

Université A. Mira-Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master
En psychologie clinique

Thème

**Le Syndrome post-traumatique chez
les victimes d'accidents de la circulation**

-Etude de six cas adultes victimes des accidents de la circulation-

Préparée par :

M^{elle} : YOUSFI TAOUS

Encadrée par :

M^{me} : MEKHOUKH HALIMA

Année universitaire 2012-2013

REMERCIEMENT

-Je remercie le dieu tout puissant pour nous avoir aidés à accomplir ce modeste travail.

-Je remercie tous ceux qui ont participé à la réalisation de ce modeste travail sa soit de proche ou de loin.

-Toute ma gratitude, mon respect, vers mon encadreur de recherche : Mme MEKHOKH HALIMA. Un grand merci pour elle, pour son orientation, ses présences, ses conseils, ses remarques judicieuses et son soutien psychologique.

- Je remercie les personnes qui m'ont m'aidés au CHU de Bejaia, et spécifiquement le chef de service de chirurgie orthopédique Mr MADJID, sans oublié le médecin chef Dr MAHDI.

- Un grand merci pour Dr RAHMANI et sa femme Dr IDJRAOUI, pour leur respect et leur réception dans leur propre cabinet.

- Nous tenons aussi à remercier toutes les personnes qui ont contribués de prés ou de lion à la réalisation de ce modeste travail.

Yousfi Taous

Dédicaces

Avec un cœur plein de joie et d'amour je dédie ce modeste travail :

**A ma grande sœur qu'été toujours avec moi et dans mon cœur, malgré sa mort.*

**A mon père que j'âme beaucoup, qui été toujours avec moi, à ma mère et la femme de mon père à qui je témoigne mon amour et mon respect.*

**A mon grand frère Omar et sa femme, ainsi que ses quatre petits enfants (Wahib, Karim, Abed Alhak et Islam)*

**A mon frère Zahir et sa femme, ainsi que ses deux enfants (Mouhand et Nessrine)*

**A mon frère Djamel et sa femme, ainsi que ses trois chers enfants (Amirouche, la petite donia et Khalad)*

**A mon frère Mohamed et sa femme, sans oublié son petit fils Badisse .*

**A mes deux petits frères Riade et Boubkeur, la joie de la famille.*

**A ma petite sœur Loubna*

**Surtout à mon fiancé Ismail, mon âme sœur qui ma toujours soutenu, qui a été toujours a mes cotés.*

**A toute la famille de mon fiancé.*

**A tous mes amies : Siham, Nawal, Zahia, Noura, Samira, lila.....*

**A tous ceux qui m'ont soutenue de prés ou de lion, sans oublier notre promotion de psychologie clinique.*

A Toute la famille Yousfi

La table des matières

Introduction

La problématique.....	3
Les hypothèses.....	7

PARTIE THEORIQUE

Chapitre I : Le syndrome post-traumatique :

1. Définition de syndrome, traumatisme psychique et stress post-traumatique.....	8
2. Stress et traumatisme psychique.....	11
3. Aperçu historique de syndrome post-traumatique.....	12
4. Aspect épidémiologique de syndrome post-traumatique.....	15
5. Etiologie de syndrome post-traumatique.....	18
6. Les symptômes spécifiques de syndrome post-traumatique.....	19
7. Les principales phases d'évolution de syndrome post-traumatique.....	22
8. Les formes cliniques de syndrome post-traumatique.....	23
a. Le syndrome psycho-traumatique intense.	
b. Le syndrome anxio-dépressif.	
c. Le syndrome psycho-traumatique modéré.	
d. Le syndrome psycho-traumatique Legé.	
9. Les facteurs de risques post-traumatiques.....	23
10. Les facteurs de protection contre le syndrome post-traumatique.....	24
11. Evolution et complication de syndrome post-traumatique.....	25
12. Traitement et prise en charge psychothérapeutique.....	25

12.1 Le débriefing psychologique.....	25
12.2. La prise en charge Comportementaliste.....	26
-Conclusion du chapitre	

Chapitre II : L'accident de la circulation :

1. Les différentes définitions des accidents de la circulation.....	30
2. Aspect épidémiologique et statistiques des accidents de la circulation.....	31
2.1. Incident mondiale	
2.2. Les statistiques en Algérie	
2.3. Les statistiques spécifiques de la wilaya de Bejaia	
3. Les Cause et facteurs de risques d'accident de la circulation.....	38
3.1. Les Facteurs humaines	
3.2. Les Facteurs liés au véhicule	
3.3. Les Facteurs lié à l'environnement	
4. Les conséquences des accidents de la circulation sur le développement.....	42
4.1. Physique	
4.2. Psychologique	
4.3. Social	
4.4. Economique	
5. Les stratégies de prévention contre les accidents de la circulation.....	43
5.1. Les principaux systèmes de prévention	
5.2. La prévention contre l'accident de la circulation en Algérie	
- Conclusion du chapitre.	

PARTIE METHODOLOGIQUE

1. La présentation des lieux de stage	47
1.1. L'hôpital Khellil Amrane.	
1.2. Le cabinet de rééducation fonctionnelle de Dc. RAHMANI.	
2. La méthode de recherche et les techniques d'investigation.....	49
2.1. La méthode de recherche	
2.2. Les techniques d'investigation	
3. Les caractéristiques de la population d'étude.....	54
4. Le déroulement de la pratique.....	55
5. Les difficultés rencontrées de la recherche.....	56

-Conclusion du chapitre.

PARTIE PRATIQUE

Analyse des résultats et vérification des hypothèses :

1. Présentation et analyse des cas cliniques.....	58
1.1. Le cas de FAROUK.....	58
1.2. Le cas de MOUHAMED.....	63
1.3. Le cas de MERIEM.....	67
1.4. Le cas de MALAK.....	71
1.5. Le cas d'ABLA	75
1.6. Le cas de SAMIR.....	78
2. La discussion et la Vérification des hypothèses de recherche.....	82
- Conclusion de chapitre	

Conclusion

*** La liste bibliographique.**

***La liste des tableaux.**

***Les Annexes**

Introduction

Les accidents de la circulation constituent un problème majeur de la santé publique, ce phénomène ne cesse pas de causer des dégâts sur les voies publiques dont souffrent les pays du monde entier, particulièrement ces dernières années. Les statistiques mondiales réalisées par l'organisation mondiale de la santé (**OMS**) pour l'année **2004** ont montré que le taux de mortalité dans le monde a atteint 1,5 million morts chaque année sans compter les 50 millions blessés, surtout dans les pays à faible revenu au niveau de l'Afrique, l'Asie et l'Amérique latine, ces pays souffrent de manque de moyens pour prendre en charge tous ces victimes rescapés de la mort sur tous les plans : médical, social et surtout psychologique.

Parmi ces pays L'**Algérie**, considéré comme l'un des pays du monde le plus touché par ce terrorisme de la route. En 2011 seule l'**Algérie** a connaît un lourd bilan, plus de 4500 personnes sont tués et 45 000 blessés, sans oublié les 4000 handicapés chaque année. Les accidents de la circulation deviennent donc une véritable menace pour notre population et notre état. Les accidents de la circulation constituent un véritable obstacle pour le développement des sociétés, tous les ans des millions de personnes passeront de long mois à l'hôpital et beaucoup d'entre eux vivent avec des graves séquelles physiques et psychiques, chose qui les empêche d'être autonome et de mener une vie normale.

Ces cicatrices psychiques telles que l'angoisse, la détresse, des cauchemars, l'évitement et des hyperactivités neuro-végétatives ...etc., sont englobées dans le terme de syndrome post-traumatique. Pour **L. Crocq** le trauma n'est pas seulement effraction, invasion et dissociation mais aussi est un déni de tout ce qui valeur ou sens dans la réalité,¹ et pour ça **Crocq** insiste sur l'importance de prendre en charge toute victime d'un accident de la route, car l'accident peut causer des troubles psychiques durables et incurables.

¹ Clercq M et Larigot. , « *Les traumatismes psychique* », paris, Masson, 2001, p.122.

Introduction

Dans ce modeste travail on va essayer d'évaluer le syndrome post-traumatique dû à l'accident de la circulation, et spécifiquement chez des personnes avec graves séquelles physiques et de montrer le degré d'intensité de ce dernier. Notre travail se divise en trois parties, la partie théorique qui englobe deux chapitres, le premier consacré pour le syndrome post-traumatique, et le deuxième pour l'accident de la circulation, de plus la problématique et la formulation des hypothèses, ensuite la partie méthodologique basée sur la méthodologie de recherche.

Enfin, la partie pratique qu'est consacrée à l'analyse des résultats et la discussion des hypothèses.

La problématique

Tous les jours, des milliers de personnes sont tués ou blessés sur nos routes. Des femmes, des hommes, des enfants qui marchent ou se déplacent à voiture, à moto pour se rendre au travail, à l'école ou encore qui jouent dans la rue ou qui font de long voyages ne rentreront jamais chez eux et laisseront des familles brisés. Tous les jours des millions de personnes passeront de longues semaines à l'hôpital cause de graves séquelles physiques et beaucoup entre eux ne pourraient jamais vivre comme avant à cause de cet accident de la circulation.

« Un accident de la circulation ou l'accident sur voie publique est un état de choc sur le réseau routier entre un engin roulant (voiture, moto, vélo, bus) et toute autre chose ou personne, qui conduit à des dégâts matériels ou des blessures humains, que ces dégâts soient occasionnés aux véhicules ou à un élément de la route». ¹

Selon le rapport de l'**OMS** publiée en 2004, les accidents de la circulation font chaque année 1,5 millions des personnes tués, 50 millions des victimes blessés sans compter des milliers des victimes handicapés, donc les accidents de la circulation constituent un véritable problème de santé publique moderne ; avec des conséquences pénibles pas seulement sur le plan physique, mais sur le psychisme des victimes et le développement total des pays, et surtout dans les pays à faible revenu, plus de 90% des décès surviennent dans ces pays, près de la moitié de ceux qui meurt sont des piétons, des motocyclistes et des usagés de transport public. ²

Durant ces dernières décennies, les accidents de la circulation restent une cause importante de décès et d'handicape, qui touche particulièrement la tranche des jeunes.

L'**Algérie** spécifiquement est parmi les pays le plus touché par le phénomène et ses lourds conséquences, en 2007 elle occupe seule le troisième rang

¹Loucif.L, « *la résilience chez les accidentés de la route* », université de Constantine, 2009, p 3

²OMS, « Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation », 2004, p 7.

Problématique

mondial, chaque année plus de 3500 personnes sont tués par la route et plus de 48 000 sont blessés, chaque jour 12 algériens trouve la mort sur la route. Le nombre des accidents de la circulation entre la période de 2002-2012 est de 244 450 causé la mort et entre 34 632 et 4 222 862 blessés. En 2011 seul, l'**Algérie** à connu l'un de ses lourds bilan routier avec un taux de 40 481 accidents qui dont 48 000 blessés et 4700 morts, ce qui fait la moyenne de 369 décès par mois, malheureusement cette triste réalité persiste et continue à augmenter pour classer l'**Algérie** comme le pays magrébins le plus touché par les accidents de la circulation.

Plusieurs facteurs sont réunis pour être à l'origine de cette catastrophe. Le facteur humain est à l'origine de 90% des accidents de la circulation par l'excès de vitesse, l'alcool au volant, conduite en état de fatigue, le manque de la culture routière pour le citoyen algérien et le non respect de code de la route, de plus l'**Algérie** est parmi les premier pays africains pour le nombre de véhicule mis en circulation, avec 5 millions véhicule en 2012 ce qui met une pression sur nos route.¹

Les accidents de la circulation est le premier facteur de mortalité et d'handicape en **Algérie**, causant 4000 handicapés à vie chaque année, ce terrorisme routier est à l'origine aussi des pénibles cicatrices et de l'handicape psychique des victimes qui ne peuvent ni s'muser ni vivre comme avant, l'accident pour eux constitue un vrai malaise psychique, et un vrai syndrome post-traumatique.²

Ce dernier est un ensemble des troubles dû à l'exposition d'un évènement traumatique qui provoque chez l'individu de la peur, de tristesse ou de l'horreur. Ce trouble se manifeste par un ré expérience persistante de l'évènement traumatique des comportements d'évitement des stimuli associé au traumatisme, une réactivité générale et un état d'hyperréactivité neurovégétative.

