br>PTSD forme « aigue » (309.81) (Si inférieur à 1 mois)                       | Etat de stress post-traumatique transitoire(F34.1) (si inférieur à 1 mois)  |
| PTHOLOGIE CHRONICISEE<br><br>Supérieur à un mois     | Névrose traumatique transitoire<br><br>Durable (voire chronique)              | PTSD forme « aigue » (309.81) (si de 1 à 3 mois)<br><br>PTSD forme « chronique » (309.81) (supérieur à 3 mois) | Etat de stress post-traumatique durable (F43.1) (si de 1 mois à 2 ans) Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F.62.0) (supérieur à 2 ans) |

**Diagnostic entre : la réalité clinique, le système DSM-IV et la CIM-10**

La classification internationale des maladies mentales, dans sa 10<sup>e</sup> révision de 1992(CIM-10), la dénomme « *réaction aiguë à un facteur de stress* » (répertoriée F43.0). La nosographie américaine du DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>eme</sup> révision DSM-IV,1994*) n'a rien prévu pour la désigner, ce qui est une lacune notable (tableau 01). Pour ne pas avoir à prendre position sur le plan pathogénique (car le mot stress a une connotation biophysiological), nous proposons de dénommer « *réaction immédiate* » cette réaction qui suit immédiatement l'agression et qui ne dure en principe que quelques heures (de 1 à 6 heures, mais dans certains cas de figure une journée). Elle est le plus souvent normale, adaptative (quoique grevée de symptômes neurovégétatifs gênants) ; mais elle peut se révéler parfois pathologique, et inadaptative (L. Crocq. 1998, P17).

**1.12. Les modèles explicatifs de la psycho-trauma :**

La conception psychanalytique du traumatisme psychique.

Les travaux de S. Freud, S. Ferenczi et O. Fenechel ont donné une profondeur à l'étude de ses troubles qui deviendront par la suite des névroses de guerre.

**1.12.1. Le traumatisme psychique et le model économique selon Sigmund Freud :**

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

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

Pour expliquer ce modèle économique, Freud reprend une métaphore de la vésicule vivante et du par-excitation. Il compare le psychisme à une boule protoplasmique excitable protégée contre les stimulations de l'extérieure par une couche superficielle par-excitation

appropriée à réduire ces stimulations en les repoussant ou en les filtrant pour en atténuer l'intensité. Idem

Dans le cas d'une situation traumatique, les défenses psychiques sont surprises et l'organisation se retrouve dépassée. Le traumatisme pénètre le psychisme et y reste. Face à ces stimulations nocives, l'organisme fait l'effort d'assimilation ou d'expulsion.

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

### 1.12.2. Le traumatisme psychique selon Salvador Ferenczi :

C'est à Ferenczi que la psychanalyse doit l'étude approfondie des conséquences cliniques et théoriques du traumatisme. Il décrit le traumatisme comme un choc inattendu, violent, écrasant, une « *commotion psychique* » soudaine qui anéanti le sentiment de soi, la capacité de résister, d'agir, de penser et de se défendre. L'angoisse traumatique est la conséquence de l'impuissance, l'incapacité de s'adapter.

Une telle expérience traumatique mobilise des stratégies de survie, comme la sidération, le « *clivage narcissique* », la « *fragmentation* », l'« *anesthésie* ». Par le clivage narcissique, la fragmentation, le sujet désintègre l'unité de sa personnalité, il se fragmente en morceaux. De ce fait, il cesse d'exister, tout au moins comme moi global. Les fragments isolés peuvent souffrir chacun pour soi, mais le sujet lui cesse de souffrir, ne ressent plus la douleur infligée puisqu'il n'existe plus. Il « *rend son âme* », dit Ferenczi. Mais rendre l'âme permet de survivre corporellement à la mort, et de commencer à rétablir l'unité de la personnalité, avec des amnésies et des fragments de personnalité clivés qui contiennent les parties « *mortes* », dans l'agonie. On peut dire que la fragmentation, le clivage et l'anesthésie inactivent la zone traumatique, afin de permettre la survie de la partie vivante du mot qui continue de se développer (Cicconne, A. et, Ferrant, A., 2009, P26).

Dans la présentation de son livre, « *abrégé de la psychanalyse* », Ferenczi représentait les névroses traumatiques comme « *un mélange spécifique de symptômes psychique et narcissiques se caractérisant par une hyper sensibilité hypocondriaque, un amoindrissement du courage et de la confiance en soi, une régression an stade infantile*

*d'impuissance et de besoins d'autrui, une réduction de l'intérêt pour le monde extérieur »*  
Idem.

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

### **1.12.3. Le traumatisme psychique selon Otto Fenechel :**

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

Fenechel a décrit la symptomatologie de la névrose traumatique sous forme d'une triade Sémiologique comportant:

#### **1.12.3.1. Un blocage ou affaiblissement des fonctions du moi :**

C'est la centration de toute l'énergie mentale sur une tâche unique ce qui affaiblit les autres fonctions du Moi. L'organisme se mis à fonctionner selon un modèle primitif qui consiste à résoudre la tension sous laquelle il se trouve avant qu'il puisse accepter d'autres stimuli. La sexualité est l'une des fonctions qui peut être touché par ce blocage : nous trouvons l'impuissance chez l'homme car l'énergie sexuelle est déjà mobilisée. Pour Fenechel, « *le blocage du Moi dans l'évanouissement comme réponse à un trauma est le*

*mécanisme de défense le plus archaïque ».*

#### **1.12.4.2. Des crises émotives :**

L'un des modes archaïques de « *décharges d'urgence* » c'est l'angoisse et la colère. Fenechel pense que les crises émotives appartiennent à la catégorie des symptômes de répétition et que l'épilepsie peut être une « *soupape de secours* » chez les personnes déjà prédisposées. Fenechel parle aussi de troubles de sommeil qui sont le résultat d'une forte excitation qui ne laisse pas l'organisme se détendre.

#### **1.12.4.3. Des symptômes de répétition :**

La répétition des rêves est une forme de régression vers un mode primitif d'intégration. Cette répétition peut être bénéfique, car c'est une manière de maîtriser le monde extérieur. La répétition à l'état de veille ne se limite pas aux souvenirs ou pensées conscientes. Comme nous observons par fois des mouvements ou des tics (Fenichel. O. 1997, P 184 et 185).

### **1.13. La prise en charge des traumatismes psychiques :**

#### **1.13.1. La prévention du Syndrome de stress post-traumatique :**

Etant donné l'évolution assez longue de cette pathologie, naturellement ou sous traitement, et les perturbations qu'elle entraîne chez ceux qui en sont victimes, des moyens de prévenir l'apparition du syndrome de stress post-traumatique dans les suites d'un événement stressant ont été activement recherchés. C'est ainsi qu'a été mis en place le principe de débriefing psychologique. Il s'agit d'une psychothérapie abréactive précoce, pendant laquelle on offre au sujet la possibilité d'objectiver, de relativiser et de maîtriser le traumatisme.

Elle repose sur l'incitation à la verbalisation de l'expérience vécue afin d'amener le sujet à reconnaître la réalité du traumatisme psychique, d'atténuer les sentiments de culpabilité, d'impuissance et d'échec et enfin de mettre un terme à l'événement. Elle permet aussi d'informer le sujet sur les symptômes pouvant apparaître dans un but de dédramatisation et surtout de repérer les sujets vulnérables pour une prise en charge plus complète. (Lapierre, F. Wager. M, 2003P31).

**1.13.2. La thérapie d'inspiration analytique ou la thérapie psychodynamique :**

Sont couramment utilisées dans le traitement de ce type de pathologie mais n'ont pas démontré leur efficacité dans le traitement du syndrome de stress post-traumatique lors des différentes études cliniques. Les psychothérapies psycho-dynamiques utilisent les concepts de la psychanalyse, mais elles affichent des buts différents. Si l'analyse est une aventure où l'analysant est à la recherche de la vérité, et que la guérison ne lui est donnée que par surcroît, la guérison est ici ce qui est recherché. La référence à la psychanalyse indique en premier lieu avec quelle grille d'interprétation le praticien écoute le discours de son patient (Lebigot, F 2005, P168).

**1.13.3. Traitement pharmacologique :**

Le but de ces traitements médicamenteux est de réduire les symptômes caractéristiques, d'améliorer la résilience au stress ainsi que la qualité de vie, de diminuer l'handicap généré par les troubles psychologiques et enfin de réduire les co-morbidités.

Dans cette indication, différents médicaments ont été évalués avec une efficacité variable selon les symptômes prédominants.

Les antidépresseurs de type inhibiteur de la recapture de la sérotonine (IRSS) sont le traitement de 1<sup>ère</sup> intention du fait de leur efficacité sur le « cœur » des symptômes tout en ayant des effets indésirables modérés ; en effet, ils sont actifs sur les symptômes d'anxiété et de troubles du sommeil ainsi que sur les phénomènes d'hyper vigilance.

En second lieu, ce sont les antidépresseurs tricycliques qui sont prescrits du fait de leur efficacité sur les phénomènes d'intrusion et les symptômes d'anxiété et de dépression. Par contre, leur efficacité est moindre sur l'évitement et l'émoussement affectif.

Les antidépresseurs peuvent être associés aux benzodiazépines. Tous ces traitements sont, le plus souvent, associés à une psychothérapie pour une efficacité optimale (Vaiva, G. et Lebigot, F., 2005 P70).

**1.13.4. Importance du soutien sociale :**

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



**- Aspects positifs du soutien social :**

Dans une étude de Ersland, 88% des sauveteurs rapportent que ce qui les aide à travailler pendant une catastrophe c'est qu'ils partagent leurs émotions et sentiments avec d'autres sauveteurs. Bouthilon conclut qu'il semble bien que tous les sujets qui ont pu bénéficier soit d'une possibilité d'action, de verbalisation ou de mentalisation au moment du trauma, soit d'une abréaction précoce immédiatement après (récit à un sauveteur ou à un tiers), aient été protégés contre l'installation d'un état de stress post-traumatique (Ducrocq, F., 2005, P66).

**- Aspects négatifs du soutien social :**

Certains auteurs rappellent ainsi que la qualité du soutien social et le recours à celui-ci peuvent être considérablement très grevés de par la nature même du trauma et de ses conséquences psychopathologiques, privant alors un individu en souffrance de ressources pourtant disponibles. De même, un excès de protection de l'individu, de la part d'un entourage de qualité, est associé, selon certains auteurs, à un plus grand malaise et une plus grande difficulté à reprendre le travail après un accident ou une maladie. Il n'est pas question, en effet, d'étouffer l'autre de sollicitude et de protection, mais bien de soutenir, dès l'amorce et tout au long du processus de soins, par rapport à la mobilisation de ses ressources propres (Ibid., P67).

**Synthèse du premier chapitre:**

On guise de conclusion de ce chapitre, on constate que le traumatisme psychique chez les accidentés est un événement qui a ses causes et il a plusieurs classifications. Par ailleurs, il reste toujours l'un des sujets les plus complexes qui nécessite l'intervention interdisciplinaire pour une meilleure prise en charge. Enfin, il reste à savoir les réactions des traumatisés lors de l'arrivée de l'événement traumatique. C'est ce que nous verrons dans les prochains développements.

# Chapitre II

## Préambule

Les accidents de la route constituent, partout dans le monde, un fléau social de grande ampleur qui ne saurait à la dimension statistique. L'accident routier est le résultat d'une combinaison complexe de facteurs divers et difficiles à pondérer que l'on ramène trop sommairement à un triptyque véhicule- environnement usager.

## 1. L'accidentologie routière :

### 1.1. Définition :

L'accidentologie routière est l'étude des aspects et de mécanismes des accidents de la route, permettant d'identifier les facteurs impliqués et de qualifier leurs rôles.

L'accidentologie est l'étude des accidents. 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'informations pour obtenir une vision globale et exhaustive des accidents. L'accidentologie passe dans sa phase « *moderne* » dans les années 1970. Elle commence à se différencier de la traumatologie pure. Un accident est étudié de manière plus fine et plus nuancée (Ferrandez. F., p1995, PP 88-89).

En accidentologie, deux types d'approches sont possibles, le critère que l'on choisit de privilégier : l'accident ou le traumatisme induit par celui-ci.

Dans l'approche « *accident* », la victime intervient surtout comme critère de sélection des accidents « *corporels* » ou « *mortels* ». Elle est évaluée en termes de réduction de la mortalité. Quant à l'approche « *traumatisme* » elle repose sur l'état de santé consolidé de la victime : décès ou survie avec ou sans séquelles. Elle s'intéresse non pas à l'accident mortel, mais aux causes de décès, et non pas à la corporalité de l'accident, mais aux causes des handicaps graves. Les avantages de cette approche par rapport à précédent résident dans le fait de permettre d'identifier des priorités en termes de réduction des conséquences humaines des accidents. (Ibid., P06).

### 1.2. Définition de l'accident de la route

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'accident de la route est défini comme tout accident qui s'est produit sur une route ouverte à la circulation des usagers de la

route dans lequel, au moins un véhicule en mouvement est impliqué et provoqué des dommages corporels et/ ou matériels. Les usagers sont des composants parmi d'autres, du flux du trafic. Ils peuvent être soit une personne non protégée comme le piéton ou le passager d'un véhicule à deux roues, soit une personne non protégée comme le conducteur ou le passager d'un véhicule à moteur (Masmoudi. S., 2004, P04).

Les données se rapportant aux accidents incluent : les collisions entre véhicules, entre véhicules et cyclistes ou motocyclistes, entre véhicules et piétons, entre véhicules et animaux, entre véhicule et obstacle fixes. Cette définition inclut aussi en principe les accidents des véhicules seuls ou des cyclistes seuls ou des motocyclistes seuls.

Le Journal officiel n° 46 donne une définition qui sert à distinguer entre les accidents de la route (incendie, séisme, etc.) « *L'accident est un événement au cours duquel un dommage est causé à une personne ou à un bien matériel, impliquant ou causé par un routier en mouvement, et survenant sur tout chemin ou terrain, l'accident peut impliquer plus d'un véhicule routier* ».

### 1.3 Les types d'accidents de la route :

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

**1.3.1 Les accidents corporels :** Ce sont des accidents qui se manifestent par des dommages corporels (blessés, tués). Il peut s'agir d'un accident de piéton ou d'un accident entre deux véhicules accidents. Un accident corporel est un accident qui :

S'est produit sur une route ou sur ou sur ouverte à la circulation publique ou y fut son origine.

A provoquer au moins une victime.

**1.3.2. Les accidents matériels :** Les accidents matériels sont ceux se rapportent à la même définition des accidents et qui n'ont pas eu pour conséquence des victimes tuées ou blessées, mais qui se manifestent seulement par des dommages matériels (dégâts matériels) enregistrés sur les véhicules, les équipements, l'infrastructure ou toute autre construction (Ibid., P5).

### 1.4. Les victimes d'accident :

Les victimes sont classées habituellement selon la gravité de leur blessure. Les termes les plus communément utilisés dans les statistiques des accidents de la route sont : tuées, blessés graves et blessés légers. Les définitions nationales de ces termes sont divergentes d'un

pays à l'autre. Les pays de l'Europe se basent sur les définitions de la banque données d'accident de la route IRTAD (International Road Traffic Accident Data base) de l'OCDE (Organisation de Coopération et de développement économique). Le « *hospitalise* » a aussi été introduit dans la banque IRTAD pour couvrir les victimes d'accident admises pour soins pour soins à l'hôpital, exclusion faite des tuées (Laumon, B., 2005, P86).

Les victimes peuvent être classées en deux catégories :

**-Les personnes tuées :** Selon la conviction de Vienne, la définition d'une personne tuée est : toute personne qui été tuée au moment de l'accident ou qui est morte dans les 30 jours qui ont suivi cet accident. « *Certains pays comme la France considèrent comme tuées sur la place ou mort dans les 6 jours qui suivent l'accident* ». (Ibid., P87).

**-Les personnes blessées :** Une personne blessée est définie comme toute personne qui n'a pas été tuée, mais qui a subi une ou plusieurs blessures graves ou légères résultant de l'accident (Haddak, M., 2005, P14).

### 1.5. Les caractéristiques spatio-temporelles des accidents de la route :

L'accident de la route est caractérisé par deux facteurs :

**-Le facteur temporel :** La répartition des accidents de la route varie selon la période de l'occurrence de l'accident (le mois de l'accident, le jour et l'heure). De nombreuses études ont montré que le nombre d'accidents par mois augmente dans des périodes bien précises généralement les heures de pointes (Bouzigue. J., 1995, P16).

**-Le facteur spatial :** comme dans le facteur corporel, les accidents de la route varient en fonction du lieu urbain ou rase campagne (zone urbaine ou zone rurale) et même au niveau d'un même lieu, il existe des cités plus accidentogènes que les autres. (Ibid., P17).

### 1.6. Les causes des accidents de la route :

Les accidents de la route résultent de la combinaison de multiples facteurs : la puissance de la conception des véhicules, leur état de fonctionnement, la qualité des voies de circulation, les conditions climatiques, la réglementation et la façon imposée sont autant de déterminants qui sont à mettre en parallèle avec l'état de santé, mais aussi avec les valeurs, les attitudes et les comportements des conducteurs.

En général les accidents de la route ont pour origine trois facteurs principaux, homme, véhicule et environnement. Ils sont le résultat d'un dysfonctionnement du système homme, véhicule et environnement, chacune de ces composantes de ce système contribue à la survenance des accidents, mais il est nécessaire d'insister sur la prépondérance du facteur humain. Plusieurs études approfondies des accidents identifient l'erreur humaine comme des composantes causales les plus importantes dans la majorité des accidents. (OMS, Rapport de secrétariat. 2004, P2).

### **1.6.1. Les causes liées aux facteurs humains :**

Les causes liées aux facteurs humains sont en nombre de deux :

#### **1.6.1.1. Les causes liées au conducteur :**

- Refus de priorité
- Stationnement dangereux
- Eclairage défectueux
- Faute personnelles de conduite
- L'ivresse au volant :

L'alcool au volant est l'une des principales causes d'accidents dans de nombreux pays, l'alcool est l'origine, en plus des accidents matériels, d'accident corporels. Les principales conséquences de l'alcoolémie, concernant les accidents, sont essentiellement les erreurs de perception et les erreurs de décision. Suivant les pays, la limite supérieure, en gramme d'alcool dans un litre de sang tolérée pour la conduite d'un véhicule à moteur ne doit pas dépasser 0,10 grammes/ litre. Pour l'ensemble des conducteurs, le risque d'accident commence à augmenter sensiblement lorsque l'alcoolémie atteint 0,10 g, le risque d'accidents sera trois fois supérieur à celui encouru avec une limite de les 0,04 g dans l'halène. Par conséquent, les conducteurs qui consomment de l'alcool mettent en danger les piétons et les passagers de deux roues motorisées (OMS., 2004.P87). *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation.*

- La vitesse :

La vitesse est considérée comme le deuxième facteur le plus important après l'alcool pour la survenue des collisions. Une vitesse excessive ou inappropriée aux circonstances est l'un des facteurs majeurs de l'insécurité routière. Des faits et des constatations en apportent la preuve.

Toutes les expériences montrent que les limitations de vitesse améliorent la sécurité routière. Les expériences vécues dans les pays développés ont toujours considérablement amélioré la sécurité routière. C'est le cas d'un certain nombre de pays comme l'Allemagne en 1975 qui a limité la vitesse à 100 Km/h sur route ; aux Etats-Unis ont diminué, de la vitesse sur autoroute de 16 Km/h en 1974 ; en France la réduction des vitesses moyenne de l'ordre de 10 Km/h en 1970 et en Suisse, une expérimentation de la réduction des vitesses limites en ville de 60 à 50 Km/h en 1982,) toutes ces expériences de réduction de vitesse ont conduit au respect.

-La réduction du nombre d'accidents de 8 % et de la gravité des accidents de 20 % sur les routes hors agglomération en Allemagne.

- Baisse du nombre de tués de 11 % (soit un gain de 6000 tués annuellement) aux Etats-Unis.

- Un gain de sécurité, le nombre de tués a diminué de 31 % en France.

- Les accidents constatés ont diminué de 9,3 % en Suisse.

Chaque fois que des limitations de vitesse précédemment fixées aient été relevées, on a constaté une aggravation de l'insécurité routière. A l'exemple des Etats-Unis qui ont autorisé l'augmentation de la vitesse moyenne de 3Km/h a eu pour effet un accroissement de 18 % du nombre de tués ((Namias. R., 2002, P47).

L'OMS a montré l'incidence de la vitesse sur les accidents et les blessures qui en résultent comme suit :

- Une augmentation de la vitesse de 1 km/h est associée à une augmentation de 3% du risque d'accidents avec blessures.

- Pour les occupants d'une voiture accidentée à une vitesse de 80 km/h, la probabilité de décès est 20 fois supérieure à ce qu'elle aurait été à 32km/h.

-La probabilité qu'un piéton soit tué est multipliée par huit lorsque la vitesse passe de 30 km/h à 50 km/h (OMS., 2004,P83).

L'INRETS (Institut National de Recherche sur le transport et leur Sécurité en France) a également montré que le taux d'accidents corporels par véhicule subit presque un doublement quand on passe d'une vitesse de 100Km/ à 180 (Stacey. C., et Fouvez, M., 2006, PP 28-31).

### **1.7. Les différentes phases de la prise en charge des accidentés de la route :**

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

#### **1.7.1. La phase pré-hospitalière :**

La prise en charge des blessés est préparée dès l'appel de la protection civil ou du SAMU. L'appel du SAMU est reçu au niveau de la permanence par le médecin régulateur qui est le chef de service ou un autre médecin régulateur qui dépêche les secours lorsqu'il y'a une disponibilité de l'ambulance. De ce fait, la prise en charge des accidentés commence dès le transport des blessés qui se fait par une ambulance médicalisée dont l'équipage est constitué par un médecin, un infirmier et un chauffeur. Un bulletin d'intervention est rempli pour chaque urgence et comporte toute les informations sur l'urgence et les gestes appliqués, en communiquant de façon permanente avec le siège permanence.

