

*Université ABDERRAHMANE MIRA-Béjaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales*

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de master

Option : psychologie clinique

THÈME

*« Le stress post-traumatique chez les
handicapés moteurs acquis à l'âge adulte »
-Etude de cinq (05) cas-*

Réalisé par :

M^{lle} : AZZI Siham

M^{lle} : BETROUNI Amina

Encadré par :

Mr L.AMRANE

Promotion : 2015 -2016

Remerciements

D' abords, nous remercions Dieu, de nous avoir donné la force et la patience pour pouvoir mener ce travail à terme.

Nous tenons à exprimer toute notre gratitude et notre profond respect à notre encadreur Mr AMRANE. L pour avoir dirigé ce travail, pour ses encouragements, ses compétences et sa disponibilité.

Notre encadreur au sein de l' EHS d' Ilmathen Mr MAZOUZI. M pour ses orientations et son aide précieux. Et tout le personnel de l' hôpital.

Enfin, nous tenons à remercier également toutes personnes, ayant participé de près ou de loin à l' aboutissement de notre travail.

AZZI SIHAM

&

BETROUNI AMINA

Dédicaces

*Dieu le tout puissant m'a accordé la force et le courage
pour la réalisation de ce travail que je dédie:*

*À mes parents pour leur amour estimable, leur confiance,
leur soutien, leurs sacrifices et toutes les valeurs qu'ils ont
su m'inculquer.*

À ma très chère grand-mère.

À mes frères et sœurs, à qui je témoigne mon amour.

À mes beaux frères et mes belles sœurs.

À mes nièces et neveux que j'adore.

À mon cher fiancé Latamene.

À mes chères cousines et copines.

À ma binôme et chère copine Siham.

Et à tous ceux qui m'aiment et que j'aime

-Amina -

Dédicaces

*Dieu le tout puissant m'a accordé la force et le courage
pour la réalisation de ce travail que je dédie:*

*À mes mères pour leur amour estimable, leur confiance,
leur soutien, leurs sacrifices et toutes les valeurs qu'ils ont
su m'inculquer.*

À ma très chère grand-mère.

À mes frères, à qui je témoigne mon amour et mon respect.

À mes cousins et cousines.

À mes oncles et tantes.

À mes copines Amel, Rahima, Amina, Soraya.

À ma binôme et ma sœur Mina.

Et à tous ceux qui m'aiment et que j'aime

- Siham -

Sommaire

Sommaire

Introduction.....	1
1-Problématique	4
2-Les hypothèses.....	7
3-L'opérationnalisation des concepts de la recherche	7

-La partie théorique-

Chapitre I : Le traumatisme psychique.

Préambule :	9
1- Aperçu historique du traumatisme psychique :	9
2- Définitions :	11
2-1Définition du traumatisme psychique :.....	11
2-2Définition de la névrose traumatique :.....	12
2-3 Définition du stress post traumatique :.....	13
2-4 Définition du stress :	14
2-5Définition de l'événement traumatique :.....	15
3- Symptômes spécifiques du stress post-traumatique :.....	15
3-1 Symptômes envahissants :	16
3-2 Humeur négative : :	16
3-3 Symptômes dissociatifs :.....	17
3-4Symptômes d'évitement : :.....	17
3-5Symptômes d'éveil :	17
4- Critères diagnostiques du trouble de stress post traumatique :.....	18
5- Prévalence :.....	22
6- Stress et trauma :	23
7- Etiologie du traumatisme psychique :.....	25
8- Le deuil :.....	27
8-1 Première phase du deuil :.....	27
8-2 Deuxième phase : « Le travail du deuil » :	27

9- Prise en charge du stress post traumatique :	28
9-1 Le débriefing psychologique	28
9-2 L'eye movement desensitization and reprocessing (EMDR):	28
9-3 Psychothérapies cognitivo-comportementales :.....	29
9-4 Pharmacothérapie :	30
Synthèse du chapitre :.....	31
Chapitre II : Le handicap moteur acquis :	
1- Aperçu historique sur le handicap et les handicapés :	32
1-1 Dans le monde :.....	32
1-2 En Algérie :.....	35
AXE I :Handicap :.....	36
2-Quelques définitions du mot handicap :	36
3- Situation du handicap :.....	38
4- Définition du handicapé :	39
5-La classification du handicap :	40
5-1 L'handicap mental :.....	40
5-2 L'handicap sensoriel :	40
5-3 L'handicap moteur :	41
AXE II : Handicap moteur :.....	42
6-Définition du handicap moteur :	42
7- Définition de l'handicap moteur acquis :.....	43
8- Les types de handicap moteur :.....	43
9- Les causes de l'handicap moteur :.....	Erreur ! Signet non défini.44
9-1 Les facteurs génétiques :.....	44
9-2 Les facteurs non génétiques :	
10-Les causes de l'handicap moteur acquis :.....	46
11-Les signes cliniques de l'handicap moteur :	48
12-Les conséquences de l'handicap moteur :.....	49
13- Prise en charge des handicapés moteurs :	50
Résumé.....	52

-La partie pratique-

Chapitre III : Le cadre méthodologique

Préambule	53
1. La démarche de la recherche :.....	53
1.1 La pré-enquête	53
1.2 Présentation du lieu de la recherche :.....	54
1.3 la méthode descriptive :.....	55
2. La population d'étude :	57
3-Les techniques utilisées :	58
3-1 L'entretien clinique de recherche :	58
3-2 Questionnaire d'évaluation du traumatisme :	60
4. les difficultés rencontrées :	69
Résumé	69

Chapitre IV : Présentation des données, analyse et discussion des hypothèses.

Préambule	70
I- Présentation et analyse de l'entretien et des données du Traumaq	70
1- L'analyse du premier cas :	70
2- L'analyse du deuxième cas :.....	74
3- L'analyse du troisième cas :	79
4- L'analyse du quatrième cas :	83
5- L'analyse du cinquième cas :	87
II-Synthèse des cas :	92
II- Discussion et vérification des hypothèses de recherche :.....	93
Synthèse de la discussion des hypothèses	95
Conclusion générale.....	96

Index

Liste des abréviations :

CIM	Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes.
DSM	Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders.
EHS	Etablissement Hospitalière spécialisé en rééducation fonctionnelle.
EMDR	Eye movement desensitization and reprocessing.
ESPT	Etat de stress post traumatique.
OMS	Organisation Mondiale de la Santé.
ONS	Office Nationale des Statistiques.
PTSD	Post-traumatique stress disorder.
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale.

Liste des tableaux :

Tableau n°01 : comparaison entre stress et trauma. P.24-25

Tableau n°02 : récapitulation de la population d'étude. P.57-58

Tableau n°03 : conversion des notes brutes en notes étalonnées par échelle
p.68

Tableau n° 04 : conversion de la note brute totale de la partie 1 en note
étalonnées et en niveau d'intensité.p.6

Tableau N°5 : démontre les résultats des cinq cas étudiés. P.93

Tableau N°6 : les résultats des cas selon le niveau d'intensité du traumatisme.
p.94

Liste des figures :

Figure n°1 : 1.1, 1.2, 1.3. 1.4 : l'effraction de l'appareil psychique. P.24-25

Liste des graphiques :

Courbe n°1 : Echelle de cas Kamel P.74

Courbe n°2 : Echelle de cas Hassan P.79

Courbe n°3 : Echelle de cas Khaled P.83

Courbe n°4 : Echelle de cas Fatima P.87

Courbe n°5 : Echelle de cas Siham P.91

Liste des Annexes :

Annexe n°1 : guide d'entretien.

Annexe n°2 : le questionnaire d'évaluation de traumatisme (Traumaq).

Introduction

Introduction :

Depuis des siècles lointains, l'homme subissait un nombre considérable d'évènements traumatiques, commençant par les catastrophes microsociales selon l'expression de De Clrecq, on parle de conflits armés (les deux guerres mondiales, la guerre d'Algérie, la guerre coréenne, et la guerre israélo-arabe...), de catastrophes naturelles (inondation, avalanches, ouragan. etc.), des catastrophes provoquées par l'Homme (crash d'avion, naufrage. etc.), en passant aux catastrophes microsociales (accidents de voitures, agression physique, blessure par balle, agression sexuelle .etc.) Tous ces événements et même d'autres peuvent être qualifiés comme traumatiques. Dans l'exemple de catastrophes microsociales on peut évoquer les accidents de voitures, les accidents du travail, les accidents domestique qu'on peut les considérer comme des facteurs de handicap en Algérie.

On a remarqué ces dernières années une augmentation des cas de handicap moteur acquis causés par de nombreuses raisons, comme les accidents de la circulation qui sont propagés de façon spectaculaire, et aussi les accidents de travail et les maladies chroniques (hypertension artérielle, diabète) qui ont éclaté au milieu de notre société et d'autres, ces handicaps incluent tous les âges et les deux sexes, ceci est ce qui a déclenché notre intérêt pour ce sujet.

Un traumatisme psychique se produit en effet suite à une menace grave pour la vie ou pour l'intégrité psychique ou physique, la personne y réagit avec effroi et dans un sentiment d'impuissance, ensuite l'événement effrayant reste non intégré au psychisme, revenant de façon compulsive dans des sensations de reviviscence ou comme menace imminente.

C'est un dommage de la structure ou du fonctionnement du corps ou du psychisme. Il peut être dû à un agent ou à une force extérieure, de nature physique ou chimique. Il est donc à ce titre la conséquence d'un trauma.

(Perrucchi, 2008)

Chaque événement, potentiellement traumatisant pourrait provoquer un traumatisme psychique ou un ESPT (Etat de stress post-traumatique) selon l'appellation de DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) qui considère(1993) que cet état est causé par « un événement hors du commun et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus ».

Pour une meilleure étude de nos deux variables et l'exposition de nos résultats, nous établissons un plan de travail qui se trouve divisé en deux parties, théorique, et pratique.

Dans la première partie on a deux chapitres, dans le premier chapitre, nous aborderons le traumatisme psychique, et exposer avec détails la notion et la clinique du trauma (PTSD), ainsi que la prise en charge de ce trouble psychique. Ensuite, dans le deuxième chapitre intitulé le « handicap moteur acquis » nous détaillons un peu sur la notion de handicap ainsi les types, les causes et les conséquences, et en terminera avec une prise en charge.

Pour la deuxième partie de notre travail qui est la partie méthodologique de notre recherche, on définira les deux techniques utilisées pour recueillir les données, le type l'entretien utilisé (semi-directif), après on présentera le questionnaire Traumaq qu'on expliquera selon son manuel d'interprétation, on définira également la méthode descriptive, on terminera par les difficultés rencontrés au cours de toute la période de réalisation cette recherche.

Et enfin la partie pratique, est consacré à l'analyse des entretiens, le questionnaire traumaq et à la discussion des hypothèses. On va terminer par une conclusion générale dans laquelle on va répondre à nos questions posées dans la problématique et confirmer ou infirmer nos hypothèses.

Problématique

1-Problématique :

L'être humain, où qu'il soit dans les quatre coins du monde, est confronté à des problèmes, des dangers, des accidents de route, chute, tentative de suicide, maladie, fatalité ou même des agressions dans sa vie quotidienne.

Certains de ces obstacles peuvent engendrer en la personne une difficulté de continuer le fonctionnement normal de sa vie à cause de la perte totale ou partielle de la motricité causée par ces multiples événements qui peuvent être traumatisants, autrement dit le Handicap moteur.

Ce concept est assez large et complexe, il n'existe pas de définitions uniques de le handicap ou de déficience.

Ce handicap moteur ou déficience physique, parfois appelé déficience motrice, désigne un ensemble de troubles qui entraînent une perte totale ou partielle de la motricité. Ces troubles peuvent être secondaires à une malformation congénitale, à une anomalie génétique, à un traumatisme ou liés au vieillissement. En cas d'accident, une lésion de la moelle épinière peut conduire à la paralysie. (HORDE.P, septembre 2014).

Selon l'*O.M.S*, est appelé handicapé un sujet dont l'intégrité physique ou mentale est progressivement ou définitivement diminuée soit congénitalement soit sur l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident en sorte que son anatomie, son aptitude à fréquenter l'école ou occuper un emploi s'en trouve compromise (*Michelle GUIDETTE, Catherine TOURETTE, 2002, p7*).

L'Office Nationale des statistiques estime environ deux millions de personnes handicapés en Algérie en 2012, 44% ont un handicap moteur, dont 30.9% de ces handicaps moteurs sont acquis ; 16.7% suit à des accidents et blessures ; 14.2% suite à des complications, maladies infectieuses.

Malheureusement, ces catastrophes microsociales dont on peut évoquer les accidents de voiture, les accidents du travail, les accidents domestique peuvent être qualifiés comme traumatiques, que l'on peut considérer comme des facteurs de handicap en Algérie. Tout cela peut produire un traumatisme assez dur chez l'individu, en gros ce traumatisme physique peut développer un traumatisme psychique.

Ce traumatisme psychique est un dommage de la structure ou du fonctionnement du corps ou du psychisme. Il peut être dû à un agent ou à une force extérieure, de nature physique ou chimique. Il est donc à ce titre la conséquence d'un trauma, qui est introduit pour la première fois par le psychiatre allemand Herman Oppenheim en 1884, il considérait que l'agent traumatisant provoque une réaction d'effroi qui induirait un ébranlement psychique ou affectif.

Si nous en revenons aux premières définitions de Freud (1920), le trauma constituait un choc violent, affectant le sujet qui ne s'y attendait pas, et s'accompagnant d'effroi.

Pour Freud, le traumatisme est tout événement qui perturbe l'équilibre affectif d'une personne et provoque la mise en œuvre de ses mécanismes de défenses. Pour empêcher l'envahissement de l'appareil psychique par ses grandes quantités d'excitation, l'organisme fermé à tout stimulus supplémentaire par l'évanouissement le pseudo –surdité etc. Il le considère comme un choc violent surprenant qui s'accompagne d'effroi et ce dernier correspond à un état d'horreur au-delà de la peur de l'angoisse et du stress et qui traduit la rencontre avec le réel de la mort. Le traumatisme psychique représente une véritable effraction à l'intérieur de l'appareil psychique (Sillami N, p.272).

Par la suite, Laplanche et Pontalis (1978) se sont inspirés des définitions de Freud et ont considéré que le traumatisme psychique était un «événement de

la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre de manière adéquate, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique». (M. de Clercq. F. Lebigot, 2001, P.29)

D'après ces définitions on peut dire qu'une personne traumatisée retrouve certainement des difficultés à se retrouver comme était auparavant, dans sa vie quotidienne, professionnelle, familiale et avec soi même, car il y'aurait certainement des changements au niveau de son organisme ainsi son psychisme.

A la suite d'une expérience douloureuse, la personne touchée ou qui a été témoin de cet évènement traumatogène représente généralement quelques symptômes de reviviscence, d'évitement ou d'indifférence et des symptômes d'hyper activité neuro-végétative.

L'objet de notre recherche est de déceler le stress post traumatique et son degré chez les personnes ayant acquis un handicap suite à une catastrophe microsociale.

Pour arriver à confirmer ou infirmer nos hypothèses, on a adopté la méthode descriptive.

Dans cet humble travail on va essayer de savoir si le trouble de stress post traumatique est présent chez les personnes ayant acquis un handicap moteur suite à de différents évènements.

Comme première étape de cette recherche on a posé les questions suivantes :

1-Est-ce qu'une personne devenue handicapée suite à un accident de circulation, de travail ou un accident domestique développe un stress post-traumatique?

2-Si le PTSD existe, Est-ce qu'il se manifeste avec une intensité sévère chez une personne devenue handicapée suite à un accident de circulation, de travail ou un accident domestique?

1. 2-Les Hypothèses :

En se basant sur les données conceptuelles et théoriques concordantes avec la réalité de notre thème de recherche, et pour tenter de répondre à la question du départ, nous avançons les hypothèses suivantes :

L'hypothèse générale :

Une personne ayant un handicap suite à un accident développe un syndrome post-traumatique.

L'hypothèse partielle :

Une personne ayant un handicap suite à une catastrophe microsociale souffre d'un syndrome post-traumatique intense.

3- Définition des concepts et leur opérationnalisation:

3-1-Définition du Traumatisme psychique :

On peut définir le traumatisme ou trauma comme un phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur.(Crocq L.2007 ,P7).

3-2-Opérationnalisation :

Hyper vigilance (être toujours sur ses gardes)

Visions intrusives ou flash back

Attaques de panique, anxiété et phobies

Amnésie et manque de mémoire

Cauchemars et terreurs nocturnes

Humeur instable : réaction de rage, accès de colère, honte

Comportement d'évitement (éviter certaines situations liées à l'accident)

Réactions de sursaut excessives

3-3-Définition de l'handicap moteur acquis :

Le handicap survient suite d'une maladie (par exemple, les séquelles liées à une poliomyélite ; les conséquences d'une sclérose en plaques) ou suite à un accident (accident domestique, accident de voie publique avec possible traumatisme crânien, amputation, paraplégie, tétraplégie, etc.). Pour les personnes âgées, les handicaps acquis relèvent du processus de vieillissement. (Romano H. 2001).

3-4- Opérationnalisation :

Dysfonctionnement ou une réduction de l'activité physique.

L'absence d'une partie ou de la totalité d'un membre (agénésie), soit de la perte totale ou partielle de la motricité.

Survenue après la naissance

Sont dus suite à des accidents, des maladies ou du fait de l'âge.

Partie
théorique

Chapitre I :
Le
traumatisme
psychique

Préambule :

La définition officielle du traumatisme utilisée par les psychologues et les psychiatres consiste à dire qu'il est causé par « un événement hors du commun et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus », dans ce chapitre on va tenter de cerner l'histoire du traumatisme, sa définition ainsi que la clinique du PTSD.

1-Aperçu historique du traumatisme psychique :

Le terme du stress post traumatique fut apparaitre au XIXe siècle par le psychiatre H. Oppenheim sous le nom de la « névrose traumatique », en 1888 au sujet des accidents de chemin de fer, ou il décrit une entité clinique autonome comprenant les symptômes suivants: « cauchemars ou troubles du sommeil répétitifs, crises d'anxiété en réponse à tout ce qui rappelle l'accident, irritabilité et hypersensibilité aux stimulations externes » (SAMAI-HADDADI Dalila, 2010, p19).