¹ Ferhat. Z, « l'humain est à l'origine de 90% des accidents », *La dépêche de Kabylie*, Alger, 2012

² Farid. B, « 4000 handicap à vie chaque année », *LEBIRTE*, Alger, 22/07/2012

Problématique

Le syndrome post-traumatique se persiste malgré des années de drame de la mort, il se manifeste ce forme des cauchemars¹.

Le **DSM4** publié en 2003 affirme que le traumatisme psychique se manipule aussi se sous forme d'angoisse, détresse, flash back, dépression et évitement ; donc les accidents de la circulation constituent une véritable menace de la mort pour sa victime, des blessures psychiques, un sentiment pénible de peur et de frayeur, qui provoque des changements dans la vie des accidentés, même après des années de drame traumatisant.

Selon **L.Crocq** « un accident de la route peut constitue sauvant un événement violent mêmes chez les victimes non blessés, elle peut laisser des troubles durables que le sujet peut être uniquement témoin, sans être exposé en danger réel, cela peut constituer un tournant de leur vie, un chauffeur peut stopper son travail, un écolier peut stopper sa scolarité car il ne voudra plus aller à l'école à cause de cet pénible traumatisme». ²

Le peuple Algérien à vécu autant de période de traumatisme et de cauchemars, de la guerre de libération à la décennie noir. Actuellement L'Algérien est face d'autre traumatisme qu'est le terrorisme de la route.

Notre wilaya de Bejaia n'est pas à l'abri de ce phénomène, d'après la gendarmerie nationale enregistré un taux de 95 morts seul en 2012, l'accident qui concéderai comme un vrai problème de la santé publique en Algérie et un défi d'actualité.

D'après les prés enquêtes qu'on a effectué sur le terrain au niveau de chirurgie orthopédique d'hôpital **khelil amrane** et le cabinet de rééducation de Dr **RAHMANI**, a cet lieu nous avons la possibilité de voir et de rencontrer des patients accidentés, qui sont soumis après l'accident sous le soin médicale, à ce moment on a la

¹ Claude. B, « *Les névroses traumatiques* », paris, DUNOD, 1998, p 173.

² [http:// www. Qui syndrome post-traumatique chez les accidenté de la route.Fr](http://www.Qui syndrome post-traumatique chez les accidenté de la route.Fr), article de Samir ould Ali, consulté le 25/04/2013.

Problématique

possibilité de parler avec eux, ils nous décrivent leurs sentiments au moment et après des mois de l'accident et ils nous parlent de leurs malaises et souffrances.

Notre recherche et prés enquêtes montrent que la plus part de ces victimes bénéficient d'une bonne prise en charge médicale, mais ce qu'est négligé c'est la prise en charge psychologique des accidentés, le manque d'un psychologue dans un service sensible comme celui de traumatologie est un vrai signe de négligence, cette négligence est la principale raison de cette recherche, pour montrer le vrai degré de souffrance psychique de ces accidentés de la circulation

L'objectif de cette simple recherche c'est de détecter le syndrome post-traumatique chez les victimes des accidents de la route et de justifier l'hypothèse que les graves séquelles physiques augmentent de l'intensité de syndrome post-traumatique.

Pour arriver à confirmer nos hypothèses sur l'existence de syndrome post-traumatique chez l'accidenté de la route et spécifiquement les victimes avec graves séquelles physiques, on a adopté la méthode descriptive qu'est basée sur l'étude de cas.¹

Dans ce modeste travail on va chercher est-ce-que le degré de syndrome-post-traumatique diffère d'une victime avec grave séquelle physique et d'autres sans séquelles ?

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

- Comme question générale nous cherchons si Les accidentés de la voie publique développent-ils un état de syndrome post-traumatique ?

Et sous formes des questions partielles nous cherchons :

-Est-ce-que une grave séquelle physique peut augmenter l'intensité de syndrome post-traumatique chez la victime d'accident de la circulation ?

¹A.M.LAVARDE, « méthode d'évaluation en psychologie clinique », paris, DUNOD, 2008, P 232

Problématique

-Est-ce-que le syndrome post-traumatique est moins élevé chez les victimes sans séquelles physique ?

-La formulation des hypothèses :

Comme hypothèses générale on peut dire que

-Les d'accidentés de la voie publique souffrent de syndrome post-traumatique.

Et sous forme d'hypothèses partielles nous pensons que :

- Les graves séquelles physiques chez les victimes d'accident de la voie publique augmentent l'intensité de syndrome post-traumatique.

-Le degré du syndrome post-traumatique est moins élevé chez les accidentés sans séquelles physique.

On abordé ce chapitre par quelques définitions concernant le syndrome post-traumatique, traumatisme psychique et le stress post-traumatique ainsi que son aperçu historique, Les statistiques relatives à ce trouble, ses causes et ses symptômes. Ensuite on va présenter les formes cliniques de syndrome post-traumatique. Après on va parler des facteurs de risques pré et post-traumatique et les stratégies d'ajustement du syndrome post-traumatique. Enfin on termine ce chapitre par les éléments thérapeutiques et la prise en charge.

1. Les définitions de syndrome post-traumatique :

a. Définition de syndrome : est un en semble de symptômes psychique.

b. Définition de syndrome post-traumatique : Claude **Barois** en **1988** utilise le terme de syndrome post-traumatique pour se situer hors de débat entre le terme traumatisme psychique et stress post-traumatique.¹ Nous utilisons le terme de « syndrome post-traumatique » d'acceptation plus large. Il est dégagé à la fois du terme psychanalytique de « névrose traumatique » et du terme de « stress », d'origine biologique, qui donne une importance trop grande à la réaction physiologique et comportementale et à l'aspect symptomatologique du traumatisme psychique.

c. Définition du traumatisme psychique : Est un état de choc violent susceptible de déclencher des troubles psychiques et somatiques. Souvent, à la suite d'une émotion intense ou d'un traumatisme crânien dû a un accident grave ou une catastrophe soudaine (tremblement de terre incendie), Les sujets présentent un ensembles de troubles psychologiques dont les principaux sont l'irritabilité, l'asthénie, des cauchemarsetc.²

Selon **S Freud** appelle traumatisme tout événement qui perturbe l'équilibre d'une personne et provoque la mise en œuvre de ses mécanismes de défense. Pour empêcher l'envahissement de l'appareil psychique par de grande quantité d'excitation. Il s'efforcera aussi de contenir ces excitations puis d'obtenir leur

¹ Carole D. et Maria P F., « *Traumaq, questionnaire d'évaluation du traumatisme* », paris, ecpa, 2006, p.4.

² Nobert S., « *DICTIONNAIRE de psychologie* », paris, la rousse, 2003, p. 272.

décharge. Donc Freud voit que tout événement violent perturbe l'équilibre de la personnalité.^{1 1}

d. La définition du Post-traumatique Syndrome : Etat de stress consécutif à un événement émotionnel intense tel qu'une agression ou une catastrophe naturelle. Le sujet revit l'événement, il a l'impression qu'il va se reproduire.

e. La définition du Stress post-traumatique : loin de l'approche strictement psychanalytique de l'école française pour le DSM le traumatisme psychique est abordé en terme stress post-traumatique (PTSD) cela se résume à une série de symptômes regroupés en syndrome, que le praticien doit rechercher chez son patient pour conclure que ce dernier présente des troubles psycho-traumatique. Don le DSM c'est le premier qu'aborde le terme du stress post-traumatique à la place du traumatisme psychique.

Selon **L.Crocq**, Le TRAUMA « Est une construction factice du monde dans un bouleversement de la temporalité marquée du seuil de l'omniprésence du trauma horrifiant de la permanence immuable projetée dans le future, (d'où l'impression d'avenir bouché) et réorganisant même le passé a son image, par des choix mnésiques arbitraire. C'est dans cette conception non linéaire du temps qu'il convient de critiquer de la prédisposition et de la névrose latente. »²

Ensuite, il ajoute que « le trauma n'est pas seulement effraction, invasion et dissociation de la conscience, Il est aussi le déni de tout ce qui était valeur ou sens.

Donc d'après **Crocq** le trauma est une conception fautive loin de la réalité. Ce sont des pensées qui perturbent l'équilibre de l'individu et menacent sa tranquillité dans le futur, avec la présence des images de passé, à ce moment la personne va avoir l'impression d'un avenir bouché.

Par la suite le **DSM4** publié en 1994 détermine que Les caractéristiques essentielles de l'état de stress post-traumatique, et le développement des symptômes caractéristiques faisant suite à l'exposition à un facteur de stress traumatique

¹ Freud in Nibert S., *ibid* p. 272.

² BOUATTA CH. , « *Les traumatismes collectifs en Algérie* », Alger, Casbah, 2007, p.48.

impliquant le vécu direct et personnel d'un événement pouvant entraîner la mort, constituer une menace de mort ou une blessure sévère ou consécutif.

Le fait d'être témoin d'un événement choquant, pouvant occasionner la mort ou une menace de leur intégrité physique et psychique.

Donc d'après le DSM4 publié en 1994 le stress post-traumatique « Est un état de choc, un trouble dû 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 un ré expérience persistante de l'événement traumatique, Le comportement d'évitement avec une hyperactivité neurovégétative ».

D'autre part la **CIM 10** voit que le stress post-traumatique « Est une situation où un événement exceptionnellement menaçant ou catastrophique, qui provoquerait des sentiments de peur et de détresse chez la plus part des individus.»¹

En fin, on peut conclure que le stress post-traumatique c'est la seule catégorie des troubles mentaux où l'étiologie soit spécifiée, car il est clairement énoncé qu'il existe un lien entre un événement déclenchant et une maladie psychiatrique.

¹ P BOYER ET J-D GUELFY et al. , « *DSM-IV Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux* », paris, Masson, 2005, p.539.

2. Le Stress et le traumatisme psychique :

Le stress et le traumatisme malgré sont des deux termes différents, si les deux concepts peuvent, dans la clinique, être associés, mais il ya beaucoup de différence entre les deux.

Le stress selon **H. Selye** le stress « concept biophysique décrive les réactions adaptatives (immédiates) de l'organisme face à une agression ou une menace »¹

Pour **L. Crocq** le stress est comme « la réaction biologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense de l'individu face à une agression ou une menace.»²

Traumatisme psychique, au sens que nous l'entendons, se distingue de concept de stress. Etymologiquement, ce terme est issu de mot grec « blessure, effraction »

C. Barois définit le trauma comme rupture des liens avec le monde, envahissement par l'angoisse de la néantisation, bris de l'unité de l'individu et cessation de sens.

F. Lebergot nous précise la violence de l'événement ne se comportera pas comme un souvenir, elle restera intacte, surgira à la conscience, ce sera toujours au temps présent comme un événement en terrain de se produire.

L. Crocq en 1999 voit que « le trauma n'est pas seulement effraction, invasion et dissociation de la conscience, il est aussi déni de tout ce qui était valeur et sens »³

¹ Clercq M et Lebergot. , « *Les traumatismes psychique* », paris, Masson, 2001, p.14.

² , ibid., p.15.

³ ibid. p.17.

Le traumatisme psychique est un phénomène qui se déroule au sein du psychisme, sous l'impact d'un événement traumatisant, il vécu dans la frayeur, l'horreur, et le sentiment d'impuissance.

Il implique une expérience soudaine de confrontation avec le réel de la mort.

3. Un aperçu historique du syndrome post-traumatique :

Lors que en parle de « traumatisme psychique » on évoque forcément le début de la théorie psychanalytique. C'est en effet dans ses premiers travaux que S. **Freud** se base sur un événement extérieur d'origine sexuel pour expliquer l'hystérie. Est une explication qui considère comme une théorie de séduction, IL considère qu'il y a le traumatisme lorsque il y a séduction de l'enfant par un adulte qualifié de pervers, dans ce cas le traumatisme est sexuel.¹

Freud aborde aussi directement la névrose traumatique dans « la guerre et la mort ».