#### **1.7.2. La phase hospitalière :**

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

- Le premier concerne les centres de santé.
- Le deuxième palier concerne les polycliniques où existe un plateau technique. Ces deux paliers qui forment ce qui est appelé « *les structures extra hospitalières* » ont une intervention appréciable dans la prise en charge des blessés des accidents de la route (Abrouk. S., 2004, P10).



### 1.8. Tableaux récapitulatifs des accidents de route :

Dans les tableaux qui viennent, nous allons présenter quelques données statistiques des accidents de la route au niveau de la wilaya de Bejaia.

#### 1.8.1. Comparaison des accidents de la route entre l'année 2010 jusqu'à 2012

Les accidents de la route dans la wilaya de Bejaia surviennent particulièrement durant la saison estivale. Les causes de la progression de ce fléau sont multiples : il ya l'excès de vitesse, le non-respect du Code de la route, l'état d'ivresse, le manque de réflexe, etc. Les données qui suivent proviennent de l'intervention (enregistrement) effectuée par les éléments de force de l'ordre ; gendarmerie nationale.

**Tableau N°1 :**

**Comparaison des accidents de la route entre l'année 2010 jusqu'à 2012**

| ANNÉE | Nombre d'accident |        |        |        |          |      | Total | Victime |     |        |     | TOTAL |
|-------|-------------------|--------|--------|--------|----------|------|-------|---------|-----|--------|-----|-------|
|       | Corporel          |        | mortel |        | matériel |      |       | Blessé  |     | morts  |     |       |
|       | Nombre            | %      | Nombre | %      | Nombre   | %    |       | Nombre  | %   | Nombre | %   |       |
| 2010  | 405               | 81.5 % | 72     | 14.5 % | 20       | 04%  | 497   | 895     | 92% | 81     | 8%  | 976   |
| 2011  | 414               | 80%    | 68     | 13%    | 34       | 07%  | 516   | 898     | 92% | 79     | 8%  | 977   |
| 2012  | 357               | 79%    | 69     | 15.5%  | 25       | 5.5% | 451   | 750     | 90% | 84     | 10% | 834   |

Le tableau 01 montre respectivement l'année dans la répartition des accidents et des victimes, nous constatons que l'évolution du nombre d'accidents ne suit pas la même cadence que l'évolution des tués et des blessés. La divergence est nettement apparente durant en 2011. Durant cette période, le nombre d'accidents de la circulation augmenté ainsi les blessés et tués une hausse augmentation. L'importance du nombre d'accident et de victimes enregistré durant cette année est du peut-être d'une part au fait qu'elle correspond à la saison estivale et des vacances et au début de la rentrée sociales, où il ya trop de déplacements et de circulation et d'autres part, à l'arrivée des émigrés qui s'adaptent mal aux infrastructures routières de notre pays.

**Tableau N° 02 Sources : Statistique réalisée par les données du groupement de la gendarmerie nationale de la wilaya de Bejaia**

|                                   | Nombre d'accidents |     |        |       | Blessés |       |        |       | Morts  |      |        |       |
|-----------------------------------|--------------------|-----|--------|-------|---------|-------|--------|-------|--------|------|--------|-------|
|                                   | 2010               |     | 2011   |       | 2010    |       | 2011   |       | 2010   |      | 2011   |       |
|                                   | Nombre             | %   | Nombre | %     | Nombre  | %     | Nombre | %     | Nombre | %    | Nombre | %     |
| 00 <sup>h</sup> – 06 <sup>h</sup> | 36                 | 7%  | 42     | 8%    | 95      | 10.5% | 66     | 7.5%  | 6      | 7.5% | 14     | 18%   |
| 06 <sup>h</sup> -09 <sup>h</sup>  | 68                 | 14% | 45     | 9%    | 142     | 16%   | 81     | 9%    | 6      | 7.5% | 8      | 10%   |
| 09 <sup>h</sup> -12 <sup>h</sup>  | 99                 | 20% | 64     | 12.5% | 187     | 21%   | 99     | 11%   | 13     | 16%  | 9      | 11.5% |
| 12 <sup>h</sup> -14 <sup>h</sup>  | 121                | 24% | 77     | 15%   | 241     | 27%   | 146    | 16%   | 18     | 22%  | 10     | 12.5% |
| 14 <sup>h</sup> -18 <sup>h</sup>  | 113                | 23% | 127    | 24.5% | 182     | 20%   | 232    | 26%   | 24     | 30%  | 15     | 19%   |
| 18 <sup>h</sup> -00 <sup>h</sup>  | 60                 | 12% | 161    | 31%   | 48      | 5.5%  | 274    | 30.5% | 14     | 17%  | 23     | 29%   |
|                                   | 497                |     | 516    |       | 895     |       | 898    |       | 81     |      | 79     |       |

La répartition des accidents par heure de la journée (les données de la gendarmerie nationale), montre un moyen du nombre d'accidents allant de 8% de minuit à 6h du matin à De midi à 14h. Le taux le plus important a été enregistré entre 14h à 18h. De même, on a enregistré un taux important de 31% dans la période 18h à 00h, cela peut s'expliquer par l'état des conducteurs du fait que cette période correspond à la période des sorties en soirée.

L'analyse des données de tableau nous amène à déduire que les tendances horaires sont différentes entre 2010 et 2012, nous remarquons une différence significative durant les premières heures de la journée. On a plus d'accidents de minuit à 9h du matin. Cela peut s'expliquer par la circulation intense particulièrement de minuit à 6 heures du matin des poids lourds. Ce qui n'est pas le cas pour la période de midi (12h00 à 14h00) où l'on a enregistré un taux d'accidents plus élevé, cela étant, car cette période correspond aux heures de pointes (sortie des élèves, des étudiants et des travailleurs de leurs postes de travail, etc.). Le plus grand nombre d'accidents a été enregistré entre 14 heures et minuit, il n'y a pas de différences significatives dans la répartition des accidents. Mais c'est à ce moment-là qu'on a enregistré le plus grand nombre d'accidents. Cela peut s'expliquer par les heures de pointe pour la période (14h à 18 h) où l'on assiste à une circulation intense et à la tombée de la nuit

pour la période au-delà de 18 heures, ce qui rend la conduite et la maîtrise du véhicule de plus en plus compliquée.

**Tableau N°03 : Répartition des victimes par classe d'âge et par sexe au niveau de la wilaya de Bejaia.**

| Nombre des victimes (conducteurs – piétons – voyageurs) année 2010 |            |            |            |            |           |            |           |            |
|--|------------|------------|------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| Age  | Blessés    |            |            |            | Tués      |            |           |            |
|  | Masculin   |            | Féminin    |            | Masculin  |            | Féminin   |            |
|  | Nombre     | %          | Nombre     | %          | Nombre    | %          | Nombre    | %          |
| Moins 04 ans   | 15         | 2 %        | 08         | 4%         | 03        | 4.4%       | 01        | 8.5%       |
| De 05 à 09   | 19         | 3%         | 12         | 6%         | 01        | 1.5%       | 00        | 00         |
| De 10 à 14   | 23         | 4%         | 09         | 5%         | 01        | 1.5%       | 00        | 00         |
| De 15 à 19   | 51         | 7%         | 12         | 6%         | 02        | 3%         | 01        | 8.5%       |
| De 20 à 24   | 101        | 14%        | 25         | 13%        | 09        | 13%        | 02        | 16.5%      |
| De 25 à 29   | 117        | 17%        | 16         | 9 %        | 15        | 22         | 03        | 2.5%       |
| De 30 à 34   | 92         | 13%        | 27         | 14%        | 12        | 17.5%      | 01        | 8.5%       |
| De 35 à 40   | 68         | 10%        | 15         | 8%         | 01        | 1.5%       | 00        | 00         |
| De 40 à 45   | 46         | 6%         | 14         | 7%         | 07        | 10%        | 01        | 8.5%       |
| De 45 à 50   | 56         | 8%         | 15         | 8%         | 02        | 3%         | 01        | 8.5%       |
| Plus de 51 ans   | 116        | 16%        | 38         | 20%        | 16        | 23%        | 02        | 16.5%      |
| <b>TOTAL</b>   | <b>704</b> | <b>79%</b> | <b>191</b> | <b>21%</b> | <b>69</b> | <b>85%</b> | <b>12</b> | <b>15%</b> |
|  | <b>895</b> |            |            |            | <b>81</b> |            |           |            |

| Nombre des victimes (conducteurs – piétons – voyageurs) année 2011 |            |            |            |            |           |            |           |            |
|--|------------|------------|------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| Age  | Blessés    |            |            |            | Décédés   |            |           |            |
|  | Masculin   |            | Féminin    |            | Masculin  |            | Féminin   |            |
|  | Nombre     | %          | Nombre     | %          | Nombre    | %          | Nombre    | %          |
| Moins 04 ans   | 22         | 3%         | 5          | 3.5%       | 00        | 00         | 00        | 00         |
| 05-09  | 11         | 1%         | 10         | 7%         | 00        | 00         | 01        | 8%         |
| 10-14  | 14         | 2%         | 09         | 6%         | 00        | 00         | 00        | 00         |
| 15-19  | 49         | 6%         | 10         | 7%         | 03        | 4.5%       | 00        | 00         |
| 20-24  | 146        | 19%        | 14         | 10%        | 12        | 18%        | 01        | 8%         |
| 25-29  | 169        | 22%        | 15         | 10.5%      | 14        | 21%        | 03        | 25%        |
| 30-34  | 17         | 2%         | 11         | 8 %        | 13        | 19%        | 00        | 00         |
| 35-40  | 69         | 9%         | 14         | 10%        | 03        | 4.5%       | 02        | 17%        |
| 40-45  | 53         | 7%         | 06         | 4%         | 06        | 9%         | 00        | 00         |
| 45-50  | 47         | 6%         | 10         | 7%         | 04        | 6%         | 00        | 00         |
| Plus de 51 ans   | 96         | 13%        | 36         | 25%        | 12        | 18%        | 04        | 34%        |
| Inconnu  | 8          | 10 %       | 03         | 2%         | 00        | 00         | 01        | 8%         |
| <b>Total</b>   | <b>755</b> | <b>84%</b> | <b>143</b> | <b>16%</b> | <b>67</b> | <b>85%</b> | <b>12</b> | <b>15%</b> |
|  | <b>898</b> |            |            |            | <b>79</b> |            |           |            |

Source : Réalisé à partir des données du groupement de la gendarmerie nationale de la wilaya de Bejaia

La répartition des victimes par classe d'âge et par sexe montre qu'il ya des catégories de population plus exposées que d'autres aux dangers des accidents de la route. Les statistiques disponibles au niveau de la wilaya de Bejaia en « 2010 », montrent que les enfants âgés de moins de 15 ans représentent respectivement 4% de blessés et de tués. Cela peut s'expliquer par la vulnérabilité de l'enfant du fait de sa taille, car il peut être dissimulé par des véhicules en stationnement et il a du mal à distinguer l'horizon. IL distingue mal les bruits et arrive difficilement à localiser de quel coter arrivent les véhicules. IL à aussi beaucoup de mal à évaluer les distances et identifier si un véhicule est à l'arrêt ou mouvement. En l'absence des parents, aucune baisse ne peut être espérée pour cette tranche d'âge.

Les catégories de 20 à 45 ans occupent la première position en nombre de blessés et de tués avec respectivement des taux de 17% du total. Ce qui peut s'expliquer, pour la tranche d'âge de 20 à 24 ans, par les comportements dangereux, l'enfantillage des conducteurs adolescent et le sou est estimation du risque par les piétons de cette catégorie d'âge. Pour celle allant de 25 à 45, le taux important peut s'expliquer par les déplacements intensifs des conducteurs et des autres usagers de la route du fait qu'elle représente l'âge de travail. Pour la tranche d'âge 30 à 34 ans, le faible taux de blessés 11% par rapport aux taux de tués 19% démontre la fragilité de cette catégorie de victimes à sortir indemne d'un accident.

La répartition des accidents par sexe montre que la grande partie des victimes est de sexe masculin. En effet, 84 % blessés et 85% des tués sont de sexe masculin. Cela peut s'expliquer par le nombre de conducteurs de sexe masculin qui est beaucoup plus important les conducteurs de sexe féminin et par la nature de route et de véhicule qu'utilise chacune de ces catégories.

**Tableau N°04 le véhicule impliqué dans les accidents de la route.**

| Type des voitures           | Année 2010 |       | Année 2011 |       |
|-----------------------------|------------|-------|------------|-------|
|                             | Nombre     | %     | Nombre     | %     |
| Voitures légères            | 541        | 72%   | 600        | 72%   |
| Voitures lourd              | 108        | 14.5% | 118        | 14%   |
| Voitures couvertes          | 08         | 1%    | 12         | 1.5%  |
| Bus et véhicules collectifs | 22         | 3%    | 24         | 3%    |
| agricole                    | 06         | 0.5%  | 07         | 1%    |
| Moto cycliste               | 61         | 8%    | 64         | 8%    |
| Trains                      | 07         | 0.75% | 04         | 0.5%  |
| Autres                      | 00         | 00    | 02         | 0.25% |
| Matériels travaux publics   | 02         | 0.25  | 01         | 0.25  |
| Total                       | 755        |       | 832        |       |

**Source : Rapport de la gendarmerie nationale de la wilaya de Bejaia.**

Les statistiques des forces de l'ordre, ont montré que la catégorie de véhicules la plus impliquée dans les accidents de la route dans la wilaya de Bejaia, est celle des véhicules de poids légers 600 accidents en 2011. Il y a une hausse augmentation comparativement à l'année 2010. Cela est dû dans un premier plan à la part de cette catégorie de véhicule dans le parc automobile. Puis, viennent en deuxième position les poids lourds et les motocyclettes avec 64 accidents. Cela peut s'expliquer par les catégories de véhicules circulant en et hors agglomération.

Toutes catégories confondues, la répartition des véhicules impliqués dans les accidents de la circulation routière dans la wilaya de Bejaia met en évidence la dégradation du parc automobile. Il a été remarqué également que les véhicules de transport en commun de voyageurs et de transport collectif sont moins impliqués dans les accidents avec seulement 10,51% du taux global, mais nous pouvons dire qu'ils enregistrent les accidents les plus graves du fait du nombre important de passagers qu'ils transportent. Ceci incite à s'interroger sur l'état mécanique des véhiculerait que l'âge du véhicule sont l'un des facteurs explicatifs des accidents de la circulation.

### **- Les conducteurs impliqués dans les accidents de la route 2010-2012**

La conduite de véhicules est une technique qui s'apprend et comme toute autre technique ne peut se conserver qu'une pratique régulière, l'expérience par contre ne s'enseigne pas, mais peut être s'acquiert avec l'âge. Donc l'âge a un rôle très important pour la sécurité des conducteurs et des usagers de la route. Les statistiques de la gendarmerie

nationale montrent que parmi les victimes d'accidents, on trouve un nombre important de blessés. Le tableau suivant nous montre la répartition des conducteurs impliqués dans les accidents de la route par profession.

**Tableau N° 05 Répartitions des conducteurs impliqués par profession**

| PROFESSION          | 2010   |        | 2011   |       |
|---------------------|--------|--------|--------|-------|
|                     | Nombre | %      | Nombre | %     |
| Chauffeurs          | 186    | 23.5 % | 174    | 21.5% |
| Commerçants         | 94     | 12%    | 90     | 11%   |
| Fonctionnaires      | 87     | 11%    | 106    | 13%   |
| Sans profession     | 179    | 22.5%  | 136    | 17%   |
| Agriculteurs        | 32     | 4%     | 30     | 3.5%  |
| Fonctions libérales | 104    | 13.5%  | 08     | 1%    |
| Étudiants           | 20     | 2.75%  | 32     | 4%    |
| Chauffeurs de taxi  | 03     | 0.5%   | 05     | 0.5%  |
| Artisans            | 08     | 1%     | 34     | 4.5%  |
| Ouvriers            | 19     | 2.5%   | 90     | 11%   |
| Retraités           | 44     | 5.5%   | 51     | 6.5%  |
| Autres              | 10     | 1.25   | 51     | 6.5%  |
| Total               | 786    |        | 807    |       |

**Source : Rapport de la gendarmerie nationale année 2012.**

À partir du tableau n° 05, nous constatons que la majorité des conducteurs impliqués dans les accidents de la route au niveau de la wilaya de Bejaia sont des chauffeurs, cela peut s'expliquer par l'exposition permanente de cette catégorie aux dangers de la route. Par ailleurs, 11% sont des respectivement des fonctionnaires et des commerçants. Le faible taux d'accidents encourus par les artisans et les ouvriers peut s'expliquer par leur incapacité de s'offrir in véhicule et à la non-nécessité de son utilisation pour les déplacements.

## 2. Le traumatisme psychique et accident de la route

Certaines personnes réagissent aux traumatismes collectifs ou individuels par des manifestations cliniques, qui deviennent parfois un syndrome clinique, alors que d'autres disposent d'une force remarquable donnant l'impression d'être intouchable dans des circonstances pareilles. De plus, devant un événement traumatique, tous les individus ne sont pas à risque égal de traumatisations. Plusieurs éléments interviennent chaque fois qu'un risque ou un traumatisme se produit.

## 2.1. Sentiment de culpabilité :

**2.1.1. Définition :** Ce terme est employé en psychanalyse avec une acceptation très large :

-Il peut désigner un état affectif consécutif à un acte que le sujet tient pour répréhensible, en raison invoquée pouvant d'ailleurs être plus ou moins adéquate (remords du criminel et auto-reproche d'apparence absurde), ou encore diffus d'indignité personnelle sans relation avec un acte précis dont le sujet s'accuserait. (Lagache, D., 1996, P440).

-Il est postulé par l'analyse comme système de motivations inconscientes rendant compte de comportements d'échec, de conduites délinquantes, de souffrance que s'inflige le sujet. (Ibidem, P115).

**2.1.2. Origines du sentiment de culpabilité :** C'est une disposition héréditaire laissée dans l'espèce humaine (trace mnésique héréditaire) par une première faute : le meurtre du père. Cette disposition constitue le terrain nourricier dans lequel va s'en raciner l'Œdipe, d'où précède le surmoi. Celui-ci a donc une double origine phylogénique et individuelle.

En ce qui concerne le problème de la conscience religieuse de culpabilité, on peut présenter l'ensemble des démarches freudiennes qui sont comme suit.

- La recherche clinique et le travail analytique aboutissent à la découverte du sur moi, ou plus précisément à l'élaboration de la notion de sur moi héritée de l'Œdipe.

-L'expérience de la méthode analytique aux problèmes de psychologie religieuse et de l'origine des religions et l'acte de foi de Freud dans les hypothèses de Darwin conduisant à la conclusion de meurtre du père primitif.

-Cette conclusion éclaire certaines observations (ex. : le surmoi maître rigide, infiniment plus sévère que l'éducation reçue) et apporte un principe d'interprétation nouvelle aux données d'où elle tire la part essentielle de son origine. (Freud, S., 1977, P226).

**2.1.3. Les formes de culpabilité :** Il existe deux formes du sentiment de la culpabilité : le premier est la culpabilité de « *signal d'alarme* », le second est une forme de culpabilité pleinement éprouvée.

**2.1.3.1. La culpabilité signal d'alarme :** indique au Moi une situation de danger, externe ou interne, une menace qui rappelle une conflictualité antérieure, déjà connue, et qui a été génératrice d'un sentiment pleinement éprouvé de culpabilité. La culpabilité signal d'alarme

permet au moi de se préparer, de se protéger, d'agir pour modifier la situation et éviter un débordement par l'affect de culpabilité.

**2.1.3.2. La culpabilité pleinement éprouvée:** envahit plus ou moins le moi, le déborde éventuellement. La culpabilité actuelle, éprouvée, est liée à des situations traumatiques au sens où nous avons défini le traumatisme. (Ciccone, A., et ferrant, A., 2009, P73).

**2.1.3.3. D'autres formes selon René Roussillon :** On peut distinguer aussi des formes de culpabilité et cela selon René Roussillon qui a décrit deux types de culpabilité. Ceux-ci apparaissent dans les premières étapes du développement de tout un chacun, de tout enfant, lorsqu'il fait l'expérience de la découverte d'un environnement extérieur à lui, indépendant de lui, mais dont lui est dépendant :

-Un premier type de culpabilité est lié à l'expérience de menacer un bon objet (le sujet aime l'objet, mais comme il en est dépendant, il le hait, il craint alors que sa haine détruit l'objet qu'il aime). Cette culpabilité peut être consciente, elle est secondaire et elle est due à l'ambivalence propre à la position dépressive ou à la conflictualité œdipienne.

-Un second type de culpabilité est lié à l'expérience non pas de menacer un bon objet, mais de créer un mauvais objet ; cette expérience remonte à l'époque du narcissisme primaire où l'objet n'est encore que très peu différencié du sujet, où l'environnement n'est pas encore reconnu par l'enfant comme extérieur à lui. Cette culpabilité est due à une non-adaptation suffisante de cet environnement aux besoins de l'enfant (l'objet ne s'est pas suffisamment adapté aux besoins du sujet, celui-ci découvre alors un objet mauvais qu'il a l'illusion d'avoir lui-même créé, il ne peut créer du mauvais car le mauvais du dehors s'impose à lui, à ce stade de quasi-non- différenciation, comme du mauvais du dedans. Le sujet est donc lui-même très mauvais). Cette culpabilité est inconsciente, primaire, issue des zones d'indifférenciation sujet/objet, elle n'accède quasiment jamais à la conscience, elle est plutôt portée par autrui. C'est cette seconde culpabilité qui, cruellement confirmée par une expérience traumatique telle, par exemple, la rencontre avec un handicap, contexte que nous envisageons plus loin, donnera son impact le plus traumatique à cette expérience (Ciccone, A., et ferrant, A., 2009 PP73-74).