Au XIXe et au début du XXe siècle, avec le développement de la psychiatrie clinique, Charcot soulève une nouvelle controverse déniait l'autonomie nosologique de la névrose traumatique qu'il attache à l'hystérie, à la neurasthénie ou à l'hystéro-neurasthénie et assure la défense de cette position.

Pierre JANET qui avait soutenu sa thèse de doctorat sur « l'automatisme psychologique » en 1889, pivot de l'introduction du concept de traumatisme dans le monde scientifique, a proposé une théorie explicative de la névrose traumatique : pour lui « la désagrégation de la conscience » est la caractéristique majeure des patients traumatisés. Ces derniers sont incapables de se détacher du souvenir de leur trauma qui est particulier, subconscient, et non idéique. (A.H.BOUDOUKHA, 2009.p30).

La place de Sigmund FREUD dans la genèse de la notion du trauma est extrêmement importante. Ses considérations sur le traumatisme remontent aux études sur l'hystérie en 1893 lorsque Breuer et lui ont emprunté à Janet les hypothèses du souvenir traumatique parasite et de la dissociation du conscient et ont proposé le concept de réminiscence.

Deux ans plus tard, Freud décrit l'évènement traumatique comme étant essentiellement sexuel et avance l'idée que chaque névrosé est réellement séduit par un adulte, ce ne sont pas les expériences vécues elles-mêmes traumatiquement, mais leur revivification comme souvenir, après que l'individu ait rentré dans la maturité sexuelle qui devient traumatique. (S.FREUD, 1986, p.125)

E.JONES, pour qui les névroses de guerre ne sont qu'une forme particulière de névrose traumatique, insiste sur la notion de conflit entre les pulsions et met l'accent sur deux caractères cliniques fondamentaux des névroses traumatiques : leur passage à la chronicité d'une part et les rêves de bataille d'autre part.

E.SIMMEL, pour sa part insiste sur le « changement d'âme » ou « l'ensevelissement de la personnalité » et accorde une importance au traitement des névroses traumatiques de guerre, au rêve et son analyse.

Quand à A.KARDINER, il propose en 1947, une conception originale et pragmatique de la psychanalyse des névroses de guerre, proche de la dissociation traumatique de P.Janet : « l'égo effectif », qui serait impliqué, débordé dans ses fonctions d'autonomie et de maîtrise. (D. HADDADI, 2010.p.24).

Le trauma dont parle Ferenczi diffère radicalement de celui de Freud avait évoqué au début de sa théorisation. Le trauma de Ferenczi revient dans le silence de la séance d'analyse.

Il ne s'agit pas d'une résurgence de souvenir c'est au contraire, une impossibilité de verbalisation. Ferenczi c'est le désaveu la négation du vécu de l'enfant qui transforme la scène en trauma. (Barrois, 1998,p.61).

2-Définitions :

2-1-Définition du traumatisme psychique :

Etymologiquement : Traumatisme désigne une blessure corporelle associée à une notion de soudaineté de violence et d'imprévisibilité. La notion de traumatisme psychique constitue une extension du concept de traumatisme physique. (Laplanche, et Pontaliss, 1994).

Le traumatisme psychique est un événement subi par un sujet qui en ressent une très vive atteinte affective et émotionnelle, mettant en jeu son équilibre psychologique et entraînant souvent une décompensation de type psychotique ou névrotique ou diverses somatisations.

La névrose traumatique avait servi à S.Freud comme premier modèle de sa conception de la psychogenèse de l'hystérie et de la névrose phobique, accompagnant sa théorie de la séduction sexuelle de l'enfant par l'adulte. Le terme est maintenant réservé à la description des atteintes névrotiques et psychosomatiques qui sont la conséquence directe de violentes émotions à la suite d'accidents, d'agressions dramatiques, de catastrophes (accidents de chemin de fer, incendies, naufrages, tremblements de terre). Le traumatisme psychique pose en particulier des problèmes d'indemnité des dommages subis relevant de l'expertise psychiatrique médico-légale.

Lorsque les traumatismes psychiques sont relativement minimes, mais répétés, ils peuvent entraîner un état de stress. Une forme particulière de traumatisme psychique est représentée par l'évènement de vie dont les effets

psychopathologiques sont souvent retardés par rapport à la date de survenue de ce dernier (J.Guyotat). (BLOCH, ROLAN, p965.966)

Selon le dictionnaire de Psychologie le traumatisme est un choc violent susceptible de déclencher des troubles somatiques et psychiques.

Souvent, à la suite d'une émotion intense ou d'un traumatisme crânien dû à un accident de la circulation ou à une catastrophe soudaine (tremblement de terre, incendie, etc.), les sujets présentent un ensemble de troubles psychologiques plus ou moins durables (« syndrome post-commotionnel »), dont les principaux sont l'irritabilité, la fatigabilité, l'asthénie, l'amnésie, la régression vers un stade infantile et, parfois, le refuge dans la maladie (hypocondrie) ou l'alcoolisme. Pour diminuer la tension émotionnelle des traumatisés, une cure de sommeil et un soutien psychothérapeutique sont souvent nécessaires.

Freud appelle traumatisme tout évènement qui perturbe l'équilibre affectif d'une personne et provoque la mise en œuvre de ses mécanismes de défense. Pour empêcher l'envahissement de l'appareil psychique par de grandes quantités d'excitations, l'organisme peut se fermer à tout stimulus supplémentaire par l'évanouissement, la pseudocécité, la pseudosudité, etc. Il s'efforcera aussi de contenir ces excitations puis d'obtenir leur décharge progressive en utilisant, notamment, les automatismes de répétition. (Freud in N.SYLLAMY. p 269. 270)

On peut donc définir le traumatisme psychique ou trauma comme un phénomène d'effraction du psychisme, et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur . (L.Crocq. p11).

2-2-Définition de la névrose traumatique :

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

La névrose traumatique survient dans les situations 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.

2-3-Définition du stress post traumatique :

Plusieurs définitions ont été données au trouble du stress post-traumatique, le psychiatre Élise St-André, M. D dans sa revue « revivre, anxiété, dépression et bipolarité » la définit comme étant : Lorsqu'une personne est confrontée à un événement grave, perturbant, intense, hors de l'ordinaire, qui a porté ou aurait pu porter atteinte à l'intégrité physique ou causer de graves blessures pouvant entraîner la mort (accident, feu, guerre, agression physique ou sexuelle, témoin d'un meurtre, mort subite d'un proche, etc.), elle peut manifester des réactions physiques et/ou psychologiques aiguës pendant quelques jours en réponse au stress énorme subi. Ces réactions sont considérées comme normales pendant un certain temps. Toutefois, lorsqu'elles perdurent au-delà de quatre semaines, on parle alors d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT).

Ce trouble est caractérisé par une peur de grande intensité accompagnée d'un sentiment de désespoir ou d'horreur (une désorganisation ou de l'agitation chez les enfants). La personne revit sans cesse l'événement traumatique et évite les situations qui lui rappellent ce dernier. Le TSPT s'accompagne aussi d'une

diminution des réactions émotionnelles ainsi que de multiples réactions anxieuses.

Dans le DSM 4 publié en 1994, le stress post-traumatique est un état de choc, un trouble du à l'exposition d'un événement traumatique qui provoque chez l'individu, la peur, la détresse ou de l'horreur, Ce trouble se manifeste par une ré expérience persistante de l'événement traumatique, le comportement d'évitement avec une hyperactivité neurovégétative.

D'autre part, pour la CIM 10, le stress post-traumatique est une situation ou un événement exceptionnellement menaçant ou catastrophique, qui provoque des sentiments de peur et de détresse chez la plus part des individus.

Il est aussi définit comme un trouble psychique complexe associant notamment des symptômes anxieux et des perturbations mnésiques, organisé autour des symptômes de reviviscence du souvenir traumatique, survenant à la suite de la confrontation d'un individu à un ou plusieurs événements stressants vécus comme particulièrement agressifs ou dangereux, impliquant le plus souvent une menace vitale. L'état de stress post-traumatique (ESPT) est un des seuls troubles de la nosographie psychiatrique dont la définition associe à des critères cliniques un facteur étiologique, l'événement traumatogène, sans lequel on ne peut pas diagnostiquer de syndrome psycho traumatique (P.LOUVILLE et al. 2013).

2-4-Définition du stress :

Selon Larousse médicale, le stress est un ensemble de perturbations biologiques et psychiques provoquées par une agression quelconque sur un organisme. Il est déclenché par le cerveau, qui stimule la sécrétion de corticoïdes et d'adrénaline par les surrénales. Il s'ensuit une activation générale non spécifique, physique et psychique, favorable à la défense de l'organisme. Un stress intense ou prolongé peut être source de divers troubles (anxiété, fatigue, ulcère gastrique, eczéma, etc.). Il est aussi définit comme étant un mot anglais

utilisé depuis 1936, à la suite de H.Selye, pour désigner l'état dans lequel se trouve un organisme menacé de déséquilibre sous l'action d'agents ou de conditions qui mettent en danger ses mécanismes homéostatiques. (Larousse, 2005).

Tout facteur susceptible de détruire cet équilibre, qu'il soit d'origine physique (traumatisme, froid...), chimique (poison), infectieuse ou psychologique (émotion), est appelé « agent stressant ». Le mot stress désigne, à la fois, l'action de l'agent d'agression et la réaction du corps. Selon Selye, cette réponse, non spécifique, est liée à des mécanismes neuroendocriniens (diencephalo-hypophysaires).

Plusieurs observations scientifiques ont montré que des chocs affectifs, tels que la perte d'un conjoint, provoquent l'altération, voire l'effondrement des défenses de l'organisme contre les maladies et, par voie de conséquence, l'augmentation des affections graves, dont le cancer. (N.SYLLAMY. p253.254)

Il est aussi défini comme étant un « Etat réactionnel de l'organisme soumis à une agression brusque (De l'anglais stress, effort intense. Le mot « stress », employé dans le langage neurophysiologique au début du XXe siècle, servait à désigner l'ensemble des réactions physiologiques puis également psychologiques de l'organisme humain ou animal face à une menace ou une situation imprévue » (Lebigot, 2001).

2-5-Définition de l'événement traumatique :

L'événement traumatique est une rencontre directe avec une scène de mort réel. Celle-ci est ce que nos représentations font du réel un peu comme nos appareils sensoriels transformant médiatement des longueurs d'ondes en couleurs ou en sons. (F.Lebigot et M.de Clercq, 2001, P.16).

3-Symptômes spécifiques du stress post-traumatique :

Les symptômes du trouble de stress post-traumatique peuvent apparaître rapidement après l'évènement ou être différés dans le temps et refaire surface beaucoup plus tard (un nouveau stress ou une date anniversaire, par exemple, peuvent réveiller le souvenir d'un trauma antérieur)

Les symptômes se regroupent autour de cinq catégories principales selon le DSM 5 (2013) :

3-1-Symptômes envahissants :

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

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

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

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

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

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

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

3-2-Humeur négative :

5. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p.ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

3-3-Symptômes dissociatifs :

6. Altération de la perception de la réalité, de son environnement ou de soi-même (p.ex. se voir soi-même d'une manière différente, être dans un état d'hébétude ou percevoir un ralentissement de l'écoulement du temps).

7 Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas en raison d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).

3-4-Symptômes d'évitement :

8. Efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

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

3-5-Symptômes d'éveil :

10. Perturbation du sommeil (p.ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité)

11. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.

12. Hyper vigilance

13. Difficultés de concentration.

14. Réaction de sursaut exagérée.

4-Critères diagnostiques du trouble de stress post traumatique :

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

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

1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
2. En étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p.ex. intervenants de première ligne des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

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

B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques en cause :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).
2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p.ex. : « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux », « mon système nerveux est complètement détruit pour toujours »).
3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer les autres.
4. État émotionnel négatif persistant (p.ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).

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

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

7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p.ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

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

1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.

2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.

3. Hyper vigilance.

4. Réaction de sursaut exagérée.

5. Problèmes de concentration.

6. Perturbation du sommeil (p.ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

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

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

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p.ex. médicament, alcool) ou à une autre affection médicale.

Spécifier le type :

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

1. **Dépersonnalisation :** Expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (p.ex. sentiment d'être dans un rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment ralentissement temporel).

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

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

Spécifier si :

A expression retardée : Si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats).

5. Prévalence :

Aux États-Unis, le risque sur la vie entière pour le TSPT défini en utilisant les critères du DSM-IV est de 8.7% à 75 ans. La prévalence à 12 mois

chez les adultes est d'environ 3.5% aux États-Unis. Des estimations intérieures ont été trouvées en Europe et dans la plupart des pays d'Asie, d'Afrique et d'Amérique latine, s'élevant à environ 0.5-1.0% bien que des groupes différents aient des niveaux différents d'exposition à des événements traumatiques, la probabilité conditionnelle de développer un TSPT après un degré semblable d'exposition peut aussi varier selon les groupes culturels.

Les taux de TSPT sont plus élevés parmi les vétérans et d'autres personnes dont la profession augmente le risque d'exposition traumatisante (p.ex. policiers, pompiers, personnel médical de secours). Les taux les plus élevés (allant d'un tiers à plus de la moitié de ceux qui sont exposés) sont trouvés parmi les personnes ayant survécu à un viol, un combat militaire, une captivité, ou un internement ou un génocide pour des raisons ethniques ou politiques.

La fréquence du TSPT peut varier selon le stade du développement. Chez les enfants et les adolescents y compris les enfants préscolaires, on a habituellement montré une fréquence relativement peu élevée après l'exposition à des événements traumatisants sérieux, cependant cela peut être lié au fait que les critères utilisés précédemment étaient insuffisamment détaillés sur le plan développemental. La prévalence du TSPT répondant entièrement aux critères diagnostiques semble également être plus basse chez les adultes plus âgés comparativement à la population générale ; il semble que les cas de TSPT ne répondant pas entièrement aux critères diagnostiques sont plus fréquents que ceux qui y répondent entièrement chez les personnes âgées et que leurs symptômes sont associés à une altération clinique importante.

En comparaison avec les américains blancs non hispaniques, des taux de TSPT plus élevés ont été rapportés chez les américains d'origine hispanique, les afro-américains et indiens d'Amérique, et des taux moins élevés chez les

américains d'origine asiatique après ajustement selon l'exposition traumatique et les variables démographiques. (DSM V)

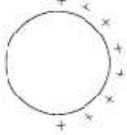
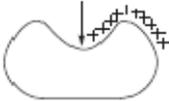
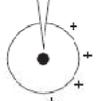
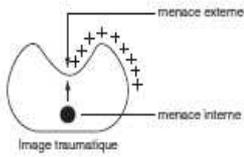
6-Stress et trauma :

Le mot « traumatisme », apparu à la fin du XIXe siècle, fut forgé à partir du grec *trauma* «blessure » pour nommer un phénomène psychique qui n'avait jusqu'alors retenu l'attention ni des médecins ni de quiconque : « le traumatisme psychique », blessure émotionnelle profonde qu'on pouvait observer, parfois, chez ceux qui avaient échappé de peu à la mort.

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

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

Tableau n°1 : récapitulatif du schéma métaphorique de l'appareil psychique :

<p>L'appareil psychique</p>	 <p>Figure 1.1. L'appareil psychique</p>	<p>L'appareil psychique représenté par Freud comme une « vésicule vivante » entourée d'une membrane qu'il nomme « pare-excitations ». À l'intérieur de cette vésicule ne circulent que de petites quantités d'énergie, allant d'une représentation à l'autre dans le réseau qu'elles constituent, selon les lois du principe de plaisir.</p>
<p>stress</p>	 <p>Figure 1.2. Le stress</p>	<p>Dans le stress, une grosse quantité d'énergie, une menace vitale par exemple, fait pression sur la vésicule vivante et l'écrase partiellement (rappelons qu'à l'origine, to stress veut dire « presser »). L'angoisse créée par l'agression renforce la charge positive du pare-excitations et donc sa défense contre les énergies extérieures</p>
<p>Le trauma</p>	 <p>Figure 1.3. Le trauma</p>	<p>L'élément de surprise est, pour Freud, fondamental. La charge positive à la surface du pare excitations étant, à ce moment-là, faible, l'image qui véhicule la menace vitale va pouvoir pénétrer à l'intérieur de l'appareil psychique et s'y incruster</p>
<p>Le stress traumatique</p>	 <p>Figure 1.4. Stress traumatique</p>	<p>Stress et trauma peuvent être présents ensemble, ce qui explique, à notre avis, la raison pour laquelle le trauma a été assimilé à un stress, À l'angoisse créée par la menace externe s'ajoute une angoisse</p>

		provenant de l'image traumatique que l'on pourrait qualifier de menace interne, peut provoquer le traumatisme
--	--	---

Figure n°1 : (Lebigot.2009), P. 10. 11. 12

7- Etiologie du traumatisme psychique :

Le traumatisme psychique ou névrose traumatique sont toujours liés à un évènement 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 évènement et d'un sujet qui produit dans un contexte déterminé. Le même évènement pathologique 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 évènement il s'agit d'une part des causes tenant aux évènements violents et d'autre part de celles ayant traités aux évènements communs douloureux et inattendus

7-1- Les évènements violents :

La guerre

L'abus émotif, psychique ou sexuel dans l'enfance.

Le fait de subir ou d'assister à des actes violents.

Le viol ou la tentative de viol.

La lésion ou la maladie dévastent.

La mort d'une personne proche.

7-2- Les évènements communs douloureux et inattendus :

Il est question ici des évènements ayant vocation à devenir traumatisants et qui sont souvent sous-évalués à savoir.

Les accidents de voiture de légère importance.

L'intervention médicale ou dentaire invasive.

Les chutes et lésions de moyenne importance.

Les catastrophes naturelles (tremblement de terre, tornade).

La maladie surtout avec la fièvre haute.

L'intoxication.

L'abandon des enfants.

L'exposition à la chaleur extrême et froid (*LebigotF ,2005, p15*).

8-Le deuil :

Le deuil se définit comme un « état de perte d'un être cher s'accompagnant de détresse et de douleur morale, pouvant entraîner une véritable réaction dépressive et nécessitant un travail intrapsychique, dit « travail de deuil » pour être surmonté » (Grand dictionnaire de la psychologie, 1999).