A la fin du dix neuvième siècle **H. Oppenheim** considéré comme la référence fondamentale dans l'histoire des traumatismes, C'est le premier qui a créé le terme de « névrose traumatique ». Oppenheim est assez surprenant de constater que ses observations comportent en effet un grand nombre de cas relatifs à la neurochirurgie. De plus, presque tout les cas sont survenus après les traumatismes somatiques après les accidents de chemin de fer. Ce n'est que chez quelques patients que Oppenheim signale, de façon très incident quelques symptômes qui de viendront des éléments spécifiques de névrose traumatique : cauchemars, troubles de sommeil, irritabilité.²

Donc **Oppenheim** a met l'accent sur un nouveau mode pathologique précis, qu'est le terme de névrose traumatique. Il avait le grand avantage de poser de nouvelle question et d'élargir des perspectives partiellement limité par la clinique classique.

¹ BOUATTA CH., « Les traumatismes collectifs en Algérie », Alger, Casbah, 2007, p.23.

² BAROIS C. , « Les névroses traumatique », paris, Dunod, 1998, p.19.

D'autre part au début de vingtième siècle **S. Ferenczi** a développé un autre terme qu'est « névrose de guerre », a travers les études de psychiatrie militaire qu'il a observé des troubles de même nature chez tous les combattants au retour de champs de bataille. Ces troubles sont naturellement reliés au combat et au choc émotionnel. Ces études réalisées d'abord durant la première guerre mondiale et poursuivies en suite durant la deuxième. Elles ont permis de préciser les symptômes présentés par les soldats : Etats confuso-anxieux avec panique et agitation.¹

Les troubles psychosomatiques divers, qui sont observés en clinique psychiatrique de **Ferenczi**, comme les cauchemars, les reviviscences traumatiques, irritabilité...etc, ces symptômes peuvent durant quelques jours à quelques semaines, ils sont assimilables aux réactions aigus de stress, telle que décrites par l'école américaine.

Ces symptômes aussi toute fois peuvent évaluer vers la chronicité des séquelles de choc émotionnel ou leur durée est de plusieurs mois voir plusieurs années.

IL faut arriver jusqu'aux années soixante dix pour que la pathologie psychique post-traumatique regagne de l'intérêt, grâce aux études qui sont réalisées chez les vétérans de la guerre de Vietnam. Des troubles psychiques semblables sont au même moment décrits chez des patients de sexe féminin victime de viol. L'accent est particulièrement mis sur l'origine de choc émotionnel dans l'apparition des troubles. Où la genèse de la pathologie était reliée à l'événement déclenchant et traumatisme psychique.²

Plus tard ces troubles sont décrites dans d'autre circonstance, comme les catastrophes naturelles (séisme, inondation), le viol et les agressions.

Par la suite et dans les années quatre vingt, la description sémiologique devient plus précise et l'association psychiatrique américaine fait une véritable entité clinique en 1994 dans sa quatrième, le DSM en cerne les contours définitifs. Le tableau clinique est spécifié où le facteur déclenchant ou l'événement constitue l'un

¹ BOUATTA CH., « *Les traumatismes collectifs en Algérie* », Alger, Casbah, 2007, p.39

² Barois C., « *Les névrose traumatiques* », paris, Dunod, 1998, p.29.

des paliers important sans lui le diagnostic ne peut être évoqué. Post traumatic stress disorders (PTSD) est le vocabulaire actuel attribué à cette pathologie par le **DSM IV** en 1994 ou l'état de stress post-traumatique dans la terminologie francophone.

On arrive à l'époque moderne, pour **L.Crocq** en 2000 les notions de psycho traumatisme et de syndrome psycho traumatique sont plus adaptées pour désigner les phénomènes morbides consécutif à l'événement traumatique, et toute ce qu'est en relation avec le concept de stress s'exprime dans les suites immédiates de traumatisme les symptômes durables qui appartiennent au processus de trauma.

Les notions de traumatismes psychique et stress post-traumatique sont entrées dans le discours médicale en Algérie, après les massacres terroristes survenus à Bentalha et Rais à Alger dans les milieux des années quatre vingt dix. Avant les médecins, les psychiatres et les psychologues ne sont pas intéressés à ce type de pathologie et aux désordres psychique présentés chez les anciens témoins au lendemain de la guerre de la libération nationale, et plus tard chez des victimes de séisme qui détruit en 1980 la ville de l'Asnam (chlef actuellement). Car les psychiatres et les psychologues de l'époque n'ont pas reçu la formation et l'enseignement nécessaire à préparation adapté à la médecine de catastrophe et aux pathologies survenant dans de telles circonstances.¹

Le syndrome post-traumatique été prene en considération à la suite de l'irruption du terrorisme et de la violence meurtrière. Des expériences personnelles commençant cependant à être rapportées.

En fin on peut dire que la violence terroriste que vit l'Algérie depuis une décennie est une tragédie humaine sans précédent. Le traumatisme qu'en résulte à certes des repressions sur la santé des individus qui sont victimes mais il marquera aussi et pour longtemps la société dont les liens sont brutalement ébranlés. Cette situation inattendue et « hors du commun » pose le problème de l'avenir psychique des sujets et celui de leurs prise en charge médicaux-psychologique, il pose aussi le problème de l'avenir de groupe social dont l'équilibre est particulièrement menacé !

¹ Boudarene M. , « *Le stress : entre bien être et souffrance* », Alger, Berté, 2005, p.125.

4. Aspect épidémiologique de syndrome post-traumatique:

Le syndrome post-traumatique correspond à 1,5% de la population générale et sur la vie entière.

-Les premières grandes études épidémiologiques aux Etats unis est l'étude de ECA à Saint luisse en 1987 qui examine une population de 2493 personnes repartis de tout le territoire américain. Elle trouve une prévalence d'état de stress post-traumatique sur la vie entière de 0,5% chez les hommes et de 1,3% chez les femmes, mettant 16 des femmes présentent certains symptômes psychiques spécifiques après une expérience traumatique. La même enquête reprise en 1992 par COTTLER il trouve que l'expérience traumatique relève trois fois chez les consommateurs de drogues (cocaïne).¹

-La plus grande étude réalisée et s'inscrit dans le cadre de national Comorbidity en 1995 par Kessler Elle comprend 5877 personnes réparties sur tout le territoire américain avec une tranche d'âge 15-24ans. Dans cette étude la prévalence de vie entière de l'ESPT est de 7,8% toujours doublé chez les femmes comparativement aux hommes 10,4% toujours doublé. La prévalence sur la vie entière de l'exposition à un événement traumatique est de 60,7% pour les hommes et de 51,2% pour les femmes. Le taux d'ESPT après un événement traumatique diffère considérablement suivant l'événement lui-même, suivant le sexe par exemple chez les l'homme 65% d'ESTP après un viol et 45% chez les femmes, après un incendie 3,7% chez l'homme,et 5,4% chez les femmes, de plus la tranche de 15-24 apparait plus sensible au l'ESPT.

-La reprise de cette dernière enquête par Breslau en 1998 qui analyse une population représentative de 2181 personnes âgées de 18-45ans. Dans cette population le risque d'exposition sur la vie entière à un événement vécu rapporté et l'ESPT après exposition potentiellement le plus souvent rapporté est le décès soudain et inattendu d'un proche, 60% de risque d'ESPT, de 20,9% pour les victimes d'agression violentes à 2,2% pour le fait d'avoir appris l'expérience traumatique d'autre, Donc le décès

¹ Clercq M. et Lebirgot F. , « Les traumatismes psychique », paris, Masson, 2001, p.68.

soudain d'un proche ayant un taux moyen de 14,3% Pour une même exposition traumatique, le risque d'ESPT chez les femmes est deux fois plus important, il est également aussi plus important chez les sujets qui sont plus défavorisé sur le plan socio-économique.¹

NB : Certaines populations spécifiques où elles soumissent à un événement particulier peuvent développés une pathologie traumatique :

a. Les combattants de guerre : Les troubles psychiques et spécifiquement de la pathologie traumatique ont été très anciennement décrit et étudiés, notamment en médecine militaire ; ils ont à l'origine de la découverte de la pathologie traumatique elle-même chez la plus part des combattants. Ainsi la population des vétérans du Vietnam en est l'exemple classique, la population de combattants la plus étudiée avec 35 études épidémiologiques parmi ces étude est celle de Kulk en 1990. Selon l'étude il y a 15% d'ESPT complets et 11% de symptômes partiels sont recensés chez les anciens combattants du Vietnam.²

b. Les victimes de terrorisme : La population algérienne est le titre d'exemple, elle a vécu des moments terribles a travers une longue décennie noir pleine d'image de sang des victimes de attentats terroristes, A ce moment les médecins psychiatre, les psychologues commencent s'intéressés a des séquelles psychique de ces victimes, Une étude épidémiologique importante été effectuer sur terrain en 1998. Faites a Sidi moussa et Bentalha, une population âgés de 18-70ans 1 », ils contacté 326 personnes à Sidi moussa et 326 à Dély ibrahim. Les tableaux suivant montrent la fréquence de stress post- traumatique selon le sexe.³

¹ Clercq M. et Lebirgot F. , « *Les traumatismes psychique* », paris, Masson, 2001. P. 69.

² *ibid*, p69.

³ BOUATTA CH., « *Les traumatismes collectifs en Algérie* », Alger, Casbah, 2007, p.59.

Sexe	Nombre	Nombre	fréquence
Femmes	297	114	43,8%
Hommes	355	130	32,1%
Total	652	244	37,4%

Tableau n°1 : Démontre le PTSD selon le sexe :

On remarque que le PTSD est plus élevé chez le sexe féminin que le sexe masculin.

Age	Nombre	Fréquence
17-27	183	60
28-34	145	60
35-47	157	62
48-70	167	60

Tableau N° 2 : Démontre le PTSD selon l'âge

On remarque que toutes les tranches d'âge présentent un tout de PTSD Elevé comparativement à ce qu'on peut trouver dans d'autre pays, mais la tranche d'âge de 50 ans et plus, sont les plus touchés.

c. Le viol et les agressions : C'est la fréquence et la gravité des séquelles traumatiques même plusieurs années après, auprès de 120 victime d'agression sexuel retient des taux de 65% d'ESPT. Une étude prospective en 1997 par Darvez examine 92 sujets (dont 10% homme) victime de viol retrouve 85% d'ESPT à un mois et 74% à 4 mois avec des troubles de comportements et 30% des tentatives de suicide, 24% d'abus de l'alcool, 25% de fugue.¹

d. Les études montrent que la pathologie traumatique s'installe aussi par les catastrophes naturelles, les accidents technologiques et de transport

¹ Clercq M. et Lebirgot F., « Les traumatismes psychique », paris, Masson, 2001, p.72.

Enfin on peut dire que tout événement constituer un élément de danger, une menace de mort où laisse une sévérité de blessure peut conduire d'une manière ou une autre une pathologie traumatique.

5. L'étiologie du syndrome post-traumatique :

Le syndrome post-traumatique se développe suite d'un événement traumatisant, il se présente lorsque le sujet a vécu, a été témoin, ou ont été confronté à un événement durant lesquels des personnes sont mort ou ont été menacées de mort, ou gravement blessées, il se développe suite une situation traumatisante et menaçante. Ce type de pathologie est clairement énoncé car il existe un lien entre un événement et un trouble psychique. Le stress post-traumatique lié a tout événement menaçant de la mort ou l'intégrité physique de la personne comme :¹

- Les guerres.
- Les agressions.
- Les catastrophes naturelles (tremblement de terre, volcans, inondations).
- Les viols.
- Les incendies.
- Les attentats.
- Les violences physiques.
- Les attouchements.
- Les accidents de travail.
- Les accidents domestiques (explosion de gaz)
- Les morts soudaines d'un proche.
- Les attaques terroristes.