### 3. Des études sur les accidents de la route

Dans l'étude de JV. Haukeland, 14 personnes (sur 821) ne peuvent plus faire des gestes simples comme la toilette et 116 (14 %) ont des difficultés pour la faire alors qu'ils n'en avaient pas avant l'accident. (Prev, A., 1996, PP63-72).

Pour M. Piccinelli, de 5 à 10 % des personnes sévèrement atteintes (définies par un Injury Severity Score-ISS- 16 ou +), lors d'accidents de la circulation routière, conservent, cinq ans après l'accident, un handicap modéré et important pour les gestes de la vie courante. (Ibid, P73).

Pour R. Mayou et B. Bryant, qui ont suivi une cohorte de 1441 personnes accidentées de la route, 39 % des personnes hospitalisées plus de deux nuits ont, un an après l'accident, une limitation dite modérée des activités courantes, et 20 % une limitation modérée des activités sociale. Certains auteurs ont cependant montré que l'impact, en terme de santé publique, était non négligeable même lorsque les lésions initiales sont considérées comme légères (Mayou, R et Bryant, B., 2001, P34).

### 4. La triade de la vulnérabilité :

IL est important de prendre en considération les facteurs augmentant la fréquence et l'intensité des réactions psycho-traumatique. Ces facteurs peuvent se diviser en trois catégories (Josse. E., 2006, P40).

#### 4.1. Les facteurs liés à l'individu

- **Le sexe** : pour des raisons diverses, les femmes sont plus à risque que les hommes de développer des symptômes psycho-traumatiques après avoir vécu un même événement traumatogène.

-**L'âge** : Les enfants et les personnes âgées sont plus vulnérables que les adultes dans la force de l'âge.

-**Le soutien social** : le fait d'être seul au moment du traumatisme pourrait être un facteur de traumatisations.

-**La personnalité et les ressources psychologique de la personne avant l'accident** : Les personnes anxieuses à conduites introverties ou souffrant de troubles psychopathologiques seraient plus à risque de développer un syndrome psycho-traumatique.

-**Les stratégies d'affronter le traumatisme met en place par l'individu** : Les sujets qui ont une tendance à l'évitement développent plus souvent un syndrome psycho-traumatique que ceux qui adoptent une attitude active.

-**Le stress qui s'accumulait** : La personne sera d'autant plus à risque de développer un syndrome psycho-traumatique qu'elle aura vécu antérieurement d'autres événements potentiellement traumatisants.

-Avoir vécu un conflit intrapsychique au moment de l'événement critique accroît le risque de développer un syndrome psycho-traumatique. Parmi les conflits possibles, citons le conflit de conscience. La personne désire rester solidaire de compte des autres victimes.

-**L'atteinte des croyances de base** : la disparition du lien de confiance aux autres (due à l'intentionnalité des violences subies) et la dissolution du sentiment d'appartenance à l'ensemble des êtres humains (exclusion symbolique du sujet dans les cas de torture ou de viol) sont des facteurs nuisibles.

-**la culpabilité réelle ou imaginaire** : le sentiment de culpabilité est important, il s'accompagne généralement de comportement d'autopunition (autodestruction, automutilation, comportement suicidaire, incapacité à se faire plaisir, sacrifice personnel au profit d'autrui, etc.).

- **les stratégies d'adaptation après le trauma** : Les efforts faits par certaines personnes motivées par fierté mobilisent une énergie importante qui, à court ou à moyen terme, diminuent leur capacité d'affronter le traumatisme.

#### 4.2. Les facteurs liés à l'événement :

- **L'intensité et la gravité de l'événement** : Certains incidents sont tellement critiques, violents, traumatisants pour certaines personnes qu'elles se retrouvent dépassées.

- **La résolution du trauma et de ses conséquences** : Des traumatismes indirects peuvent résulter du traumatisme premier : c'est une accumulation des traumatismes.

- **la durée de l'événement traumatisant.** Le temps, plus il est lent, plus il affaiblit et rend l'individu plus vulnérable.

- **L'imprévisibilité et le caractère incontrôlable de l'événement.** : Certaines personnes, du fait de l'entraînement qu'elles ont reçu ou de leur rôle dans la situation, sont moins à risque de développer un syndrome traumatique : (Doray, B., 1997, PP 18-20)

#### **4.3. Les facteurs liés au milieu de récupération :**

-Un état de stress aigu ou un syndrome psycho-traumatique ou toute autre pathologie mentale (dépression, psychose, etc.). Dans l'entourage proche, les personnes sont incapables d'offrir un soutien, étant elles-mêmes en souffrance (Prieto, N., 2002, PP39-40).

-Une personne qui évolue plus rapidement dans la résolution de son traumatisme peut-être considérée comme un danger pour les autres qui n'ont pas pu faire les mêmes progrès. En effet, elle pourrait être également perçue comme égoïste de par un certain sentiment groupal qui est primordial et elle court ainsi le risque d'être rejetée.

-Le soutien de par des proches si la personne est socialement et/ou effectivement isolée, elle ne bénéficie pas de soutien de proches. Par ailleurs, cette situation l'amène à faire des efforts d'adaptation qui finissent par épuiser ses capacités de coping. (Ibid., p 41).

-L'attitude de la société envers les victimes : les plus importantes de ces attitudes sont le jugement moral, la non-compréhension, la culpabilité, notamment, les regards de pitié.

#### **4.4. Les réactions immédiates au moment de l'accident**

##### **4.4.1. Réactions physiologiques et comportementales immédiates**

La réaction peut-être un état de sidération anxieuse ou au contraire d'agitation anxieuse. C'est donc la période des réactions émotionnelles avec son cortège de manifestations neurovégétatives diverses : sueurs, tremblement, pâleur, tachycardie. Ces manifestations laissent en général intacts les automatismes de suivre : soumission aux ordres, aux prescriptions, exécution des gestes de métier (Empereur. 2002 P12). Et plus que la trilogie : peur intense, impuissance et horreur, définie par le DSM-IV, les auteurs européens insistent sur l'effondrement du narcissisme, l'aperception du chaos et l sentiment impuissance pour désigner le vécu du sujet lors de la confrontation à l'événement (Crocq, L., 1996 PP 363-276).

L'individu se trouve désorienté par un environnement qui lui est totalement étranger. Ses anciennes valeurs, ses anciens repères, ne sont plus adaptés, et il se sent démuné et vulnérable face aux données d'une situation subitement menaçante et effrayante.

#### 4.4.2. Des sentiments éprouvés au moment de l'accident :

L'accidenté se trouve cependant envahi par des sentiments de plusieurs ordres, qui selon l'individu relèvent de:

- La stupeur et l'impuissance, car entre la perception visuelle et le choc, émerge un sentiment très violent d'impuissance face à l'inévitabilité.
- La peur liée à la rencontre des victimes. L'accidenté est tourmenté par des images mentales, « voir l'insoutenable » : corps déchiqueté, bras sectionné, tronc éclaté. La peur aussi qu'une autre personne heurtée n'est que blessée, gémit, crie au secours et que la première est impuissante. La peur enfin liée à l'éventualité de leur propre mort au moment du choc.
- La colère à l'égard des voyageurs ou des usagers qui ne respectent pas les recommandations d'usage exigées par les circonstances ainsi que les voyeurs ou spectateurs qui ne font que regarder.
- La rupture du lien social et l'isolement sont souvent évoqués dans le vécu d'un accidenté qui ressent comme un soulagement l'arrivée des secours, la venue rapide des gens qui aident, le besoin de parler à quelqu'un, car tout de suite, il est envahi par l'inévitable sentiment de culpabilité (Op., Cit. P49).

#### 4.4.3. Les besoins fondamentaux :

Après avoir fait un rappel du ressenti de l'accidenté confronté précisément à ce traumatisme psychique qu'est l'accident de la route, on fait ressortir les besoins fondamentaux.

- Besoin de sécurité et de retrouver un lieu à soi : l'accidenté n'avait qu'une hâte : rentrer chez lui.
- Besoin de assurances et de soutien. Par rapport aux réactions physiques et psychologiques, le besoin de réconfort moral est souvent apporté par le spécialiste ou les gens qui y sont présents et surtout le psychologue qui mieux que tout autre, comprend et le pourquoi de ce choc psychologique.

- Besoin d'appartenance à une collectivité d'amis, de collègues qui comprennent et même qui ont une situation identique, va rompre l'isolement ; on a tellement besoin de retrouver quelqu'un des plus proches, des siens, qui fait sentir l'appartenance à une famille ou à une collectivité. Lors de la reprise, c'est souvent l'appréhension réactivée par le passage sur le lieu de l'accident associée à des images mentales qui le hantent.

Il repense de manière souvent incontrôlée, imprévisible. L'accidenté, à certains moments se remet à y penser sans savoir pourquoi. Il est important de garder à l'esprit que les réactions à court et long terme ne sont pas prédictibles ; nous devons aller au-delà de la première bonne impression. Des suites apparemment favorables ne doivent endormir notre vigilance cette période peut-être muette, car les accidentés évoquent rarement après coup ce qui leur est arrivé : une sorte de cauchemars dont-ils viennent de vivre qu'ils n'aiment pas en parler ou s'en souvenir. (Empereur, C., 2002, P12).

### **Synthèse du deuxième chapitre**

En guise de conclusion, ce chapitre nous à permis de découvrir que l'événement traumatique a des effets sur la personnalité du sujet qui manifeste des réactions multiples face à sa situation. Les connaissances retenues dans se chapitre seront pour nous un matériel qui servira de support dans l'analyse des entretiens des cas de notre échantillon.

# Problématique et Hypothèses

## 1. La problématique

La perte d'un être chère, d'un poste de travail, l'échec scolaire ou les accidents de la route, est autant de facteurs qui peuvent affecter la vie d'un être humain.

La société algérienne est de plus en plus confrontée à une situation paradoxale entre d'une part, une motorisation croissante qui est un signe de bien-être. D'autre part, une insécurité routière fortement élevée. La comparaison faite avec d'autres pays démontre que ce phénomène devient de plus en plus grave. D'après un rapport de l'Organisation mondiale de la santé [OMS] rendu publique le 07/04/2004 : « *les accidents de la route font chaque année 1.2 million de morts et l'on ne compte pas moins de millions de blessés ou de personne handicapés si l'on n'améliore pas tout de suite la sécurité routière le nombre de mort sur les routes augmentera selon les estimations de 80% dans les pays à revenu faible ou intermédiaire d'ici 2020* » (OMS, 2004.P24).

Chaque jour, trois mille accidents mortels de la circulation sont annoncés aux familles et aux amis. Quinze mille autres accidentés survivent avec un traumatisme grave, parfois handicapés à vie. Le choc et le chagrin que causent ces nouveaux tragiques sont trop fréquents partout dans le monde et en particulier dans les pays pauvres qui supportent quatre-vingt-dix pour cent (90%) du poids de la mortalité annuelle. Le nombre des décès et des traumatismes diminue lentement dans les pays les plus riches, mais il augmente rapidement dans les plus pauvres. Les victimes et les survivants sont souvent jeunes. Les familles sont ainsi privées de leur principal soutien. (OMS, Journée mondiale de la santé, l'accident de la route n'est pas une fatalité,

2004. <http://www.who.int/dg/lee/speeches/2004/worldhealthday/fr/>).

De ce fait, la situation en matière de sécurité routière en Algérie est critique. La comparaison avec d'autres pays confirme que ce phénomène devient de plus en plus grave. Les statistiques montrent que l'Algérie a le triste privilège d'être l'un des pays les plus touchés derrière les États-Unis d'Amérique. Les accidents de circulation constituent un problème de santé en Algérie par leurs conséquences humaines. Celui qui survit à un grave accident, souffre souvent d'atteinte temporaire ou pire encore d'un handicap, les accidents produisent sur les victimes d'innombrables conflits et souffrances. Des milliers de personnes passent de longues semaines à l'hôpital et beaucoup d'entre elles ne pourront plus jamais vivre et travailler comme avant. Cela engendre des troubles psychologiques.

## Problématique et hypothèses

---

« *Un accident de la route constitue souvent un événement violent qui, même chez des victimes non blessées, peut laisser des troubles psychiques durables* » (Crocq., L. 1998.P6). Cela confirme que l'accidenté pourrait être atteint psychologiquement sans être atteint physiquement. Parmi les conséquences générées, par les accidents, il ya le traumatisme psychique qui, est défini par Fronçoi Lébigot « *Dans le trauma une image du réel de la mort va faire effraction dans le psychisme et s'y incruster, comme un corps étranger* » (F., Lébigot, 2005.P9).

Les accidents de la route sont des évènements qui peuvent être, par eux-mêmes, traumatisants sur le plan du psychisme. Ils sont responsables chaque année de décès prématurés et de lésions délabrantes qui marquent les esprits et font craindre le pire lors d'un accident, avec des victimes qui se sentent miraculées lorsqu'elles s'en sortent sans blessure grave.

Dans le même schéma, une atteinte de l'appareil psychique est toujours considérée comme très inquiétante (en tout cas beaucoup plus qu'une atteinte d'une autre partie du corps) du fait de l'angoisse engendrée par la peur d'une atteinte corporelle.

Les accidents de la route peuvent donc entraîner l'apparition de troubles psychiques séquellaires du traumatisme psychologique dû à l'événement accidentel.

L'un de ces troubles est le syndrome de stress post-traumatique qui peut, dans sa forme chronique, altérer de façon importante la qualité de vie, et que peut se manifester plusieurs jours après l'accident. De se fait il est négligé par le patient lui-même qui ne ressent que les symptômes (insomnie, angoisse, cauchemars...) et non la cause ; mais aussi par les intervenants médicaux qui ne sont pas forcément formés à ce sujet.

Certes, ces accidents ne sont pas uniquement un choc somatique, mais aussi un trauma psychologique. Le traumatisme psychique existe depuis l'antiquité et suscite jusqu'à nos jours un intérêt particulier des chercheurs et des professionnels. La notion de traumatisme est dès l'origine au cœur de la théorie psychanalytique. Elle occupe dans l'œuvre de Freud une place importante. Charcot, de son côté déclare d'après ses leçons sur les maladies du système nerveux (1885-1887), portant sue les sept cas d'hystérie masculine que les symptômes sont les résultats d'un choc traumatique qui entraînent une dissociation de la conscience et dont les souvenirs reste inconscient. Ce qui constitue la base de la théorie « *traumatisme*



## Problématique et hypothèses

---

*dissociative* » des névroses qui sera développée ensuite par Janet, Breuer et Freud. Ces derniers ont enregistré des souvenirs traumatiques sous l'effet de l'hypnose.

Selon Freud, l'hystérie était la conséquence d'un traumatisme psychique, qui est le plus souvent sexuel sous forme de séduction de la part d'un adulte envers un enfant, refoulant cet événement qu'une incidence, à l'adolescence, manifestait d'une incidence sur la libido. L'événement primaire était rappelé par un autre événement d'apparence banal à l'adolescence. On retrouve la notion de traumatisme dans son œuvre « *Au-delà du principe de plaisir* » 1920 où Freud parle de la névrose traumatique, des névroses de guerre et de la compulsion de la répétition. C'est ainsi que le traumatisme est conçu comme faisant effraction au psychisme et débordant la capacité de la liaison de l'appareil psychique qui élabore un symptôme sous l'emprise de la répétition dont le but est de maintenir l'équilibre psychique

On conclut tout ce qu'on a abordé, que le sujet vit deux traumatismes ; le premier pendant l'accident qui est une surprise et un choc. Le deuxième : quant il se qu'il se rend compte des traces et des cicatrices qui sont le résultat de l'accident. Donc ces séquelles influent d'une façon directe sur l'équilibre psychologique du sujet.

Beaucoup de chercheurs se sont intéressés à l'étude du traumatisme psychique comme : François Lebigot 2005 dans son « *livre traiter les traumatismes psychiques* ». Il tente de montrer l'évolution des idées sur la névrose traumatique. Il ya aussi Maurice Dayan dans son livre « *Trauma et devenir psychique* » qui explique que tout devenir singulier peut être dit irréversible, sans qu'on ait besoins d'y introduire l'effet spécifique de l'évènementialité traumatique. D'autres recherches à l'exemple L, Crocq dans son ouvrage sur les traumatismes de guerre 1999 explique des cas cliniques, avec chacun, son histoire, son effroi, ses symptômes et ses souffrances.

On a eu l'occasion d'être en contact direct avec ces accidentés lors de notre stage en licence et en Master. D'abord comme des étudiants stagiaires au sein de l'hôpital où on a réalisé notre stage pratique en vue d'obtenir le diplôme de licence et un autre stage réalisé dans le but de faire notre pratique s'inscrivant dans le cadre de notre mémoire de master. C'était pour nous l'occasion de connaître ce monde qui reste toujours un champ à découvrir pour tous les chercheurs qui réfléchiront à une meilleure prise en charge et à aider ces personnes à s'adapter, réintégrer leur société et leur milieu professionnel.

# Problématique et hypothèses

---

Ce contact on a incité à penser à ces accidentés et leurs conséquences afin de connaître le sentiment de culpabilité, d'acceptation et le déni de la situation traumatique chez les accidentés.

Les objectifs de cette recherche dans sa globalité, vise d'une part à connaître le sentiment de culpabilité, acceptation ou le déni de la situation traumatique chez les accidentés.

D'autre part, l'un des moments les plus remarquables dans la vie d'un sujet est l'arrivée d'un événement traumatique, qui va donner un autre sens à son parcours, et qui peut fragiliser son état psychique ainsi. Ainsi on pose les questions suivantes :

- Quelle- est la nature du fonctionnement psychique des accidentés de la route ?
- Quel est le degré de la souffrance que peut provoquer l'accident ?

Pour répondre à la question de cette recherche, nous avons formulé les hypothèses suivantes

## 2. Les hypothèses

Les accidentés souffrent d'un sentiment de culpabilité et le déni de la situation traumatique.

Les sujets qui ont subi un accident de la route présentent un traumatisme psychique intense.

## 3. Les raisons du choix du thème

Si nous devons expliciter les motivations du choix de ce sujet de recherche, nous dirons qu'elles sont de l'ordre de la situation inquiétante de la sécurité routière en Algérie. Ce travail répond à ce que nous avons ressenti comme un besoin dans les études psychologiques des accidents de la route en Algérie et plus précisément le traumatisme psychique chez les accidentés de la route.

## 4. Définition des concepts :

Nous allons ressortir ces mécanismes par l'analyse de contenu des entretiens effectués avec les cas.

**4.1. Le déni e la réalité** : terme employé par Freud dans un sens spécifique : mode de défense consistant en un refus par le sujet de connaître la réalité d'une perception traumatisante (Lagache, D., 1996, P115).

## Problématique et hypothèses

---

**4.2. Dénégation :** dans l'œuvre de Freud, le terme dénégalion recouvre les deux sens suivants que nous reprenons

-Refus de reconnaître comme siens, immédiatement après les avoir formulés,

-une pensée, un désir, un sentiment qui sont source de conflit ;

-refus par le sujet d'une interprétation exact le concernant, formulée par un interlocuteur (Mitterand, H., 2004, P163).

**4.3. La rationalisation :** le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en dissimulant les motivations réelles de ses propres pensées, actes ou sentiments derrière des explications rassurantes ou complaisantes, mais erronées (Christopher Perry, J., 2007, P74).

# Partie pratique

# Chapitre III

## Méthodologie de la recherche

## Préambule

Lorsqu'on parle de la recherche en psychologie clinique, il convient de dire que ces recherches interviennent en naturel, et font principalement appel aux méthodes cliniques dont l'objectif est d'identifier les composantes d'une situation donnée et, parfois, de décrire la relation qui existe entre ces dernières.

Le thème de la présente recherche est l'étude de « *traumatisme psychique chez les accidentés de la route* ». Comme toute recherche assujettie à la méthodologie, notre démarche méthodologique est la suivante.

### 1. La démarche de la recherche :

La pré-enquête est l'une des étapes les plus importantes dans toutes recherches en sciences humaines et sociales, car elle permet de recueillir des idées et des informations vis-à-vis du thème de la recherche, mais aussi avoir des renseignements sur le terrain concernant la population visée. Elle permet aussi de cerner le thème de la recherche et de vérifier sa faisabilité.

Des rencontres ont été réalisées avec les accidentés, qui ont donné leurs consentements pour la participation à cette recherche (voir formulaire de consentement Annexe 01). Ensuite, on les a informés sur les techniques de la recherche tout en leur expliquant qu'il s'agit d'un guide d'entretien afin d'étudier cet impact. Selon la disponibilité des patients, des rendez-vous ont été organisés pour réaliser les entretiens. A souligner que ces derniers ont eu lieu chez les patients, à l'exception de celui accordé au sein de l'établissement hospitalier spécialisé en rééducation fonctionnelle de la wilaya de Béjaïa.

Par ailleurs, et afin de vérifier les hypothèses de notre thème de recherche qui s'intitule : « *le traumatisme psychique chez les accidentés de la route* », on s'est focalisé sur la démarche clinique qui est définie par (Lagache, 1994) comme suit : « *la méthode clinique envisage la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent démarche qui tendent à résoudre ces conflits* » (CHahraoui, kH. et Bénony, H., 2003, P11).

### **1.1. L'échantillon de la recherche :**

Afin d'élaborer cette recherche, on a choisi huit cas d'accidentés âgés entre vingt cinq et soixante ans et qui présentent un syndrome psycho- traumatique de différents degré. Il convient de préciser que parmi les accidentés seuls une personne de sexe féminin a été rencontrée et que ceux-ci sont issus de différentes catégories sociales.

### **1.2. Présentation du lieu de recherche :**

L'approche du terrain est très importante pour toute recherche scientifique, du moment quelle constitue une source de données et d'information comme une base pour la vérification de nos hypothèses.