Freud (1915) définit le deuil non pas comme un état mais comme une « réaction à la perte ».

« Le travail de deuil » prend forme à partir du moment où « la réalité a montré que l'objet aimé n'existe plus et édicte l'exigence de retirer toute la libido des liens qui la retiennent à cet objet ».

Le deuil de l'individu va s'articuler suivant deux phases :

8-1-Première phase du deuil :

Durant la première phase, l'existence de l'objet perdu se poursuit psychiquement. En effet, cet objet perdu sera sujet à un « sur-investissement », cela signifie que l'individu va se focaliser de manière excessive sur la relation antérieure qu'il avait avec l'objet, sur le manque qui y est associé,... A ce stade,

l'individu sera enclin à la dépression, tous les symptômes de celle-ci y étant associés (perte d'intérêts, ralentissement, réduction de l'estime de soi...)

8-2- Deuxième phase : « Le travail du deuil » :

La personne, du fait de la perte quelle qu'elle soit, va réaliser « une déconstruction des représentations par lesquelles l'être ou la chose existe dans sa réalité psychique ». Il est donc question de la « de- construction » d'une partie de la « réalité psychique » de cette personne.

Par « réalité psychique », nous définissons la réalisation d'un édifice, d'un ouvrage, d'« un système de représentations en mots et en images dont les éléments sont sélectionnés dans la série des mémoires conservatrices de souvenirs et de fictions ».

A chaque épreuve de la vie survient une phase de deuil. Il s'agit pour l'individu d'aborder une phase de « déconstruction ». (JF.CAUX et F.DELAHOUCHE, p, 23.24).

9-Prise en charge du stress post traumatique :

9-1-Le débriefing psychologique :

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

Et enfin, on peut dire que, le débriefing était une technique de décharge émotionnelle dont le principal objectif est l'abréaction cathartique.

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

9-2-L'eye movement desensitization and reprocessing (EMDR):

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

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

9-3-Psychothérapies cognitivo-comportementales :

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

9-3-1-Les thérapies comportementales :

Les thérapies d'expositions sont basées sur les théories du conditionnement (conditionnement d'apprentissage et conditionnement d'extinction). Cette thérapie consiste, par une exposition contrôlée, à réactiver l'émotion de peur chez la personne traumatisée, de façon à pouvoir intégrer des informations correctives. Les deux techniques d'expositions utilisées sont l'exposition imaginaire et l'exposition réelle. La diminution de l'émotion de peur au fil des expositions permettrait également de modifier le sens de l'événement traumatique dans le souvenir. Le but de cette thérapie est de permettre un traitement émotionnel du traumatisme afin de diminuer la souffrance liée à son évocation.

(Cottaut J, 2001, P.160)

9-3-2-Les thérapies cognitives :

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

9-4-Pharmacothérapie :

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

Les médicaments qui ont fait la preuve d'un effet sur les ESPT sont essentiellement les antidépresseurs, à savoir les imipraminiques, les IMAO, et très spécifiquement les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine ISRS comme fluxetine (prozac), paroxetine (deroxat) sont très conseillés dans les symptômes comme les difficultés de concentration, culpabilité, hyper-vigilance.

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

Synthèse:

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

Chapitre II :
Le handicap
moteur acquis

Préambule

Le handicap moteur est le plus souvent associé à la mobilité réduite. Une personne handicapée moteur présente une déficience au niveau de la motricité de ses membres. Cette personne éprouvera des difficultés à se déplacer et aura recours à un appareillage approprié pour pallier à cela. Le degré de handicap est variable, il dépend de la date d'apparition du handicap, et de son origine, du caractère évolutif du handicap, de l'importance et de la nature des atteintes.

1-Aperçu historique sur le handicap et les handicapés :**1-1-Dans le monde :**

Le terme «handicap » (littéralement « *hand in cap* » en anglais signifie « la main dans le chapeau ») apparaîtrait pour la première fois au XVI^e siècle en Grande-Bretagne pour désigner un jeu dans lequel les concurrents se disputent des objets dont la mise se trouve placée au fond d'un chapeau. Il sera plus couramment employé ensuite sur les champs de courses : « handicapé un concurrent c'est diminuer ses chances de succès en le chargeant au départ d'un poids supplémentaire, ou en obligeant à parcourir une distance plus longue, le but étant en handicapant les plus forts d'égaliser les chances de tous les partants » .

Si les handicaps sont bien répartis, le résultat de la course devient si incertain que, pour parier, il est aussi simple de mettre les noms des chevaux sur les morceaux de papier au fond d'un chapeau et d'y tirer au

sort le nom du vainqueur.

La notion de handicap fait en tout cas l'objet de controverses non encore éteintes depuis plus d'une vingtaine d'années entre les partisans d'une approche médicale pour qui le handicap est envisagé comme la conséquence d'une atteinte de l'intégrité corporelle et ceux d'une approche socio-environnementale pour lesquels le handicap résulte de la confrontation d'un individu particulier avec les exigences de son environnement.(M.Guidette, C.Tourette,2014,p17-18).

L'utilisation du mot "handicap" (sous forme objective) est officialisée par la loi du 23 novembre 1957 et doit permettre, sous la tutelle du ministère du travail, d'organiser le reclassement des travailleurs handicapés.

Pour la première fois, la légalisation tente de regrouper en un ensemble cohérent diverses catégories de personnes (infirmes, invalides, mutilés...)

Peu à peu l'usage du terme va s'étendre et devenir de plus en plus fréquent dans le domaine réglementaire (cf. Loi du 13 juillet 1971 sur les allocations aux handicapés) des associations (création de l'APAJH en 1962 -Association de placement et d'aide aux jeunes handicapés, Ligue européenne des associations d'aide aux handicapés mentaux en 1960...),de réflexion (intergroupes inadaptés ,handicapés au VI Plant en 1969-1970) et le rapport Bloch-Lainé en 1968(*Etude du problème général*

de l'inadaptation de personnes handicapées). (Romain, L, 2013 ,p34)

Le terme de « personnes handicapées » a remplacé ceux d'infirmités, d'anormaux, d'aliénés, de retardés, d'inadaptés, etc. L'évolution des attitudes à l'égard de ces personnes s'est faite de façon lente et discontinue, mais elle va peu à peu dans le sens du droit à la vie. Si, à l'époque des lacédémoniens, on supprime les nouveau-nés malformés, les anciens se contentent plus généralement de laisser agir la sélection naturelle.

Pendant de nombreux siècles, il revenait donc aux familles, aux voisins, de s'occuper des malades, des personnes âgées ou inaptes au travail. Les solitaires, ceux dont la famille fait défaut, et qui ne peuvent subvenir à leurs besoins, trouvent faute de mieux une sorte d'issue dans la mendicité.

La fin du XIX^e siècle marque un tournant dans le statut social de l'handicapé, qui va évoluer vers la forme que nous lui connaissons : mieux armée grâce à l'anatomopathologie et à la bactériologie, la médecine maintient en vie de plus en plus de sujets fragiles.

En France, en 1898, la loi sur la réparation des accidents du travail, est une des premières lois à assurer la protection sociale des travailleurs. Dans les pays belligérants (les pays qui sont en états de guerre), la première Guerre mondiale laisse un groupe de mutilés (qui ont perdu un ou plusieurs membre ou organes) vis-à-vis de qui la collectivité se sent

responsable. Les lois concernant les mutilés de guerre stipulaient en 1916 des emplois réservés, en 1918 la rééducation, et en 1924 l'emploi obligatoire.

La Seconde Guerre mondiale, qui isole le Royaume-Uni, l'oblige à élaborer une doctrine connue sous le nom de rapport Tomlinson (1914-1943) et à mettre au point toute une série de techniques de « réhabilitation » des handicapés. Dès lors, parallèlement à l'extension des actes d'indemnisation va se développer rapidement, dans le monde, l'action de réinsertion socioprofessionnelle et qui passera ouvertement au premier plan. Des 1930, une loi soviétique avait institué une priorité de logement pour certains handicapés, et cette disposition a joué alors un rôle très important dans leurs réadaptations. (BOUZENOUNE Yacine ,15 Janvier 2008, p25-26).

1-2-En Algérie :

Dans l'histoire de la société algérienne, l'approche de la notion du handicap, s'est effectuée à partir d'une politique de l'action sociale se résumant dans la prévention, l'animation du groupe, l'aide à la réinsertion, etc. Ce sont là des interventions pratiques décrites dans le langage habituel de la vie professionnelle. Et, de telles expressions renvoient à des conceptions précises de l'intervention sociale, qui se réfèrent, elles - mêmes à des représentations de la société.

L'histoire ou l'évolution d'une politique sociale ou d'une action

sociale constitue le cheminement de la représentation à travers différentes étapes de développement de la structure sociale.

Si les premières formes d'intervention dans le domaine social se limitaient, dans le passé, à des actions d'entraide, de charité et de bienfaisance, c'est devenu une préoccupation de l'état moderne dans un souci d'ordre public et d'équilibre social, après la révolution industrielle.

Caractéristique d'une société moderne, l'action sociale en Algérie traduit la transition et l'éclatement des structures sociales traditionnelles où les mécanismes de socialisation, de régulation voire de prise en charge sont assurés par la famille élargie. Durant les premières années de l'indépendance l'Algérie devait affronter les conséquences des années de guerre ; un bilan lourd sur tous les plans. (BOUCHELOUKH MAHFOUD 2008/2009, p17).

Axe I : Handicap

2-Quelques définitions du mot handicap

Les définitions concernant le handicap sont nombreuses nous retenons ici les plus courantes.

2-1-Selon la loi française du 11 février 2005, le handicap est défini de la manière suivante :

« handicap toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs

fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques d'un polyhandicap ou d'un trouble de la santé invalidant. »(Michelle Guidette, Catherine Tourette, 2014, p18)

2-2-Le grand dictionnaire de la psychologie définit le handicap comme:

« Le handicap est la situation d'une personne qui se trouve désavantagée d'une manière ou d'une autre par rapport à l'autre personne ». (Hetall B, 2005, p421).

2-3-L'handicap peut être caractérisé selon trois (03) axes:

2-3-1-L'axe de la déficience :

Correspond à « toutes perte de substance ou altération ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique, la déficience est caractérisée par des pertes de substances ou des altérations qui peuvent être provisoire ou définitive. Elle représente l'extériorisation d'un état pathologique; elle est le reflet des troubles manifestés au niveau d'organe, elle peut être congénitale ou acquise ». (La déficience fait référence à l'aspect lésionnel).

2-3-2-L'axe de l'incapacité :

Correspond à « toute réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérés comme normales pour un être humain ». L'incapacité, par opposition à la déficience porte sur les activités composées et intégrées; elle concerne la personne dans son ensemble, dans la mise en œuvre d'une tâche, d'une

compétence ou d'un comportement. (L'incapacité fait référence à l'aspect fonctionnel).

2-3-3-L'axe de désavantage :

« Résulte pour un individu donné, d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal » (L'aspect situationnel du le handicap). (Coquet, F et Al, 2008, p101).

3-Situation du handicap :

On parle aujourd'hui de situation de handicap, qui met en avant l'importance de l'environnement dans la création du handicap, et le fait que si certaines activités sont restreintes, d'autres ne sont pas empêchées.

Il y a handicap chaque fois qu'une personne rencontre, à un moment donné, un obstacle (partiel ou total) dans l'accomplissement de l'une ou de plusieurs de ses activités .Ces obstacles peuvent être la conséquence d'une altération du corps, des capacités ou de la subjectivité' mais aussi le fait de situations particulièrement exigeantes ou contraignantes pour l'individu. Être handicapé, c'est donc être en situation de handicap.(Claude Hamonet, 2012, p61).

« Constitue une situation de handicap le fait, pour une personne, de se trouver, de façon temporaire ou durable, limitée, dans les activités personnelles ou restreinte dans sa participation à la vie sociale du fait de la confrontation interactive entre ses fonctions physiques, sensorielles, mentales et psychiques lorsqu'une ou plusieurs sont altérées, d'une part, et

les contraintes de son cadre de vie, d'autre part. »

Le handicap est la restriction des activités personnelles et/ou de la participation à la vie sociale qui résulte de la confrontation interactive entre, d'une part, les capacités d'une personne ayant une ou plusieurs limitations fonctionnelles durables ou temporaires - physique, mental, sensorielle (vue, audition) ou psychique- et, d'autre part, les contraintes physiques et sociales de son cadre de vie.(Ibid,2012,p62)

4-Définition du handicapé :

4-1-Définition du handicapé selon l'OMS:

En 1980 l'OMS définit le handicapé comme suit: « Est appelé handicapé celui dont l'intégrité physique ou mentale est progressivement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouve compromise ». ((M. Guidette, C.Tourette, 2002, p.7)

4-2-Selon le grand dictionnaire de la psychologie :

Le terme handicapé : « Se dit d'une personne atteinte d'un désavantage, infériorité résultant d'une déficience ou d'une incapacité qui interdit ou limite l'accomplissement d'un rôle social ce dernier étant considéré en rapport avec l'âge, le sexe les facteurs sociaux et culturels ».

4-3-Selon René Lenoir "Est handicapé la personne qui, en raison

de son incapacité physique ou mental, de son comportement psychologique ou de son absence de formation, est incapable de pouvoir à ses besoins ou exige des soins constants ou se trouve ségréguée soit de son propre fait, soit de celui de la collectivité"(Romain Liberman, 2013, p36)

4-4-Bloch-Lainé, 1968 "On dit qu'ils sont handicapés parce qu'ils subissent par suite de leur état physique, mental, caractériel ou de leur situation sociale, des troubles qui constituent pour eux des "handicaps", c'est -à-dire des faiblesses, des servitudes particulières par rapport à la normale, celle-ci étant définie comme étant la moyenne des capacités et des chances de la plupart des individus vivant dans notre société"(Ibid.)

5-La classification du handicap :

On distingue classiquement trois types de handicaps

5-1-Le handicap mental :

Le handicap mental est la perte définitive des capacités intellectuelle ou affective entraînant l'absence ou la limitation d'au moins 80% des capacités à exécuter une activité considérée comme normale, pour un être humain déterminé exclusivement par un médecin spécialiste dans l'handicap mental ou psychiatrique. (G.Zaibi et D.Poupee, 2004, p197).

5-2-Le handicap sensoriel :

Consacre aux déficiences auditives et visuelles qui touchent toutes deux l'intégrité et l'appareil sensoriel si c'est effectivement leur caractéristique commune, rien de semblable une nouvelle fois entre une atteinte

congénital et une atteinte acquise entre une absence totale de l'aveugle ou de l'ouïe et des déficiences plus légères il en va de même de l'hétérogénéité de développement psychologique et enfants concernés. (Michèle Guidette et Catherine Tourette, 2002, p55).

5-2-1- Le handicap visuel : inexistence ou perte à des degrés variable de l'acuité visuelle les causes multiples.

Chez l'enfant : affection oculaire héréditaires

Chez l'adulte : décollement de rétine d'atrophies, optique, diabète.

5-2-2- Le handicap auditif : inexistence ou perte à des degrés variables, l'acuité auditive de la naissance au cours de la vie.

5-3-Le handicap moteur :

Caractérisés par un dysfonctionnement ou une réduction de l'activité physique d'un individu (absence de mobilité, mouvement parasites) les handicaps moteur touchent les membres, le tronc ou la tête, ils viennent au second rang dans les estimations consacré aux handicaps sévère chez les jeune. (Larousse médical)

5-3-1-Déficiences d'origine génétique ou développementale:

Maladies neuromusculaires (myopathies).

Maladies neuro-dégénérative:

Atteinte de la corne antérieure (maladie de Werdnig Hoffman).

Agénésie de membre.

5-3-2-Déficience acquises:

Cause traumatique: trauma crânien, médullaire, polytraumatisé.

Infectieuse: méningites.

Séquelles de brûlures graves avec brides rétractiles ou placards cicatriciels.

Liées à une lésion cérébrale périnatale (infirmité motrice cérébrale).

Axe II : Handicap moteur :**6-Définition du handicap moteur :**

Il est lié à une pathologie stable ou évolutive.

Il peut être isolé ou associés à d'autres types du handicap sensoriels ou cognitifs. « Paralyse d'origines diverses, infirmité motrice cérébrale, malformation à l'amputation des membres, etc. Qui restreignent la locomotion et l'accomplissement des activités quotidiennes dans un mode organisé pour des personnes mobiles et autonomes ». (Hetell, B, 2005, p421).

6-1-Selon L'organisation mondiale de la santé (OMS) : a donné une définition abstraite sur le handicapé moteur mais qui recouvre bien les traits que nous venons d'évoquer " tout enfant qui pendant un laps de temps appréciable se trouve dans l'impossibilité par suite de son état moteur de participer pleinement à des activités de son âge dans le domaine social réactif éducatif ou dans celui de son activité professionnelle. (Chantal, 1982 .p61).

6-2-Selon S .Gonzales Puell, « le handicap moteur se traduit par une perte ou une altération d'une structure ou d'une fonction physiologique ou anatomique il peut résulter d'une atteinte de système nerveux central ou périphérique des muscle ». (S. Gonzales Puell, 2010, p169).

7-Définition du handicap moteur acquis :

Les handicaps moteurs acquis plus tardivement touchent les enfants et les adultes et sont dus à des accidents ou à des maladies. Dans les pays industrialisés, les accidents de voiture et de moto (fréquents chez les jeunes) sont responsables d'amputations, de paralysies, d'incapacités de contrôle, de handicaps graves dus à des fractures multiples associées ou non à des lésions viscérales. Le cerveau ou la moelle épinière peuvent être atteints. Les atteintes articulaires aussi (polyarthrites, arthroses) sont responsables de déficiences motrices. (Encyclopédie médical /handicap moteur Larousse .Fr)

8-Les types de handicap moteur :

Les handicaps moteurs engendrent des déficiences aux origines très diverses, on peut les regrouper en trois catégories:

8-1-Déficiences motrices acquises :

Elles sont constituées par les séquelles d'accidents, ou de maladie ayant atteint la fonction motrice au cours de la vie, par exemple : les accidents de la route qui provoquent 1000 paralysés par an, dont 1/3 tétraplégique, et 2/3 paraplégique.