¹ Cottraux J., « *Les thérapies comportementales et cognitives* », paris, Masson, 2001 p.153.

- Les catastrophes technologiques.

-Les accidents de la voie publique.

6. Les symptômes spécifiques de syndrome post-traumatique:

Pour le **DSM 4** publié en (1994) le stress post-traumatique se résume à une série des symptômes généraux suivants¹:

a. Les sujets a été exposé à un événement traumatique ayant deux caractéristiques :

-Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté a un événement durant le quel les individus on peut mourir ou être grièvement blessés ou bien blessés ou bien être menacé de mort de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.

-La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. NB. Chez les enfants un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

b. L'événement traumatique est constamment revécu de l'une ou de plusieurs des façons suivantes :

-Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions. N.B : Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.

-Rêve répétitif de l'événement provoquant un sentiment de détresse. N.B : chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

-Impression ou agissements soudains comme si l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui

¹ P BOYER ET J-D GUELFY et al. , « *DSM-IV Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux* », paris, Masson, 2005, p.540.

surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication. N.B : chez les enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peut survenir.

-Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices interne ou externe évoquant ou ressemblant a un aspect de l'événement traumatique en cause.

-Réactivité physiologique lors de l'exposition a des indices interne ou externe

Pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause.

c. Evitement persistant des stimuli associés au traumatisme, comme le témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

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

-Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme.

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

-Réduction nette de l'intérêt pour des activités importante ou bien réduction de la participation a ces mêmes activités

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

-Restriction des affects (incapacité à éprouver des sentiment de tendresse)

-Sentiment d'avenir « bouché »(p.ex pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants) .

d .Présence de symptômes persistants traduisant une activité neurovégétative comme en témoins la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

-Difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu.

- Irritabilité ou accès de colère.
- Difficulté de concentration.
- Hyper vigilance.
- Réaction de sursaut exagérée

e. La perturbation des symptômes des critères B,CetD dure plus d'un mois

f. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération de fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines.

6-2.Les symptômes chroniques :

Pour L. **Crocq** 1999 en plus les symptômes de critère B de **DSM-IV** il y a :

- l'hallucination de répétition (perception sans objet qui surgit brusquement a la conscience de sujet).
- l'illusion de reviviscence (interprétation erronée d'une forme perçu).
 - les souvenirs forcés
 - les ruminations mentales (interrogation prolongé).
 - le vécu « comme si » (impression que l'événement va se reproduire).
 - les phénomènes moteurs (sursaut ou comportement qui accompagne la réaction observée le sursaut ou comportement qui accompagne la réaction observé chez les sujets lors de l'événement.¹

6-3. Les symptômes non spécifique :

Ces troubles non sont pas répertoriés dans le **DSM-IV** mais décrits par l'ensemble des chercheurs dan le champ de psycho traumatisme :

- les troubles dépressifs ou l'asthénie ne sont pas signalés dans L'ESPT alors qu'il son portant courant. Ils se manifestent parfois par une perte de plaisir ou une inhibition sexuelle. De la moitié à un tiers des sujets présentent un état dépressif *les troubles cognitifs ne sont pas répertoriés dans le **DSM-IV** mais font l'objet de fréquentes plaintes:
 - troubles de l'attention.

¹Damiani C. et Maria P F. , « *Traumaq : questionnaire d'évolution du traumatisme* », paris, ecapa, 2006, p.5

-trouble de concentration.

-troubles de la mémoire.

*Les troubles de la conduite et notamment :

-conduite addictives (alcool, substance toxiques).

-conduites agressives.

-Passage a l'acte suicidaire.

*Des troubles psychotiques

7. Les phases principales d'évolution de syndrome post-traumatique:

Le syndrome post-traumatique évolue en trois phases :

a) Phase de réaction normale à une situation menaçante : est une réaction de la peur et d'horreur qui dure pas plus d'un mois.

b) Une vigilance permanente : la personne agit comme si elle risquait de revivre à tout instant l'horreur et l'impuissance éprouvée face à l'événement traumatisant. Durant cette période la personne est irritée, agressive, anxieuse, souffre de trouble de sommeil et adopte des comportements d'évitement de tout ce qui pourrait rappeler le traumatisme. Ces réactions durent généralement quelques semaines et s'estompent progressivement.

c) L'état de stress se prolonge : il devient post-traumatique¹ : c'est un ensemble de symptômes, qui persistent après trois mois de l'événement traumatisant.

8. Les formes cliniques du syndrome post-traumatique :

On distingue quatre catégories de syndrome post-traumatique :

a) **Le syndrome post-traumatique intense** : Ce sont des symptômes qui apparaissent après six mois de l'événement traumatique.² Nous sommes en présence d'un ESPT aigu quand les symptômes persistent moins de trois mois, Cet état survient immédiatement après l'événement et dure de minimum de deux jours et un maximum de quatre semaines, L'individu qui souffre d'ESPT présente en moins trois des symptômes dissociatifs suivants : Un sentiment subjectif d'émoussement, de

¹ <http://www.stress-post-traumatique.fr>, Consulté le 02/02/2013, à 13 :40.

² Cottraux J. , « *Les thérapies comportementales et cognitives* », paris, Masson, 2001 p.154.

détachement ou de d'absence des réponses émotionnelle, une réduction de la conscience de son environnement, une déréalisation et une dépersonnalisation.

b) **Le syndrome anxio-dépressif** : C'est une combinaison entre stress et dépression.

c) **Le syndrome psycho-traumatique modéré** : un ensemble des symptômes psycho-traumatique sans signes de dépression.

d) **Le syndrome psycho-traumatique léger** : un ensemble des signes psycho-traumatique vraiment faible.

9. Les facteurs de risques de syndrome post-traumatiques :

Si le fait d'être exposé à un événement traumatique peut induire chez certains sujets un état de stress post-traumatique, Quelles sont les raisons qui déterminent ce trouble ? Il s'agit de ce que l'on nomme habituellement les facteurs de risque ou la personnalité vulnérable.

a) *Les facteurs pré-traumatiques :*

- La nature de l'événement traumatique et leur intensité (par exemple, le décès soudain et inattendu d'un proche.) le sujet dans ce cas peut développer l'ESPT.

- Le sexe féminin apparaît comme un facteur de risque indiscutable (Davidson, 1991, Helzer, 1987 et Breslau, 1998) à niveau d'exposition égale, il multiplie par deux le risque de l'ESPT. Nous avons signalé la différence liée au sexe Frans et al en 2005 montrent que 21% des femmes contre 2% des hommes développent un ESPT et sont à haut risque.¹

b) *Les facteurs antérieurs :*

Davidson et al en 1991 rapportent d'autre élément comme :

Les antécédents psychologiques et psychiatriques comme des troubles dépressifs, les conduites addictives, Brewin, Andrews et Valentine en 2000 sur une méta analyse ils ont observés que les antécédents psychiatriques personnel constitue l'un des vrais

¹ Thanh-Hy B. , « *facteurs de risque pritraumatique psychologique d'un trouble de stress post-traumatique* », l'université de Toulouse, 2010, p.21

- facteurs de risque : notamment les sujets ayant eu une dépression majeure ou un trouble anxieux de type panique, obsessionnel compulsif, ces sujets risquent de développer un ESPT.

- Les conduites additives, l'addiction constitue comme un vrai facteur de risque.

- Le bas niveau socio-économique est aussi un facteur également reconnu, il semble en réalité selon Breslau en 1998 le niveau d'instruction, la situation par rapport à l'emploi, la pauvreté...etc.

- Maltraitance pendant l'enfance.

- La vulnérabilité est d'autant plus prononcée chez des populations qui vivent dans des régions pauvres et isolées. ¹

10- Les facteurs de protection contre le syndrome post-traumatique :

Malgré une personne s'expose un événement traumatique mais cette peut surmonter leur traumatisme, et cela se réalise par ce que en appelle la résilience.

Le concept de la résilience est très à la mode et à fait le tour du monde, depuis l'éclairage de Cyrulnik et les écrits récents de Duchet sur le sujet. Ce concept émane au départ de la physique et décrit la résistance au choc d'un métal et sa capacité à reprendre sa forme initiale.

Comme pour les personnes à risque, nous pouvons avancer que d'une manière générale, les personnes dites résilientes se comparent au moins chanceux, identifient des points positifs dans ce qui leur arrive, imaginent en quoi cela aurait pu être pire, arrivent à avoir un renforcement de l'estime de soi, des liens familiaux et présentent effectivement des capacités d'adaptation, même si la résilience ne se résume pas au coping ; les personnes sont plus tournées vers autrui qu'uniquement sur elles-mêmes, et cherchent à utiliser leur expérience pour aider les autres, comme s'engager dans un mouvement associatif.

Le résilient continue à penser et à vivre, à tisser des liens. Il peut se reconstruire. Une bonne santé mentale et physique, un tissu relationnel, de soutien

¹ Robert Ladouceur. et Andri .Met cl. , « *Les troubles anxieux* », paris, Masson, 1999, p.154.

social avec des liens soucieux solides et stable sont des éléments de protections et la garantie d'une résistance aux différentes agressions.

11- Evolution et complication de syndrome post-traumatique:

Les complications à terme sont :

-La dépression

-Des conduites addictives comme l'alcoolisme les toxicomanies des tranquillisants.

3. Des troubles permanentes de la personnalité comme troubles hallucinatoires et scyzophrinique

-Des idées suicidaires.

- Les complications sociales et familiales.¹

12. traitement et prise en charge psychothérapeutiques :

a)Le débriefing psychologique

Le concept et la pratique de débriefing sont nés dans l'armée américaine pendant la seconde guerre mondiale. Tandis que le débriefing est le compte rendu et un dispositif thérapeutique pour traiter ou prévenir les réactions des combattants après un combat. Après le débriefing s'adresse à des personnes pour lesquelles, à l'occasion d'un événement, a été mis en jeu la question de la mort, parmi les victimes

Certaines ont pu constituer un traumatisme qui constitua une menace interne et source d'angoisse. Dans une intervention d'urgence des séances de débriefing peut être dévalorisées rapidement après l'événement il prend en place dans ce que nous avons coutume d'appeler les « les soins post-immédiats » ce qui va permettre à la victime de se distancer de l'événement traumatisant de faire une décharge psychiques se forme d'un récit pour dire l'expérience de la mort réelle et d'éviter l'isolement. En fonction de l'évolution du patient ces séances peuvent être suivies d'un autre type de psychothérapie.²

¹ Cottraux J. , « *Les thérapies comportementales et cognitives* », paris, Masson, 2001 p.155.

² Annick P. et Gaillochon et al, « *le débriefing psychologique, pratique et bilan* », paris, Dunod, 2009, p.19.

b) traitement comportementaliste

Dès 1991 Peterson et Cool. On fait une synthèse de l'application des traitements comportementalistes à l'état de stress post-traumatique. On en retiendra trois méthodes principales qui sont basées sur l'association de techniques de gestion de stress (relaxation) et technique d'exposition (imagination in vivo) Rothbaum 1999. Elles ont donc en commun de confronter le traumatisé aux situations anxiogènes, alors qu'il se trouve dans un état antagoniste de relaxation et qu'il peut recourir, si nécessaire, à une technique de gestion de son stress.

Implosive therapy ou immersion imaginaire elle consiste en la présentation imaginaire de l'événement traumatisant jusqu'à ce que la scène ne provoque une forte anxiété (extinction par exposition) Keane 1985.¹

*Les procédures comptent trois étapes :

Etape 1 : la relaxation permet d'entrer dans la thérapie et de donner un moyen au patient de réduire ses réponses neurovégétatives. Elle permet aussi d'avoir plus facilement accès aux souvenirs traumatiques.

Etape 2 : imagerie agréable ou l'exposition aux images traumatiques; cette étape améliore la relaxation et permet d'évaluer la capacité de sujet à travailler avec l'imaginaire. Il est important de faire revivre les sensations corporelles qu'ont accompagnées le traumatisme.