Notre étude c'est effectuée dans un Etablissement Hospitalière Spécialisé en rééducation fonctionnelle de la wilaya de Béjaïa. Ce dernier est destiné à la prise en charge des accidentés de la route de différents âges avec un régime de demi-pension. Il dispose d'une équipe pluridisciplinaire composée de cinq médecins spécialistes, d'un psychologue, d'une orthophoniste, d'une assistante sociale. A ceux-là s'ajoutent plusieurs éducatrices et kénzithérapeutes.

### **1.3. Les techniques de recherches :**

Notre étude relève de la démarche clinique qui privilège certains outils tels l'entretien clinique et l'échelle du trauma vu leur importance dans l'étude et leur complémentarité, ce qui nous permet de recueillir le maximum de données possibles sur le thème d'étude.

#### **1.3.1. L'entretien clinique :**

Dans notre recherche, on a opté pour l'entretien clinique de recherche qui s'analyse en la technique de choix pour accéder à des informations subjectives (histoire de vie, représentations, sentiments, émotions, expérience) témoignant de la singularité de la complexité d'un sujet. Selon (Childen, 1989), la spécificité de l'entretien clinique réside dans l'établissement d'une relation asymétrique.

Les entretiens cliniques peuvent être regroupés en trois types : directif, non directif et semi directif auquel on a opté à l'occasion de la présente étude. L'attitude non directive qui favorise l'expression personnelle du sujet est combinée, avec projet d'explorer des thèmes particuliers. Le chercheur dispose ici d'un guide d'entretien avec plusieurs questions

préparées à l'avance, mais non formulées d'avance ; elles sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique. Comme dans l'entretien non directif, le chercheur pose une question puis laisse le sujet associer sur le thème proposé sans l'interrompre (Fernandez, L. et Catteeuw, M., 2001, P76)

#### **1.3.1.1. La conduite de l'entretien clinique de recherche :**

L'entretien de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré où le chercheur formule et prépare la consigne à l'avance, celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets, elle est généralement soigneusement préparée. (Blanchet 1985).

Le guide d'entretien comprend aussi les axes thématiques à traiter : le chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celles-ci ne sont pas posées de manière directe ou hiérarchisée ; il s'agit davantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien. La préparation de ces questions permet de formuler les relances pertinentes au moment venu.

#### **1.3.1.2. Le guide d'entretien :**

Il est défini comme un « *ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interview* » (Blanchet et Gotman, 1992). Nous avons opté pour l'entretien semi directif, car il permet de recueillir plus d'informations possibles sur le sujet. Pour le mener en pratique, on a utilisé un guide d'entretien composé de quatre axes dont :

**Axe I :** il s'agit là des données personnelles dont l'objectif est de recueillir les données sur le sujet. Celles-ci seront d'une très grande importance dans l'analyse.

**Axe II :** cet axe présente l'ensemble des questions liées au moment de l'accident et au sentiment immédiat de l'accidenté.

**Axe III :** cet axe présente l'ensemble des questions liées au moment post-accident en termes de soutien psychologique et familial.

**Axe IV :** regard vers l'avenir composé de cinq questions, l'objectif de ce dernier axe est de savoir la manière de projection de l'avenir (le pessimisme ou l'optimisme), ce qui permet de découvrir si l'accidenté est toujours en deuil ou a fait le travail de deuil suite à sa blessure.

#### **1.3.2. Questionnaire d'évaluation du traumatisme :**



Ce questionnaire s'intéresse exclusivement au traumatisme psychique consécutif à un événement grave potentiellement mortel. Le sujet a vécu, a été témoins, 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.

Le questionnaire *TRAUMAQ* ne mesure pas le stress. Il évalue le syndrome post-traumatique, suite à l'exposition à un événement comportant une menace de mort pour soi ou pour les autres (Critère A du DSM IV).

Le *TRAUMAQ* évalue également des symptômes fréquemment associés, notamment l'état dépressif et les somatisations. Est également pris en compte le « vécu traumatique » plus particulièrement la honte, la culpabilité, l'agressivité et les répercussions sur la qualité de vie. (Damiani, C. et Perira, M. 2009, P09).

### 1.3.3. Objectifs du TRAUMAQ :

- Evaluer des troubles traumatiques aigus et chroniques, voire des modifications de personnalité suite à un événement traumatique.
- Contribuer à la recherche épidémiologique.
- Participer à la validation thérapeutique.
- Ainsi, intégré à la pratique du clinicien, le questionnaire *TRAUMAQ* peut apporter une aide au diagnostique. Il peut aussi être un outil de recherche en vue d'études épidémiologiques ou de contrôle de l'effet d'un traitement psychothérapeutique (Ibid., P09).

### 1.3.4. Population concernée

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

- Les adultes qui ont été des victimes directes ou témoins d'une infraction pénale (agression sexuelle, viol, agression, coups et blessures volontaires, agression à main armée, otage, séquestration, etc.).

Les adultes qui ont été victimes ou témoins d'un sinistre majeur avec une menace de mort.

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

Sont exclus :

-Les adultes qui n'ont pas été exposés directement à l'événement traumatique.

-Les enfants victimes.

Les adultes victimes de situations répétées de victimisation (inceste, maltraitance, etc.)

-Les proches des victimes.

### 1.3.5. Contenu du questionnaire

Le questionnaire est composé de deux parties :

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

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

### 1.3.6. Validité externe du Traumaq

La validité de ce questionnaire a été étudiée à partir de deux critères concourants : la note à l'impact Event Scale-Revised (WEISS ET Marmar, 1996) et une évaluation clinique. Les données ont été établies à partir d'un sous-échantillon de 125 sujets (tous issus de l'échantillon de l'étalonnage) constitué de 42 hommes et 83 femmes, âgés de 18 à 85 ans (âge moyen, 40 ans).

L'impact of Event Scale-revised est une échelle d'évaluation du traumatisme développée par Weiss et Marmar (1996) et traduite en français par Brunet, King et Weiss (citée par Bouvard et Cottraux, 2002). Il s'agit d'une version améliorée de l'impact of Event Scale construite par Horwitz en 1979. Ce questionnaire d'auto-évaluation repose sur le cadre théorique Du DSM-IV et insiste particulièrement sur trois dimensions de l'état post-traumatique : l'évitement, la répétition et l'hyperactivité neurovégétative. Le choix de cette échelle pour l'étude de la validité du traumaq a été basé sur deux critères :

- Sa fréquence d'utilisation ; Bouvard et Cottraux 2002 le présentent comme le questionnaire le plus cité et donc le plus utilisé dans la littérature sur le traumatisme psychique.
- La présence dans la littérature de données relatives à ses qualités psychométriques (études anglo-saxonnes réalisées sur la version anglaise).

### 1.3.7. Etalonnage normalisé en cinq classes :

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

**Tableau 1 : Conversion des notes brutes en notes étalonnées, par échelle (N 141)**

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

**Tableau 2 : Conversion de la note brute totale de la partie en note étalonnée et en niveau d'intensité.**

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

## 2. La méthode suivie dans la présentation des cas

D'après l'utilisation des techniques de recherche déjà cités, on peut résumer la méthode d'analyse du contenu des entretiens selon la succession des étapes suivantes : On analyse les données de l'entretien clinique de chaque cas, compte tenu des hypothèses de notre recherche.

Concernant la manière de présenter notre travail, on analysera en premier lieu huit cas illustratifs en détaillant l'entretien clinique, et l'analyse de l'échelle de chaque cas en suite on s'étalera sur la conclusion générale de chaque cas, avant de faire le point sur une synthèse générale de l'analyse de tous les cas. Enfin, on mettra l'accent sur la discussion des hypothèses de notre problématique.

### Synthèse du troisième Chapitre

Ce chapitre méthodologique nous permet d'assurer une meilleure organisation à notre travail de recherche, de comprendre le déroulement de la démarche clinique et de connaître la nécessité de l'étude de cas dans la recherche en psychologie clinique. Il permet, par ailleurs, d'apprendre l'utilisation des techniques à suivre dans l'analyse de contenu des cas.

# Chapitre IV

## Analyse des entretiens, l'Echelle et discussion des hypothèses

### 1. Résumé et analyse des entretiens

#### 1.1. Analyse du premier cas :

##### 1.1.1 Présentation du cas

L'entretien a été effectué avec Mahdi, âgé de 29 ans célibataire, agent commercial, deuxième d'une fratrie de quatre deux sœurs et son frère aîné. Après son hospitalisation au centre de rééducation Alger. Mahdi est intégré dans l'établissement hospitalier spécialisé en rééducation fonctionnelle à la wilaya de Bejaia depuis deux mois à ce jour. L'entretien s'est déroulé dans un bureau qui nous a été donné au niveau du centre cité dessus, et ce pendant une durée de deux heures.

##### 1.1.2. Analyse de l'entretien

Avant d'entamer l'entretien, nous avons remarqué que Mahdi semblait être pressé d'en finir tout en s'excusant d'avoir des engagements. Face à cette attitude, il nous a été au préalable évident de lui introduire une discussion afin d'assurer sa participation et de gagner sa confiance.

Après cela, certes qu'il s'est montré en bon humeur, mais on souligne qu'il était aussi bref et directe dans ses réponses qui sont suivies par des moments de silence. Ce qui est plus remarquable à ajouter dans ce sens, c'est l'absence d'affect et d'émotion. Tout cela montre que le patient en question avait des signes de quelqu'un qui est sous l'effet d'un choc et que l'impact de l'accident est très profond.

L'analyse de contenu révèle d'abord, qu'au moment de l'accident, Mahdi n'a pas accepté ce fait. Cette position se manifeste à travers ses propos suivants : « *je ne crois pas que j'ai fait l'accident* », justifiant ses paroles par son oubli même le jour de la l'accident et qu'il jugeait grave pour lui « *je ne me souviens plus de la l'accident, c'est une feuille blanche pour moi* ». Ensuite, il sut nous apprend que l'arrivé de l'accident, à provoquer un choc chez lui, pour lequel a été l'objet d'un traitement psychiatrique, par conséquent, le choc de cet accident est exprimé de façon suivante « *je ne peu pas parler de l'événement* », et selon EVEN 1976 « *toute personne est en état de choc lorsqu'il est placée devant un fait inattendu* » c'est le cas de ce jeune homme qui n'attendait pas cet accident « *je n'ai jamais imaginé que c'est un accident* ». De ce fait, la culpabilité de ce jeune est très grande : « *je dérangeais mon père et mon oncle de les laisser toujours se soucier de moi* ». Ce sentiment de culpabilité a dans

une vie cauchemardesque. Il disait dans un autre cas de figure : *« j'aurais dû écouter mon père et mon frère qui mon conseillé de ne pas conduire en vitesse »*, mais son attitude montre qu'il est devenu un fardeau sur les autres. Néanmoins, il affirme : *« je dérange les autres »*.

Il se culpabilise d'avoir subi l'accident, c'est pour cela qu'il est traumatisé le fait de rappeler il regrette, donc c'est une forme de culpabilité signal d'alarme, qui est réactivation d'un conflit antérieure. Dans d'autres expressions de Mahdi, on a pu détecter par la vision négative de l'autre, surtout envers ses amis et la communauté *« les gens sont sans pitié vis-à-vis quelqu'un qui a été affaibli qui est tombé, alors je sais bien que les gens sont des profiteurs. Ils touchent par leur regard et par leurs paroles, et moi j'essaye de faire tout ce que je peux pour ne jamais arriver a ce point »*. Cette diversité d'expression de sentiment de culpabilité, signifie la faiblesse du moi devant le sur moi. Pour étayer notre analyse de déni, les extraits suivants argumentent d'avantage ceci *« ceux qui m'aiment ne me le souhaitent pas, tu me vois je suis devenu comme un moustique tellement j'ai perdu de poids, je leurs souhaitent un accident plus grave que le mien pour se sentent de la souffrance que je vie »*. Il n'a pas supporté de voir ou d'entendre les autres parlent sur son accident, au point qu'il leurs souhaite la mort. Il avance dans d'autres situations des expressions de rejet total de son traumatisme en disant : *« Cet accident ne me parait pas normal »*.

Enfin, l'analyse révèle des signes, pseudo acceptation de l'accident, cela d'après les expressions suivantes *« c'est après que j'ai appris l'habitude » « mon médecin en rééducation ma dit qu'avec le temps il te paraitra normal »* il n'avait pas la convection, mais il reprend ce que lui disait son médecin.

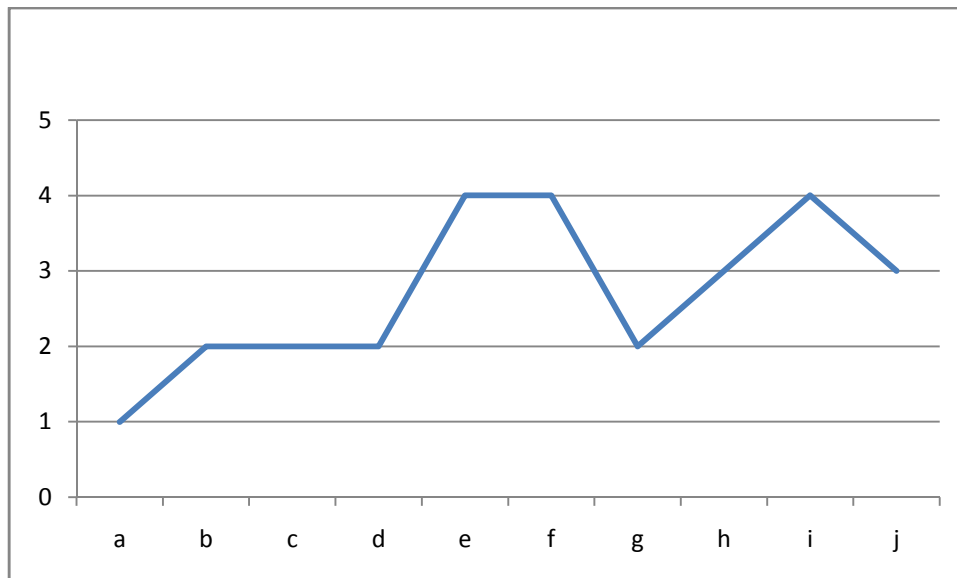
### 1.1.3 Analyse de l'Échelle :

Mahdi, lorsqu'il est victime d'accident, il est blessé à l'épaule au bras à la jambe et au pied. Il aura 5 mois d'arrêt de travail d'interruption de travail(ITT) en raison de ses blessures. Sachant que le patient en question n'a jamais vécu ce genre d'événement auparavant. De là, par les séquelles qu'il a, il nécessite une consultation psychologique pour des troubles de sommeil et les reviviscences qu'il vit.

Au cours de la discussion qu'on a mené avec notre enquête au sujet de son état psychique, il paraissait qu'il y a un élément qui mérite d'être cité: Mahdi a vécu un mois de coma, ce qui permet de dire qu'il ne se souvenait pas de l'accident en ce moment. Mais il nous a confirmé par la suite qu'il s'est souvenu juste du flash de l'accident, car il était envahi

par des *flash-back* (Item B1). Après sa prise de conscience du fait, Mahdi est devenu très angoissé en évoquant la scène traumatique qui ne cesse de s'imposer en lui à tout instant de la journée. Par là, on note que l'accident qu'a eu notre enquêté lui a laissé des séquelles persistantes de plus en plus en son sein, qu'on qualifie de méfiance et vigilance aux bruits (E5, E6). Ainsi on marque que Mahdi est devenu agressif envers son entourage et ses proches (E1, E2) et sa santé se dégrade de plus en plus (F2, F4). L'effet de l'accident, c'est d'avoir laissé des empreintes chez notre enquêté et des douleurs au niveau du dos ainsi qu'aux quelques signes dépressifs légers (H3, H8).

En revanche, mahdi préfère rester seul plutôt que d'affronter les questions, les marques maladroites de l'incompréhension des autres (5Echelle J).



**Figure 1 : Syndrome psycho traumatique moyen.**

### Synthèse du cas de Mahdi :

D'après l'analyse de notre entretien, on révèle que Mahdi a vécu un traumatisme moyen, dû au choc de l'accident ce qui a engendré chez lui un sentiment de culpabilité. Ainsi, Mahdi arrive de s'adapté à cette situation par le déni de l'accident.

Cependant, l'ensemble des signes traumatiques sont manifestés immédiatement après l'événement qui a duré environ trois mois. Mahdi a suivi une psychothérapie durant cinq mois, il n'a pas souhaité de prendre les médicaments antidépresseurs proposés par son médecin traitant. En suite il a été pris en charge à l'hôpital de rééducation fonctionnelle afin de renforcer le niveau d'estime de soi.



### 1.2. Analyse du deuxième cas :

#### 1.2.1. Présentation du cas :

Monsieur Blaid, âgé de 52 ans et père de deux filles et d'un garçon. Depuis 6 mois, il a eu un accident qui lui a laissé une séquelle (une jambe amputée). Suite aux difficultés de se déplacer à l'hôpital de rééducation fonctionnelle en raison de l'amputation de sa jambe et de ses engagements professionnels, il nous a donné un rendez-vous à sa demeure familiale, le lieu où s'est enregistré le présent entretien.

#### 1.2.2. Analyse de l'entretien avec Mr Blaid :

Avant de commencer l'entretien, nous avons constaté une euphorie de la part de ce parent. On a constaté, par ailleurs, qu'il avait l'air timide et non collaboratif au début de l'entretien. Il répondait à nos questions avec des phrases très courtes, par exemple : « *nous souhaitons seulement* ». Ainsi, on a remarqué qu'il avait une attitude de fuite : « *quoi... ha, haha* ». Pendant le déroulement de l'entretien, il a manifesté beaucoup d'affects, il pleurait en sanglot du fait de ces affections, ce qui nous a pas faciliter de faire des relances à cause de ces moments de larme, de silence et des difficultés d'expression. Cela prouve que ce parent vit des conflits internes au fond de lui. On a constaté que notre interlocuteur s'intègre de plus en plus avec notre sujet. Le début nous a été difficile, car la présence de sa femme fut un élément qui l'a perturbé afin d'être à l'aise.

L'analyse du contenu de cet entretien permet d'abord de détecter chez ce parent la représentation de l'image traumatique dans l'appareille psychique. C'est ce qu'on a constaté dans les expressions suivantes : « *je me souviens des pompiers, je cris a haute voix et je sais que j'allais perdre ma jambe ; ce qui ma fait vraiment peur* ». Cette expression était une réponse spontanée et une justification d'avoir vécu une mauvaise situation traumatique sans lui demandé comment ou pourquoi. Pour Freud, l'effet de surprise et la brutalité du choc permettent l'incrustation de l'image mortifère. En cela l'auteur rejoint l'avis de Luis CROCQ qui souligne « *le traumatisme psychique est occasionné par un événement soudain et violent, menaçant un sujet qui ne s'y attendait pas et c'est une rencontre tragique avec la mort qui agresse son intégrité physique et mentale* » ([www.enm.justice.fr](http://www.enm.justice.fr)), c'est le cas de ce parent. Ce qui est très remarquable c'est qu'il se met à parler malgré nos explications avant la réalisation de l'entretien que nous allions suivre un guide avec un ensemble de questions.

Cependant, Mr Blaid a pris conscience qu'il allait perdre sa jambe, ce qui lui a provoqué un choc. En suite, c'est ce qui l'a conduit à se culpabiliser de différentes manières.

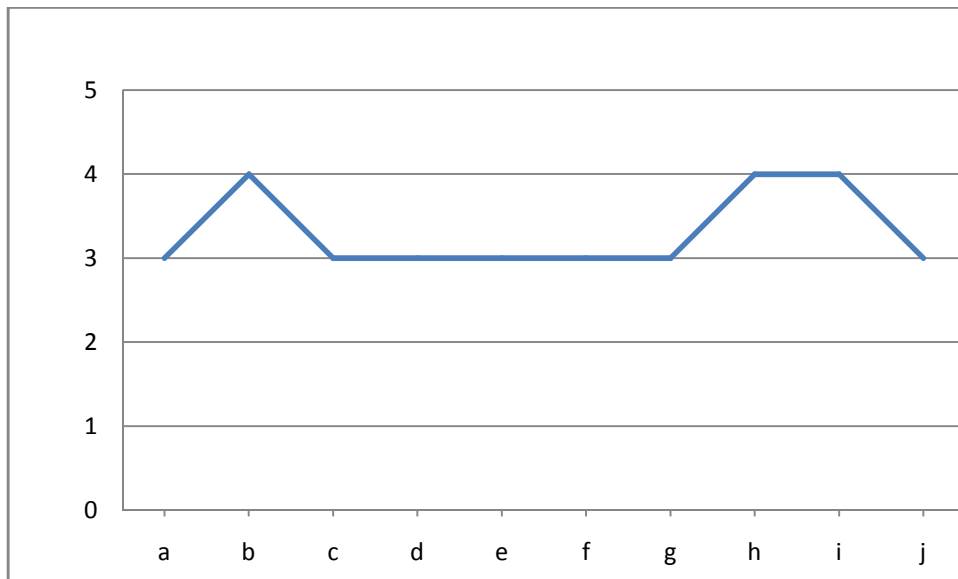
Sa culpabilité, pleinement avouée dans ses expressions, était présente dans l'ensemble du discours. Il accuse les médecins qui n'ont pas pu l'hospitaliser le jour même de l'accident. C'est ce qu'on a constaté dans ses paroles : « *ne sont pas des médecins... c'est pourquoi je perds ma jambe. Moi personnellement la chose qui m'a touchée c'est que je ne peux rien faire ; je les ai laissés en dieu* », cet avancement des choses signifie l'état des conflits internes. C'est ainsi qu'on remarqué sa culpabilité qui s'est traduite par une vision négative vis-à-vis de la société en avançant : « *je me suis rendu compte que cette communauté est vraiment cruelle, il fallait compter sur soi* ». Par là, on note que cette expression a une forte agression de la part du sur moi face à la perte d'un organe de son corps, ce qui explique sa blessure narcissique. On a constaté également que ce parent souffre énormément de l'intrusion des autres dans sa vie privée juste pour faire des reproches et cela dans ses paroles : « *ils cherchent toujours à me critiqué* ». Pour se soulager et atténuer la gravité de sa situation traumatique, il n'a pas cessé d'évoquer des versets coraniques et de se résigner en disant : « *c'est le destin ha, ha* ».