8-2-Déficiences motrices d'origine congénitale :

Elles sont dues à des maladies, aux accidents survenus pendant la grossesse, ou au cours de l'accouchement, entraînant des malformations et des destructions organiques chez l'enfant " à l'origine d'infirmité motrice cérébrale".

8-3-Déficiences motrices d'origines héréditaires :

Une maladie héréditaire est due à une perturbation de l'information génétique portée par les chromosomes, et transmise par l'un ou les deux parents. (Jacqueline. G, Corine. C, 2004, p64).

9-Les causes de l'handicap moteur :

On peut classer les causes de l'handicap moteur selon leurs origines en deux facteurs principaux : les malformations d'origine génétique, et les facteurs non génétiques induits par le milieu de vie de l'individu.

9-1-Les facteurs génétiques : il est certain que les facteurs génétiques, déterminent en grand partie la nature définitive des fonctions du facteur, car le noyau de l'ovule fécondé contient des chromosomes portants l'information génétique, et toute anomalie chromosomique provoque des déficiences graves, en peut ajouter à ces facteurs les mariages consanguins fréquents dans notre société arabe.

9-2- Les facteurs non génétiques : ils représentent les principales causes de l'handicap moteur, notamment en pays en voie de développement.

9-2-1-Les facteurs d'origine prénatale : la grossesse représente une phase très importante pour le fœtus, car toute atteinte de la maman peut entraîner une atteinte à la santé du fœtus, et risque d'être handicapé .parmi les maladies qui touchent la femme enceinte : l'insuffisance rénale chronique, l'intoxication car cette dernière peut causer l'atteinte de l'œil ou le cœur du fœtus.

En outre la toxicomanie, l'alcoolisme, tabagisme les troubles émotionnels (joie, peur, stress ...) qui peuvent engendrer un déséquilibre hormonal par conséquent une fragilité osseuse aux facteurs.

9-2-2-Les facteurs relatifs à l'accouchement : l'accouchement est souvent accompagné de plusieurs risques, notamment l'accouchement prématuré car certains troubles peuvent augmenter le risque d'handicap. Ainsi que l'accouchement sans assistance médicale. Car les études ont montré que 92% de l'ensemble des handicapés sont nés à la maison, et 8% seulement sont nés à l'hôpital, dans la société traditionnelle. A partir de cela on peut remarquer la relation entre le lieu de naissance et l'handicap.

9-2-3- Les facteurs d'origine poste natale : dès la naissance toute personne est exposée à des facteurs induit par son milieu de vie, et qui peuvent entraîner un handicap, ce handicap est le résultat de :

La malnutrition : la mal nutrition est considérée l'un des grands problèmes de la santé mondiale. Car elle touche environ 500 millions

personnes en pays en voie de développement, elle a des conséquences néfastes notamment sur les enfants.

L'organisation mondiale de la santé (O.M.S) a montré l'importance d'une planification des besoins de l'enfant en particulier lors des (5) premières années de sa vie, la malnutrition selon l'O.M.S peut rendre l'atteinte de l'enfant de maladie mortelle ou entraîne une invalidité allant jusqu'au handicap permanent, car 250 millions d'enfants perdent la vision par an, résultat d'une carence en vitamine « A » comme contribue d'autres maladies, telle que la spasticité, le manque de la vitamine « D » et du calcium dans la croissance de divers handicaps.

La maladie : ce sont les diverses déficiences permanentes qui touchent l'individu, et dans certains cas la chronicité de la maladie elle-même est handicap. Comme il y a certaines maladies (infectieuses, tumorales ou traumatiques) qui touchent la maman, ou le bébé directement après l'accouchement.

10-Les causes de l'handicap moteur acquis :

Les tumeurs malignes du cerveau, et le cancer des os.

Les maladies chroniques telles que l'hypertension artérielle, le diabète.

Inflammation des os et des fractures qui sont impossibles à restaurer l'os et le mettre pourrir les tissus environnants.

(عصام حمدي الصفي، 2007 ص 91)

Les guerres et les diverses formes de destruction, les épidémies et la famine.

Les catastrophes naturelles telles que les tremblements de terre et les inondations.

Blessures sportives.

Des brûlures graves au niveau de certains des partis qui perdent la capacité d'effectuer son travail. (مدحتأبوالنصر، 2005، ص79-80)

Les accidents routiers : ils représentent le facteur majeur de l'handicap, car ils sont responsables de 8,5% d'handicapés au monde, estimé à 30 millions ce taux est directement lié au degré de l'urbanisation, la productivité et la situation économique raison pour laquelle les pays en voie de développement en souffrent plus que d'autres.

Les accidents routiers peuvent être le résultat du non-respect du code de la route, l'excès de vitesse, le dépassement dangereux qui contribuent de 35% de l'ensemble des handicaps par jour, en Algérie. En ce qui concerne les piétons, la majorité des accidents sont causés par la non-utilisation des passages pour piéton, des passerelles, l'Algérie compte 600 milles handicapés par an, soit 35% de l'ensemble d'handicaps est causé par les accidents routières, les directions du transport ont aussi leur part de responsabilité, face à ce taux élevé d'accident, et ce par la négligence, et les non prise des mesures adéquates pour limiter ce phénomène.

Les accidents de travail : sont aussi dangereux que les autres, et contribuent d'environ 4,5% du taux d'handicap mondial. Ces accidents peuvent être le résultat de la circonstance générale liée au travail, où le résultat de négligence personnel. (Brahimi.s, Bounab .s ,2007.p.20).

11-Les signes cliniques de l'handicap moteur :

Un déficit moteur avec hypotonie.

Le déficit moteur est d'intensité variable selon le degré de l'atteinte, allant d'une simple diminution de la force musculaire à une paralysie complète et flasque. Il est coté de 1 à 5.

Absence de contraction volontaire.

Contraction faible sans déplacement.

Déplacement possible si l'action pesanteur est compensée.

Déplacement possible contre la pesanteur.

Déplacement possible contre la pesanteur et contre résistance.

Force musculaire normal.

Amyotrophie : due à la perte de l'innervation musculaire consécutive à la lésion des fibres motrices.

Diminution ou abolition des réflexes ostéotendineux : due à l'interruption de l'arc réflexe.

Crampes : elles peuvent être révélatrices de l'atteinte neurogène périphérique.

Fasciculation : elles sont surtout fréquentes au cours de la moelle.

Autres signes associés.

Des signes sensitifs : peuvent être associés à ces signes moteurs lorsqu'il existe une atteinte concomitante des fibres sensitives.

Des troubles trophiques et vasomoteurs ainsi que des troubles végétatifs peuvent être présents en cas d'atteinte concomitante des fibres du système nerveux autonome. (N. Danziger, S. Alamowith, 2003, p335).

12-Les conséquences de l'handicap moteur :

La paraplégie, paralysie des membres inférieurs et d'une partie du tronc;

L'hémiplégie, paralysie d'une moitié latérale du corps;

La tétraplégie, paralysie des membres supérieurs et inférieurs;

La myopathie, atrophie musculaire grave et progressive.

La sclérose en plaques, c'est l'hypertrophie du tissu conjonctif.

Le changement de mobilité, atteinte gestuelle et préhension surtout pour la personne en fauteuil roulant ou la relation entre son action corporelle et l'aménagement construit est modifiée, le manque d'accessibilité pour la plupart de temps.

La méfiance que l'handicapé sentira planer autour de lui.

Le malaise qui naît de la méconnaissance des accidents neurologiques.

(B. Benrachi, 2008, p10).

13-Prise en charge des handicapés moteurs :**13-1-Prise en charge psychologique**

Les aspects psychologiques dans la rééducation fonctionnelle n'est pas une tâche aisée. Il est à considérer un être humain dans une totalité pluridimensionnelle. L'action est portée, ici en priorité, sur un corps, un corps dans une dynamique fonctionnelle. C'est un ensemble de composants neuro-anatomophysiologiques, c'est moi, mon identité, ma personnalité. C'est plus qu'une somme ou combinaison ou combinaison d'éléments. Ce concept d'unité dépasse le lien psyché et soma. L'individu est vu dans une globalité non dans un assemblage de versants. La rééducation fonctionnelle à une valeur en soi. C'est une prise en charge spécifique de l'individu et permet un regard différent et sans cesse renouvelé. (BOUCHLOUKH M.P, 94).

13-2-les structures de prise en charge :**13-2-1-Les hôpitaux de rééducation fonctionnelle dépendant du Ministère de la Santé :**

Ils sont au nombre de cinq pour tout le pays (2 à Alger, Annaba, Sétif, Mascara,) et manquent cruellement de moyens. Prenant en charge pour la plupart des blessés médullaires (les parties internes d'un organe) et autres traumatismes graves (état générale consécutif à un ensemble des lésions physiques causées par un accident), ils n'arrivent plus à répondre

à la demande devenue très importante avec la réduction des transferts pour soins à l'Etranger.

13-2-2-Les centres Médico – Pédagogiques :

Les handicapés moteurs ont perdu les deux centres médico-pédagogiques alors il ne reste que quatre centres (Alger, Constantine « Daksi », Oran, Sétif), détournés de leur vocation première ils se retrouvent actuellement transformés en « cliniques » par la Caisse nationale de sécurité sociale (CNAS).

Certains enfants ayant connu l'école au milieu de camarades valides ont dû l'abandonner du fait de l'aggravation de leur handicap (comme les enfants myopathes) et se retrouvent aujourd'hui cloîtrés chez eux intériorisant à longueur de journée la souffrance et les difficultés des autres membres de la famille. Beaucoup d'entre - eux perdent goût à la vie et se laissent mourir.

Les centres médico-pédagogiques prennent essentiellement en charge les enfants inadaptés mentaux. Gérés par le Ministère du Travail et de la Protection Sociale, ils n'obéissent pas à un programme précis et beaucoup font surtout du gardiennage et de l'occupation.

13-2-3-Les foyers pour personnes âgées et handicapées :

Les foyers pour personnes âgées ou handicapées sont des établissements publics à caractère administratif, dotés de la personnalité

morale et de l'autonomie financière. Ils sont placés sous la tutelle du ministre de la santé.

13-2-4-L'Office National d'Appareillage et d'Accessoires pour personnes handicapées :

Pour améliorer la prise en charge des personnes handicapées, la Ministère de la Protection Sociale a créé un organisme pour suppléer la CNAS (Caisse Nationale d'Assurances Sociales) dans la distribution et la fabrication des appareillages dont elle avait la charge. C'est ainsi qu'un office avec le Statut d'EPIC a été créé par décret 88-27 du 09.02.1988 portant « création de l'Office National d'Appareillage et d'Accessoire pour personnes handicapées (ONAAPH) » dont la mission première est de promouvoir l'appareillage, d'appareiller les handicapés et d'aider à leur réinsertion par la création d'ateliers protégés et d'emplois en priorité pour les jeunes handicapés.

(BOUZENOUNE Yacine, 15 Janvier 2008 p36).

Résumé :

Pour conclure on peut dire que l'handicap moteur acquis c'est une maladie qui a ces causes, et qui nécessite une prise en charge pluridisciplinaire. Chaque handicap moteur entraine différent niveaux de difficultés physiques dont les conséquences varient d'une personne a l'autre. Qu'il soit permanent ou temporaire, il aura une incidence sur le mode d'accès de la personne.

*Partie
pratique*

Chapitre III :
le cadre
méthodologique

Préambule:

Dans ce chapitre on va montrer la méthode sur laquelle on s'est basé pour effectuer notre recherche, le terrain, la population d'étude, ainsi que les outils de recherche qu'on a utilisés, l'entretien clinique semi-directif et le questionnaire Traumaq.

1-La démarche de la recherche :**1-1-La pré-enquête :**

La pré-enquête est l'une des étapes les plus importantes en sciences humaines et sociales, elle permet de collecter des données sur notre thème de recherche, d'établir le premier contact avec notre population d'étude afin de sélectionner les plus pertinents et ceux qui répondent aux critères et aux bases de notre thème de recherche.

On a débuté notre pré-enquête en se dirigeant vers CHU Khalil AMRANE de Bejaïa au service orthopédique pour s'adresser à la psychologue du service, finalement la psychologue nous a informé que malheureusement, ce service ne dispose pas de notre groupe de recherche qui est convenable à notre thème d'étude.

Alors on s'est orienté vers (l'EHS) l'Établissement Hospitalier spécialisé en rééducation fonctionnelle d'Ilmaten, commune de Fenaia de wilaya de Bejaïa, à notre arrivé sur le lieu on s'est dirigé vers le centre d'accueil pour s'adresser au sous- directeur de l'Établissement, où ce dernier nous a orienté chez le psychologue.

On a effectué notre stage pratique pour une période de (01) un mois.

1-2-présentation de lieu de recherche:

Notre recherche a été effectuée au niveau de l'établissement hospitalier spécialisé en rééducation fonctionnelle qui est situé au village d'Il-maten Fenaia, commune Fenaia, Daira El-kseur, a été créé juridiquement en vertu du décret 08/62 du 24 février 2008 modifiant et complétant la liste annexée au décret 97/ 465 du 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des établissements hospitaliers socialisés.

Sa mise en service graduelle et partielle n'a commencé que le 19 octobre 2010, date de la première consultation spécialisée, après l'affectation par le ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière de deux(02) médecins spécialistes de façon progressive, et suite aux travaux accélérés dus à des lenteurs regrettables des entreprises ayant réalisé la construction des deux (02) blocs.

Cette ouverture n'a concerné qu'une seule unité, c'est à dire l'unité de consultation, de rééducation et de réadaptation fonctionnelle qui normalement doit abriter l'unité d'hospitalisation « Femmes » « Hommes » « Enfants ».

Ses activités ont concerné depuis jusqu'à fin Août 2011 la prise en charge des adultes (hommes et femmes) et les enfants.

Par ailleurs, un plateau technique a été créé avec la mise en service des activités de radiologie, du laboratoire, de la pharmacie, ajoutée aux activités de psychologie clinique, de psychologie orthophonique et de l'appareillage. Ce

qui a permis à des milliers de malades de bénéficier de soins spécialisés et pour beaucoup d'entre eux d'être réadaptés à la vie de nouveau.

Mission de l'EHS:

L'établissement hospitalier spécialisé a pour mission de prendre en charge, de manière intégrée et hiérarchisée, les besoins sanitaires de la population.

Dans ce cadre il a, notamment pour tâches :

D'assurer l'organisation et la programmation de la distribution des soins curatifs, de diagnostic, de réadaptation médicale et hospitalisation.

D'appliquer les programmes nationaux de la santé.

D'assurer l'hygiène, la salubrité et la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux.

D'assurer le perfectionnement et le recyclage des personnels des services de santé.

Il est constitué d'une ou plusieurs structures destinées à la prise en charge des malades en matière de rééducation et réadaptation fonctionnelle.

1-3-la méthode descriptive:

Les recherches en psychologie clinique font principalement appel aux méthodes descriptives (étude de cas, observation systématique ou naturaliste, méthode corrélationnelle, méthode normative développementale, enquête).

Elles interviennent en milieu naturel et tentent de donner à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière.

L'objectif de cette approche n'est pas d'établir des relations de cause à effet,

comme c'est le cas dans la démarche expérimentale mais plutôt d'identifier les composantes d'une situation donnée et, parfois, de décrire la relation qui existe entre ces composantes (Beaugrand, 1988)

L'étude de cas :

L'étude de cas fait partie des méthodes descriptives et historiques. Elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. L'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence. C'est une méthode pratiquée déjà par les premiers psychopathologues comme Freud ou Janet pour décrire les névroses et illustrer des hypothèses théoriques. Elle a été également pratiquée en médecine pour décrire des maladies et évolution. (Chahraoui et Bénony, 2003, P.126).

Par l'étude de cas, le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenue actuelles et passées (histoire du sujet, organisation de la personnalité, relations avec autrui, mécanismes de défense, etc.). Pour cela, il rassemble un grand nombre de données issues des entretiens avec le sujet mais également d'autres sources, bilans d'examens psychologiques, témoignages des proches et des soignants.

L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques mais tente de resituer le problème d'un sujet dans un contexte de vie où sont pris en compte différents niveaux d'observation et de compréhension :

organisation de la personnalité, relations avec l'environnement et avec l'entourage, événements présents et passés.

De l'ensemble de ces données descriptives, le clinicien essaie de suggérer des hypothèses sur l'origine de la conduite ; celles-ci étant multiples, il essaiera de focaliser l'analyse sur un ensemble réduit de facteurs ayant probablement entraîné la situation problématique. (Ibid.)

2-La population d'étude :

La population de notre recherche se compose d'adultes atteints d'un handicap moteur qui se trouvent au sein de l'établissement hospitalier spécialisé en rééducation fonctionnelle d'Ilmathen. Cet échantillon d'étude comporte de cinq (05) handicapés moteurs âgés de 23 à 51 ans, de sexes différents, dont 3 de sexe masculin et de 2 de sexe féminin.

Ce tableau montre les caractéristiques de la population d'étude.

Groupe De Recherche	Age	Sexe	Situation Familiale	Profession	Le Niveau De L'handicap	La Cause De L'handicap
Cas Kamel	36	Masculin	Marie	Agriculteur	Membres inférieures	Accident de voie publique
Cas Hassan	36	Masculin	Marie	Maçon	Les quatre membres	Accident domestique
Cas Khaled	30	Masculin	Célibataire	Administrateur à l'université de Bejaïa	membres supérieures	Choc électrique
Cas Fatima	51	Féminin	Mariée	Femme au foyer	Membres supérieures + le bassin	Chute d'olivier

Cas Siham	23	Féminin	Célibataire	Sans profession	Le bras gauche	Accident domestique
----------------------	----	---------	-------------	--------------------	-------------------	------------------------

Tableau n°1: récapitulatif des caractéristiques de la population d'étude.

3-Les techniques utilisées:

Les techniques utilisées dans notre pratique sur le terrain sont : un entretien clinique de type semi-directif et le questionnaire d'évaluation du traumatisme psychique (traumaq).