Etape 3 : implosive thérapie proprement parler qui se réalise en sept phases :

- Etablissement d'une hiérarchie des souvenirs traumatiques.
- Evaluation des souvenirs en termes de stress subjectif.
- Relaxation.
- Recréation de la scène traumatique : le client étant relaxé, le thérapeute utilise de différents indices sensoriels pour recréer la scène du trauma dans l'imaginaire du sujet.
- Présentation des indices traumatisants : le thérapeute aide le sujet à se représenter les détails de l'événement de la façon la plus imagée possible ; les éléments les plus anxiogènes sont soulignés et évoqués de façon prolongée.
- Présentation d'indices additionnels qui sont soit vécus (pensée, sentiment, image)

¹ Clercq M. et Lebirgot F., « Les traumatismes psychiques », Paris, Masson, 2001, p.260.

Soit hypothétiques (peur de mourir, d'être blessé, d'être, d'être puni, d'être rejeté).

-Fin de scène : le thérapeute demande des évaluations successives de la détresse, celle-ci ayant habituellement tendance à diminuer grâce à la procédure d'exposition prolongée.

-Fin de la séance : retour à la relaxation et discussion à propos de ce qui s'est passé durant la séance.

B₁) Désensibilisation systématique :

La désensibilisation individuelle in vivo :

-la relaxation

-hiérarchisation des peurs

-exposition in vivo et contrôlée par le client aux éléments anxiogène.¹

c. *Le traitement cognitif :*

Les principes et techniques de **Beck** ont été appliqués à divers troubles anxieux (Beck 1985) et plus spécifiquement à l'état de stress post-traumatique et même à l'état de stress post-traumatique secondaire.²

Meichenbaum en 1995 propose un traitement de cinq étapes :

-mise en train où il est surtout question de créer des conditions favorables (alliance thérapeutique, information, etc...) au traitement.

-prise en compte de la symptomatologie, indication de traitement psychopharmacologique, apprentissage de stratégies de coping spécifiques à des symptômes cibles comme les intrusions, les évitements, l'irritabilité...

- aide apportée au patient pour qu'il restructure son histoire, transforme ses souvenirs traumatiques et passe du statut de victime à celui de « survivant » (raconter son histoire et y chercher une signification, exposition aux stimuli dangereux ; mettre au clair les croyances qui entraînent des difficultés.

- aide apportée au patient pour renouer avec les autres et restaurer le fonctionnement familial, social, professionnel (travailler des problèmes spécifiques de relation, encourage la victime à devenir un aidant)

¹Cottraux J. , « *Les thérapies comportementales et cognitives* », paris, Masson, 2001 p.161.

² Clercq M et Lebirgot F. , « *Les traumatismes psychique* », paris, Masson, 2001, p261.

- phase finale : redonner au patient de la confiance en soi, en ses compétences ; discuter des efforts à faire pour prévenir les rechutes ; prévoir des séances de soutien et de relance ; assurer un suivi.

Les thérapies cognitives de l'état de stress post-traumatique cherchent donc à rendre le trauma intégrale en travaillant la perception, l'interprétation et le traitement des informations qui concernent l'événement, le monde et le moi, de manière à construire une vision d'un monde habitable par un moi réconforté.

d) *Le traitement pharmacothérapeutique :*

Pour **Davidson** en 2000 ; les buts du traitement s'articulent autour de cinq axes :

La réduction des symptômes clés, amélioration de la capacité à répondre au stress, amélioration de la qualité de vie, diminution du handicap et réduction des symptômes liés à une éventuelle comorbidité. Concernant spécifiquement les symptômes qui forment le noyau du trouble, ce même auteur fixe six buts :

- réduire la phase des symptômes intrusif ;
- amender les symptômes d'évitement ;
- réduire l'hyper-réactivité neurovégétative ;
- soulager les symptômes dépressifs ;
- améliorer le contrôle de l'impulsivité ;
- contrôler les manifestations dissociatives.

Les antidépresseurs et très spécifiquement les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine ISRS comme fluxétine(prozac), paroxétine(deroxat) et sertraline sont très conseillés dans les symptômes suivants :

- pensées intrusives ;
- flash-back ;
- reviviscence ;
- hypér-réactivité, hyper-vigilance ;
- irritabilité/ moment de colère ;
- difficultés de concentration ;
- honte/ culpabilité.

Les Benzodiazépines sont très conseillées dans certains symptômes de stress post-traumatique notamment les troubles de sommeil, reviviscence et l'hyper-activité neurovégétative les plus fréquents le diazipam (valium) est un anxiolytique très efficace.¹

Conclusion de chapitre :

Les troubles post-traumatiques constituent actuellement un vrai problème de santé publique qui nécessite de déterminer des conduites thérapeutiques spécifiques et efficaces. Et pour cette raison il faut créer des nouvelles psychothérapies pour faire face à ce syndrome post-traumatique, et de favoriser une meilleure prise en charge à toute victime traumatisée. Dans ce modeste travail on a essayé de donner quelques visions sur le syndrome post-traumatique, on a ouvert les parenthèses sur ses symptômes spécifiques, ses principaux états, ses facteurs de risque, enfin on a essayé de donner quelques thérapies pour faire face au syndrome post-traumatique.

¹ Clercq M. et Lebirgot F. , « *Les traumatismes psychiques* », paris, Masson, 2001, p.266.

Les accidents de la route tuent 1,2 million de personnes dans le monde chaque année, on plus nous savons tous que l'Algérie est au troisième rang mondiale de nombres des accidents de la route, que 3500 à 4000 mort chaque année.

D'après tous ces chiffres choquant on essayé dans ce chapitre d'abord on va commencer par quelque définition concernant l'accident de la circulation avec des différentes statistiques au niveau mondial, nationale précisément des données statistiques spécifiques à notre wilaya de Bejaia.

En suite on va déterminer les véritables causes des accidents avec les différentes conséquences laissés par ces accidents sur les personnes. Enfin on va essayer de donner quelques éléments de prévention et quelques lois pour diminuer le nombre des accidents de la circulation.

1. Les différentes définitions de l'accident de la circulation :

a) Accident : événement imprévu malheureux ou dommageable.

b) Accidenter : causer un accident ou un dommage.

Un accident de la circulation ou accident sur la voie publique, Est un choc qui a lieu sur les réseaux routiers entre un engin roulant (automobile, moto, vélo ...etc) et tout autre chose ou personne et qui engendre des blessures humaines et /ou des dégâts matériels, que ces dégâts souvent occasionnés aux véhicules, à un élément de la route (chaussée, panneaux...etc) ou un élément extérieur à celle-ci (bâtiment, arbre...etc)¹

Selon le comité français interministériel, un accident corporel (mortel ou non mortel) de la circulation routière est un accident qui² :

- Provoque au moins une victime. C'est-à-dire un usage ayant nécessité des soins médicaux.

- Se produit sur une voie ouverte à la circulation publique.

- Implique au moins un véhicule

Parmi les victimes on distingue ;

- Les tués : toute personne qui décède.

- Les blessés : victimes non tuées.

¹ Sellami N. , « Dictionnaire de psychologie », Paris, Larousse, 2003, p.288.

² Http : // www. Le comité français. Fr consulté le 12/03/2013 à 13 :40 .

2. Aspect statistique et épidémiologique des accidents de la circulation:

a) Incidence mondial :

D'après les données de l'organisation mondiale de la santé **OMS**, Le nombre consécutifs à des accidents de la circulation est passé de 999000 en 1990 à un peu plus de 1,5 millions en 2002. Sont une augmentions d'ouvriront 10% qui dus aux pays à faible revenu et a revenu moyen.

Pays	Taux de mortalité pour 100 000 Habitants
Afrique	28,3
La méditerrané Orientale	26,4
Les pays européens	11,0

Tableau N°1 - Démontre Les statistiques du monde

C'est l'Afrique qui se classe en tête de taux de mortalités.

La mortalité routière augmentera dans le monde entier, passant de 0,99 à 2,34 millions, en moyenne de plus de 80% dans les pays à faible revenu, et passés de 30% dans les pays à revenu élevé.

D'après les prévisions faites a partir de modèle de TFEC entre 2000 et 2020 l'Asie du sud enregistra la plus forte croissance de la mortalité routière, puisque l'on prévoit une augmentation de 44% si les pays à faible revenu suivent la tendance générale des pays à revenu élevé, leurs taux de mortalité commencent à baisser a l'avenir.¹

¹ OMS, « Rapport mondial sur la prévention des traumatisme dus aux accident de la circulation », 2004.

En 2002 les hommes représentent 73% de la mortalité routière, avec un taux global près de trois fois supérieur à celui des femmes.

Sexe	Taux de mortalité par 100000 habitants
HOMMES	26,6
FEMMES	10,4

Tableau N° 2 - Taux de mortalité femmes et hommes

b) Statistiques en Algérie :

Chaque année la route mondiale tue 1,5millions personne. En Algérie chaque jour 15 personnes trouvent la mort sur la route, La route continue de tuer en Algérie la gendarmerie national donne un bilan de 2012 est donner 3737 morts et plus de 48 875 blessées , les nombres des personnes a enregistrer une baisse de 2,4% par rapport l'année 2011, contrairement aux nombre des accidents et des personnes blessées, qu'ont vue une hausse respective de 9 ,59% et 8,77 .¹

Par autre partie le nombre d'accident de la route entre la période 2002-2012 est de 242 450 accidents ont causés la mort de 34 623 personnes et des blessures de 4222 862 autres.

Année	Accident	Mort	Blessés
2010	32 8 73	3660	44 418
2011	41 467	4598	66 361
2012	35 701	3737	57 335

Tableau N°3 : Démontre Le bilan des accidents de la circulation de trois années en Algérie :

* L'année la plus marquée par les accidents de la circulation c'est l'année 2011 par 4598 mort et de 66 361 blessés.

¹ [http:// www. Statistiques des accidents de la circulation en 2012. Fr](http://www.Statistiques des accidents de la circulation en 2012. Fr) consulté en 16/03/2013 à 14 :30.

Cause	Fréquence
Accès de vitesse	30,91
Dépassement dangereux	12,90
Non-respect de la distance de sécurité	7,55

Tableau N°4 : Démontre Les principales causes des accidents de la circulation en Algérie.

*Le facteur humain reste le principal pour les accidents de la circulation en Algérie avec 90%.¹

c) Les statistiques de région de Bejaia :

Les statistiques selon la gendarmerie nationale GN à la wilaya de Bejaia :

Les victimes		Total	Nombres d'accident			
Mort	Blessés		Matériel	Mortel	corporel	
79	898	516	34	68	414	Année 2011
95	872	536	33	80	423	Année 2012

Tableau N°5 : Démontre Le bilan 2011-2012 d'accident de la circulation au niveau de Bejaia selon la GN.

* Les statistiques montrent que le taux de mortalité est élevé au 2012 de 95 par rapport au 2011 avec 79 morts.

¹ Http : / www. Accident de la circulation cause et conséquence. Fr consulté en 16 /03/2013 à 14 : 30.

	Le nombre d'accident		Les blessés		Les morts	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Les routes	2011	2012	2011	2012	2011	2012
R.N 09	123	120	236	207	14	17
R.N 12	68	63	149	119	09	08
R.N 26	96	79	150	116	11	10
R.N 75	32	31	39	37	05	04
R.N 74	7	10	17	21	07	03
R.N 24	25	17	25	27	02	03
R.N43	3	09	16	13	03	06
R.N 106	5	09	13	17	01	02
R.N 9 ^a	7	11	11	20	01	02
R .N 26A	6	10	10	19	01	01
Les routes régionales	82	105	140	162	17	25

Tableau N° 6 : Démontre Le taux d'accident de la circulation selon les routes national au niveau de Bejaia selon la GN :

Le tableau montre que les routes nationales entre la wilaya de Bejaia et Sétif, qui le grand nombre des accidents de la circulation, un exemple de la RN 9.

Les véhicules	Année 2011	Année 2012
Le poids léger	600	611
Le poids lourds	118	150
Le transport public	24	29
Les motos	64	68

Tableau N° 7 : Démontre Les véhicules les plus accidentés à la wilaya de Bejaia selon la GN :

*Selon les statistiques il y a le poids lourds qui marqué les accidents de la circulation a Bejaia.