Depuis l'événement, ce parent est envahi par les flash-back et les reviviscences anxieuses avec des larmes qu'évoque la scène traumatique et cela dans ses dires : « *je n'arrive pas à dormir, je souffre même dans la journée* ». En effet, ce parent manifeste le refus de son handicap tout en admettons qu'il l'accepte plus normalement du monde, phrase évoquée sans lui posée la question sur l'handicap. Il rependait à la question, il s'est contenté de dire : « *si c'est une chose, je fabriquerai un moule pour pouvoir avoir une jambe* ». Ce qui signifie que le parent n'a pas accepté le fait d'être sur la chaise roulante. « *Je n'aime pas parler ou entendre le mot handicapé* ». Il veut négliger l'impact de l'accident, une scotomisation de la réalité qu'il vit, il déni son handicap par l'invention des critères de classification, qui l'excluent dans la catégorie des handicapés : « *celui qui ne voit pas, ceux qui ont la durée de vie courte, ou ceux qui ont des maladies organiques sont dépendants de leur parent et de leur famille* ». Il pense ainsi que tant qu'il n'est pas atteint d'une maladie organique ou physique, il n'est pas dépendant et, par conséquent, il n'est pas handicapé. Cela dit, qu'à travers les critères qu'il a inventé, il a la conviction d'être normal. Ce recours au déni signifié que le moi arrive à trouver un compromis pour ne pas se sentir coupable.

Cependant, les contradictions sont retenues lors des réponses sur son avenir où il reconnaît ses limites en disant : « *l'accident ma fait perdre mes revenus, ce qui ma fait perdre ma liberté et mon autorité chez moi* ».

### 1.2.3. Analyse de l'échelle :

Durant l'événement, Mr Blaid a eu la conviction qu'il allait mourir en raison de la ténuité de l'accident. De ce fait, il aurait l'interruption totale du travail, qui est déterminé par la voie d'expertise et correspond aux séquelles définitives. Par là, il a eu extrêmement peur (item A1) et paralysé par des réactions physiologiques massives (Item A4). Depuis l'événement, Mr Blaid est envahi par les flash-back et les réviviscences anxieuses (item B1 et B2). Il est angoissé dès qu'il évoque la scène traumatique. Celle-ci s'impose à lui à tout instant de la journée. Durant la nuit, il a des difficultés d'endormissement et des réveils nocturnes qui le fatiguent (item C1 et C5), ce qui le gêne dans la concentration et la mobilisation de son attention (items G1 et G2). Il est anxieux dans un état permanent d'hyper-vigilance et de méfiance (items D1 et D4). Mais cela ne l'empêche pas de décider de ne pas se laisser battre, il voulait passer dans la rue où il a eu l'accident pour ne pas donner raison à la situation traumatique. Cependant, il est angoissé et dès qu'un bruit se fait entendre, il est envahi par des tremblements et d'une tachycardie (item F1). Cet accident lui a changé fondamentalement sa façon de voir la vie. Il a eu des changements sur sa vie sociale et ses relations avec les proches, ce qui est remarquable vu l'événement qu'il a vécu, c'est un fort sentiment de culpabilité chez lui. Il a l'impression que sa vie a définitivement changé et qu'il ne sera plus jamais la même. (Items I1 et I5), ce qui explique ses réponses à l'entretien.



**Figure 2 : Syndrome psycho-traumatique moyen**

### **Synthèse du cas de Blaid :**

D'après l'analyse du contenu de l'entretien de Mr Belaid, on relève qu'il a vécu un traumatisme du fait du choc et qui tient notamment à la brutalité de l'accident et à l'ablation de sa jambe, ce qui a engendré chez lui un sentiment de culpabilité. Mais, au fur et à mesure, il s'est adapté à son état par un déni de la situation et ensuite par des pseudos acceptations.

Certes, le profil clinique présente un traumatisme moyen, ce qui indique son attitude défensive par rapport à l'échelle, dans la mesure où le sujet pense souvent à la scène traumatique, avec angoisse et manifestation physiologique, ce qui s'explique par l'incrustation de l'image traumatique dans l'appareil psychique, notamment celle liée à un état d'hyper-vigilance.

### 1.3. Analyse du troisième cas :

#### 1.3.1. Présentation du cas :

Rachida âgée de 31 ans, célibataire et agent commercial au sein d'une entreprise de fabrication de produits laitiers. L'accident qu'elle a eu est survenu le 5 octobre 2013. L'entretien s'est déroulé dans un bureau qui nous a été réservé à cet effet par le psychologue de l'hôpital d'Akbou et ce, pendant une durée d'une heure.

De la date de l'accident date au jour de l'entretien, la fille a changé de comportement : elle a un air assez calme et parle avec une voix douce pleine d'affection. Lors de la réalisation de l'entretien, elle a répondu à toutes nos questions. A cela il convient d'ajouter que l'enquêtée a utilisé le langage gestuel tout en étant direct dans la discussion.

#### 1.3.2. Analyse de l'entretien :

D'après notre analyse, On a observé que le contenu de cet entretien est riche, ses réponses sont courtes, directes et claires. Ainsi, il nous a permis d'abord de déterminer le sentiment de culpabilité qui habite la fille et qui s'accroît du fait qu'elle vit encore après l'accident alors que sa collègue a trouvé la mort. Ce qu'elle révèle en disant que : « *être la cause de la mort d'une personne, c'est insupportable, peut-être j'avais la possibilité de la secourir, j'ai des regrets* ». Elle parla sans cesse de ce drame qu'elle a vécu. et surtout elle se sent culpabilisée par rapport à sa cicatrice. Elle s'est demandé à ce titre : « *comment se marier avec cette cicatrice, je suis devenue insupportable* ». Sa blessure narcissique permet de dire qu'elle a perdu l'objet imaginaire. On détecte ainsi une autre forme de culpabilité : c'est le fait pour elle de se moquer de sa belle sœur. Elle disait : « *tu vois, tout celui qui se moque, il lui arrivera la même chose* ». Autrement dit, elle se culpabilise sur le fait d'avoir traité sa belle sœur d'idiote et ce, quand celle-ci a eu un accident. Par conséquent, on peut relever deux causes explicatives de la culpabilité de notre enquêtée. Il s'agit, d'une part, de l'impact direct de son accident et, d'une part, de la perte de sa collègue. Ce sentiment est apparent dans plusieurs passages comme : « *pourquoi moi* ». Elle s'adresse des autos accusations du fait de croire qu'elle soit responsable de ce qui lui est arrivée. Elle disait à ce propos : « *c'était de ma faute* ». En parlant, l'enquêtée pleure en sanglant, car le sentiment de l'auto culpabilité d'un côté et la vision des autres envers elle de l'autre persiste en son sein comme gravure, elle disait : « *dés fois même ta famille, tes frères n'ont ni sentiment ni rien, pour toi si tu as besoin d'eux tu ne les trouves pas, la présence des frères aide moralement* ». Tout cela, donne sens

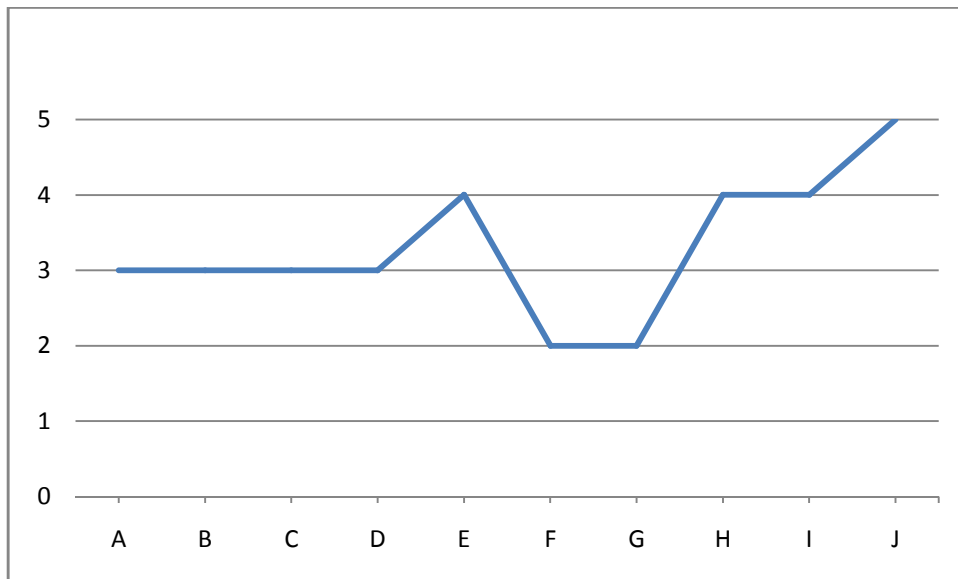
au déni de situation traumatique. Elle dit à ce titre : « *je peux rendre mon visage comme avant* », elle dénie complètement la réalité tout en disant : « *c'est le destin. Tant que je suis en vie, je peux devenir comme avant, je ferais tout* ». On constate un autre effet qui est la réduction considérable de ses relations sociales ; elle préfère rester seule. Elle affirme : « *tous les jours sont pareils, d'un autre côté je préfère être seule pour se débarrasser des autres* ».

### 1.3.3. Analyse de l'échelle :

Rachida répond au questionnaire le jour même de l'entretien, elle mentionne qu'elle a interrompu son travail depuis 5 mois et qu'elle n'a jamais vécu d'événement marquant auparavant. Suite à cet événement, elle présente un syndrome psychotraumatique moyen. Durant l'événement, Rachida a eu la conviction de mourir en raison de la gravité de l'accident.

De ce qui précède, on constate qu'elle est paralysée par des réactions physiologiques massives (item D4) et qu'elle n'a pas cherchée à réagir, car elle avait été trop surprise par l'événement. Il convient d'ajouter qu'elle est envahie par des flash-back et les reviviscences anxieuses. Par ailleurs, on souligne qu'elle est angoissée dès qu'elle évoque la scène traumatique (items B1 et B3). Toutefois, elle n'a pas des difficultés d'endormissement (item C1), elle est toujours dans un état d'hypervigilance et de méfiance (Items D1, D4 et E6). Tellement elle s'est sentie coupable, Rachida décide de ne pas repasser dans la rue où elle a vécu l'accident. Parmi les séquelles de ce drame, on retient le fait pour elle d'être envahie par des tremblements et d'une tachycardie dès qu'elle entend un bruit (item F1)

Durant les premiers jours, Rachida pensait que sa colère serait moins violente, si elle n'avait pas perdu sa collègue. Elle ressent la honte et la culpabilité (échelle I).



**Figure 3 : Syndrome psycho-traumatique moyen.**

### **Synthèse du cas de Rachida :**

Enfin, on peut conclure, à la lumière de l'analyse du cas de Rachida que malgré le choc subit par la perte de sa collègue notamment sa blessure physique, et la dynamique des conflits internes, cette jeune investie affectivement sa blessure. Cela se manifeste dans ses efforts fournis pour une intervention chirurgicale et dans le fait de tout faire pour être comme avant.

### 1.4. Le quatrième cas :

#### 1.4.1. Présentation du cas :

Lakhdar, âgé de 26 ans et étudiant en fin de cycle a eu un accident depuis 3 mois. Il a été admis à l'hôpital de rééducation fonctionnelle de Béjaïa où s'est déroulé le présent entretien au niveau du bureau du psychologue.

#### 1.4.2. L'analyse de l'entretien :

D'abord, il convient de noter que le jeun était très dynamique, en bonne humeur, calme et coopéré dans la discussion. Ses réponses sont directes et non complexes. Il a des expressions émotionnelles très fréquentes et très motivées par notre thème qu'il juge très intéressant. Mais, il a attiré notre attention quand où il nous a déclaré qu'il a abandonné ses études pour des raisons qu'il ne voulait partager avec nous en disant « *c'est quoi ce destin* ».

L'analyse de contenu de l'entretien avec Lakhdar nous a permis de détecter la perte de contrôle de son soi, cela s'explique par la fatigue et la perte de l'envie de vivre : « *je me sentais épuiser comme si j'avais toujours envie de dormir, je ne désire rien, chaque fois que j'essaye de faire quelque chose, je ne sais pas d'où je commence* ». Surtout, il voit qu'il a perdu des projets vers l'avenir à cause des séquelles physiques que l'accident lui a laissés, notamment sa blessure au niveau de la colonne vertébrale, ce qui le conduit à se culpabiliser de différentes manières. Au début, il se culpabilise par rapport à son père qui le qualifie comme étant la cause de l'accident, car il a abandonné sa maison. Il disait à ce propos : « *qui va s'occuper de nous. C'est à cause de ça que j'ai laissé mes études. En tous cas il va assumer* ». On remarque qu'il considère son père comme responsable de sa souffrance, c'est ce qu'on comprend d'après les passages suivants : « *pourquoi je suis son fils* ». Il s'est mis à pleurer et, après un silence de plus de six minutes, il nous dit : « *c'est très difficile* ». Ses expressions et la manière dont sont exprimés indiquent l'intensité de sa blessure narcissique qui l'a poussé à inculper la responsabilité du drame à son père : « *pourquoi il m'a fait ça* », phrase qu'il a exprimée avec une grande colère. Par là, on comprend que le choc vécu est très virulent chez lui. Il l'a exprimé en disant : « *j'ai pleuré, car ça me fait mal à l'intérieur* ».

Il nous a déclaré « *il y a des ennemis, peut être qu'ils disent que je mérite ce qu'il m'est arrivé, ils disent, que je suis devenu un handicapé* », ce qui explique son reproche à la société.



Sa blessure narcissique le pousse à se projeter de la société en pensant que ses ennemis sont heureux de sa situation. Cette diversité d'expression et de sentiment de culpabilité, signifie que le moi deviens faible devant le surmoi.

Lakhdar se plaint aussi d'un état dépressif important qui génère un isolement social, car il a l'impression que personne ne peut le comprendre et qu'il vaut mieux rester seul et s'isoler de toute relation. En revanche, il a l'impression que sa vie a définitivement changé et qu'elle ne sera plus jamais la même.

Cependant, des contradictions sont retenues lors des réponses sur son avenir. A ce titre, il reconnaît ses limites en s'exprimant par d'autres phrases : « *avec ma situation, je risque de ne rien faire. J'ai peur de mon avenir* ». Ce qui est remarquable, c'est l'expression faciale et les mimiques de ce jeune tout en signifiant une souffrance et un regret, ce qui fait qu'il refuse sa situation actuelle. En plus, il vit dans le déni de l'abandonnement de son père en disant : « *celui qui n'a pas de père est malheureux* ». Il arrive à reconnaître ses limites l'or d'une réponse sur son devenir qui fait peur : « *un être qui n'a pas de père est normal, mais ce n'est pas la même chose il s'en fiche* », il se contredit par rapport à son déni de l'abandon de son père. Le recours de Lakhdar à l'utilisation excessive du déni est une quête de compromis que cherche le moi face au conflit entre les instances.

### 1.4.3. Analyse de l'échelle :

L'entretien clinique met en évidence un syndrome post-traumatique intense (profil A), ce qui est appuyé par l'ensemble des notes obtenues dans le questionnaire. La note brute à l'Echelle (A) est élevée, puisqu'elle correspond à la note maximale de 24, soit une note étalonnée de 5. Durant l'événement, il s'est senti impuissant et incapable de faire des réactions adaptées. Il peut seulement crier, sans savoir si cela sera utile ou non. Les répétitions et les symptômes pathognomoniques du traumatisme psychique sont constantes et intenses (Echelle B, note brute de 9, soit une note étalonnée de 4. Avec des images qui s'imposent à lui jour nuit sous forme de flash-back et de souvenirs intrusifs.

Les troubles de sommeil (Echelle C, note brute de 9, soit une note étalonnée de 3) sont caractérisés par des difficultés d'endormissement et des réveils nocturnes qui l'empêchent de dormir et le fatiguent de plus en plus. Ses nuits sont chargées d'angoisse (item D3). Il devient anxieux, dans un état permanent d'hypervigilance et de méfiance (E6) et il sursaute au moindre bruit. Cependant, cet accident a changé fondamentalement sa façon de

concevoir la vie. Il a déclaré qu'il souhaite un soutien psychologique en raison des conflits internes qu'il vit à cause de non procuration d'un soutien de la part de ses proches. Durant l'entretien, on a remarqué qu'il trouve des difficultés de verbaliser la scène traumatique. Ce qui motive notre enquête est une consultation psychologique qui sera nécessaire pour ne pas se laisser envahi par ses conflits. Pour ce faire et selon lui, le psychologue est la seule personne qui pourra l'aider à surmonter son choc.

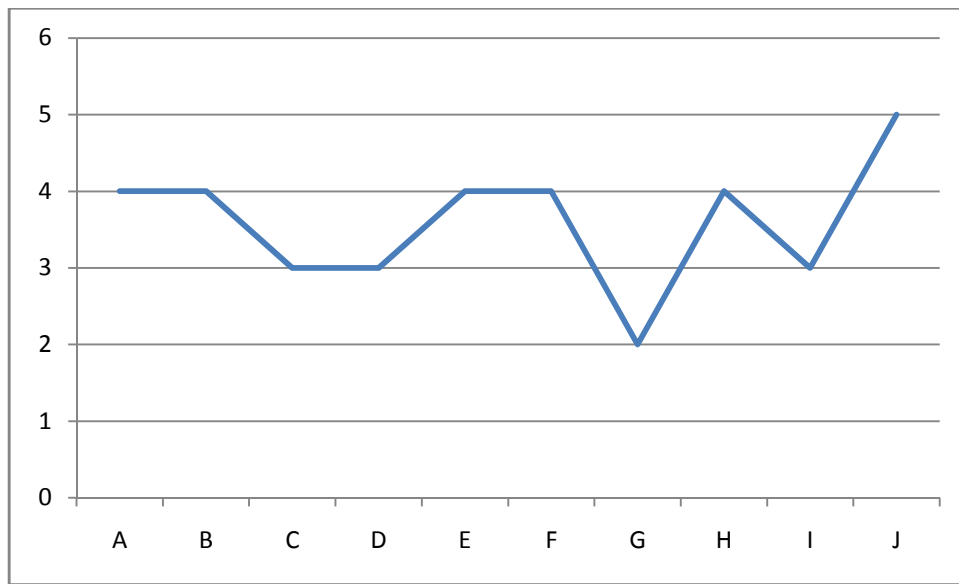


Figure 4 : syndromes post traumatiques intense

### Synthèse du cas de Lakhdar :

En guise de conclusion, on retient de l'analyse précédente qu'une intense souffrance manifestée chez le jeune Lakhdar le perturbe moralement et psychologiquement. Cela est dû au choc parvenu lors de son accident. Par ailleurs on relève que notre enquêté vit des conflits internes en soi, notamment avec la non collaboration de son père qui permet d'augmenter sa blessure interne. Avec la comparaison entre les résultats de l'entretien et l'Echelle du Traumaq, on a pu distinguer que le traumatisme que notre enquêté vit est intense, d'ailleurs, sa vision de l'avenir se conçoit pessimiste, vu le choc flagrant qu'il persiste en son fond.

### 1.5. Le cinquième cas :

#### 1.5.1. Présentation du cas :

Rachid âgé de 45 ans, enseignant et père de deux enfants : un garçon et une fille. Il a eu l'accident le 25 décembre 2012. Pour nous accorder un entretien, il nous a invité chez lui, car ses engagements professionnels ne lui permettent pas de venir à l'hôpital.

#### 1.5.2. Analyse de l'entretien :

Avant de commencer l'entretien, nous avons constaté la grande motivation de ce parent pour l'entretien. Il nous a contactés avec son propre téléphone deux fois. Après la prise de contact avec lui, on a remarqué qu'il est très calme, souriant et vigilant et collaborant dans l'entretien. Et il en est de même dans la communication.

Le fait pour Rachid d'être instruit nous a facilité la tâche, ce qui fait que son cas n'a pas besoin d'une traduction ou d'une explication de plus. Nous avons senti que le père ne voulait pas nous répondre par des mots qui peuvent toucher son fils qui se trouve dans le couloir. Il fait recours à des réponses justifiées et riches. Il a tendance à aller vite dans ses réponses et, parfois, il apporte des éléments de réponse à des questions qu'on lui a pas posées.

Nous avons pensé que ses avancées dues à sa connaissance du thème de discussion ou bien elles expriment des conflits psychiques qu'il vit à cause de la gravité de l'accident. Au départ, la présence de son fils, nous a créé un blocage de ne pas se sentir libre, mais ce sentiment a disparu dès que nous avons commencé l'entretien, surtout avec la collaboration de notre interlocuteur.

L'analyse du contenu de l'entretien permet d'abord, de détecter chez ce parent la représentation de l'événement traumatique et cela dans les expressions « *d'un seul coup, la lumière s'est obscurcie et j'ai entendu un grand froissement de tôle, et les vitres qui éclataient* » justifiant ses réponses par le fait d'avoir vécu une mauvaise situation « *je me suis vu que j'allais mourir, j'étais complètement perdu, je ne savais plus où j'étais, ça a duré peu de temps, mais j'avais eu l'impression que ça durait des heures* ».

Cet avancement des choses signifie l'état des conflits internes. Pour lui, cet accident est un choc. C'est ce qu'il divulgue en disant « *c'est difficile de voir quelqu'un avec une tête aplatie* ».