3-1-L'entretien clinique de recherche:

3-1-1-Définition:

L'entretien est une pratique ordinaire et quotidienne du psychologue clinicien. C'est une technique fréquemment employé comme méthode de production de données dans la recherche en psychologie clinique et aussi dans un grand nombre de disciplines dans le champs des sciences humaines et sociales ; il représente un outil indispensable et irremplaçable pour avoir accès aux informations subjectives des individus : biographie, événements, vécus, représentations, croyances, émotions, histoire personnelle, souvenirs, rêves, etc. (Chahraoui et Bénony, 2003, P.141).

Il y'a 3 types d'entretien, selon la conduite de l'entretien adoptée :

Entretien non directif

Entretien directif

Entretien semi-directif : c'est ce type qu'on va utiliser comme moyen de collecte de données avec le questionnaire « Traumaq ».

3-1-2-l'entretien semi-directif:

Dans le type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien. Il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lequel il se propose de mener son investigation, ces questions ne sont pas posée de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais au moment opportun de l'entretien clinique, à la fin d'une association du sujet.

Dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet; ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dévoiler son discours. (Chahraoui et Bénony, 2015, P.16).

3-1-3- le guide d'entretien:

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus au moins structuré il s'agit : "d'un ensemble de fonctions, d'opérateurs et indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'intervieweur". (Ibid. P.68). Nous avons opté pour l'entretien semi directif, car il permet de recueillir plus d'information possible sur le sujet. Pour le mener en pratique, on a utilisé un guide d'entretien composé de 05 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 à la période antérieure à l'évènement (avant l'évènement).

Axe III : cet axe présente l'ensemble des questions liées au moment de l'évènement et au sentiment immédiat de l'handicapé (l'accidenté).

Axe IV : cet axe présente l'ensemble des questions liées au moment post-accident (événement), et de savoir si le sujet est traumatisé.

Axe V : regard vers l'avenir, 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'handicapé est toujours submergé par l'évènement traumatique ou bien non. Pour le guide d'entretien au complet (voir annexe N°1).

3-2-Questionnaire d'évaluation du traumatisme :

Pour effectuer notre travail de recherche et facilité de vérifier nos hypothèses, nous avons choisi un outil psychométrique "Le traumaq", qui est mis au point par Carole Damiani, et Maria Pereira-Fradin. Il s'agit d'un questionnaire qui permet d'évaluer la fréquence et l'intensité des manifestations du traumatisme psychique pendant et après l'évènement. Il se compose de 65 items répartis sur 10 échelles.

3-2-1-Définition :

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

intégrité physique ou celle des autres a été menacée.

(Damiani, Pereira-Fradin, 2009, P.1)

Le questionnaire Traumaq ne mesure pas le stress. Il évalue le syndrome post-traumatique, suite à l'exposition à un évènement comportant une menace de mort pour soi ou pour les autres.

Les auteurs de cette échelle ont préféré envisager le traumatisme psychique de façon beaucoup plus globale. Outre les symptômes généralement observés (le syndrome pathognomonique de répétition, les évitements phobiques, les symptômes neurovégétatifs), le Traumaq évalue également des symptômes fréquemment associés, notamment l'état dépressif et les somatisations, l'agressivité et les répercussions sur la qualité de vie.

3-2-2-Objectifs du questionnaire :

Evaluer des troubles traumatiques aigus et chroniques, voire des modifications de personnalité suite à un évènement traumatique.

Contribuer à la recherche épidémiologique.

Participer à la validation d'un traitement thérapeutique.

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

(Damiani, Pereira-Fradin, 2009, P.9)

Population concernée:

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

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

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

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

Sont exclus :

Les adultes qui n'ont pas été exposés directement.

Les enfants victimes.

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

Les proches des victimes.

3-2-4-Contenu du questionnaire:

Le questionnaire est composé de deux parties :

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

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

Contenu et description des deux parties du questionnaire:

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

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

1- Pendant l'événement :

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

2- Depuis l'événement :

Echelle B (4items) : Le symptôme pathognomonique de répétition : les reviviscences, l'impression de revivre l'événement, les flashes, et angoisse attachée à ces répétitions.

Echelle C (5 items) : Les troubles du sommeil.

Echelle D (5 items) : L'anxiété, l'état d'insécurité et les évitements phobiques.

Echelle E (6 items) : L'irritabilité, la perte de contrôle, l'hyper vigilance et hypersensibilité.

Echelle F (5 items) : Les réactions psychosomatiques, physiques et les

troubles addictifs.

Echelle G (3 items) : Les troubles cognitifs (mémoire, concentration, attention)

Echelle H (8 items) : Les troubles dépressifs (désintérêt général, perte d'énergie et d'enthousiasme, tristesse, lassitude, envie de suicide).

Echelle I (7 items) : Le vécu traumatique ; culpabilité, honte, atteinte de l'estime de soi, sentiments violents et colère, impression d'avoir fondamentalement changé.

Echelle J (11 items) : La qualité de vie.

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

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

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

2-Les troubles du sommeil, difficultés d'endormissement, cauchemars, réveils nocturnes et/ou nuits blanches (Échelle C de la partie 1).

3-L'anxiété et/ou les crises d'angoisse, l'état d'insécurité (Échelle D de la partie 1).

4-La crainte de retourner sur les lieux de l'événement ou les lieux similaires

(Echelle D de la partie 1).

5-L'agressivité, l'irritabilité et/ou la perte de contrôle (Echelle E de la partie 1).

6-La vigilance, l'hypersensibilité aux bruits et/ou la méfiance (Echelle E de la partie 1).

7-Les réactions physiques telles que ; sueurs, tremblements, maux de tête, palpitations, nausées, etc. (Échelle F de la partie 1).

8-Les problèmes de la santé : perte d'appétit, boulimie, aggravation de l'état physique, etc. (Échelle F de la partie1)

9-L'augmentation de la consommation de certains substances (café, cigarettes, alcool, nourriture, etc.) (Echelle F de la partie 1).

10-Les difficultés de concentration et/ou de mémoire (Echelle G de la partie 1).

11-Le désintérêt général, la perte d'énergie et d'enthousiasme, la tristesse, la lassitude et/ou les envies de suicide (Echelle H de la partie 1).

12-La tendance à s'isoler (Echelle J de la partie 1).

13-Les sentiments de culpabilité et/ou de honte (Echelle I de la partie 1).

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

Le délai d'apparition des troubles depuis l'événement (selon une échelle en neuf points de 0 : pas concerné à 8 : plus d'an).

La durée des troubles (selon une échelle en neuf points de 0 : pas concerné à 8 : trouble toujours présent à ce jour). (Damiani, Pereira-Fradin, 2009, P.1)

Consignes d'administration :

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

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

Consignes de cotation :

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

Nulle : échelon 0 faible : échelon 1 fort : échelon 2

Très fort : échelon 3

Calcul des notes brutes par échelle.

Partie 1 :

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

Pour les échelles A à I, la note par échelle s'obtient en additionnant les réponses du sujet à chaque item (0, 1, 2 points) les notes varient de 0 à 24 pour les échelles A et H, de 0 à 12 pour l'échelle B, de 0 à 15 pour les échelles C, D et F, de 0 à 18 pour l'échelle E et de 0 à 9 pour l'échelle G. Pour l'échelle J, il convient d'utiliser le tableau ci-dessous et de compter 1 point par case grisée cochée et 0 point pour une case blanche.

Partie 2 :

Les informations recueillies dans cette deuxième partie sont de nature qualitative et destinées à compléter le bilan clinique, les échelles utilisées sont des échelles en neuf points qui permettent d'apprécier le délai de la durée des troubles depuis l'événement. (Damiani, Pereira-Fradin, 2006, P.15-16-17)

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

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

Tableau N°4 : conversion des notes brutes en notes étalonnées par échelle.

Echelle	N o t e s é t a l o n n é e s				
	1	2	3	4	5
Echelle A	0 - 6	7 - 12	13 - 18	19 - 23	24
Echelle B	0	1 - 4	5 - 7	8 - 9	10 et +
Echelle C	0	1 - 3	4 - 9	10 - 13	14 et +
Echelle D	0	1 - 4	5 - 9	10 - 13	14 et +
Echelle E	0 - 1	2 - 4	5 - 9	10 - 14	15 et +
Echelle F	0	1 - 3	4 - 6	7 - 9	10 et +
Echelle G	0	1 - 2	3 - 5	6 - 7	8 et +
Echelle H	0	1 - 3	4 - 11	12 - 17	18 et +
Echelle I	0 - 1	2 - 5	6 - 9	10 - 16	17 et +
Echelle J	0	1	2 - 5	6 - 7	8 et +

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

Classes	1	2	3	4	5
Notes Brute	0-23	24-54	55-89	90-114	114 et +
Evaluation Clinique	Absence De Traumatisme	Traumatisme Léger	Traumatisme Moyen	Traumatisme Fort	Traumatisme Très Fort

Analyse typologique :

En utilisant la méthode de la classification ascendante hiérarchique des Sujets (méthode centroïde de Ward) sur la base des notes étalonnées aux

échelles de la partie 1, on met en évidence quatre profils de victimes:

Profil A: Syndrome psycho-traumatique intense.

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

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

Profil D : Syndrome psycho-traumatique léger. (Ibid., p.22-23-24).

4-Difficultés rencontrées :

Durant notre recherche, nous avons rencontré plusieurs difficultés qui ont pu retarder le déroulement de notre recherche, parmi ces difficultés :

1. L'insuffisance de documentation au sein de notre bibliothèque universitaire.
2. Difficulté de trouver les cas de notre recherche dans l'établissement.
3. Non disponibilité de lieu de pratique de notre entretien.

Résumé:

Ce chapitre nous a permis d'assurer une bonne organisation de notre travail d'investigation, comprendre et connaître la nécessité de l'étude de cas dans la recherche en psychologie clinique. Mais aussi, apprendre l'utilisation des techniques à suivre, vu le questionnaire TRAUMAQ.

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

Préambule :

Après avoir exposé la méthodologie de recherche et présenté les outils d'évaluation, dans le présent chapitre nous allons tenter en premier lieu d'exposer et d'analyser les données des entretiens, suivi de l'analyse des données du questionnaire de l'évaluation de traumatisme (TRAUMAQ), en second lieu on va aborder les discussions de nos hypothèses de recherche.

I-Présentation et analyse de l'entretien et des données du Traumaq:

1-Analyse du premier cas

1-1-Présentation de cas de Kamel :

Il s'agit de Mr Kamel, âgé de 36 ans, marié, père de deux enfants, un garçon de 4ans et une fille d'un an, demeure à Adekkar. Il travaille dans le domaine de l'agriculture. Kamel a subi un accident de la voie publique le 11 septembre 2015, qui lui a causé une fracture à la jambe droite et une blessure au niveau du bassin, actuellement il est toujours incapable de marcher, il se déplace sur une chaise roulante.

1-2-Analyse de l'entretien :

L'entretien s'effectue au niveau de l'EHS d'Ilmathen dont le quel il a été hospitalisé. Mr Kamel nous a apparu comme une personne sociale, compréhensif, souriant, attentif et un peu timide, il a l'air inquiet à cause de son état car il n'arrête pas de toucher sa jambe droite.

Au début Kamel nous a dit qu'il n'a jamais eu un problème de santé. Durant l'entretien, on lui a demandé de nous parler de l'accident et après un silence de sa part il a commencé à raconter le déroulement de son accident et ce qui s'est passé ce jour-là ; il nous a dit qu'il s'est levé tôt et prit son tracteur enchaîné d'une baine pour aller chercher de l'eau dans une source.

« J'étais au volant, je me suis pas rendu compte j'jusqu'à ce que j'ai senti que la roue s'est déviée de la route ; je ne sais pas comment, j'étais pensif, et je me souviens pas trop de ce dont je réfléchis».

Là Kamel nous détaille un peu de son accident, il a dit que lorsque la roue s'est déviée, il y'avait une pente, alors il a beaucoup essaye d'équilibrer le tracteur mais il avait aucune chance, c'était trop tard car la roue était déjà dépassé.

«J'ai perdu le contrôle, et je ne sais pas comment, au moment où le tracteur se dégringole, il m'a jeté à l'extérieur, j'avais peur certes, mais à aucun moment j'ai cru que ma situation va s'aggraver à ce point ».

Pendant l'entretien en parlant de l'accident Kamel nous a apparu triste, on a remarqué un changement brusque dès qu'il s'est rappelé de l'événement, Il nous a déclaré qu'au moment de l'accident, il a été conscient et il a eu peur à vrai dire plus de peur que de mal, il nous a décrit l'accident comme un événement horrible, au moment de l'accident il éprouve un fort sentiment d'angoisse en disant : **« j'ai passé un moment terrible plein de peur et d'angoisse »**, de plus il a eu l'impression d'être paralysé, il n'arrive pas à bouger ni à réagir

Kamel a eu deux fracture au niveau de bassin, et de sa jambe droite dont il a beaucoup souffert **« je souffre énormément, je n'arrive pas à bouger, j'ai peur de rester dans cette situation, je ne sais pas pourquoi tout cela m'arrive à moi !!! ».**

Son hospitalisation était trop longue, au moment de l'accident il a été transporté par des pompiers à l'hôpital d'Adekkar puis transférait au niveau du CHU Khellil AMRANE pour des chirurgies nécessaires au niveau du bassin et de sa jambe **« J'ai eu une infection dans ma jambe, c'est elle qui a causé tout ces problèmes ».**

Après la prise en charge qui a été faite, il a enfin rentré à la maison « **c'est vrai que j'avais trop mal, mais le fait que je suis rentré chez moi ; ça m'a rendu un peu heureux** », ici Kamel nous dit que malgré la souffrance qu'il a enduré et le mal qu'il avait, mais le fait de se retrouver auprès de sa famille lui a fait en quelque sorte un bien en étant à l'aise chez soi et bien entouré.

Après quelques jours, le médecin l'a orienté vers l'EHS d'Ilmathen pour une rééducation fonctionnelle.

Kamel n'a pas arrêté de parler sur ses douleurs qu'il encaisse pendant ses séances de rééducation « **je trouve du mal à m'endormir car ma jambe me fait trop mal, et je souffre trop, et cela m'empêche de dormir, mais cela n'est pas la seule raison qui me laisse dormir tranquillement** », ici le patient fait référence à des troubles de sommeil qui sont causés non seulement par les douleurs physiques, mais plutôt ses séquelles psychiques, vu qu'il se sent très inquiet et stressé sur son état actuel.

En parlant de sa vision sur l'avenir « **je ne crois pas que je vais guérir, il me semble que je resterais sur ma chaise roulante dans les jours à venir** », ici Kamel parle avec une grande tristesse et larmes aux yeux, il nous semble pessimiste, et a perdu tout espoir de guérison.

1-3- Présentation et analyse du questionnaire Traumaq :

Le score total est de 56, avec une note étalonnée de 4, il marque un traumatisme moyen, avec un syndrome anxieux dépressif.

Première partie :

Echelle A : La note brute est de 15 avec une note étalonnée de 3. Pendant l'accident Mr Kamel a eu trop peur, avec une sensation d'angoisses élevée et a eu un sentiment d'impuissance très fort.

Chapitre IV : Présentation des données, analyse et discussion des hypothèses.

Echelle B : La note brute est de 6 avec une note étalonnée de 3. Il avait trop souvent des cauchemars, des flash back et toujours angoissé lorsqu'il repense ç l'accident.

Echelle C : La note brute est de 9 avec une note étalonnée de 3. Mr Kamel avait de fortes difficultés d'endormissement mais aucune fatigue lors du réveil.

Echelle D : La note brute est de 4 avec une note étalonnée de 2. Kamel ne craint pas se rendre sur les lieux de l'accident mais il se sent anxieux depuis l'événement.

Echelle E : La note brute est de 3 avec une note étalonnée de 2. Mr Kamel n'éprouve aucun changement comportemental, ni agressivité ni méfiance, par contre il est devenu très irritable et s'énerve facilement.

Echelle F : La note brute est de 3 avec une note étalonnée de 2. Mr Kamel éprouve quelques variations du poids mais il n'éprouve ni nausées, ni sueurs, ni maux de tête lorsque quelqu'un lui évoque le sujet de son accident.

Echelle G : La note brute est de 0 avec une note étalonnée de 1. Il n'a aucun problème de concentration ni des trous de mémoire, ni des difficultés de se rappeler des événements de l'accident.

Echelle H : la note brute est de 9 avec une note étalonnée de 3. Kamel ne représente aucune tendance à s'isoler, mais il éprouve une grande tristesse car il pique des crises de larmes une fois il est seul, et il croit que son avenir est vraiment ruiné.

Echelle I : la note brute est de 3 avec une note étalonnée de 2. Il ne se culpabilise pas, il ne se sent pas humilié ni dévalorisé après ce qui s'est passé mais il a perçu un certain changement par rapport à son état.

Echelle J : la note brute est de 5 avec une note étalonnée de 3. Mr Kamel ne se sent pas abandonné par sa famille et il est toujours soutenu par son entourage.

Deuxième partie :

La plupart des symptômes du PTSD sont toujours présents chez Mr Kamel tels que les cauchemars, la peur, l'angoisse et la tristesse.

Synthèse de cas Kamel :

On peut conclure que d'après l'analyse du questionnaire Traumaq et l'entretien effectué, Kamel souffre de syndrome post-traumatique avec un score de total de 56 avec une note étalonnée de 4.