La cause d'accident	L'année 2011	L'année 2012
L'accès de vitesse	136	96
L'alcool au volant	01	09
Glissement	51	16
Le dépassement dangereux	68	105
La conduite à gauche	35	40
Le non-respect de la distance de sécurité	36	28
La vitesse au virage	76	114
Couper la route sans attention	39	28
Le non-respect de la priorité	08	10
Changement de chemin sans intention	19	12
Le signal dangereux	17	14
Autre cause	30	59
	516	536

Tableau N° 8 : Démontre Les causes principales de l'accident de la circulation à Bejaia selon la GN

* Les statistiques montrent que la cause principale de l'accident lié a l'homme avec 90%.

L'emploi	L'année2011	L'année 2012
Les chauffeurs	174	208
Les travailleurs de jour	90	79
Les commerçants	90	93
Les employeurs	106	147
Sans emploi	136	145
Les Artisans	34	27
Les agricoles	30	28
Emploie libre	08	29
Les étudiants	32	13
L'enseignement	18	19
Les retraités	51	42
Les taxieurs	05	03
Les travailleurs de la santé	07	03
Autre emplois	51	34
TOTAL	832	870

Tableau N° 9 : Démontre les Statistiques d'accidents de la circulation à Bejaia selon les emplois des accidentés selon la GN :

*Les statistiques montrent que les chômeurs, les chauffeurs ou les conducteurs et spécifiquement de poids lourds sont en tête des conducteurs responsable des accidents de la circulation dans la commune de Bejaia.

L'âge	Les blessés		Les morts	
	MASCULIN	FEMININ	MASCULIN	FIMININ
Moins de 4ans	22	5	00	00
5-9ans	11	10	00	01
10-14	14	09	00	00
15-19	49	10	03	00
20-24	146	14	12	01
25-29	169	15	14	03
30-34	71	11	13	00
35-40	69	14	03	02
40-45	53	06	06	00
45-50	47	10	04	00
Plus de 5ans	96	36	12	04
TOTAL	755	143	67	12
	898		79	

Tableau N°10 : Démontre Les statistiques de l'année 2011 des victimes d'accidents de la circulation à Bejaia selon le sexe et l'âge :

Les statistiques de 2011 montrent que la tranche des jeunes 20-30ans est en tête des victimes d'accident de la circulation à Bejaia, les routes de Bejaia continue tous les jours à tuer les jeunes.

L'âge	Les blessées		Les morts	
	MASCULIN	FIMININ	MASCULIN	FIMININ
Moins de 4ans	00	00	00	00
5-9ans	03	00	01	00
10-14	10	00	02	00
15-19	94	19	07	02
20-24	130	36	11	03
25-29	161	24	12	02
30-34	96	06	12	00
35-40	79	11	09	00
40-45	58	08	13	00
45-50	52	17	10	01
Plus de 5ans	50	13	09	01
TOTAL	738	134	86	09
	872		95	

Tableau N°11 : Démontre Les statistiques de l'année 2012 des victimes d'accidents de la circulation à Bejaia selon la GN selon le sexe et l'âge :

Les statistiques montrent que le sexe masculin est le plus touché par les accidents de la circulation, surtout les jeunes entre 20-24 avec 130 victimes.

	Année 2011	Année 2012
Les causes liées aux conducteurs	441	483
Les causes liées aux piétons	39	28
Les causes liées à l'environnement	21	13
Cause liées au véhicule	15	12

Tableau N°12 ; Démontre les causes générales des accidents de la circulation à Bejaia selon la GN.

* les causes générales des accidents de la circulation à bouji liées en premier lieu aux conducteurs que l'accès de vitesse, l'alcool au volant, le portable, le dépassement dangereux et le non-respect de code de la route qui oriente a un véritable cauchemar.

3. Les causes et les facteurs de risque des accidents de la circulation :

Les principaux causes et facteurs de risque des accidents de la circulation sont :

a) Les facteurs humains :

L'humain à l'origine de plus de 90% des accidents de la circulation en Algérie que :

- **L'excès de vitesse** : des véhicules sont au cours du problème des accidents de la circulation.

Il y a « l'accès de vitesse » lorsqu'un véhicule roule au dessus de la limite de vitesse applicable. Un véhicule roule à une vitesse inappropriée, lorsque sa vitesse

Ne correspond pas à l'état de la route et aux conditions de la circulation. Les études montrent qu'il entre la vitesse et les accidents ¹ :

-la probabilité d'accident avec blessures est proportionnelle au carré de la vitesse, la probabilité d'accident grave est proportionnelle au cube de la vitesse, la probabilité d'accident mortel équivalent à la vitesse à la puissance 4.

¹OMS, «Rapport mondial sur la prévention des traumatisme dus aux accident de la circulation », Genève, 2004 p.81

-dans les études sur différents type de routes du monde. Concluent que chaque fois que la vitesse moyenne diminue de 1,6K/h, le volume des accidents diminue au maximum de 6% sur les routes urbaines.

-une méta-analyse de 36 études sur les changements de limite de vitesse révèle qu'au dessus de 50Km/h. Les accidents diminuent de 2% chaque fois que la vitesse moyenne est réduite de 1Km/h.

-quand la vitesse d'impact passe de 30Km/h à 50Km/h, la probabilité qu'un piéton soit tué est multipliée par huit.

-l'alcool au volant :

L'alcoolémie positive d'un conducteur est présente dans les accidents causant 30,8% des tués sur la route.¹

Il reste d'une étude réalise que les conducteurs qui avaient consommés de l'alcool risque plus d'être impliqué dans un accident que ceux qui n'ont pas consommés. En cas de consommation d'alcool, le risque d'accident dépend de l'âge et des habitudes de consommation :

-le taux des accidents chez les hommes âgés de 16 à 25ans est au moins trois fois supérieur à celui des hommes âgé de 25ans et plus.

-il ressort d'une étude britannique que comparent les données d'enquête routière avec la différente alcoolémie que le risque relatif d'accident mortel augmente de manière exceptionnelle ave l'alcoolémie.

-selon une étude menée dans des pays à faible revenu qu'entre 33% et 69% des conducteurs tués au volant et entre 8% et 29% de conducteurs impliqués dans un accident avec grave séquelles physiques avaient consommés l'alcool.

29% des cas où les conducteurs sont blessés et dans plus de 47% de cas où les conducteurs meurent.

-an Europe environ de 20% conditions tués dans des collisions présentent présente une alcoolémie excessive.

- La Fatigue et la somnolence de conducteurs :

« La fatigue ou la somnolence peuvent associés à divers facteurs. »²

¹ OMS. *ibid.* p.84.

² OMS, «*Rapport mondial sur la prévention des traumatisme dus aux accident de la circulation* » Genève, 2004 p .89

Certain parmi eux concernant la circulation routière comme la conduite sur de longues distances, le manque de sommeil et la perturbation de rythme habituel trois groupes de personne présentent des risques élevés :

-les jeunes âgés de 16-29ans, surtout les hommes.

-les travailleurs de quarts dont le sommeil perturbé par un travail de nuit ou par des heures de travail de nuit irrégulières.

-les personnes souffrant d'un syndrome de l'apnée de sommeil.

D'après une étude de cas démographique les facteurs suivants augmentent sensiblement le risque d'accident :

-conduite en état de somnolence.

-conduire entre deux et cinq heures de matin.

-la conduite à la nuit.

-la journée de travail est plus longue.

-leurs horaires sont irréguliers.

- La distance de sécurité :

L'intervalle de sécurité entre deux véhicules doit être au minimum de deux mètres. Les collisions par l'arrière en chaîne occasionnent 6,6% des tués de la route et 16,3 des blessés.

-Téléphone portable au volant :

Il est important pour la sécurité de tous les usages de la route, de voir et d'être vu.

Des études montrent que les erreurs visuelles jouent un rôle très important dans les causes des accidents de la circulation.

Le téléphone portable au volant multiplie 4 fois le risque d'avoir un accident.

-Défaut de port de ceinture/casque :

Facteurs présent par 22% des tués en voiture. Le défaut de port de casque est le principale facteurs de risque pour les utilisateurs des motos, il est démontré que le port de casque réduit de 20% à 45% le nombre des traumatismes crâniens, qui contribuent à environ de 75% des décès chez les motocycliste .

-Les jeunes conducteurs :

A l'échelle mondiale, les accidents de la route sont l'une des principales causes de décès chez le jeune âge et spécifiquement les jeunes hommes. Leurs inexpériences contribuent au risque élevé.

Les conducteurs adolescent âgé de 16 à 17 ans étant les plus exposés, le risque plus élevé tient aux facteurs suivants¹ :

-caractéristique psychologique comme la recherche de sensations fortes ou une confiance aveugle

-alcool moins bien toléré que chez des personnes plus âgées.

-vitesse excessive ou inappropriée.

-la conduite de la nuit, elle est trois fois plus dangereuse pour un jeune de 17 ans.

b) Les facteurs liés au véhicule :

Voici quelques-unes des facteurs de risque bien établis qui contribuent à la gravité d'un accident² :

-le manque de protection anticollision intégrée au véhicule.

-une protection insuffisante sur le bord de route.

- le non-utilisation des dispositifs de sécurité dans les véhicules.

-les freins défectueux sur les gros camions constituent un facteur de risque.

c) Les facteurs liés à la route :

Les techniques routières peuvent contribuer à l'accident de la circulation.

Voici ci-dessous des situations précises liées à la négligence de la sécurité dans la planification du nouveau réseau routier qui respecte des facteurs de risques :

-le fait de faire passer le trafic par des zones résidentielles.

-la présence conflictuelle de piéton et de voiture près d'école situées à la proximité de routes très fréquentées.

-l'absence de la séparation à grande vitesse.

¹OMS, « Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation », Genève, 2004, p.81

² OMS, « Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation », Genève, 2004 p .99

-l'absence de barrière centrale pour éviter les dépassements dangereux sur des routes chaussé unique.

-l'absence de barrières pour empêcher les piétons d'accéder à des routes à chaussés séparées et à grande vitesse.

-l'absence de signalisation clairs et sans ambiguïté.

-manque de mesures corrective aux endroits très accident gène.

4. Les conséquences de l'accident de la circulation :

a) *Les conséquences Physiques* :

Les accidents de la circulation laissent chez des personnes des séquelles physiques irréparables à vie, des victimes avec différent lésions, des traumatismes crâniens.

En Algérie chaque année plus de 4000 handicapés victime de terrorisme routier.¹

b) *Les conséquences psychologique* :

D'après de moitié de personnes interrogées dans le cadre de l'étude déclarant être encoure angoissée à l'idée de se déplacer en voiture deux ans après l'accident.

Le syndrome post-traumatique qui caractériser par le stress et des dépressions, est le plus fréquent chez la moitié des personnes après une cohésion.

La douleur, la fatigue son souvent présent, La perte de confiance, sentiment de peur, des troubles de sommeil, la perte d'énergie, pensées dépressives avec idées suicidaire. Une grave souffrance psychique interne liée à la victime d'accident .

c) *Les conséquences Sociales* :

Un lourd fardeau sur la famille et les amis des personnes blessés.

Il ressort que 90% des familles des personnes tués et 95% des familles des personnes handicapés font état d'une dégradation sensible et permanente de leur qualité de vie.²

d) *Les conséquences Economiques* :

Les conséquences sont à sa part trop lourde, chaque année les accidents de la circulation coût 65 milliards de dollar¹

¹ [http:// www. Accidents de la circulation cause et conséquence. Fr](http://www.Accidents de la circulation cause et conséquence. Fr) consulté en 24 /03/2013.

²OMS, « Rapport mondial sur la prévention des traumatisme dus aux accidents de la circulation », Genève, 2004 p .99

- la perte de production et de possibilité économique.
- un revenu perdu « capital humain », avec les blessures graves et l'arrêt du travail.
- les frais médicaux lourds pour les personnes avec les séquelles graves.
- les frais juridiques.
- les frais de règlement de l'assurance.