Ensuite, la culpabilité était présente dans l'ensemble du discours, elle est avouée dans l'expression précédente dans laquelle il accuse le chauffeur d'être la cause de l'accident et, par conséquent, le responsable de sa souffrance et. C'est ce que montrent les passages suivants : *« je suis allé chez lui, et je lui ai dit tu nous as bouleversé ». « Il parle avec sa copine, malgré il est marié. Maintenant je suis devenu très vigilant, je cherche dans mes voyages les chauffeurs qui sont professionnels pour se déplacer »*. Il nous explique avec des pleurs que ce chauffeur aurait pu éviter l'accident s'il était vigilant.

Dans d'autres expressions de Rachid, on a pu détecter la culpabilité par la vision de l'autre. Il se culpabilise du fait que c'est très touchant quand le milieu le plus proche n'est pas compréhensif précisément sa femme qui n'a même pas essayé de voir les choses plus profondément, car elle voit que tant qu'il ne présente pas des séquelles physique il n'a rien. Et cela dans le passage suivant *« Ma femme m'a déçu je suis certain quelle m'aurait beaucoup aidé au moins en m'écoutant »*. L'expression suivante augmente notre analyse (il pleure et se tait) *« j'avais l'intention, qu'un jour je ferais l'accident »*, ce parent culpabiliser soi-même, c'est ce qu'on qualifie de signal d'alarme choqué par l'arrivée de l'accident.

Par ailleurs, on a remarqué une autre forme de culpabilité éprouvée envers l'extérieure et qu'il affiche en disant *« ils disent que c'est une famille malheureuse, chaque année ils font des accidents sa me fait mal quand je dors je rêver ces paroles »*. Ensuite, il est angoissé des qu'il évoque la scène traumatique qui s'impose à lui à tout instant de la journée, ce qui nécessite une consultation psychiatrique.

A noter que la non acceptation de l'accident est tantôt déclarée tantôt déguisée dans des pseudos acceptations comme celle que révèle les expressions suivantes : *« il ya des moments, où je perd fil de ce qui s'est passé, comme s'il y avait eu un blanc ou un intervalle ou comme si je n'avais pas fait partie de ce qui s'est passé »*

Il convient de souligner enfin que l'accidenté se contre dit dans l'expression suivante *« à chaque fois, ils me demandent de parler de l'accident, et je leur dit que n'ai pas fait d'accident »*. Ses contradictions sont aussi significatives des conflits internes qu'il vit. Ainsi démontré, le déni de l'accident s'explique par le souci se soulager.

### 1.5.3. Analyse de l'Echelle :

Monsieur Rachid est blessé à l'épaule et au pied gauche. Il aura trois mois d'interruption de travail (ITT) en raison de ses blessures. Il n'avait jamais eu d'accident et n'avait jamais

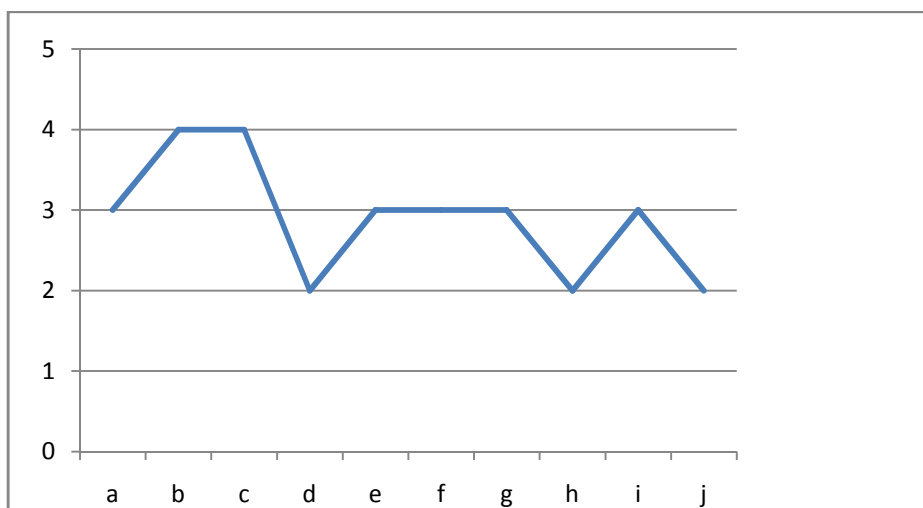
vécu d'événement marquant auparavant. Suite à cet événement, son profil au questionnaire *TRAUMAQ* met en évidence un syndrome psychotraumatique moyen.

Durant l'événement, ce parent a eu la conviction qu'il allait mourir en raison de l'intensité de l'accident et de son incapacité d'intervenir pour aider ceux qui sont gravement blessés. A cet effet, les troubles de sommeil sont caractérisés par des réveils nocturnes qui l'empêchent de dormir et le fatiguent. Il est angoissé des qu'il évoque la scène traumatique et les images s'imposent a lui jour et nuit sous forme de flash-back et de souvenirs intrusifs. Il répète sans arrêt et de façon pénible le déroulement de l'accident, ce qui engendre en lui des difficultés d'endormissement (item C1 a C5) qui le gêne, en l'empêchant de se concentrer.

En effet, il vit dans un climat d'insécurité qui lui a nécessité de prendre deux arrêt de travail, car il s'estime anxieux dans un état permanent d'hypervigilance et de méfiance (item D4).

Cependant, il est angoissé et dés qu'un bruit se fait entendre, il est envahi par des tremblements et d'une tachycardie (item F1). Monsieur Rachid ne présente pas des signes dépressifs (Echelle H note étalonnée de 3).

Ce parent, estime qu'il pourra s'en sortir tout seul. Il semble avoir des ressources suffisantes, car dans l'entretien il a verbalisé facilement la scène traumatique ainsi que les émotions qui lui étaient attachées. Avec son attitude active, il a pu construire et faire varier des scenarios de façon à ne pas se laisser envahir.



**Tableau 5 : Syndrome psycho-traumatique moyen**

### Synthèse du cas de Mr Rachid:

Enfin, à la lumière de la présente analyse, on constate que le sujet présente un syndrome psychotraumatique moyen et ce, en dépit de sa souffrance psychique causée par l'événement traumatique qu'il a vécu, ce qui a engendré chez lui le sentiment de culpabilité. Mais, au fur et à mesure, il s'est adapté à la situation. Pour ce faire, il double ses efforts et, à ce titre, il dit : « *Dieu merci* ». Il se résigne ainsi en faisant recours à la foi « *qu'est ce qu'on peut faire ?* ».

Seuls les flash-back se sont manifestés immédiatement après les faits. Quant aux autres symptômes, ils ont durés environ trois semaines et sont progressivement atténués pour disparaître au bout de deux mois. A souligner que ces troubles ne sont pas invalidants et ne nécessitent pas de soutien psychologique.

### 1.6. Le sixième cas :

#### 1.6.1. Présentation du cas :

Monsieur Mohamed est un retraité âgé de 47 ans et père de quatre enfants sa femme est vivante. Son accident est survenu en janvier 2013. Son état de santé est très dégradé en raison des blessures qu'il présente au niveau de la jambe et le bras et qui ont nécessité une opération chirurgicale depuis 15 jours. La présentation du cas de monsieur Mohamed a nécessité deux heures d'entretien.

#### 1.6.2. L'analyse de l'entretien :

L'entretien avec Mr Mohamed, s'est déroulé dans son lit, au niveau de l'hôpital. A noter qu'au cours de l'entretien, son fils semblait être pressé d'en finir. Nous l'avons rassuré que l'entretien n'allait pas durer longtemps. Au cours de l'entretien, on a remarqué une absence de collaboration de notre interlocuteur, ce que laisse à penser que l'impact de l'accident est très profond. Mais cela n'a pas empêché notre entretien d'être riche en matière d'information que nous cherchons.

L'analyse du contenu révèle d'abord, que le sujet présente des signes de dépression et cela dans ses dires « *après l'intervention chirurgicale peut-être c'est ma fin* ». La façon dont il s'est exprimé signifie le désespoir de ce parent. Mais ce qui augmente notre analyse, d'après les dires de son fils, c'est qu'il présente une anorexie. Ensuite, il nous a appris que la mort de son collègue, âgé de 55 ans, a laissé en lui un choc qui persiste en son fond plus en plus et pour lequel il a fait l'objet d'un traitement psychiatrique. Il exprime son choc de la façon suivante : « *j'ai été choqué* »

Cependant, cet événement inattendu le pousse à se culpabiliser de différente manière et dans le passage suivant il dit : « *j'aurais dû éviter l'accident* ». Il se sent coupable et responsable de l'accident. C'est ce qu'il dit avec un grand regret. Une autre forme de culpabilité projetée vers l'extérieur. Il s'agit de celle liée au chauffeur « *c'est le chauffeur du camion qui est responsable* ». On constate donc une ambivalence entre deux responsabilités : d'une part la responsabilité de l'accidenté en question et, d'autre part, celle du chauffeur et qui s'explique par la blessure narcissique de monsieur Mohamed.

Par ailleurs, on a pu relever des reproches adressés par l'environnement et ce, par certaines phrases qui paraissent banales, mais qui sont mal comprises et mal interprétées par

le sujet qui croira qu'on le culpabilise. D'où sa projection suivante : « *ils disaient, il aurait dû faire quelque chose pour éviter sa mort* ». De ce fait, ils vont le fragiliser, ce qui conduit à augmenter son sentiment de culpabilité.

Il s'est étalé ensuite nous sur ses difficultés, notamment les réviviscences du drame qui s'impose à lui durant la journée si comme l'événement allaient se reproduire. L'analyse révèle une attitude défensive par rapport à l'entretien et, à ce titre, il dit « *j'ai des difficultés de ne pas dormir...* ». Il tombe ainsi dans la contradiction avec ses dires, car, en répondant à la question du troisième axe, disait « *je me réveille plus* ».

Cependant, les contradictions sont retenues lors des réponses sur son avenir où il reconnaît ses limites « *à mon âge, je ne suis rien. La vie c'est comme un rêve* ». Il s'agit là d'une forme de déni latente non exprimée directement et déguisée. Il ajoutait « *on ne peut pas fuir au destin...* », ce qui mène à dire qu'il vit dans un état traumatique dans le déni. Autrement dit, la blessure narcissique de ce parent a débordé son moi et, pour faire face, il fait recours au déni et à la foi. Une telle réaction s'explique par le besoin diminué des conflits psychiques.

### 1.6.3. Analyse de l'échelle :

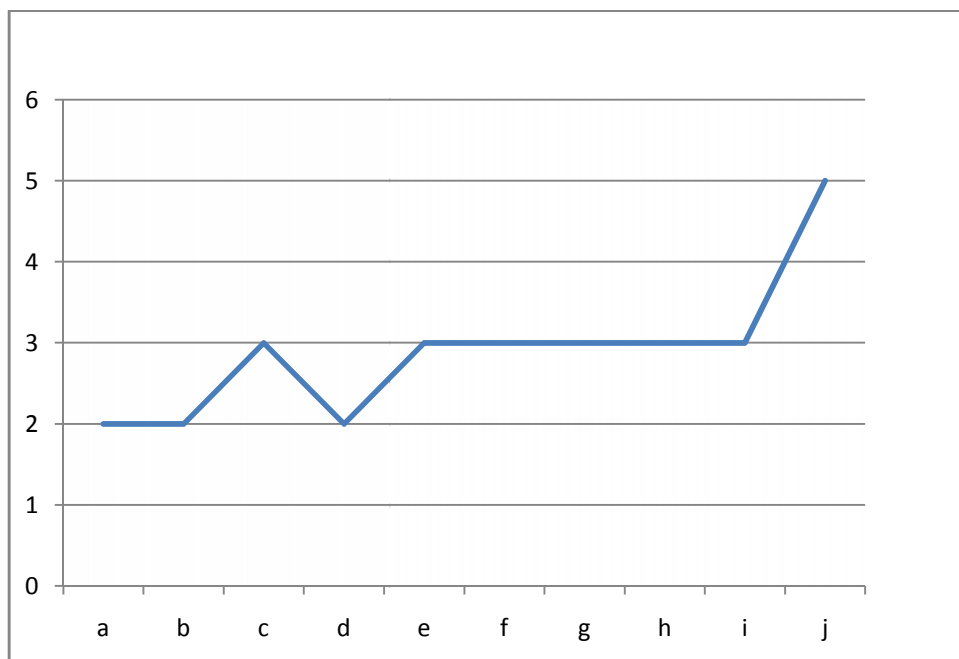
Après l'entretien, le sujet répond au questionnaire Traumaq, notons qu'il présente un traumatisme psychique léger. Il confirme qu'il a déjà eu un événement marquant auparavant et qu'il n'avait jamais engagé de psychothérapie. Nous l'avons sollicité de nous parler de ses sentiments pendant l'événement. Quant à sa réaction au moment de l'accident, il disait « *je n'ai pas eu le temps d'avoir peur* », ce que François Lébigot qualifie de déni de l'effroi. Juste après l'accident, il pense qu'il pouvait mourir (Item A6), c'est ce que confirment ses réponses à l'entretien. Il s'agit de plus la peur de mourir, mais d'une véritable conviction en raison de la gravité de du drame qu'il a vécu.

Depuis l'événement, on note une attitude défensive vis-vis de l'échelle (B), ce qui confirme sa note étalonnée dans la question (B1). Le sujet souffre des troubles de sommeil qui sont caractérisés par une impression de ne pas dormir du tout et qui le fatigue au réveil (Items C4 et C5). On constate de ce qui précède qu'il souffre d'une anxiété et cela dans (Item 1) les résultats obtenus à l'échelle (D), soit la note totale (1). Ce score confirme les dires du cas à l'échelle (D3, D4 et D5).



Par là, on note que l'accident qu'a eu notre enquêté lui a laissé des séquelles persistantes de plus en plus en son sein et qu'on qualifie de méfiance et de vigilance aux bruits (E5, E6). Seulement il n'a pas attribué au drame des comportements agressif envers les proches. L'effet de l'accident, c'est d'avoir laissé des empreintes chez notre enquêté et des douleurs au niveau du dos ainsi que quelques signes dépressifs légers (H3, H8). Tout ce qu'il a vécu a engendré en lui un fort sentiment de culpabilité (Items i2 et i5).

En revanche, il à l'impression que sa vie a définitivement changé et qu'elle ne sera jamais la même. Il trouvé un soutient très apprécié de sa famille, ce qui augmente l'acceptation de l'événement traumatique (Item J 7).



**Figure 6 : Syndrome psycho-traumatique léger.**

### Synthèse générale du ca de Mohamed

Enfin, on peut conclure que le choc subit par l'accident et la dynamique des conflits interne augmentent chez l'enquêté le sentiment de culpabilité qui le fragilise de plus en plus. Cela apparait dans les résultats obtenus dans l'échelle du traumatisme que l'accident a provoqué chez ce parent.

### 1.7. Le septième cas :

#### 1.7.1. Présentation du cas :

Monsieur Kamel âgé de 45 ans, fonctionnaire, père de deux enfants, un garçon et une. Il a un niveau d'instruction secondaire. Il a eu l'accident en décembre 2012. L'entretien avec lui s'est déroulé au niveau de l'association des handicapés moteurs à AKBOU, dans un bureau qui nous a été réservé pour cela. A noter que l'entretien a duré deux heures du temps.

#### 1.7.2. L'analyse de l'entretien :

Nous avons remarqué chez le parent une euphorie. Il avait l'air timide. Il n'a pas collaboré au début de l'entretien. Il répondait avec des phrases très courtes « *c'est un choc* », il avait une attitude de fuite « *accot...Ah la vie...* ». Pendant l'entretien il manifeste beaucoup d'affects, il pleure puis il se tait. Il nous a été difficile de faire des relances à cause de ses pleures et les moments de silence, avec des difficultés d'expression qui tiennent aux affects que reflètent les conflits internes de son vécu de l'accident.

L'analyse de contenu de l'entretien a permis d'abord, de détecter la représentation du choc de l'accident, en raison de sa gravité malgré qu'il fuit nos questions on donnant des réponses passagères comme « *je vois du blanc* ». Mais, par la suite, il a évoqué ses représentations de l'événement traumatique. Il avait peur de mourir, car il a pensé directement à son frère qui décédé dans l'accident et cela dans ses dires « *je me suis vu que j'allais mourir* ». A ce titre, François Lébigot dit « *Dans un choc inattendu, il ya eu peu d'angoisse, mais une activité psychique intense et durable auteur de la culpabilité et de la mort* »

Cependant, ce drame a engendré chez lui un choc, du fait de voir son cousin éjecté de véhicule et sa tête sur le rail sous ses yeux, ce qui le conduit à se culpabilisé de ne rien faire pour éviter l'accident en disant « *c'est très difficile de voir quelqu'un durant tout le trajet qui parlait, il assit à coté de toi et, ensuite, tu le vois mort* ». Aussi il vit toujours dans une situation de tristesse et cela dans ce passage « *je suis tout le temps triste* ». La façon dont il s'est exprimé signifie qu'il vit des conflits internes. La culpabilité est pleinement avouée dans l'expression précédente, ce parent est très culpabilisé à soi même « *je n'ais jamais imaginé qu'un jour je serais la cause de la mort d'une personne* », c'est ce qu'on qualifie de signal d'alarme, choqué par la mort de son cousin devant lui. Une autre forme de culpabilité éprouvée de ce parent qui est envers l'extérieur en disant « *mes demi frères mon traité de mauvaises paroles, et disent que la cause de mon accident tient au péché que j'ai commis en*

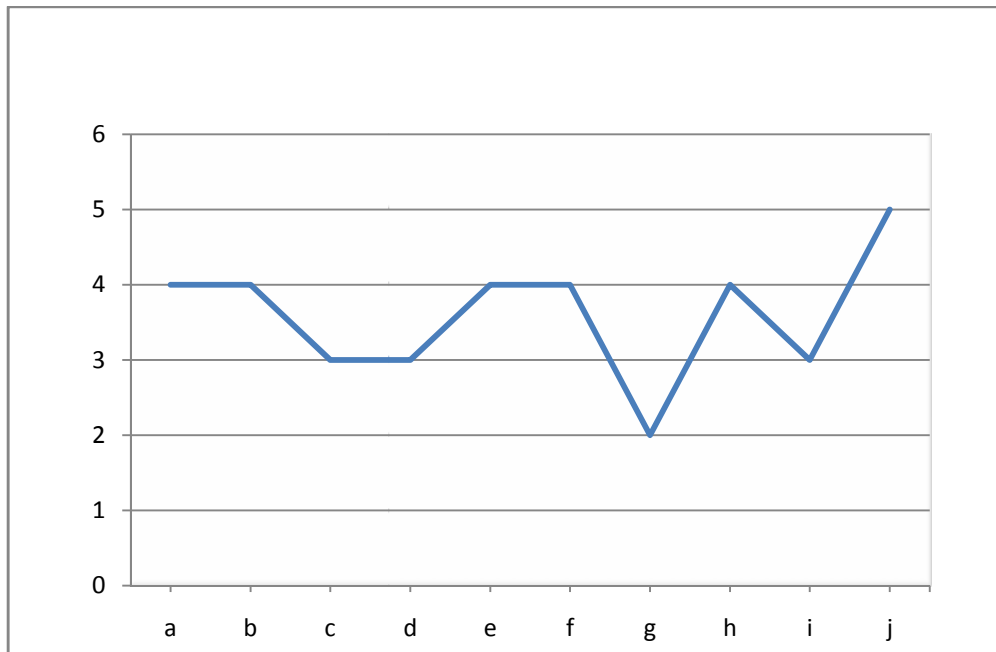
*achetant ma voiture avec facilité* ». Avec un tâtonnement qui signifie un grand regret, sa blessure narcissique le culpabilise envers l'extérieure, ce qui a engendré des réactions de punitions envers ses frères au point de leur jamais adresser la parole de puis cinq ans. Il se culpabilise aussi par rapport à la société « *il ya des ennemis, peut être qui disent que je mérite ce qui m'est arrivé* ». Son identification à la société le culpabilise davantage. Sa blessure narcissique le pousse à projeté dans la société en pensant que ses ennemis sont heureux de sa situation. En plus, la blessure narcissique de Kamel le fait rentrer dans le déni. Cela on le remarque dans le passage suivant « *c'est tout le monde qui font d'accident* ». Après un silence avec des pleurs, il dit « *c'est ça le destin, nous devons tous mourir un jour* », il a refusé carrément qu'il a eu un accident, en reconnaissant ses capacités de prendre la voiture tout seul. Ce qui conduit à dire qu'il vit une situation traumatique dans le déni. Autrement dit, sa blessure narcissique qui a débordé son moi et pour faire face, il fait recours au déni pour diminuer le conflit psychique.

### 1.7.3. Analyse de L'Echelle :

Monsieur Kamel répond au questionnaire trois jours après, l'entretien met en évidence un syndrome post- traumatique moyen, ce qui est démontré par les notes obtenues par l'échelle *TRAUMAQ*. Cependant, ce parent n'avait jamais eu l'accident. Ce qui est gravé dans sa mémoire c'est l'accident de son frère qui n'avait jamais engagé de psychothérapie. Suite à cet événement, ce parent a la conviction qu'il allait mourir en raison de la violence de l'accident (item A6), « *je me sens comme je si suis désarmé* », ce qui est confirmé par les réponses de l'entretien. De ce qui précède, on constat que cet événement a laissé des conséquences néfastes sur ce parent, car a été envahis par des flash-back et les réviviscences de la scène traumatique, et cela dans les notes (B1 et B2). Il ajoute « *je ferais des rêves où les personnes entouré de moi* », ce qui a engendré par la suite des difficultés d'endormissement(C1). En revanche, il est toujours dans un état d'hypervigilance. Il n'est pas vraiment anxieux (D1 et D2), ce qui le gêne dans son travail en l'empêchant de se concentré. Cela indique une l'attitude défensive par rapport à l'entretien et un désir de cacher son anxiété (E1 1 et E6).