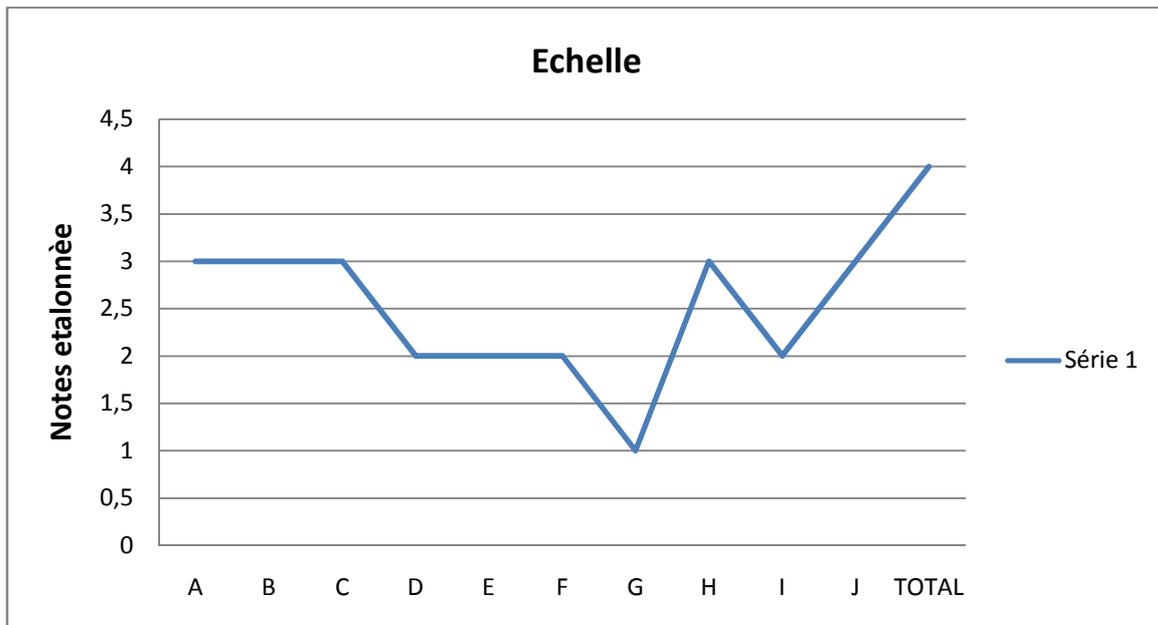


Figure 1 : syndrome anxieux-dépressif.

2- Analyse du deuxième cas :

2-1-Présentation de cas Hassan :

Hassan, âgé de 36 ans, marié et père de deux enfants, demeure à Bejaia. Il travaille comme maçon à temps partiel ; il a été victime d'un accident

domestique le 25 mai 2015, qui lui a causé des blessures au niveau de la colonne vertébrale dont il est devenu tétraplégique.

2-2- Analyse de l'entretien :

L'entretien s'est déroulé au niveau de l'hôpital de rééducation fonctionnelle d'Ilmathen ou il a été hospitalisé pendant un an.

Mr Hassan nous a apparu dynamique, sociale, souriant, coopéré et très intéressé par notre thème. Ses réponses étaient directes et trop large au point que parfois il sort carrément de la discussion pour parler d'autres sujets.

Mr Hassan ne présentait aucun problème de santé auparavant malgré qu'il a déjà eu un accident de moto en 2002, mais cela ne lui a laissé aucune séquelle, ni physique ni psychique. C'était un homme très nerveux, alcoolique et parfois agressif. Sa famille n'était pas vraiment soudée puisqu'il crée des problèmes à chaque fois, il dit que « **j'étais quelqu'un de pas bien, je suis conscient que je n'étais pas le mari parfait, ni le papa exemplaire** », ici Hassan nous explique qu'il a frappé son épouse, et il ne supporte pas le bruit de ses enfants à la maison, donc il quitte carrément la maison pour passer des nuits avec ses amis en buvant et même parfois se droguer.

En ce qui concerne cet entretien, ce n'était guère facile, pas en question de coopération mais plutôt de confiance ou de méfiance ; car au départ, pour la première rencontre, Hassan nous a donné une version des faits assez convaincante, il nous racontait le déroulement de l'accident ainsi : « **Un jour comme tous les jours, je suis partis au travail, ce jour-là je suis monté sur un échafaudage d'environ trois étages, j'étais avec d'autres travailleurs, au moment de déjeuner on a descendu pour manger, lorsque j'ai finis de manger, je suis remonté seul. J'ai commençais à travailler ; quand tout d'un coup je croix que la planche s'est glissé, jusqu'à ce que je me trouve par terre, j'ai cru que j'étais mort, j'ai perdu connaissance ...** »

Cette version des faits n'était pas vraie, ici il nous raconte toute une histoire qu'il a inventée, comme si il avait honte de nous dire la vérité.

Pendant la deuxième séance de l'entretien, à peine entrées de la porte, il a rigolais, et demandais des excuses en disant « **J'ai un truc à vous dire : tout ce que j'ai dit la fois passée n'étaient que des mensonges, j'ai honte de vous réciter ma vraie histoire** » ; en vérité, Hassan n'a pas eu un accident de travail, mais plutôt une chute d'un haut d'un pont, car il était ivre, il a passé toute la nuit à boire, et le matin en rentrant il a perdu équilibre et il a tombé. Les pompiers sont arrivés pour le secourir, il a échappé à peine de la mort.

Ici on déduit que Hassan ressens de la culpabilité et une honte envers ce qui s'est passé, c'est pour cela qu'il nous a résisté jusqu'à ce qu'on a gagné sa confiance qu'il a commencé à parler spontanément.

Après être évacué à l'hôpital Khellil AMRANE, ou il a passé dix jours, il a fait plusieurs chirurgies au niveau du cou et la colonne vertébrale.

Après vingt jours, il a été orienté vers l'EHS d'Ilmathen pour une prise en charge, puisqu'il souffre d'une tétraplégie.

Lorsqu'on l'a interrogé au sujet de son sommeil il nous a dit « **Je ne dors pas trop, je suis trop pensif... Mais quand je dors je fais pleins de cauchemars** » Là il nous confirme que l'accident subit lui laisse des traces psychiques, il nous dit que le fait de penser à ce qui s'est passé il a des douleurs, il pense trop à l'avenir, il se pose des questions par rapport à son état, il se dit « **est-ce qu'un jour je vais me remettre à marcher et utiliser mes mains, au moins pour mes besoins primaires** », Hassan est angoissé par ce qui lui arrive.

Actuellement, le caractère de Hassan est totalement changé, il est devenu plus posé, plus calme, attentif, moins nerveux, il touche plus à l'alcool et il fait la prière « **hamdoulillah, maintenant je connais les valeurs des choses que**

j'ai eu auparavant ; hélas, je crois que c'est trop tard. Je connais bien ce que vaut ma femme auprès de moi, je n'en serai jamais reconnaissant. En vérité je regrette tout ce que j'ai fais d'elle. Mais à partir de ce moment-là où j'ai ouvert les yeux je ferai tout pour rendre ma famille heureuse. Je suis absolument obligé de me remettre debout pour mes enfants et mon épouse » il se sent responsable de ce que lui arrive et pour lui il fera tout pour donner bonne et meilleure impression pour son entourage.

2-3-Présentation et analyse du questionnaire Traumaq :

Le score total est de 111, avec une note étalonnée de 4, il marque un traumatisme fort avec un syndrome post-traumatique intense.

Première partie :

Echelle A : La note brute est de 16 avec une note étalonnée de 3. Pendant la chute, il avait trop peur et a eu le sentiment d'être paralysé et impuissant.

Echelle B : La note brute est de 4 avec une note étalonnée de 2. Il se sent toujours angoissé lorsqu'il repense à l'évènement.

Echelle C : La note brute est de 7 avec une note étalonnée de 3. Il avait des difficultés d'endormissement et fait beaucoup de cauchemars, mais il n'a pas l'impression de ne pas dormir carrément

Echelle D : La note brute est de 9 avec une note étalonnée de 3. Mr Hassan est devenue très anxieux et fait toujours des crises d'angoisse après l'accident ; et il évite au maximum les situations qui évoquent l'évènement.

Echelle E : La note brute est de 8 avec une note étalonnée de 3. Hassan est devenu plus vigilant et n'a eu aucun comportement agressif après l'évènement.

Chapitre IV : Présentation des données, analyse et discussion des hypothèses.

Echelle F : La note brute est de 11 avec une note étalonnée de 5. Hassan a trop souvent des sensations de tremblement, de palpitations et des maux de tête, ainsi une détérioration de son état physique général.

Echelle G : La note brute est de 9 avec une note étalonnée de 5. Hassan a des trous de mémoire et de fortes difficultés de concentration.

Echelle H : La note brute est de 19 avec une note étalonnée de 5. Il a perdu tout intérêt pour des choses qui étaient importantes pour lui, il manque d'énergie et d'enthousiasme et se sent toujours fatigué et épuisé, souvent triste et a parfois des idées noires ainsi il s'isole au maximum.

Echelle I : La note brute est de 20 avec une note étalonnée de 5. Mr Hassan se culpabilise, se sent humilié, dévalorisé et a perçu un changement radical dans sa vie.

Echelle J : La note brute est de 8 avec une note étalonnée de 5. Mr Hassan se sent incompris par son entourage, et ne cherche pas du tout à être accompagné.

Deuxième partie :

Les symptômes persistants chez Hassan sont : l'anxiété, troubles de sommeil, état d'insécurité, la honte, les réactions physiques tels que sueurs et maux de tête, ainsi perte d'appétit et tristesse profonde.

Synthèse de cas Hassan :

On peut conclure d'après l'analyse du questionnaire Traumaq et l'entretien, Hassan souffre de syndrome post-traumatique avec un score total de 111 avec une note étalonnée de 4.

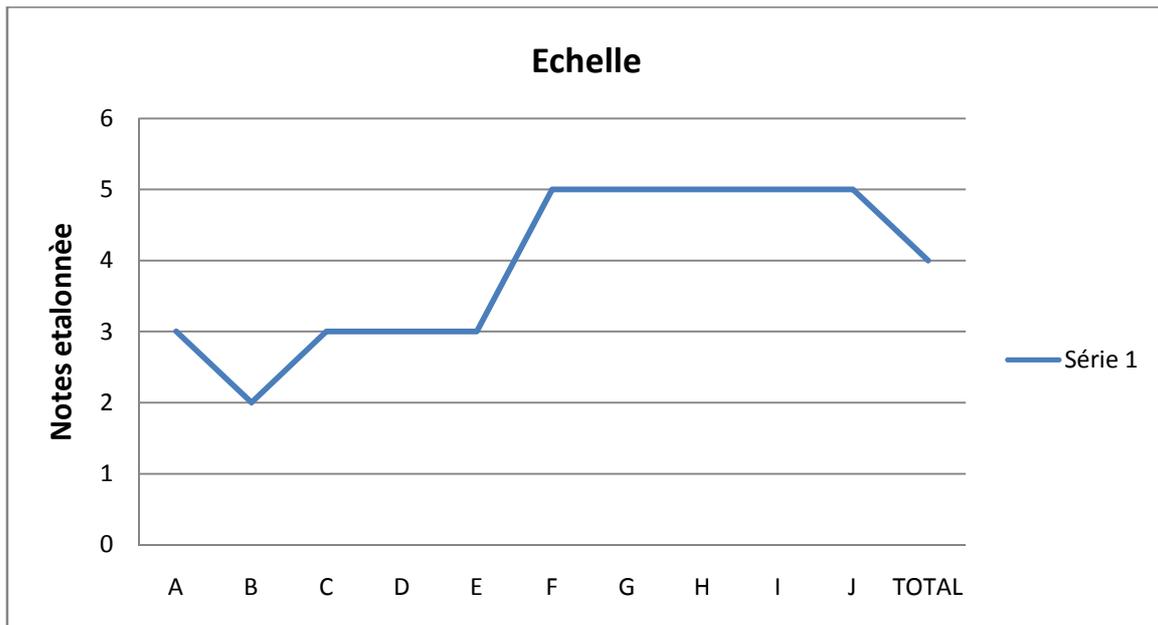


Figure 2 : syndrome post-traumatique intense.

3-Analyse du troisième cas :

3-1- Présentation du cas Khaled :

Khaled est un jeune âgé de 30 ans, célibataire, est un administrateur au niveau de la faculté des sciences humaines et sociales à l'université de Bejaia.

L'accident qu'il a subi a eu lieu le 19 juillet 2015 au travail, lui a causé un handicap au niveau de ses membres supérieurs et une anomalie de la sensibilité gustative, autrement dit, il a perdu les quatre saveurs élémentaires. Il était hospitalisé à l'EHS pendant cinq mois.

3-2- Analyse de l'entretien :

L'entretien s'est déroulé dans un bureau qui nous a été fourni au service d'hospitalisation Hommes.

Ce jeune était très calme, timide, triste, et peu coopéré. On l'a senti pas trop motivé pour nous parler, ses réponses étaient courtes et brèves, parfois juste

avec des oui ou des non, Il a évité le regard, ses yeux étaient remplies de larmes, et il nous a semblé trop pressé de terminer avec nos questions malgré qu'il nous dit le contraire, genre l'air d'être intéressé par notre thème mais son comportement nous indique le contraire.

Khaled menait une vie normale avant l'accident, il travaillait, et il vivait toujours avec ses parents. En 2008 il a subi un accident de la circulation mais sans endommagements.

On lui a demandé de nous réciter le déroulement de l'évènement, alors il dit « **J'étais au boulot, ce jour-là y'avait un festival à l'université ; et on a eu une panne d'électricité. A vrai dire ce n'est pas du tout mon domaine l'électricité, et y'avait pas l'électricien, alors je me suis dit que je vais essayer de réparer et faire le nécessaire. Le problème qui se pose s'est que je ne suis même pas arrivé au poste électrogène, j'étais proche d'environ 8 mètres... et puis je me souviens de rien** ». Après être électrocuté, Khaled a passé 14 jours en réanimation, il se souvient de rien, ni du déroulement ni de l'évacuation lors de son réveil à l'hôpital.

A propos de son état physique il nous disait que « **lors de mon réveil je ne pouvais plus bouger, j'étais hospitalisé au sein du service de neurochirurgie à Bejaia pendant 20 jours après ma sortie de la réanimation.** », Khaled a passé 34 jours à l'hôpital sans pouvoir se mettre debout ni bouger ses mains, il était allongé pendant tout ce temps-là, Après sa sortie il a passé 18 jours à la maison avant d'être hospitalisé à nouveau à l'hôpital de Rouïba, où il a passé 5 mois « **Après mon hospitalisation à Bab el oued je me sens plutôt mieux, je me suis mis à marcher petit à petit, ils m'ont pris en charge avant que je sois orienté ici à Ilmathen** ».

Cet accident lui a causé beaucoup de problèmes d'endormissement et de mémoire, il a oublié plusieurs détails de sa vie et il est sous des somnifères vue

qu'il n'arrive pas du tout à dormir, il passe ses nuits à penser et réfléchir de tout et de rien.

En lui parlant de sa vision sur l'avenir Khaled malgré sa souffrance il garde toujours l'espoir « **mon souhait c'est de redevenir comme avant c'est tout.** »

3-3-Présentation et analyse du questionnaire Tramaq :

Le score total est de 58, avec une note étalonnée de 3, il marque un traumatisme moyen, avec un syndrome anxieux dépressif.

Première partie :

Echelle A : La note brute est de 0 avec une note étalonnée de 1. Cette échelle est consacrée pour les questions concernant le moment de l'accident, pour Khaled, il n'a rien ressenti, ni vu car il a perdu connaissance à ce moment-là.

Echelle B : La note brute est de 5 avec une note étalonnée de 3. Khaled ne rêve pas et ne fait pas de cauchemars sauf qu'il est toujours angoissé depuis l'évènement.

Echelle C : La note brute est de 6 avec une note étalonnée de 3. Il a de graves difficultés d'endormissement, et se sent parfois fatigué lors du réveil.

Echelle D : La note brute est de 5 avec une note étalonnée de 3. Il évite le maximum les situations qui renvoient à l'électricité, genre il a même peur d'allumer l'électricité.

Echelle E : La note brute est de 6 avec une note étalonnée de 3. Il se sent plus vigilant, méfiant et plus attentif, mais n'éprouve aucune agressivité.

Chapitre IV : Présentation des données, analyse et discussion des hypothèses.

Echelle F : La note brute est de 7 avec une note étalonnée de 3. Khaled ne représente pas vraiment des réactions physiques lorsqu'on lui évoque l'accident, mais il constate une détérioration dans son état de santé.

Echelle G : La note brute est de 3 avec une note étalonnée de 3. Il présente beaucoup de problèmes de concentration.

Echelle H : La note brute est de 11 avec une note étalonnée de 3. Khaled se sent beaucoup triste et a perdu l'intérêt pour les choses qui étaient importantes pour lui, il manque d'énergie et se sent toujours fatigué.

Echelle I : La note brute est de 11 avec une note étalonnée de 4. Khaled se sent responsable de ce que lui a passé et un peu humilié. Il a changé carrément sa vision de la vie, il se sent différent de ce qu'il était auparavant.

Echelle J : La note brute est de 8 avec une note étalonnée de 5. Khaled se sent abandonnée surtout après sa rupture avec sa conjointe, et ne supporte pas la présence d'autrui.

Deuxième partie :

Khaled présente toujours quelques symptômes tels que les trous de mémoire, difficultés de concentration, désintérêt général, le sentiment de culpabilité ainsi l'immense tristesse.

Synthèse de cas Khaled :

On peut conclure que d'après l'analyse du questionnaire Traumaq et l'entretien effectué ; Khaled souffre de syndrome post-traumatique avec un score total de 58 avec une note étalonnée de 3.

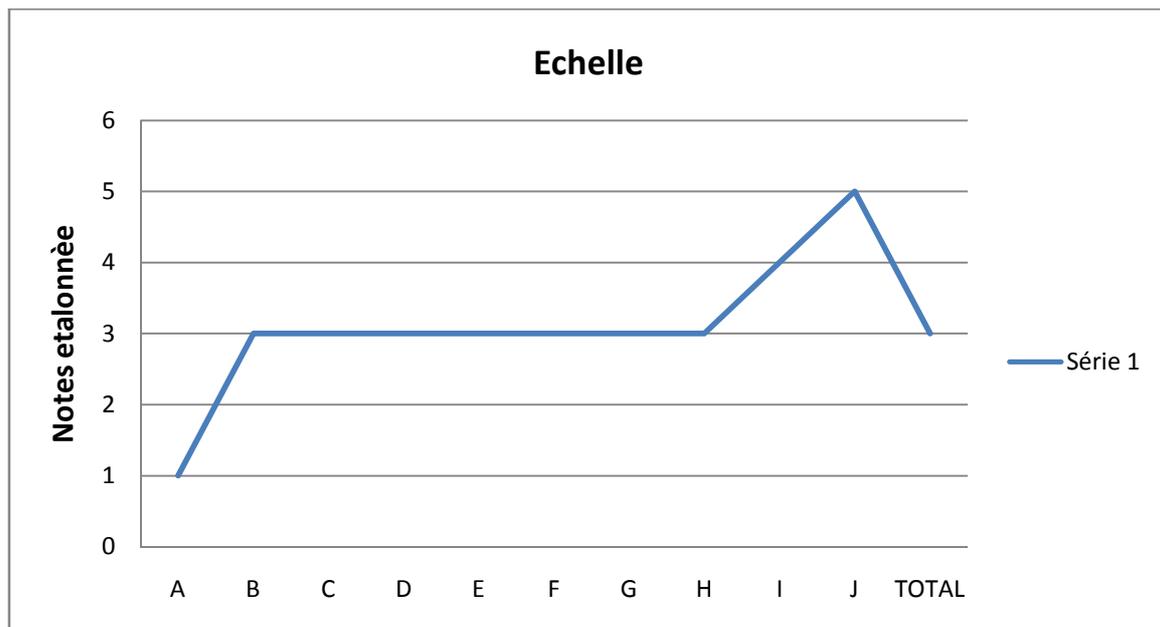


Figure 3 : Syndrome anxieux dépressif.