En Algérie 75 milliards sont le coût des accidents de la circulation.

5. Les stratégies de prévention contre les accidents de la circulation:

Les accidents de la circulation représentent un véritable problème de la santé publique et une crise de développement majeur. Leur nombre devrait augmenter si les états ne s'attaquent pas à la question de la sécurité routière.

- Les principaux systèmes de prévention :

a) la réduction de vitesse :

Les taux de survie des piétons et des conducteurs sont plus élevés en cas de choc à des vitesses inférieures à 30Km/h. Cette devrait être la norme dans les quartiers résidentiels et autour des écoles et lieux de travail. Parmi les diverses mesures propres à imposer des limites de vitesse² :

* Les mesures de ralentissement de la circulation par des dispositifs techniques intégrés à l'infrastructure tel que :

- les dos d'âne
- les mini-carrefours routiers
- les passages piétons signalés

* Les modifications visuelles par exemple l'amélioration de l'éclairage des routes.

¹ ibid. p.101

² OMS, «Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation », Genève, 2004, p.44.

b) La conception de véhicule :

La conception de véhicule et normes de fabrication contribue à la sécurité des personnes qui se trouve à l'intérieur ou à l'extérieur de ces véhicules. Des systèmes de sécurité primaire :

-les systèmes de freinage et d'éclairage.

-ils doivent utiliser des véhicules qui dotés d'éléments de protection latéraux qui absorbe les chocs et protège des passager en cas d'accident.

-**Le véhicule intelligent** : de nouvelles technologies créés de nouvelles possibilités en matière de sécurité routière. Des systèmes intelligents sont mis au point poules véhicules routières comme :

-le rapport du port de ceinture audible et intelligent, sont des dispositifs visuels et auditifs intelligents qui détecte si un occupant n'a pas attacher sa ceinture et mettant des signes d'avertissement.

-régulateur de la vitesse avec des dispositifs le véhicule connait la vitesse maximale autorisée sur la route laquelle circule.

-programme de stabilité électronique intégrée : est un dispositif de sécurité intégré à la voiture, peut aider à maintenir la stabilité de la voiture pendant des mauvais délicat.

c) Législation sur l'alcool au volant :

Adopter des lois sur la conduite en état d'ébriété et les appliquer très correctement par l'état.

Les anti-démarrateurs sont des dispositifs de contrôle automatique conçu pour empêcher des conducteurs dont l'alcoolémie est supérieure à la limite légale de démarrer leur voiture.¹

d) La caméra de surveillance routière :

Beaucoup de pays recourent maintenant à une répression automatique du dépassement de limites de vitesse au moyen de caméra de surveillance routière.

¹ OMS, « Rapport mondial sur la prévention des traumatisme dus aux accidents de la circulation », Genève, 2004, p.45.

e) **La loi rendant obligatoires du port de la ceinture de sécurité et de casque :**

L'application primaire de la loi peut entraîner une augmentation du port de la ceinture.¹

f) **La loi rendant obligatoires les sièges pour enfants**

g) **Délivrer le permis de conduire par étapes :**

Dans plusieurs pays de monde les conducteurs doivent ainsi franchir plusieurs étapes avant d'obtenir leur permis complet, l'application de ce système de permis à permet de réduire l'incidence des accidents de 4% à 60% et plus :

Le débutant doit passer d'un examen écrit, examen théorique orale, un examen de la vue, un permis restreint qui dure 18 mois, se termine par l'examen pratique.

h) **Les mesures de réduction de déplacement :**

Il apparaitre d'après les études, que dans certain conditions, pour chaque réduction de 1% de la distance parcourue en véhicule automobile, le nombre d'accident diminue de 1,4 à 1,8.²

-Le rôle de l'éducation routière à l'environnement scolaire, l'information, la sensibilisation sur les conséquences des accidents de la circulation, le rôle de la publicité à la télévision, radio et journée de sensibilisation.

- La prévention contre l'accident en Algérie :

Les accidents de la circulation en Algérie constituent une véritable menace pour le développement majeur, et pour ça l'Algérie il a effectué plusieurs système pour combattre ce phénomène comme premier pat :

-le code de la route publié en 2009.

-Le permis à point en 2013 :

Le ministère de transport a délivrer en février 2013 le permis à points dans l'objectif de limiter le terrorisme sur nos routes, avec cette nouvelle réglementation routière, les automobilistes algériens pourront perdre leur permis par l'intermédiaire de sanction de type retrait des points en cas d'information au code de la route.

¹ OMS, *ibid.* p.145

² « Rapport mondial sur la prévention des traumatisme dus aux accidents de la circulation », Genève, 2004 , p. 131.

Le permis à point concernera dans une première phase les nouveaux conducteurs qui recevront le document auquel sera affectée un capitale de vingt-quatre points.

Les demandeurs de permis se verront dorénavant délivrer le permis a poin, un document de couleur bleu.

La conclusion de chapitre:

Les accidents de la circulation ont constitués un véritable problème de la santé publique, dont souffrent les pays de monde entier, l'accident laisse des lourds conséquences pas seulement sur la victime, mais sur le développement total d'un pays, et pour cela, les pays du monde prennent la responsabilité de combattre cette catastrophe avec tous dispositifs et moyens possible.

Dans ce chapitre on va commencer par la présentation des lieux de pratique, après on va déterminer la méthode suivi par ce travail de recherche plus la définition de tous les types des entretiens et de test d'évaluation de traumatisme quand utilisés dans ce modeste travail. Ensuite on va montrer les caractéristiques des cas, le déroulement de la pratique.

Enfin on va citer les différentes difficultés rencontrées au moment de ce simple travail.

1. Présentation des lieux de stage :

1.1 Le CHU De Khellil Amrane :

Le CHU de Bejaia (unité khelil amrane); situé au chef lieu de la commune de Bejaia (au village de Smina). Les portes ont été ouvertent aux malades et l'entrée en fonction la première fois en 1991.

En 2011 L'hôpital **khellil amrane** est devenu le siège de centre hospitalo-universitaire de Bejaia.

Le CHU de Bejaia couvre sur une superficie de 460,65m². Il assure une couverture sanitaire au 240,258 Habitants. En englobant de cinq étages.

a. La Mission de l'hôpital à la matière de santé :

-Assurer les activités de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et des urgences médico-chirurgicales, de prévention ainsi que de toute activité concourant à la promotion de la santé de la population ;

- D'appliquer les programmes nationaux, régionaux et locaux de santé;

- De participer à l'élaboration des normes d'équipement sanitaire scientifique et pédagogique des structures de la santé ;

- De contribuer à la protection et à la promotion de l'environnement dans les domaines relevant de la prévention, de l'hygiène, de la salubrité de la lutte contre les nuisance et fléaux sociaux.

b. La chirurgie orthopédique :

La chirurgie orthopédique est un service très actif de CHU de **khellil amrane**, est un service de traumatologie et de chirurgie orthopédique, il reçoit des malades avec différents fractures liés aux différentes accidents ; sa capacité est de huit (8) chambres et de 32 lits, son effectif est composés de dix (10) chirurgiens orthopédistes et onze 11 entre infirmière et infirmier, plus un secrétaire médical.

Un programme opératoire de plus de seize 16 chirurgie chaque semaine; partagé Par différents chirurgiens orthopédistes de service.

1.2. Le cabinet de rééducation fonctionnelle :

C'est le cabinet de docteur RAHMANI.M et sa femme docteur IDJRAOUI.F. Est un cabinet de rééducation fonctionnelle a vue le jour en 1997, elle spécialiser dans la traumatologie orthopédique, maladies Rhumatismales, maladie neurologiques et kiné respiratoire.

Il se situe à 600 logts à la wilaya de Bejaia elle s'occupe de deux infirmiers M. AFFOUNE et sa femme.

-La pré-enquête :

Selon **CLAIR DURANT** « La pré-enquête est considérée comme la première étape brillante de chaque étude, elle nous donne la possibilité de vivre directement le phénomène étudié ».¹

La pré-enquête a été effectuée du 5 février au 3 avril au niveau du service de chirurgie orthopédique de CHU khellile amrane de la commune de Bejaia.

Durant cette période, nous avons eu la possibilité de rencontrer des patients accidentées, qui sont soumis après l'accident sous les soins orthopédiques (des chirurgies), on a la possibilité de parler avec eux pour nous décrier leurs sentiment au moment et après l'accident, de nous déclarer leurs traumatisme et de nous décharger leur souffrance.

¹ Chahraoui K et Bénony H. , « Méthodes, évaluation en psychologie clinique » paris, DONUD, 2003, p.126.

Toutes les informations recueillies lors de cette pré-enquête nous a permis d'émettre certaines modification dans l'élaboration de notre problématique et hypothèse, et aussi elle nous a facilité la formulation de notre guide d'entretien.

2. La Méthode et les techniques d'investigation :

2.1. La méthode :

Dans ce modeste travail de recherche on a choisira la méthode **descriptive** est spécifiquement **l'étude de cas**.¹

Les recherches en psychologie clinique font dans la plus part de temps appel aux méthodes descriptives qui interviennent en milieu naturel et tente une explication précise d'un phénomène ou d'une situation particulière. L'objectif de cette approche est d'identifier les composantes d'une situation donnée et de décrire la relation qui existe entre ces composantes.

L'étude de cas consiste a une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. C'est une méthode pratique et par elle, le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances, 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 niveau d'observation et de compréhension.

2.2. Les techniques d'évaluation :

a. L'entretien clinique :

L'entretien représente un type de communication assez particulier, il est suscité le but de faire parler les autres.

L'entretien avec le patient ou avec l'entourage permet d'obtenir des informations sur le psychisme du sujet. Il est toujours complété par d'autre technique d'évaluation comme l'observation (en milieu naturelle, à l'hôpital) ; son but est diagnostique et thérapeutique. Diagnostique dans la mesure où il permet de repérer les symptômes puis de les classer, de les discuter et de permettre la connaissance de

¹ GUIDER M. , « *Méthodologie de la recherche* », paris, Elipses , 2005, p.29.

fonctionnement psychique De la personne ; thérapeutique en ce sens qu'il parfois avoir une action bénéfique immédiate et, le plus souvent, instaurer une relation qui permettra une prise en charge psychologique.¹

- *Le guide d'entretien*: L'entretien clinique de recherche est toujours associé d'un guide d'entretien plus en moins structuré, il s'agit d'un ensemble organisé de fonction d'opérateur et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interview.²

- *L'entretien semi directif*: Dans notre pratique on a opté l'entretien clinique semi directif, dans ce type d'entretien le clinicien dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête de quelques questions qui corresponde à des thèmes sur les quelles il se propose de mener son investigation, ces questions sont proposées de manière hiérarchisé.

Ce type d'entretien est centré sur la personne. Le chercheur pose une question, une consigne de départ, soigneusement préparée et élaboré, puis il s'efface pour laisser parler le sujet, le chercheur pourra analyser ce type d'entretien en fonction de contenu (ce qui dit le sujet) mais aussi de contenant (forme organisation du récit et contexte dans lequel est tenu le discours).³

b. Le questionnaire de Traumaq :

Le questionnaire de TRAUMA « est une technique psychométrique pour l'évaluation de syndrome post-traumatique, suite à l'exposition à un événement comportant une menace de mort pour soi ou pour les autres ».⁴

Le questionnaire s'adresse aux adultes, à partir de dix-huit ans ; confrontés directement et de façon brutale avec le réel de la mort, Leurs objectifs :

-Evaluer des troubles traumatiques aigus et chroniques, voir des modifications de personnalité suite à un événement traumatique.

¹ REUCHELIN M. , « *les méthodes en psychologie* », paris, P.U.F, 1995, p.15.

² Chahraoui K et Bénony H. , « *Méthodes, évaluation en psychologie clinique* », paris, dunod, 2003, p.144.

³ Chahraoui K, et Bénony H. , « *Méthodes, évaluation en psychologie clinique* », paris, dunod, 2003, p.32.