Ensuite, il poursuit à nous parler de ses relations notamment avec ses amis, qui génère un isolement social, car il a l'impression que personne ne peut le comprendre (H3 et H8). Effectivement, il a considérablement réduit ses relations sociales, il pense que les autres ne servent à rien « *je préfère rester seule pour me débarrasser des autres* ». Lorsque on a lui

demander de nous décrire ses relations avec son épouse « *j'ai trouvé mon épouse qui comprend ... elle ma aidé. Franchement je suis reconnaissant* ». Malgré les contradictions et les pseudos acceptations de la situation traumatique, ce qui a conduit à dire que ce parent essaie de trouver un compromis pour accepter sa situation actuelle.



**Figure 7 : Syndrome post-traumatique intense.**

### **Synthèse Générale du cas :**

Enfin, d'après la cohésion entre les résultats de l'entretien et ceux de l'échelle, le sujet montre qu'il souffre de syndrome post-traumatique intense. Ce qui conduit à dire que l'accident à engendré chez lui un choc, notamment la mort de son cousin et les reproches adressés par l'environnement vont augmenter le sentiment de culpabilité qui va le fragiliser, surtout cette culpabilité va s'associer à une culpabilité réelle.

### 1.8. Analyse de huitième cas :

#### 1.8.1. Présentation du cas :

Amar âgé de 46 ans, invalide et père de deux enfants il a deux enfants, un garçon et une fille. A noter que cette dernière a trouvé sa mort le jour même de l'accident, décembre 2012. L'état de santé de ce monsieur est dégradé en raison de la gravité du drame. L'entretien avec lui s'est déroulé dans son domicile familiale pendant une durée d'une heure.

#### 1.8.2. Analyse de l'entretien avec Mr Amar :

Ce parent est sous traitement psychiatrique depuis 3 ans, calme, timide et parle pas trop. Avec une froideur émotionnelle, les réponses qu'il donne sont très courtes, il ne collabore pas, son attitude durant l'entretien est une attitude de fuite, tendance à normaliser tout « *c'est normal, ce n'est pas la même chose* », des réponses, complexes par fois elles sont directes.

D'abord, le début de l'analyse consiste à déterminer le choc qu'a laissé cet accident sur le sujet, notamment l'amputation de sa jambe qui a vraiment fragilisé sa situation. Ce parent a continué à nous parler de celui qui est arrivé à sa fille, ce qui nous donne l'idée qu'il vit des conflits psychiques tout en disant « *non seulement je suis devenu handicapé, mais la pire j'ai perdu même ma fille dans cet accident* ». Avec des pleurs et moments de silence en disant « *j'étais choqué* ». Surtout qu'il est sous traitement psychiatrique qui provoque des effets secondaires, comme la diminution de la libido, il exprime sa volonté d'enfanté en disant « *je voulais avoir une fille, peut-être comme la première* », après un moment de silence, il ajoute « *j'étais blessé* ». Il s'agit ici des signes d'un choc qui résulte de caractère imprévisible l'événement

En effet, la façon dont il s'est exprimé donne l'impression qu'il vit des conflits qui tiennent non seulement au fait la perte de sa fille, mais également à son handicap qui le conduit à se culpabiliser de différentes manières. Cela on a pu le relever dans plusieurs passages comme « *pourquoi moi...* ». Il se culpabilise en adressant des auto-accusations qui signifient que c'est lui le responsable de l'accident. De l'autre côté, ce qui augmente sa culpabilité c'est la vision de l'autre. Envers son handicap, commençant par sa belle famille qui, selon lui, ne veut pas de lui l'accusant d'avoir été le fautif comme l'expression : « *ils disent ce n'est pas moi le fautif de cet accident* » avec des pleurs et des moments de silence, il disait « *quel destin, toujours des difficultés* ». Cette projection vers sa belle famille le culpabilise davantage. Sa projection aussi s'est dirigée vers la société au point de s'isoler des autres, et de

s'enfermer sur soi « *je ferme sur moi, quand il ya un événement, je partirais pas* », c'est une culpabilité pleinement éprouvée parce que cette culpabilité envahis le moi de ce sujet.

En plus, dans certaines expressions, le sujet donne un sens au déni de handicap même de l'accident et cela dans ses dires « *malgré, l'accident m'a rendu comme ça, je suis complet* », justifiant ainsi son déni en se référant aux handicapés qui ont perdus leurs jambes (avec un langage gestuel des deux jambes), « *dieu merci je ne suis pas comme eux, moi je suis complet* ». Il se soulage quand il se réfère à cette catégorie d'handicapés avec des critères qu'il inventa et selon lesquels il croit être complet

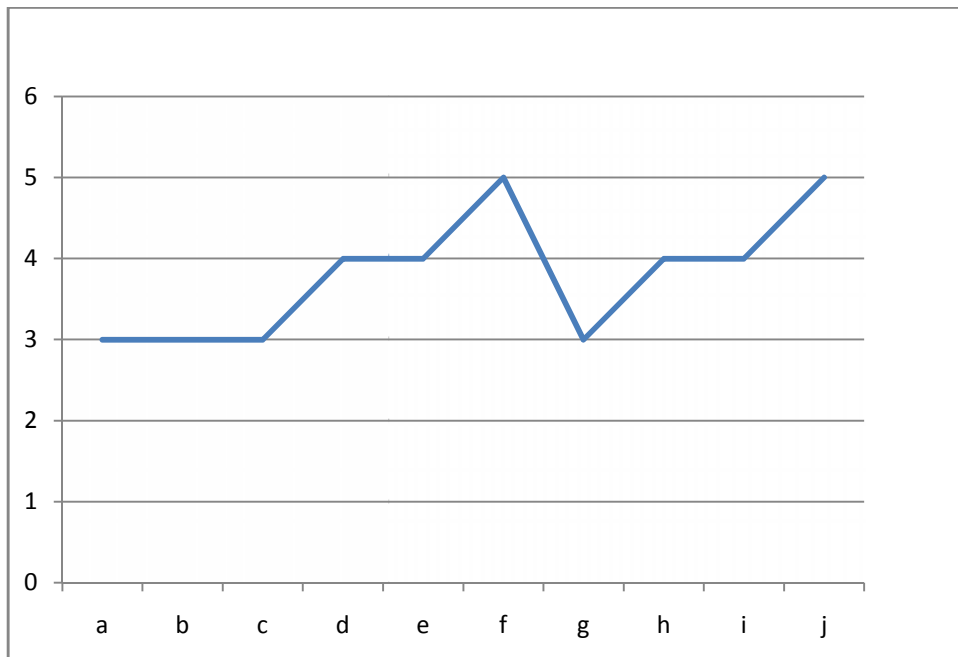
Par ailleurs, Amar a une vision pessimiste envers l'avenir en disant « *maintenant, je ne peux pas se déplacer comme auparavant..., il me faut du temps* ». Il s'agit là d'une contradiction de sa vision, malgré la logique des choses que lui-même reconnaît mais s'il refuse d'accepter son handicap « *mon médecin ma dit : avec le temps, il te paraîtra normal, et puis on peut te faire une jambe artificielle* » le recours de Amar à l'utilisation de déni est une quête de compromis que cherche le moi face au conflit entre les instances.

### 1.8.3. Analyse de l'échelle :

Au préalable, on souligne que le sujet était blessé au bras. En plus de cela, il a perdu sa jambe. On note par ailleurs que le sujet n'a jamais eu d'événement marquant comme celui-ci.

Après la description de l'état du sujet, son profil au questionnaire met un syndrome psycho-traumatique fort, il a eu la conviction qu'il allait mourir (item A7) et qu'il serait paralysé par des réactions physiologiques massives (item A4). Par là, on peut relever que l'accident qu'a eu notre enquêté lui a laissé des séquelles qui sont caractérisées par des réveils nocturnes qui l'empêchent de dormir et le fatiguent (items E5 E6). De telles séquelles persistent chez le sujet surtout sur le plan psychologique et ce, par les images qui s'imposent à lui jour et nuit (échelle B).

L'effet de l'accident, c'est d'avoir laissé des empreintes chez le sujet par des plaintes somatiques, qui sont régulière (items F1 et F2). Amar se plaint aussi d'un état dépressif important par sa note élevée à l'échelle (H) note brute de 13 sur un maximum de 24, ce qui génère un isolement social car il a l'impression que personne ne peut le comprendre. Ce qui qualifie ses réponses à l'entretien par sa souffrance d'un sentiment de culpabilité dans l'échelle (I)



**Figure 8 : Syndrome post traumatique fort.**

### **Synthèse du cas d'Amar :**

D'après l'analyse du contenu de l'entretien de ce sujet, on relève qu'il a vécu un choc qui résulte tant par la perte de sa fille que par son handicap causé par l'accident, ce qui a provoqué en lui un sentiment de culpabilité, et ce dernier a donné sens à ses réponses au questionnaire qui présente un traumatisme très élevé.

### 2. Synthèse générale des cas :

Les résultats que nous allons présenter ici montre le degré du traumatisme de tout les cas comme suit :  $72+74+86+93+54+54+85+89= 607$

$607/8=75.87$ . On peut dire que le degré du traumatisme psychique chez ces accidentés est mesuré moyen.

L'analyse du contenu des cas qui constituent notre échantillon, nous permet de dégager quelques constatations.

D'abord, la majorité de ces sujets ont vécu l'arrivée de l'accident comme événement traumatique parce qu'ils étaient face à une situation inattendue qui ne correspond pas à leur représentation inconsciente, ce qui a engendré chez ces sujets un traumatisme psychique. Cependant, ceci diffère d'un sujet à un autre et ce, selon la subjectivité de chacun d'eux. Cet événement décrit par *Scelle Régine* comme un événement traumatique vécu de façon singulière par chacun des sujets par exemple dans le premier cas « *j'étais choqué* », le jeune était choqué au point qu'il a été l'objet d'un traitement psychiatrique pendant une année, et dans le deuxième cas il a fait l'objet d'un traitement psychiatrique. Dans ces deux cas, le choc était exprimé clairement par des signes de tristesse comme dans le sixième cas qui a exprimé sa tristesse une journée après l'accident.

Ensuite, après le choc de cet événement traumatique, ces accidentés ont un grand sentiment de culpabilité exprimé de plusieurs manières et, selon son origine, il est lié soit à un choc, soit à un acte ou à une faute dans le passé comme l'illustre l'exemple du troisième cas. Cette jeune fille qui se culpabilise par rapport à sa faute commise pendant son accident quand elle s'est moquée de sa belle sœur, soit par rapport à la vision négative de l'autre comme cela a été exprimée dans le sixième cas. Il imagine que ses proches considèrent qu'il est à l'origine de ce qui lui est arrivé.

Pour faire face à leur sentiment de culpabilité, ces sujets adoptent diverses stratégies qui correspondent au modèle de Maurice Tringle qui dénombre différents types de stratégies de défense contre le sentiment de faute : D'abord, réparé pour s'en sortir devant les difficultés de cette la situation traumatique. A noter que la très grande majorité de ces sujets s'efforcent de comprendre et d'extérioriser la scène traumatique, afin de s'adapter à cette stratégie, c'est ce qu'on rencontre presque dans tous les cas.



En plus, les sujets se soulagent en imputant la faute aux autres, c'est-à-dire les personnes de l'entourage. De ce fait, ils prennent la distance avec ses personnes.

En effet, ne rien savoir pour ne rien ressentir elle règle définitivement la question de la culpabilité en faisant purement et simplement comme si elle n'existait pas, c'est ce qu'on a remarqué dans le contenu des entretiens. Les sujets ont tendance toujours à dénier l'accident comme le cas de Diemel qui ne se voit pas handicapé, alors il a perdu sa jambe.

Enfin, les sujets semblent payer une faute personnelle en prenant sur eux le choc de l'accident comme s'ils devaient se faire souffrir pour moins ressentir la culpabilité. C'est ce que les spécialistes qualifient d'incoercible besoin de punition. Ce dernier mécanisme nous l'avons constaté pendant l'analyse des contenus plus fréquemment dans le cas de Rachida qu'elle qui se reproche à elle le fait de se moquer de sa belle sœur. Dans l'ensemble des cas, le traumatisme peut s'élaborer dans les jours ou semaines qui suivent. Le plus souvent, les sujets ne livrent dans leurs récits qu'une sorte de résumé de ce qui a été pour lui l'expérience de l'effroi. Ils soulignent la certitude de leur mort « je me suis vu mort ».

Par ailleurs, malgré le vécu traumatique de ces sujets par l'arrivée inattendue de l'accident certains, ces derniers ont des difficultés pour dépasser le drame, alors que d'autres arrivent à faire le travail de deuil, et d'adaptation à leurs situations. Ce travail consiste en un ensemble d'étapes successives qui commence d'abord par le choc, ensuite, la négation après espoir, la vision négative de soi-même et, enfin, l'acceptation. À souligner que ces étapes ressemblent au modèle d'Evan 1976, et de Dorot 1975.

De plus, on déduit qu'il existe un ensemble de conditions qui contribuent à mieux s'adapter à se soulager et à rassurer ces sujets parmi ces celles-ci, on peut retenir :

- L'apport de l'établissement Hospitalier de rééducation fonctionnelle, la satisfaction de ceux qui sont admis à cet établissement est grande, vu le progrès de leurs situations en rapport avec leur blessures physiques. Ensuite, l'établissement permet aux sujets des rencontres avec d'autres sujets et de faire des idées sur le vécu de l'autre, apprendre des expériences et des conseils d'orientation. Le fait de joindre l'établissement quotidiennement fait disparaître le complexe vers la vision de l'autre.

- Les moyens économiques sont très importants pour la prise en charge comme le fait de leur assurer la même rééducation et la prise en charge psychologique, psychiatrique et médicale qui coûte chère.

- Le soutien et la vision de l'autre (les proches, la société, les professionnels).
- Le recours à la foi : Ce mécanisme est un apport important à l'adaptation et à l'acceptation.

A noter que nous avons aussi remarqué que le facteur du sexe de sujet joue un rôle dans l'anxiété des accidentés envers l'avenir, surtout pour ce qui concerne le mariage, comme le cas de Rachida « *comment se marier avec cette cicatrice* ». De même, pour le degré de l'accident, plus qu'il penche à être léger plus que les sujets acceptent et s'adaptent rapidement.

### 3. Discussion des hypothèses :

Après l'analyse des entretiens, nous arriverons à la discussion de nos hypothèses

#### 3.1. Discussion de la première hypothèse :

Rappelons le principe de cette hypothèse qui dicte « *les accidentés de la route éprouvent un sentiment de culpabilité et le déni de la réalité* ».

D'après l'analyse de contenu de l'entretien de chaque cas, il est apparent pour nous que l'accident de la route provoque un sentiment de culpabilité et le déni chez ces sujets et cela dans tous les cas de notre échantillon. Mais le degré de culpabilité se diffère d'un cas à l'autre, par exemple le sentiment de culpabilité est pleinement éprouvé dans le deuxième cas, par contre dans le septième et cinquième cas, le sentiment de culpabilité est moins fort par rapport aux autres. Par ailleurs, le sentiment de culpabilité est partiellement éprouvé dans le quatrième cas. Ensuite, la majorité de ces sujets n'acceptent pas l'accident en vue de leurs défenses massives.

On constate également que le refus des sujets d'accepter l'accident n'est pas le même dans tous les cas. Autrement dit, dans le deuxième cas le refus de son handicap qui est dû à l'accident est total par contre dans le premier, septième et huitième cas, il y'a un refus moindre par rapport aux cas précédents. Dans le quatrième et le cinquième il ya une acceptation partielle de l'accident, les sujets utilisent moins le déni par rapport aux autres cas. Cependant on peut dire que la première hypothèse est confirmée.

#### 3.2. Discussion de la deuxième hypothèse :

Cette hypothèse estime que « *les accidentés de la route présentent un traumatisme psychique* ».

A la lumière de l'analyse des résultats de chaque cas, et selon l'échelle qui mesure l'intensité et le degré du traumatisme psychique, nous avons constaté que tous ces sujets qui ont subi l'accident, présentent un syndrome psycho-traumatique qui défère d'un sujet à un autre. Autrement dit, dans le huitième et le sixième cas, le traumatisme est intense sur ces accidentés. Par contre, dans le premier, le deuxième, ainsi que le troisième cas, le traumatisme est moyen et ce, par rapport aux cas qui précèdent. Dans le cinquième et septième cas le traumatisme est léger. Donc, on peut avancer que notre deuxième hypothèse est confirmée dans tous les cas.

### **Conclusion**

De ce qui précède, on constate que nos hypothèses sont confirmées, ce qui mène à dire que l'arriver d'un événement inattendu provoque un traumatisme psychique chez les accidentés, accompagné des manifestations clinique, notamment le sentiment de culpabilité et le déni de cet accident. On souligne par ailleurs que les huit cas ne présentent pas le même sentiment de culpabilité et ne manifeste pas le même degré de traumatisme.

# Conclusion Générale

# Conclusion

---

## Conclusion générale

Aux termes de notre étude, nous pouvons dire que malgré certaines lacunes qui tiennent notamment aux difficultés rencontrées, ce travail était pour nous l'occasion de découvrir et d'approfondir nos connaissances acquises dans notre cursus universitaire.

Sur le plan théorique, il nous a permis de comprendre le traumatisme psychique, son étiologie, les modes de prise en charge et de mieux comprendre les concepts psychanalytiques (le traumatisme, le choc, la névrose traumatique et l'effroi) qui expliquent l'effet de la venue d'un événement inattendu sur les sujets. Par ailleurs la présente étude nous permet de découvrir les travaux en rapport avec notre thème, comme les ceux de Luis Crocq, qui s'intéressent à l'effet d'un événement traumatique sur le sujet et au traumatisme en général, ce à quoi s'ajoutent les travaux de François Lebigot qui se basent sur les différentes méthodes de traitement du traumatisme psychique.

À la différence de notre travail de recherche, on a spécifié le type de traumatisme qui est le traumatisme psychique chez les accidentés de la route, en étudiant le sentiment de culpabilité, le déni et le degré du traumatisme.

L'analyse du contenu des entretiens de l'échantillon de cette recherche nous a permis de constater que ses sujets sont traumatisés au moment de la venue inattendu d'un accident de la route, par ce qu'ils ont été surpris. Ils se sont heurtés donc à une situation inattendue. Cet événement engendre généralement la dépression. On a remarqué également dans l'analyse du contenu que les sujets qui sont victimes d'accident éprouvent un sentiment de culpabilité, du fait de la gravité de l'accident.

En effet, on a déduit que les sujets en question utilisent des mécanismes pour faire face au sentiment de culpabilité. Parmi ces derniers, on retient la réparation qui renvoie aux sujets s'efforçant de comprendre la situation afin de s'y adapter. Par la suite, les sujets montrent un souci extrême de se protéger, de se rassurer et d'imputer la faute à l'autre par l'agressivité qu'il projette sur le monde extérieur. En outre, ces sujets essaient de ne rien savoir pour ne rien ressentir en déniant leur situation traumatique. L'analyse du contenu des entretiens a permis de remarquer que les sujets victimes d'accident de la route, refusent d'accepter ce dernier à cause de l'effet du choc. Par la suite, ils acceptent leurs blessures, mais vivent toujours dans le déni de leurs accidents.

## Conclusion

---

Il convient de souligner que les sujets sont arrivés à s'adapter à leurs situations, et ce, malgré leurs difficultés. Notons que cette adaptation dépend de certaines conditions comme l'équilibre psychique des sujets et le degré du traumatisme (léger, moyen, intense) qui fonctionne selon le principe suivant : plus le traumatisme tend vers l'intensité, plus le degré de l'effet est intense.

Dans certains cas, les accidentés cherchent les conditions qui favorisent mieux l'adaptation telles que les conditions socio-économiques, le rôle joué par l'établissement de rééducation fonctionnelle, le soutien et la vision positive de l'autre (les proches, la société, les professionnelles). A ces derniers s'ajoutent le recours à la foi et aux moyens financiers pour assurer la prise en charge médicale, les rééducations et les déplacements pour certains sujets. Il convient également de souligner que le manque des moyens financiers est l'un des grands soucis qui augmentent l'anxiété de ces accidentés et par conséquent l'adaptation s'avère difficile.

Comme dans tout travail de recherche il y a des imperfections, le nôtre n'en manque pas. Ces imperfections nous les imputons essentiellement au manque du temps, aux difficultés du terrain et aux difficultés de trouver un échantillon représentatif. Mais, il reste une ébauche d'un travail beaucoup plus élaboré.

# Liste bibliographique

# Bibliographie

## Ouvrage :

1. Anaut M. « **Trauma, vulnérabilité et résilience** », Connexions, n°77, 2002.
  2. Abrouk S. « **Caractéristique et prise en charge des accidents de la voie publique aux niveau des service d’urgence** », INSP, 2004.
- Bouzigue J. « **La violence routière** », Ed Continent Europe, Paris, 1995.
3. Chahraoui Kh., et Hervé. B. « **Méthode, évaluation et recherche en psychologie clinique** », Ed Dunod, Paris, 2003.
- Crocq L. « **Les traumatismes psychiques de guerre** », Ed Odile Jacob, Paris, 1999.
- Crocq L. « **Le traumatisme psychique dans la pensée** », Ed Odile Jacob, Paris 2000.
- Crocq L. et Liliand D. « **Les traumatismes psychiques et prise en charge des victimes** », Ed Masson, Paris, 2007.
- Crocq L. « **Critique du concept d’état de stress post- traumatique** », Ed Odile Jacob, 1999.
- Claude B. « **Les névroses traumatiques** », 2<sup>e</sup> Edition, éd Dunod, Paris, 1998.
- DSM IV- TR, « **Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux** », Ed Masson
- Empereur C. « **L’accident de personne** », Mémoire de Diplôme Universitaire de Victimologie, Département de Droit médical et de médecine légale Université de Paris 5, journal inter national de victimologie.
- Fenechel O. « **La théorie psychanalytique des névroses** », Ed PUF, Paris, 1979.
- Ferrandez F. « **L’étude détaillée d’accidents orientée vers la sécurité primaire** », Presses ENPC, 1995, In : Wakim C F, « **Etude de la prédiction de chocs Véhicule Piéton** », Thèse de Doctorat en sciences de l’université Paris XI Orsay, soutenue le 01/ 12/ 2005.
- Fernandez L. et Catteeuw, M. M. « **La recherche en psychologie clinique** », Ed Nathan, Paris, 2001.