4- Analyse du quatrième cas :

4-1-Présentation de cas de Fatima :

Cette femme prénommée Fatima, âgée de 51 ans, femme au foyer, maman de huit enfant dont six filles et deux garçons. Demeure à Ait ourthilène.

Elle a eu un accident domestique au mois de janvier 2015, c'était une chute du haut d'un olivier d'environ 3 mètres qui lui a causé une paralysie de ses deux membres inférieurs, actuellement elle est incapable de marcher normalement, elle utilise toujours ses béquilles.

4-2- Analyse de l'entretien :

Fatima nous a apparu sociale, souriante, aime discuter, a le sens de l'humour et très coopérée. L'entretien s'est déroulé au niveau du bureau de psychologue auquel elle s'est déplacée difficilement mais avec un cœur ouvert.

Fatima souffre bien avant d'une maladie chronique qui est l'hypertension artérielle, ainsi elle est sous psychotropes à cause des insomnies et des troubles anxieux.

Lorsqu'on lui a demandé de nous parler de l'accident, elle a dit « **j'ai eu trop peur, j'ai vu la mort devant mes yeux, j'ai rien vu venir jusqu'à ce que je me suis retrouvée entourée de pleins de monde. Je ne pouvais pas bouger mes jambes. Mon mari me demande de bouger mes mains et mes pieds. Mes mains je les ai bougées normalement mais mes pieds, comme si j'étais paralysée, j'avais trop peur, j'ai cru que j'allais mourir.** » Ici Fatima décrivait sa peur à ce moment-là, elle croyait qu'elle était mourante surtout lorsqu'elle a vu pleins de gens lui entourer, et qu'elle était incapable de bouger ses membres inférieurs.

Elle a été évacuée à l'hôpital de Sétif où elle a resté cinq jours, on lui a fait du plâtre pour ses jambes, ils ont diagnostiqué des fractures au niveau du bassin et ses jambes ; « **Mon mari m'a transporté à l'hôpital, mes filles pleuraient, et moi je disais que j'allais mourir et laisser mes filles seules, j'avais des idées horribles, je pleurais aussi, j'étais très inquiète, mais bon on est là hamdoulillah.** »

Après cela, on l'a transférée à l'hôpital de Kherrata, où elle a passé cinq mois, hospitalisée pour une prise en charge nécessaire, « **je me sentais seule, cinq mois à l'hôpital, j'étais sans garde-malade, j'ai passé les pires moments de ma vie, je ne dors pas, je suis là allongée, je n'arrive même pas à m'asseoir, je pense trop à mes enfants que j'ai laissés, je passe mon temps à pleurer...** » Fatima ressent un grand vide lors de son hospitalisation de grande durée, elle piquait des crises de larmes à cause du manque et d'inquiétude sachant qu'elle ne pouvait rien faire.

Après son séjour à Kherrata, Fatima est rentrée chez elle, et restée un mois avant qu'elle soit réorientée à nouveau à l'hôpital d'Ilmathen pour une autre hospitalisation aussi, ou elle suit toujours sa rééducation et sa kinésithérapie.

En suivant ses soins, son état s'est amélioré, elle arrive à s'asseoir à nouveau, et commence à faire des pas de marche en étayant sur quelqu'un et utiliser ses béquilles « **Je me sens mieux qu'avant, hamdoulillah, ça s'améliore petit à petit, je dois être patiente c'est tout** ».

Parlant de sa vision de l'avenir « **j'ai l'espoir de remarcher normalement, pour aller à mon jardin qui m'attends, mais je monterai plus jamais un arbre** (en riant) », Fatima est optimiste et ne perd pas espoir, et n'abandonne jamais ses soins qu'elle qualifie d'efficaces.

4-3- Présentation et analyse du questionnaire Traumaq :

Le score total est de 74, avec une note étalonnée de 3, elle marque un traumatisme moyen, avec un syndrome anxieux dépressif.

Première partie :

Echelle A : La note brute est de 13, avec une note étalonnée de 3. Pendant sa chute Mme Fatima était effrayée, angoissée, s'est sentie impuissant et avait une augmentation de la tension.

Echelle B : La note brute est de 7 avec une note étalonnée de 3. Elle trouve du mal à parler sur son accident, Fatima a des images et souvenirs de l'évènement qui s'imposent durant la journée et la soirée.

Echelle C : La note brute est de 11, avec une note étalonnée de 4. Fatima a des difficultés d'endormissement, des réveils nocturnes, et se sent fatiguée au réveil.

Chapitre IV : Présentation des données, analyse et discussion des hypothèses.

Echelle D : La note brute est de 7, avec une note étalonnée de 3. Elle est devenue très anxieuse, pique des crises d'angoisses, et craint de se rendre au lieu de l'évènement.

Echelle E : La note brute est de 7, avec une note étalonnée de 3. Fatima est devenue plus attentive, plus vigilante et méfiante.

Echelle F : La note brute est de 5, avec une note étalonnée de 3. Elle a observé des variations de poids, elle a beaucoup perdu de poids, et elle constate une détérioration de son état physique général.

Echelle G : La note brute est de 2, avec une note étalonnée de 2. Fatima prouve certaines difficultés de concentration et de se rappeler de certains moments de l'évènement.

Echelle H : La note brute est de 11, avec une note étalonnée de 3. Elle a perdu l'intérêt des choses qui étaient importantes pour elle, elle manque d'énergie et d'enthousiasme, elle se sent triste, fatiguée mais elle ne refuse pas le contact.

Echelle I : La note brute est de 5, avec une note étalonnée de 2. Fatima se sent un responsable et un peu coupable de ce qui lui est arrivé, et pense qu'elle n'est plus comme avant.

Echelle J : La note brute est de 6, avec une note étalonnée de 4. Elle ne se sent pas abandonnée par son entourage, au contraire, elle se sent très soutenue par sa famille.

Deuxième partie :

Fatima éprouve toujours certains symptômes tels que les troubles de sommeil et le sentiment de reviviscence. Elle est très vigilante et hyper sensible aux bruits.

Synthèse de cas Fatima :

D'après l'analyse du questionnaire Traumaq et l'entretien clinique, on constate que Fatima souffre de syndrome post-traumatique d'un score total de 74 avec une note étalonnée de 3.

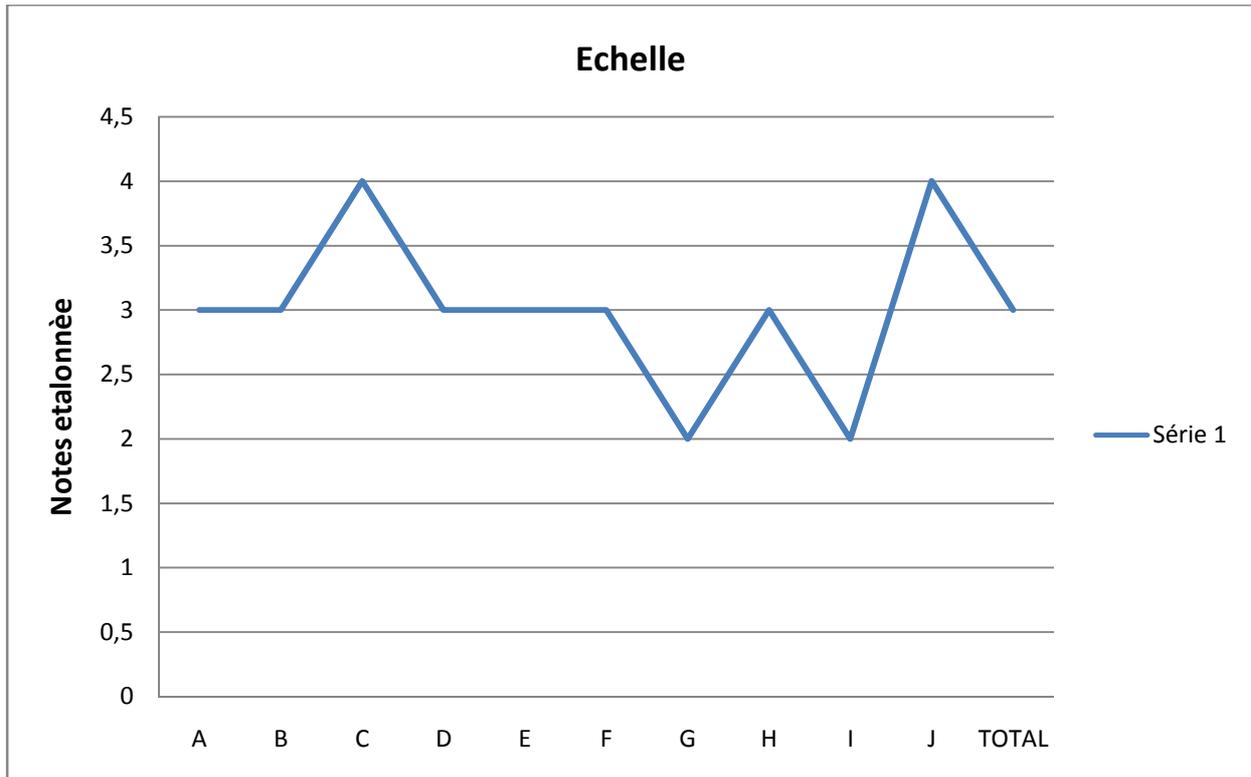


Figure 4 : syndrome anxieux-dépressif

5-Analyse du cinquième cas :

5-1- Présentation de cas de Siham :

Agée de 23 ans, Siham est fiancée, demeure à Tazmalt, femme au foyer avec un niveau d'instruction terminal. Elle a été victime d'un accident domestique en juillet 2014, blessée au niveau de son bras gauche et risque d'amputation, ses séquelles physiques sont dues à une erreur médicale.

5-2-Analyse de l'entretien :

L'entretien s'est déroulé au niveau du bureau du psychologue du service de l'EHS. Siham nous a apparu dynamique, sociale, un peu timide, trop souriante et compréhensive.

Elle n'avait aucun problème de santé auparavant, elle était en bon état physique.

Son accident a eu lieu à la maison, lorsqu'elle est allée traire la vache comme elle le fait tous les jours, ce jour-là, la vache lui a mis un coup sur son bras, ce qui lui a causé une fracture ; évacuée à l'hôpital de Tazmalt où on lui a dit qu'elle n'avait rien, et que le mal c'est du juste au coup fort « **à l'hôpital ils m'ont rien fait, ils m'ont dit que ce n'est rien et il ne faut pas s'inquiéter, mais moi j'ai eu trop peur et j'avais trop mal, même après quelques jours, je ne sentais aucune amélioration, les douleurs étaient toujours là.** » vu que les douleurs persistent toujours chez Siham, elle a décidé de rendre visite à un autre médecin à Akbou.

Lors de sa deuxième consultation, on lui a dit qu'elle avait une fracture au niveau de l'avant-bras, donc on lui a fait du plâtre dont elle est restée 15 jours avec « **Après ma visite médicale, je suis restée 15 jours avec le plâtre au bras, mais le vrai choc était lorsque je suis partie pour l'enlever, là , après les radio que j'ai fait, on m'a dit que mon bras s'est infectée, ils auraient pas dû me faire le plâtre, et qu'on doit l'amputer au plus vite possible, avant que ça affecte le reste du corps. J'étais sous le choc, je pleurais à haute voix, je savais plus à quoi penser... à mon avenir ou à mon présent...** » Siham était étonnée en entendant la nouvelle que son bras était infectée à cause d'une erreur médicale, elle était angoissée, stressée et choquée, elle sentait que sa vie prenait un autre chemin, elle ne croit toujours pas ce qui s'est passé.

Elle nous a dit qu'elle a tapé toutes les portes nécessaires pour limiter les dégâts de ces erreurs, on l'a alors orienté à l'EHS pour une visite médicale, et c'est là que le médecin orthopédiste lui a conseillé de ne pas accepter l'amputation, certes son cas était grave, car son bras demeurait fixe, ne pouvait pas bouger, et devenu bleu, car il s'est gravement infectée.

« Ça fait une année que je suis hospitalisée ici pour que je puisse guérir, c'est long et dur, mais beaucoup mieux que de rester sans bras, au début de mon hospitalisation, je ne dors pas bien, je fais des cauchemars et je pensais toujours à ma situation » Siham nous semblait courageuse, patiente mais elle éprouvait des difficultés d'endormissement ; Elle était toujours angoissée, mais elle se sent plutôt soulagée par rapport au début.

En lui parlant de l'avenir, Siham a dit **« tout ce que j'espère actuellement est de guérir, sinon ma vie sera gâchée, j'ai la foi en Dieu, mais si jamais je ne guérissse pas, je risque de rompre avec mon fiancé, et ce qui m'inquiète le plus, d'ici là je prie Dieu chaque jour pour ma guérison. »** Siham tient toujours espoir malgré sa souffrance, mais elle demeure espérée.

5-3-Présentation et analyse du questionnaire Traumq :

Le score total est de 50, avec une note étalonnée de 2, Siham marque un traumatisme léger, avec un syndrome traumatique léger.

Première partie :

Echelle A : La note brute est de 6, avec une note étalonnée de 1. Siham a ressentis la frayeur et l'angoisse, mais jamais sentie abandonnée ou impuissante.

Echelle B : La note brute est de 4, avec une note étalonnée de 2. Elle a des souvenirs de l'évènement qui se reproduisent, et trouve des difficultés de parler sur l'accident

Chapitre IV : Présentation des données, analyse et discussion des hypothèses.

Echelle C : La note brute est de 7, avec une note étalonnée de 3. Siham trouve des difficultés d'endormissements et fait des réveils nocturnes.

Echelle D : La note brute est de 4, avec une note étalonnée de 2. Siham est devenue anxieuse et angoissée depuis l'évènement, mais elle ne se sent pas dans un état d'insécurité et elle n'évite pas les lieux et les situations qui évoquent l'évènement.

Echelle E : La note brute est de 10, avec une note étalonnée de 4. Siham est devenu irritable et devenu un peu agressive.

Echelle F : La note brute est de 8, avec une note étalonnée de 4. Elle fait des réactions physiques, des variations de poids et augmentation de la consommation de certaines substances, tel que le café.

Echelle G : La note brute est de 0, avec une note étalonnée de 1. Siham n'éprouve aucune difficulté de concentration, ni de mémoire.

Echelle H : La note brute est de 14, avec une note étalonnée de 4. Elle a perdu l'intérêt des choses importantes qu'elle faisait avant, elle manque d'énergie, devenue triste et pique des crises de larmes et a tendance à s'isoler et refuser le contact.

Echelle I : La note brute est de 6, avec une note étalonnée de 3. Siham a changé sa façon de voir la vie, elle pensait qu'elle était plus comme avant, elle ne se sent pas dévalorisée, ni humiliée de ce qui s'est passé.

Echelle J : La note brute est de 5, avec une note étalonnée de 3. Elle ne ressent plus du plaisir à faire les choses comme avant. Elle se sentait pas abandonnée par les autres.

Deuxième partie :

Les symptômes qui persistent toujours chez Siham sont les troubles de sommeil, l'anxiété, des problèmes de santé tel que l'aggravation de l'état physique et ne craint pas se rendre au lieu de son accident.

Synthèse de cas Siham :

On peut conclure que d'après l'analyse du questionnaire Traumaq et l'entretien clinique, Siham souffre de syndrome post-traumatique avec un score total de 50 avec une note étalonnée de 2.

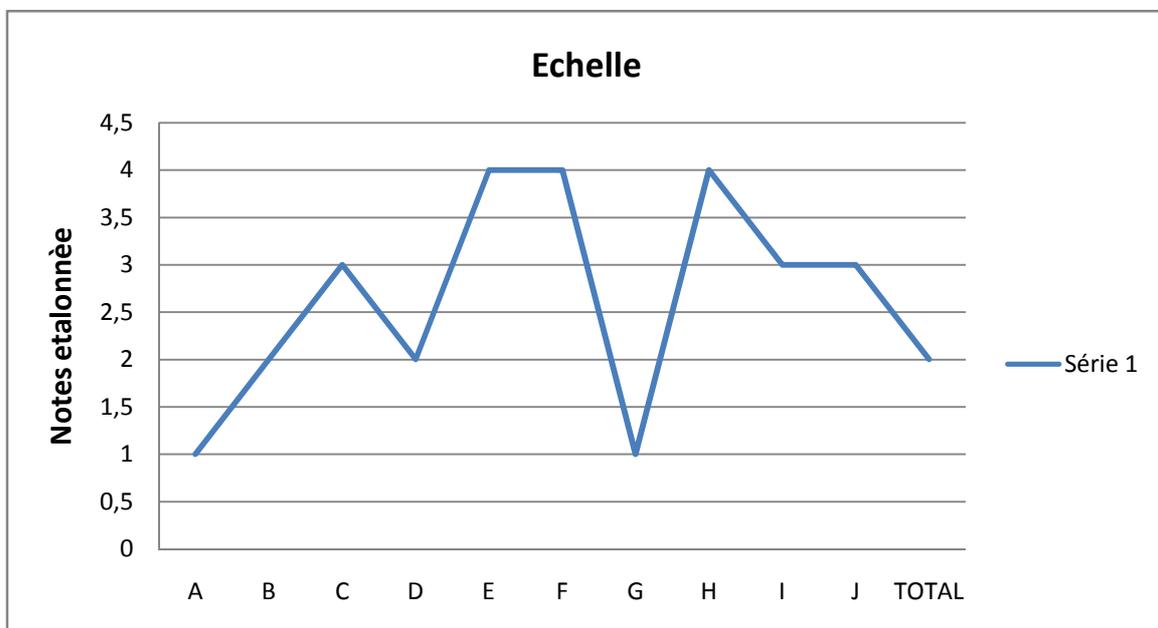


Figure 5 : syndrome post-traumatique léger.

II-Synthèse des cas :

D'après l'analyse de l'entretien clinique et les résultats du questionnaire Traumaq, on constate que 5/5 cas souffrent de syndrome post-traumatique avec une intensité différente d'un cas à l'autre, dans la plupart des cas ils éprouvent le sentiment d'angoisse et de frayeur comme le cas M.Kamel « **j'ai passé un moment terrible plein de peur et d'angoisse** » Ainsi que le cas de M.Hassan « **j'ai cru que j'étais mort, j'avais trop peur** » Et le cas Mme Fatima « **j'ai eu trop peur, j'ai vu la mort devant mes yeux** ». D'autre part on trouve un fort sentiment de tristesse dans le cas de M.Khaled « **je me sens hyper malheureux, perdu, et je n'ai aucun gout à la vie** » Ainsi dans le cas de M.Kamel « **je ne crois pas que je vais guérir, il me semble que je resterai sur ma chaise roulante** ». De plus un sentiment dépressif et une conviction d'être paralysé au moment de l'accident, très marqué dans le cas Kamel « **je souffre énormément, je n'arrive pas à bouger, j'ai peur de rester dans cette situation** ». De plus, la majorité des cas souffrent de difficultés d'endormissement comme le cas de Kamel « **je trouve du mal à m'endormir, car ma jambe me fait trop mal, et je souffre trop, et cela m'empêche de dormir mais cela n'est pas la seule raison qui ne me laisse pas dormir tranquillement** » ainsi dans le cas de Hassan « **je ne dors pas trop, je suis trop pensif... mais quand je dors je fais pleins de cauchemars** » dans le cas Siham « **je ne dors pas bien, je fais des cauchemars, et je pense toujours à ma situation** ».

Pour conclure, on peut dire que le sentiment d'angoisse, de peur, de tristesse et des troubles de sommeil sont des symptômes dominants dans la plupart des cas.

III- Discussion et vérification des hypothèses de recherche :

Suite à l'analyse des entretiens et le questionnaire Traumaq nous arrivons à la discussion de nos hypothèses de recherche afin de découvrir l'existence ou pas du syndrome post traumatique.

Cas	Niveau d'intensité du traumatisme selon la note brute totale	Evaluation clinique
Kamel	56	Syndrome anxieux dépressif
Hassan	111	Syndrome post traumatique intense
Khaled	58	Syndrome anxieux dépressif
Fatima	74	Syndrome anxieux dépressif
Siham	50	Syndrome traumatique léger

Tableau N°1 : démontre les résultats des cinq cas étudiés

Afin de confirmer nos hypothèses de recherche sur l'existence ou pas de stress post traumatique chez les personnes ayant acquis un handicap on a adopté l'analyse des résultats du questionnaire Traumaq.

Cas	Niveau d'intensité du traumatisme selon la note brute totale	Evaluation clinique
Kamel	56	Traumatisme moyen
Hassan	111	Traumatisme fort
Khaled	58	Traumatisme moyen
Fatima	74	Traumatisme moyen
Siham	50	Traumatisme léger

Tableau N°2 : les résultats des cas selon le niveau d'intensité du traumatisme.

D'après ce tableau on constate que 5/5 cas souffrent du syndrome post traumatique et cela se diffère d'un cas à l'autre on trouve 1/5 des cas souffre d'un syndrome post-traumatique fort et 3/5 des cas ont un syndrome post traumatique moyen, enfin 1/5 des cas avec un syndrome post traumatique léger.

On remarque que M.Hassan est le cas le plus touché par ce syndrome post traumatique avec une note de 111 il résulte un traumatisme intense et cela à cause de ses séquelles physiques qui ont engendré une tétraplégie. On peut dire que la plupart des signes de syndrome post traumatique sont présents chez lui comme le sentiment d'angoisse, l'évitement, devenu agressif et éprouve un fort comportement d'isolement et la reviviscence de l'évènement traumatisant.

De plus on trouve que M.Kamel est aussi touché par ce syndrome post-traumatique avec une note de 56 qui résulté un syndrome anxieux dépressif, il souffre du sentiment de culpabilité, de reviviscence, sentiment d'insécurité ainsi des difficultés d'endormissement, pour lui, le soutien familial l'a aidé à surmonter un peu son traumatisme.

Chapitre IV : Présentation des données, analyse et discussion des hypothèses.

D'autre part, on trouve le cas de Khaled qui résulté d'un traumatisme moyen avec une note brute de 58 avec un syndrome anxieux dépressif, il est devenu trop vigilant et hyper sensible aux bruits, présente toujours des troubles de sommeil. Il arrive à surmonter son traumatisme malgré ses difficultés affectives.

Ensuite on a le cas Fatima qui présente un traumatisme moyen avec une note brute de 74 avec un syndrome anxieux dépressif, on constate que l'évènement qu'elle a vécu et son handicap ont affecté sa vie psychique et quotidienne, les réactions immédiates chez la victime étaient fortes avec la découverte de son handicap, elle était désespérée mais grâce à son entourage elle a repris confiance et a accepté son handicap.

Enfin, le cas Siham qui présente un traumatisme léger avec une note brute de 50, qui souffre d'angoisse, des reviviscences, troubles de sommeil et devenue plus irritable, agressive et trop nerveuse. Sa situation actuelle l'a stress un peu car elle voit que son état physique lui empêche de construire l'avenir voulu.

Synthèse de la discussion des hypothèses :

En s'appuyant sur les résultats de l'entretien clinique semi-directif et le questionnaire d'évaluation de traumatisme, on peut conclure que les cinq cas ayant un handicap suite à un accident présentent un syndrome post traumatique causé par la frayeur vécue pendant l'évènement et ce PTSD s'est varié d'un cas à l'autre ou le degrés de la potentialité traumatique de l'évènement joue un rôle prépondérant dans l'existence du syndrome, mais l'intensité sévère s'est développé chez un seul cas sur cinq.

*Conclusion
générale*

Conclusion générale :

L'attention portée par notre étude est de détecter la présence et l'intensité du syndrome post traumatique chez les sujets ayant acquis un handicap moteur suite à des accidents.

Notre groupe de recherche est constituée de cinq (05) cas d'adulte ayant un handicap, de différentes catégories. Notre recherche s'est déroulée au niveau de l'établissement hospitalier spécialisé en rééducation fonctionnelle de Fenaia-Ilmathen, de Bejaia d'une période d'un mois.

Notre question de départ était : Est-ce qu'une personne devenue handicapée suite à un accident de circulation, de travail ou un accident domestique développe un stress post-traumatique ? Si le PTSD existe, est-ce qu'il se manifeste avec une intensité sévère ?

Afin de répondre à nos questions de recherche et confirmer ou infirmer nos hypothèses, nous avons utilisé l'entretien clinique semi structuré et le questionnaire d'évaluation de traumatisme « Traumaq ».

D'après les résultats obtenus, dans notre population d'étude, on constate l'existence du stress post traumatique qui se varie entre un Etat de Stress Post Traumatique léger et fort.

On a décelé un traumatisme fort dans le cas Hassan. Ensuite un traumatisme moyen dans le cas de Kamel, Khaled et Fatima. Enfin un traumatisme léger présenté dans les cas de Siham.

Nous avons confirmé notre hypothèse générale de la présence du stress post-traumatique chez tous les cas de notre groupe d'étude qui est varié de traumatisme fort et léger.

Pour la deuxième hypothèse, d'après le questionnaire Traumaq, on a confirmé l'intensité du traumatisme psychique pour le premier cas, et on l'a infirmé pour les quatre autres cas.

Pour conclure on peut dire qu'après l'analyse, l'interprétation et la discussion des résultats de l'ensemble des entretiens et des questionnaires nous aboutissons à la confirmation de la première hypothèse et l'infirmerie de la deuxième.

Bibliographie

Références bibliographique :

Ouvrages:

1. AMERICAN PSYCHITRIC ASSOCIATION (DSM-V), Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5ème édition (version internationale, Washington DC, 1995) Traduction française par GUELFY J-D et Al, Paris, Masson, 2013.
2. Barois C,(1998),*les névroses traumatiques*, paris, Dunod.
3. Benoney H, Chahraoui Kh. (1999). *L'entretien clinique*. Paris : Dunod.
4. Benony H, Chahraoui Kh. (2003). *Méthode d'évaluation et recherche en psychologie clinique*. Paris : Dunod.
5. Bouatta, C (2005) *Le traumatisme collectif en Algérie*. Alger : Casbah.
6. Boudoukha, A.H, (2009), *Burn out et traumatisme psychologique* Dunod, Paris.
7. Chemla, P. (2002). *actualité du trauma*, paris : ères.
8. Chiland C. (2008). *L'entretien clinique*. Paris : PUF.
9. Courtois, R. et all (2005). *Réussir son mémoire en psychologie*. Bruxelles : Studyrama.
- 10.Crocq, L. *Traumatismes psychiques de guerre (Les)*. Paris : Odile Jacob
- 11.Crocq, L. (2005). *16 leçons sur le trauma*. Paris : Odile Jacob.
- 12.Crocq, L. (2013). *Les paniques collectives*, paris : Odile Jacob.
- 13.Crocq, L. et all (2007) *traumatisme psychique ; prise en charge psychologique des victimes*. Paris : Masson.
- 14.Crocq L, (1999), *Les traumatismes psychiques de guerre*, Paris, Odile Jacob, 1 vol,
- 15.Damiani, C. et Pereira-Fradin, M. (2009) : *Traumaq, questionnaire d'évaluation du traumatisme*, Manuel. Les éditions du centre de psychologie appliquée. France
- 16.Damiani C, Lebigot F. (2011).*les mots du trauma*. Paris : Philip Duval.
- 17.Eye, H. ET all. (1989). *Manuel de psychiatrie*. Paris : Masson.

18. Ferenczi S. (2006) *le traumatisme*. Paris : Payot
19. Freud, S. (1989) «*Au-delà du principe du plaisir* » dans *Essais de psychanalyse*. (trad. J. Laplanche et J. B. Pontalis). Nouvelle éd. Payot.
20. Freud, S. (1981). *Introduction à la psychanalyse*, payot, Paris.
21. Hamonet, C. (2012). *les personnes en situation de l'handicap*. Edition P.U.F, Paris.
22. Lebigot, F. (2005). *Traiter les traumatismes psychiques, Clinique et prise en charge*. Paris : Dunod
23. Lebigot, F. et ALL. (2005). *Psycho traumatisme : prise en charge et traitement*. Paris : Masson.
24. Lebigot, F. et De Clereq M. (2001) *les traumatismes psychiques*, Paris, Masson.
25. Liberman, R. (2013). *Handicap et maladie mentale*, édition, P.U.F, Paris.
26. Mareau CH. et all. (2005). *Réussir son 1ercycle de psychologie*. Bruxelles : Studyrama.
27. Guidetti, M, Tourette C. (2014), *Handicaps et développement psychologique de l'enfant*, Paris, 3 édition, Armand colin. paris.
28. Mucchielli, A (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*, Paris, Ed Colin.
29. OMS. (2008). *Classification statistique international des maladies et problèmes de santé connexes (CIM 10)*. Deuxième révision.
30. Organisation mondiale de la Santé (OMS), CIF, *Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé*, Genève, 2011.
31. Pardinielli, J. L (1994). *Introduction à la psychologie clinique*. Paris, Nathan.
32. Ouivy Raymond, (1995), *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris : Dunod.
33. Romano H, (2001), *La maladie et le handicap à hauteur d'enfant*, Edition FABRI, PARIS.

- 34.Samai-Haddadi D, (2010), *psychologie et psychopathologie des traumatismes et maladies somatiques*, Édition l'office des publications universitaires, Alger.
- 35.Stora, J-B. (1999). *Quand le corps prend la relève, stress, traumatismes et maladies somatiques*. paris : Odile Jacob.

Articles :

- 36.Constant, E. (2003). L'état de stress post-traumatique. *Louvain Medical*, 122, 398-404.
- 37.Cottencin, O. «Les traitements du psycho-traumatismes.» *Stress et Trauma*, 2009.
- 38.Jean-François CAUX et Florence DELAHOUCHE. *Adaptation a un handicap acquis : les blesses médullaires (exemple de la paraplégie)*.
- 39.François L, (2009), *Le traumatismes psychique, article PDF stress et trauma* p.203-204.
- 40.Perucchi. L, (2008), « le traumatisme », France.

Thèses :

- 41.BOUCHELOUKH M. (2008-2009), « *Rééducation fonctionnelle et prise en charge psychologique des enfants handicapés moteurs* », thèse de doctorat d'état en psychologie clinique, sous la direction de Pr. LOUKIA H., Université Mentouri de Constantine.
- 42.BOUZENOUN Yacine (15-01-2008), *la place des handicapés moteurs dans les habitations collectives en Algérie*, mémoire de magistère option habitat et environnement urbain, sous la direction du docteur Mme BENRACHI Bouba, université Mantouri de Constantine.
- 43.Linda, D. (2012), « *De la névrose traumatique à l'état de stress post-traumatique étude d'une population de consultants aux urgences psychiatriques* ». Thèse présentée pour l'obtention du Doctorat en Médecine. Université de Joseph Fourier.

44. **Dictionnaires :**

45. Laplanche J, Pontaliss J-B. (1994). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: PUF.

46. E(2005), *Le Petit Larousse De La Médecine*, Paris : Larousse.

47. BLOCH (H), DEPRET (E) et al, (2005), *Dictionnaire fondamental de la psychologie*, Larousse Bords.

48. SYLVIE(A) 2010, *Petit Larousse de la psychologie*, Larousse.

49. SILLAMY, N(2003), *Dictionnaire de la psychologie*.

قائمة المراجع باللغة العربية

عصام حمدي الصفدي (2007): *الاعاقة الحركية والشلل الدماغى*، د ط، دار حامد للنشر والتوزيع، الاردن.

مدحت أبو النصر (2005): *الإعاقات الحسية الحركية*، دار صفاء للنشر و التوزيع، الأردن.

منال منصور (1985): *المعوقين*، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي، الكويت.

وديع شكور جلييلة (1995): *معاقين لكن عظماء*، الدار العربي للعلوم، لبنان.

Annexes

Annexes

Annexe n°01:

Le guide d'entretien :

Axe I : Les informations personnelles :

Âge :

Sexe :

Situation familiale :

Profession :

Type d'accident :

Le membre touché :

Jour de l'accident :

Axe II : avant l'événement :

- 1- Aviez-vous des problèmes de santé auparavant ?
- 2- Aviez-vous déjà consulté un spécialiste de la santé mentale ?
- 3- Aviez-vous vécu des événements qui t'ont marqué avant l'accident ?

Axe III : pendant l'événement :

- 1- Pouvez-vous nous décrire votre comportement au moment de l'événement ?
- 2- Qu'avez-vous ressenti pendant l'événement ?
- 3- Avez-vous l'impression d'être incapable de réagir ? De bouger ?
- 4- Avez-vous essayé d'éviter l'accident ?

Axe IV : après l'événement :

- 1- Pourriez-vous nous décrire ce qui s'est passé ? (Pourquoi, Comment et quand).
- 2- Pouvez-vous nous parler de la qualité de votre sommeil ?
- 3- Faites-vous des cauchemars ?

- 4-Avez-vous perdu l'appétit ?
- 5-Avez-vous constaté que votre comportement a changé après l'événement ?
- 6-Pouvez-vous nous décrire votre réaction ayant appris la nouvelle ?
- 7-Vous-arrive-t-il de revivre la scène de l'accident ?
- 8-Evitez-vous de passer devant l'endroit où s'est déroulé l'accident ?
- 9-Que pensez-vous de votre prise en charge ?

Axe V : Le regard vers l'avenir

- 1-Pouvez-vous nous dire comment vous voyez votre avenir ?
- 2-Avez-vous des projets que vous souhaitez réaliser ? Si oui, de quoi s'agit-ils ?
- 3-Pensez-vous revenir comme avant et oublier tout ?
- 4-Y-a-t-il quelque chose dont vous voulez en rajouter qu'on n'a pas cité durant l'entretien ?

Traumaq

Questionnaire d'évaluation du traumatisme

Carole Damiani
Maria Pereira-Fradin

- Passation individuelle
Collective
Victime directe de l'événement
Témoin

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

Informations concernant l'événement :

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

* Nature de l'événement

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

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

¹ ITT = Interruption Temporaire de Travail

² IPP = Incapacité Permanente Partielle

Renseignements généraux concernant la période antérieure à l'événement :

Situation familiale

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

Nombre d'enfants (préciser leur âge) : _____

Situation professionnelle

Etudiant(e)

Salarié(e) : plein temps temps partiel

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

Etat de santé

Avez-vous des problèmes de santé : Non Oui lesquels : _____

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

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

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

Date : _____ Durée : _____

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

Non Oui Nature : _____

Date : _____

Renseignements concernant la période postérieure à l'événement :

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

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

Date de la première séance : _____

Nombre de consultations (à ce jour) : _____

Traitement médical : Non Oui Lequel : _____

Durée : _____

PREMIERE PARTIE

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

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

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

Pendant l'événement

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

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

Depuis l'événement

Nous allons maintenant aborder ce que vous ressentez **actuellement**.

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

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

Intensité (ou fréquence) de la manifestation

0 1 2 3
 |-----|-----|-----|
 nulle faible forte très forte

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

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

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

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

Intensité (ou fréquence) de la manifestation



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

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

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

DEUXIEME PARTIE

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

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

Délai d'apparition des troubles depuis l'événement

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

Durée des troubles

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

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

Résultats au TRAUMAQ

Cotation des échelles de la première partie

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

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

Conversion des notes brutes en notes étalonnées

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

Profil