Haddak M. C. Filou : Projet de recherche n°70 relatif à une redéfinition des victimes de la route, 2005.

Laplanche J. et Pantalès J. B. « Vocabulaire de la psychanalyse », Paris, RUF, 1968.

Lapierre F. Wager M. « Traumatismes crâniens » In INTERMED, Ed. Neurologie, 2003.

Lebigot F. « Traiter Les Traumatismes psychiques », Ed Dunod, Paris, 2005.

Laumon B. Santé publique et recherche en sécurité routière, INRETS, Journée spécialisée Bron, le 10 octobre 2000.

Masmoudi S. « La violence routière, étude analytique des accidents de la route en Algérie », Mémoire de fin d'étude d'inspecteur des transports terrestres. Ecole Nationale de Transport Terrestre Batna, 2004.

Mayou R. et Bryant B. « le devenir des victimes d'accidents de la circulation », Paris 2004

Mitterrand H. et coll, « Les mécanismes de défenses », Ed Nathan, Paris, 2004.

M- Th Laveyssièrre, « Freud choix de textes », Ed Masson, Paris 1977.

Namias R. « vitesse et sécurité routière », Ed la documentation Française, 2002.

Perry J. C. et coll, « Echelles d'évaluation des mécanismes de défenses », Ed Masson, Belgique, 2007.

Ringeler M. « comprendre l'enfant handicapé et sa famille », Ed Dunod, Paris, 2004

Solnit, A- J, (titre), in : E.J. Anthony et al, « L'enfant vulnérable, rétrospective », Paris, RUF, 1982.

Vaiva G. et François L. « Psychotraumatismes prise en charge et traitements », Ed Masson, Paris 2005.

## **Rapport et documents divers :**

-Direction de la sûreté nationale de la wilaya de Béjaïa : « Bilans annuels de la sûreté nationale de la wilaya de Béjaïa » Ed 2008 à 2012.

-Direction de la gendarmerie nationale de la wilaya de Béjaïa : « Bilans annuels du groupement de la gendarmerie nationale de la wilaya de Béjaïa » : Ed 2008 à 2012

- OMS : Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation 2004.

## Dictionnaire :

Bloch H. et coll, « le grand dictionnaire de la psychologie », Ed Larousse, Paris, 2003..

## Sites Internet

- <http://www.who.int/dg/lee/speeches/2004/worldhealthday/fr> (Consulté le 27 janvier 2013 09h :34)

- <http://www3.who.int/whosis/mort> (Consulté le 16 Mars 2013 11h :00)

- [www.algerie360.com/algerie/pres-de-2-million-de-personne-en-algerie-vivent-avec-un-handicap/](http://www.algerie360.com/algerie/pres-de-2-million-de-personne-en-algerie-vivent-avec-un-handicap/) (consulté le 16 Mars 2013 11h :00).

# Les annexes

## **Annexe n° 01 :**

### **Axe I : Les données personnelles**

Âgé :

Sexe :

Situation matrimoniale :

Profession :

Localité : rural :

semi-rural :

urbain :

semi-urbain :

Nombre d'enfants :

La position du sujet :

Âgé du sujet :

sexe :

Types de déficience :

Date d'admission au centre :

Jour d'accident :

### **Axe I : Avant l'accident**

1 Pouvez-vous me décrire votre santé avant l'accident ?

2- Pouvez-vous me parler de vos réactions émotionnelles?

3 Aviez-vous pensé auparavant à un cas pareil ?

### **Axe II : Moment de l'accident**

1- Pouvez-vous me parler de vos souvenirs au moment de l'accident ?

2-Pouvez-vous me décrire votre comportement au moment de l'accident ?

3-Pouvez-vous me décrire les pensées qui vous avez eu au moment de l'accident?

### **Axe III : Post- accident**

1 Pouvez-vous me décrire comment vous rêviez l'événement?

2-Comment vous réagissez face aux réveils nocturnes?

3-Pouvez-vous me décrire la qualité de votre sommeil?

4-Pouvez-vous nous décrire vos difficultés lors du parlé sur l'événement?

### **Axe III : Le regard vers l'avenir**

1- Pouvez vous nous parlé sur vos changements relationnels vis-a- vis de vos proches?

2-Que pensé de votre avenir ?

3-Pouvez-vous nous décrire le changement de manière de conception la vie au sein de votre entourage ?

4-Ya-t-il quelque chose dont vous vouliez en rajouté qu'on n'a pas cité dans notre entretient ?

## Annexes 2

Un tableau représentatif pour le nombre d'accidents et de victimes -

| Année | Nombres Accidents | Nombre de blessés |         |         |         | Nombre de morts |         |         |         |
|-------|-------------------|-------------------|---------|---------|---------|-----------------|---------|---------|---------|
|       |                   | Masculin          |         | Féminin |         | Masculin        |         | Féminin |         |
|       |                   | Adulte            | Enfants | Adulte  | Enfants | Adulte          | Enfants | Adulte  | Enfants |
|       |                   | 288               | 52      | 67      | 28      | 07              | 03      | 00      | 00      |
|       |                   | 340               |         | 95      |         | 10              |         | 00      |         |
| 2012  | 336               | 435               |         |         |         | 10              |         |         |         |
| 2011  | 402               | 520               |         |         |         | 20              |         |         |         |
| 2010  | 394               | 484               |         |         |         | 24              |         |         |         |
| 2009  | 475               | 599               |         |         |         | 14              |         |         |         |
| 2008  | 489               | 616               |         |         |         | 36              |         |         |         |

### 3 catégories de victimes

| Catégorie        | Blessés    |            |            |            |            | Morts     |           |           |           |           |
|------------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|                  | 2008       | 2009       | 2010       | 2011       | 2012       | 2008      | 2009      | 2010      | 2011      | 2012      |
| Conducteur Mas   | 217        | 216        | 170        | 202        | 179        | 13        | 004       | 04        | 07        | 05        |
| Conducteur femme | 02         | 02         | 02         | 02         | 04         | 00        | 00        | 00        | 00        | 00        |
| Passagers mas    | 117        | 103        | 80         | 107        | 70         | 09        | 02        | 01        | 02        | 01        |
| Passagers        | 557        | 44         |            | 46         | 35         | 02        | 000       | 01        | 01        | 00        |
| piétons Homme    | 1156       | 165        | 129        | 109        | 91         | 10        | 04        | 14        | 09        | 04        |
| piétons Femme    | 67         | 69         | 75         | 54         | 56         | 02        | 04        | 04        | 01        | 00        |
| <b>Totale</b>    | <b>616</b> | <b>599</b> | <b>484</b> | <b>520</b> | <b>435</b> | <b>36</b> | <b>14</b> | <b>24</b> | <b>20</b> | <b>10</b> |

\*\*\*\* (Cette page 2012)

### 04 – Répartition des victimes selon l'âge et le sexe

| Morts masculin | Morts féminin | Total | Blessé masculin | Blessé féminin | Total |
|----------------|---------------|-------|-----------------|----------------|-------|
| 02             | 00            | 02    | 08              | 06             | 14    |
| 00             | 00            | 00    | 15              | 12             | 27    |
| 00             | 00            | 00    | 14              | 08             | 22    |
| 01             | 00            | 01    | 44              | 05             | 49    |
| 00             | 00            | 00    | 50              | 09             | 59    |
| 03             | 00            | 03    | 56              | 12             | 68    |

|           |           |           |           |           |           |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| <b>02</b> | 00        | <b>02</b> | <b>49</b> | <b>08</b> | <b>57</b> |
| <b>01</b> | 00        | <b>01</b> | <b>25</b> | <b>02</b> | <b>27</b> |
| <b>01</b> | 00        | <b>01</b> | <b>23</b> | 04        | <b>27</b> |
| 00        | 00        | <b>00</b> | <b>06</b> | <b>07</b> | 13        |
| <b>00</b> | 00        | 00        | 12        | <b>04</b> | <b>16</b> |
| 00        | 00        | <b>00</b> | <b>07</b> | 05        | <b>12</b> |
| 00        | 00        | <b>00</b> | <b>07</b> | <b>04</b> | <b>11</b> |
| 00        | 00        | <b>00</b> | <b>06</b> | <b>01</b> | <b>07</b> |
| 00        | 00        | <b>00</b> | <b>10</b> | <b>04</b> | <b>14</b> |
| <b>00</b> | 00        | 00        | <b>08</b> | <b>04</b> | <b>12</b> |
| 10        | <b>00</b> | <b>10</b> | 340       | 95        | 435       |



5 – la répartition du nombre d'accidents par jours de la semaine et l'heure

| <i>Horraire</i>            | 00 <sup>h</sup> à 06 <sup>h</sup> | 06 <sup>h</sup> à 09 <sup>h</sup> | 09 <sup>h</sup> à 12 <sup>h</sup> | 12 <sup>h</sup> à 15 <sup>h</sup> | 15 <sup>h</sup> à 18 <sup>h</sup> | 18 <sup>h</sup> à 21 <sup>h</sup> | 21 <sup>h</sup> à 00 <sup>h</sup> | Total |
|----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-------|
| <b>Jours de la semaine</b> |                                   |                                   |                                   |                                   |                                   |                                   |                                   |       |
| Dimanche                   | 03                                | 02                                | 11                                | 09                                | 08                                | 03                                | 11                                | 47    |
| Lundi                      | 05                                | 04                                | 06                                | 09                                | 06                                | 14                                | 07                                | 51    |
| <i>Mardi</i>               | 04                                | 06                                | 10                                | 10                                | 07                                | 10                                | 10                                | 57    |
| <b>Mercredi</b>            | 03                                | 02                                | 04                                | 05                                | 07                                | 02                                | 02                                | 25    |
| <b>Jeudi</b>               | 00                                | 06                                | 09                                | 11                                | 14                                | 05                                | 06                                | 41    |
| <b>Vendredi</b>            | 05                                | 04                                | 05                                | 13                                | 12                                | 07                                | 03                                | 54    |
| <b>Samedi</b>              | 04                                | 03                                | 11                                | 09                                | 14                                | 06                                | 09                                | 56    |
| <b>Total</b>               | 24                                | 27                                | 56                                | 66                                | 68                                | 42                                | 48                                | 336   |

|   |     |         |    |    |
|---|-----|---------|----|----|
| Conduite en état d'ivresse  | 09  | 28      | 20 | 26 |
| Conduite sous l'influence de la drogue  | 00  | 00      | 00 | 00 |
| Conduite sans permis de conduit   | 03  | 00      | 02 | 08 |
| Non respect de la vitesse réglementaire   | 131 | 83      | 69 | 53 |
| Non respect de plaque stop  | 15  | 09      | 09 | 01 |
| Circulation en sens inverse   | 07  | 04      | 03 | 01 |
| Non respect des feus tricolores   | 00  | 01      | 01 | 00 |
| Dépassement dangereux   | 50  | 20      | 37 | 24 |
| Cascade dangereuse  | 21  | 28      | 33 | 33 |
| Utilisation des téléphones portables et la radio                                | 00  | 03      | 00 | 00 |
| Non utilisation des passages piétons  | 90  | 14<br>2 | 10 | 02 |
| Refus de la priorité  | 40  | 28      | 31 | 19 |
| Non respect de la distance de sécurité  | 26  | 16      | 14 | 17 |
| Les arrêts dangereux  | 00  | 00      | 00 | 00 |
| non respect des Panneaux signaux  | 00  | 00      | 00 | 00 |
| perte de contrôle   | 00  | 00      | 12 | 17 |
| Utilisation de couté gauche de la route   | 00  | 00      | 00 | 04 |
| Dépassement dans la ligne continue  | 00  | 00      | 00 | 00 |
| Changement de direction sans signalisation                                      | 00  | 00      | 03 | 00 |
| Non attention du conducteur quand il sort de son arrêt                          | 00  | 00      | 04 | 04 |
| Inattention du conducteur dans les quartiers                                    | 00  | 00      | 07 | 02 |
| lumières éblouissantes  | 00  | 00      | 00 | 00 |
| le conducteur pas prit des précautions quand il a essayé de revenir à l'arrière | 00  | 00      | 10 | 04 |
| le conducteur pas prit des précautions lors du                                  | 00  | 00      | 01 | 00 |

|   |     |         |     |     |
|---|-----|---------|-----|-----|
| passage du conducteur de moto                                   |     |         |     |     |
| Pas prendre des précautions par les piétons en passant la route | 00  | 00      | 99  | 77  |
| Jouer au milieu de la route                                     | 00  | 00      | 00  | 00  |
| Marcher sur le bord de la route                                 | 00  | 00      | 04  | 01  |
| Ne pas prendre soin et prudence par le conducteur               | 00  | 00      | 04  | 27  |
| (Une charge excessive sur les deux côtés du camion )            | 00  | 00      | 01  | 00  |
| Autre (tous les cas non énumérés ci-dessus)                     | 52  | 05      |     | 00  |
| Total   | 475 | 36<br>7 | 374 | 320 |

## Deuxièmement: les principales causes d'accidents:

A – en raison de l'élément humain (manque de respect des règles de circulation):

### B - due à des facteurs associés au véhicule:

| la nature des irrégularités          | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|--------------------------------------|------|------|------|------|
| Manque de voyants d'état             | //   | //   | 01   | 00   |
| manque de clin auto                  | //   | //   | 00   | 00   |
| Manque de feux de freinage           | //   | //   | 01   | 00   |
| Manque de feux de route              | //   | //   | 02   | 02   |
| Le manque de lumières de convergence | //   | //   | 01   | 00   |
| Freins inefficaces                   | 09   | 08   | 13   | 07   |
| Cadres trous et d'éclatement         | //   | 01   | 00   | 02   |
| Eclairage illégale                   | //   | //   | 00   | 00   |
| Charge non garantis                  | //   | //   | 00   | 00   |
| Surcharge                            | //   | //   | 01   | 00   |
| Défaut dans le routeur               | //   | //   | 01   | 00   |
| Autres                               | 01   | 00   | 00   | 00   |
| Total                                | 10   | 09   | 20   | 11   |

C – en raison des facteurs l'environnement :

| la nature des irrégularités                      | 2009      | 2010      | 2011      | 2012      |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Manque de feux de circulation                    | 00        | 00        | 00        | 00        |
| distorsions de la route                          | //        | //        | 01        | 00        |
| Trou sur la route                                | 02        | 07        | 03        | 00        |
| barrières routières                              | 00        | 00        | 00        | 00        |
| La configuration n'est pas adaptée pour la route | 00        | 00        | 00        | 00        |
| passage d'animaux                                | 00        | 00        | 00        | 00        |
| brouillard dense                                 | 00        | 00        | 01        | 00        |
| Pluie  | 01        | 09        | 01        | 02        |
| Neige  | 00        | 00        | 00        | 00        |
| Glace  | 00        | 00        | 00        | 00        |
| Les tempêtes de sable                            | 00        | 00        | 00        | 00        |
| l'éblouissement du soleil                        | 01        | 02        | 01        | 00        |
| <b>route glissante</b>                           | //        | //        | 01        | <b>03</b> |
| Route invalide                                   | //        | //        | 00        | <b>00</b> |
| Autre  | 01        | 00        | 00        | 00        |
| <b>Total</b>                                     | <b>05</b> | <b>18</b> | <b>08</b> | <b>05</b> |

## D- Lieu d'accédants

| Désignation                              | Année et nombre |      |            |            |
|--|-----------------|------|------------|------------|
|  | 2009            | 2010 | 2011       | 2012       |
| Route national                           | //              | //   | 143        | <b>107</b> |
| Route wilaya                             | //              | //   | 21         | <b>09</b>  |
| Route communal                           | //              | //   | 191        | <b>190</b> |
| Intersection                             | //              | //   | <b>27</b>  | <b>13</b>  |
| Brettelle                                | //              | //   | 00         | <b>00</b>  |
| Passage a niveau des trains              | //              | //   | 02         | <b>00</b>  |
| Passage a niveau des tramways            | //              | //   | 00         | <b>00</b>  |
| À côté d'un établissement d'enseignement | //              | //   | <b>07</b>  | <b>02</b>  |
| À côté d'un établissement de santé       | //              | //   | 02         | <b>00</b>  |
| Virages                                  | //              | //   | <b>01</b>  | <b>03</b>  |
| Montagnes                                | //              | //   | 00         | <b>00</b>  |
| Passages protégés                        | //              | //   | 01         | <b>00</b>  |
| sur les ponts                            | //              | //   | 02         | <b>00</b>  |
| A l'intérieur des tunnels                | //              | //   | 04         | <b>01</b>  |
| Décente                                  | //              | //   | <b>01</b>  | <b>01</b>  |
| Autre                                    | //              | //   | 00         | <b>00</b>  |
| Total                                    | //              | //   | <b>402</b> | 336        |

## Troisièmement: les conducteurs impliqués dans des accidents

### 01 - selon l'âge et le sexe

| <i>age</i><br>sexe | <i>Moin de</i><br><i>18 ans</i> | 24 48 | 29 25 | 39 30 | 49 40 | 59 50 | 69 60 | 70 plus | Total |
|--------------------|---------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|-------|
| Masculin           | 10                              | 95    | 97    | 152   | 75    | 43    | 17    | 08      | 497   |
| Féminin            | 00                              | 02    | 00    | 07    | 05    | 00    | 00    | 00      | 14    |
| <b>total</b>       | 10                              | 97    | 97    | 159   | 80    | 43    | 17    | 08      | 511   |

### 2 - par catégorie de conducteurs:

| catégorie de conducteurs    | Masculin | Féminin | Total |
|-----------------------------|----------|---------|-------|
| conducteurs professionnelle | 88       | 00      | 88    |
| conducteurs ordinaires      | 409      | 14      | 423   |
| Les conducteurs étrangers   | 00       | 00      | 00    |
| <b>Total</b>                | 493      | 14      | 507   |

**03 - Répartition des conducteurs professionnelle par la nature de l'activité du pratiquer**

| <b>Nature de l'activité</b> | <b>Nombre</b> |
|-----------------------------|---------------|
| Taxis                       | 03            |
| Les véhicules de tourisme   | 22            |
| Les véhicules utilitaires   | 35            |
| véhicules administratifs    | 28            |
| Total                       | <b>88</b>     |

**04 - la distribution des conducteurs ordinaires par métier:**

| <b>Fonction</b>                      | <b>nombre</b>          |    |
|--------------------------------------|------------------------|----|
| <b>Agriculteur</b>                   | 07                     |    |
| Commerçant                           | 53                     |    |
| <b>Fonctionnaires administratifs</b> | Cadre                  | 02 |
|                                      | Fonctionnaire exécutif | 61 |
| <b>profession libérale</b>           | 54                     |    |



|                     |            |
|---------------------|------------|
| <b>sans travail</b> | 124        |
| <b>Etudiant</b>     | 21         |
| <b>Autre</b>        | 103        |
| <b>Total</b>        | <b>423</b> |

5 – Répartition des conducteurs impliqués dans des accidents par ancienneté du permis de conduire de

| <b>Nombre</b> | <b>Désignation</b>                         |
|---------------|--|
| 257           | <b>Moins de deux ans</b>                   |
| 159           | <b>De 2 à 5 ans</b>                        |
| 54            | <b>5 à 8 ans</b>                           |
| 29            | <b>De 8 à 11 ans</b>                       |
| 03            | <b>De 11 à 14 ans</b>                      |
| 04            | <b>Plus de 14 ans</b>                      |
| 05            | <b>Ils n'ont pas de permis de conduire</b> |
| <b>511</b>    | <b>Total</b>                               |

06 – la distribution de véhicules impliqués dans des accidents par âge et par classe

| par<br>catégorie<br><br>par Age | poids lourds                                   |   | Poids léger           |           | Motos                            |                                    |                                  |
|---------------------------------|--|---|-----------------------|-----------|----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
|                                 | Camions<br>transportant<br>des<br>marchandises | véhicule<br>Transport<br>de<br>voyageur | véhicules<br>spéciaux | Taxis     | moteur<br>Plus<br>De 125<br>cm 3 | Cylindre<br>de<br>50 à 125<br>cm 3 | Cylindre<br>inférieur<br>50 cm 3 |
| <b>Moins de<br/>05 années</b>   | 15   | 08                                      | 163                   | 00        | 00                               | 48                                 | 00                               |
| <b>De 05 à 10<br/>ans</b>       | 08   | 07                                      | 59                    | 01        | 03                               | 30                                 | 00                               |
| <b>De 10 à 15<br/>ans</b>       | 03   | 07                                      | 54                    | 00        | 00                               | 13                                 | 00                               |
| <b>De 15 à 20<br/>ans</b>       | 03   | 00                                      | 28                    | 01        | 00                               | 04                                 | 03                               |
| <b>Plus de 20<br/>ans</b>       | 08   | 01                                      | 54                    | 00        | 00                               | 03                                 | 00                               |
| <b>Total</b>                    | <b>37</b>                                      | <b>23</b>                               | <b>350</b>            | <b>02</b> | <b>03</b>                        | <b>98</b>                          | <b>03</b>                        |

**07 - machines et autres véhicules:**

|        |                     |                             |       |          |         |       |
|--------|---------------------|-----------------------------|-------|----------|---------|-------|
| Trains | Équipement agricole | Matériel de travaux publics | vélos | chariots | tramway | métro |
| 00     | 01                  | 02                          | 01    | 00       | 00      | 00    |

Created with

 **nitro**<sup>PDF</sup> professional

download the free trial online at [nitropdf.com/professional](https://nitropdf.com/professional)

Created with

 **nitro**<sup>PDF</sup> professional

download the free trial online at [nitropdf.com/professional](https://nitropdf.com/professional)