⁴ Caroul D et Maria P. , « *traumaq questionnaire d'évaluation du traumatisme* », paris, ecpa, 2006, p.9.

- Contribuer à la recherche épidémiologique.
- Participer à la validation d'un traitement thérapeutique.

1. Le contenu de 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. Cette première partie est composée de dix échelles :

1- Pendant l'événement

-**Echelle A** (8 items) : la réaction immédiate, physique et psychique pendant l'événement.

2-Depuis l'événement

-**Echelle B** (4 items) : le symptôme pathognomonique de répétitions : les reviviscences, l'impression de revivre l'événement, l'angoisse attachée à ces répétitions.

-**Echelle C** (5 items) : les troubles de sommeil.

-**Echelle D** (5 items) : l'anxiété, l'état d'insécurité et l'évitement phobique.

-**Echelle E** (6 items) : l'irritabilité, la perte de contrôle, l'hyper vigilance.

-**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, tristesse, envies de suicide)

-**Echelle I** (7 items) : le vécu traumatique : culpabilité, honte, sentiment violents et colère.

-**Echelle J** (11 items) : la qualité de vie.

Partie 2 : mesure du délai d'apparition et de la durée des troubles décrits, elle donne des informations complémentaires qui peuvent être utiles au clinicien.

2. La Passation :

Le questionnaire a été conçu pour être utilisé en hétéro-passation et le temps d'administration varie 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, passer une question si vous avez de mal à y répondre sur le moment mais il faudra y revenir par la suite ».¹

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

3. La cotation :

Pour la partie 1 du questionnaire (excepté pour l'échelle J), le sujet choisit parmi quatre modalités de réponses¹ correspondant à l'intensité ou la fréquence de la manifestation :

-Nulle : échelon 0 -Faible : échelon 1 -Fort : échelon 2 -Très forte : échelon 3

-Calcul des notes brutes par échelle

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

¹ Caroul D. et Maria P. , « *traumaq questionnaire d'évaluation du traumatisme* », paris, ecpa, 2006, p.15.

Partie Méthodologique :

Réponse	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11
OUI											
NON											

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

La note brute totale s'obtient en additionnant les notes aux différentes échelles. L'étendue théorique des notes brutes va de 0 à 164. Le calcul d'une note totale est rendu possible par l'homogénéité élevée du questionnaire. D'autre part une analyse factorielle confirmatoire met en évidence la présence d'un facteur principal qui remplit à lui seul 45 % de la variance expliquée.

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.

3. Les caractéristiques de la population d'étude :

Cas	Farouk	Mouhamed	Meriem	Malak	Abla	Samir
Age	23	38	29	23	24	41
Sexe	M	M	F	F	F	M
Niveau d'instruction	Moyen	Moyen	Moyen	Moyen	universitaire	secondaire
Situation professionnelle	Chômage	Fonctionnaire	Femme au foyer	Femme au foyer	Sans emploi	fonctionnaire
La date de passation après l'accident	Après 3mois d'accident	Après 8mois d'accident	Après 2 ans d'accident	Après 10 mois d'accident	Après 5 mois d'accident	Après 5 mois
Les séquelles physiques	Avec grave séquelles (trois grave fracture au niveau de pied gauche)	Avec grave séquelles (une grave fracture au niveau de la colonne vertébrale)	Avec grave séquelle (une grave fracture de jambe)	X ¹	X	X

Tableau 1 : Les principaux caractéristique de la population de recherche

Nos cas sont des victimes directes d'accidents de la circulation selon le tableau 1 on remarque les caractéristiques suivantes:

-Agés entre 20ans et 40ans. (Trois femmes, trois hommes)

-Se sont des victimes directes à l'accident qu'insiste à une véritable menace de mort.

-trois victimes avec grave séquelles physiques, trois victimes sans graves séquelle

¹ X : sans séquelles physiques.

-La plus part entre eux sont des célibataires, avec un seul homme qu'est marié.

-Ils ont un niveau d'instruction moyen, une seule femme universitaire.

-Ils demeurent tous à Bejaia.

4. Le déroulement de la pratique :

Notre pratique à duré 2 mois, du 03/02/2013 à 03/04/2013, en premier lieu, on visité le terrain de la recherche, on a parlé avec les responsables de cabinet de rééducation fonctionnelle et de l'hôpital, puis on a sélectionné notre population de recherche, on a fait des prés-enquêtes sur les dans les terrains de recherche, de plus on a fait une un observation clinique sur nos cas avant de faire la passation de l'entretien semi directif et le questionnaire de traumaq.

Les entretins avec les cas sont déroulés dans différents lieu, dans l'hôpital, et le cabinet de rééducation même.

5. Les difficultés rencontrées :

Chaque recherche scientifique a des difficultés surtout en sciences humaines et sociales à cause de complexité de la nature des sujets traités.

Au cours de ma recherche, j'ai rencontré énormément de problèmes, que ce soit en phase de la préparation de la partie théorique ou durant notre pratique. la première difficulté réside dans le manque de terrain de pratique, avec un thème nouveau, une population introuvable dans un seul lieu, j'étais obligé de déplacer au différentes cabinets de rééducation a la commune de Bejaia et d'autre commune. Est une vrais souffrance sur le terrain on a arrivé a développée une dépression.

Ce qui de cadre théorique, notre obstacle réside en manque d'ouvrage abordant le deuxième chapitre de la partie théorique (accident de la circulation) un thème nouveau et d'actualité,

*Sur le terrain de la pratique, je suis confronté à plusieurs difficultés et obstacles :

- Le refus de la demande de stage.

Partie Méthodologique :

- Le refus de la plus part des patients de participer à notre recherche.
- L'indisponibilité des accidentés dans un seul lieu.
- Les entretiens se sont déroulée durant les séances de rééducation ce qui ma posé des difficultés ainsi que d'autre difficultés qui ont reflétés mal sur le déroulement de notre pratique telles que:

.La fatigue du patient après traitement médical dans l'hôpital ou après des séances de rééducation dans le cabinet.

.Les patient ont été installés dans la même salle ce qui met en difficulté de s'exprimer librement.

.Le temps limité accordé pour la réalisation de guides d'entretien, ainsi la passation du questionnaire de traumacq.

La conclusion de la partie :

Afin d'évaluer l'état de syndrome post-traumatique chez les victimes d'accident de la route, ainsi les principales conséquences de l'accident chez, surtout les séquelles psychologique. On a basé sur la méthode descriptive qu'est basée sur l'étude de cas.

On a effectué notre recherche au niveau du service de chirurgie orthopédique de l'hôpital **khlil amrane** et certain cabinet de rééducation fonctionnelle de Bejaia sur six cas.

Pour la collecte des informations, on a utilisé deux techniques d'investigation qui sont l'entretien semi-directif et le questionnaire de traumaq.

La première étape consiste à la collecte des informations sur l'accident et le traumatisme qu'est la réalisation des entretiens avec chacun des patients. La seconde est l'application de test de traumaq et ça dans le but d'obtenir des informations qui seront présentées et analysées dans la partie suivante.

Description et analyse des résultats

Dans ce chapitre on va transcrire les cas cliniques, présentés lors de la passation de l'entretien semi directif et le questionnaire de l'évaluation de traumatisme, par la suite on va aborder les discussions de nos hypothèses de recherche qui s'articulent sur l'existence de syndrome post-traumatique chez les victimes d'accident de la circulation et spécifiquement qu'ont des graves séquelles physiques et pour savoir si le syndrome post-traumatique chez ces victimes est d'une intensité sévère.

1. L'analyse et l'interprétation des résultats des cas étudiées :

I- Les cas avec graves séquelles physiques :

-L'analyse de premier cas

1- Présentation de cas :

Il s'agit de Mr M.Farouk âgé de 23ans, célibataire, demeure à Bejaia, sans emploi avec un niveau d'instruction moyen (7^{ème}année), est une victime directe d'un accident de la circulation depuis 4 mois, cet accident lui a causé des graves séquelles physiques avec une fracture infecté de jambe gauche risque d'amputation et deux autres fractures l'un du pied droit et l'autre à la main.

2-L'analyse de l'entretien :

L'entretien s'effectue à l'hôpital. M.Farouk nous apparions plus anxieux avec des regards de méfiance et de tristesse à cause de différents problème l'un avec les conséquences pénibles d'accident et l'autre avec sa famille.

Farouk au premier entretien, évite le maximum de participer avec nous, il évite de parler sur l'accident soit avec le silence soit avec « **normal** » toute question est suivi par cette dernière.

Farouk a déjà subi un traumatisme a l'âge de 8ans, un accident à la maison qui a causé des sectatrices, des brûlures à sa jambe droite, à cause de cet accident et cet traumatisme il à développé un diabète de type 1.

Description et analyse des résultats

Un autre accident c'est l'accident de la circulation à cause d'elle il a passé 12 jours dans la réanimation « **j'étais dans un autre monde et je combattre entre la mort et la vie** ». Farouk été accompagné avec un ami au moment de l'accident, la voiture été dévié dans un autre coté.

L'heure de réveil du coma c'est l'horreur, la frayeur avec une anxiété massive « **j'ai été choqué, dans un milieu blanc, plein de machines, je ne peux ni bouger ni parler. la seule chose est que je parlais dans ma tête qu'est ce qui se passe** ». « **Un corps déformé et plein de sang** » ce qui explique le degré de choc et de peur.

Après trois de l'accident Farouk souffre toujours de ses séquelles physiques, à cause de ces dernières il souffre d'une insomnie « **je n'arrive pas à trouver le sommeil à cause des douleurs et des problèmes de famille** ».

De plus il éprouve un fort sentiment de méfiance suivi d'un fort degré d'évitement de penser ou de parler sur l'accident « **je déteste que quelqu'un me rappelle l'accident car j'essaye tout le temps d'oubli ces cauchemars** ».

Farouk à des parents divorcés, la famille pour lui se construit un vrai facteur de stress et de malaise « **la haine de mon père vers ma mère c'est une souffrance et je ne peux pas supporter cette situation** ».

L'absence de sa mère et la violence de son père augmente sa souffrance et sa détresse « **ma mère ma laisser dans les moments les plus difficiles de ma vie, mais ça me fait rien en pleurant** ».

De plus il éprouve un fort sentiment d'agressivité envers lui, vers sa famille et vers le personnel de la santé « **je ne veux pas voir mon père ici à l'hôpital car il Vient juste de me faire des films à l'hôpital je le déteste, de plus les infirmiers et les médecins ici ils viennent juste pour jouer ce n'est pas un hôpital** ». Même avec nous il répond avec fort violence, mais c'est a cause de tous ses séquelles physiques irréparables.

Enfin on peut dire que malgré toutes ses séquelles et sa souffrance psychique Mr Farouk garde toujours un peu d'espoir vers l'avenir.

3. Présentation et analyse de questionnaire Traumaq :

Le score total set de 108 marqué d'un traumatisme fort avec un **syndrome post-traumatique très intense**.

-Echelle A : il a obtenu de note brute 9 avec note étalonnée de 2 faible, il éprouve juste une impression d'être paralysé et une incapacité de réaction à ce moment aucune anxiété était marquée.

-Echelle B : il a obtenu de note brute de 7 avec note étalonnée de 3 un peu élevée car Mr Farouk essaye toujours d'éviter de penser sur l'accident même de parler sur lui, et quant quelqu'un lui parle de lui il éprouve des fortes crises d'angoisse à cause des terribles conséquences physiques de celui-ci.

-Echelle C : il a obtenu de note brute de 13 avec note étalonnée de 4 élevée, car Mr Farouk depuis l'accident souffre d'une véritable insomnie avec des rêves associés, des cauchemars sans lien direct avec l'accident, à cause des réveils répétés et des insomnies il a développé une fatigue.

Echelle D : il a obtenu de note brute de 9 avec note étalonnée de 3, Mr Farouk il nous a raconté que depuis l'accident il a développé une anxiété incontrôlable, il souffre des boules d'angoisse surtout la nuit suivi toujours des pleurs à cause de sa situation et le manque de soutien de sa famille, de plus il éprouve un fort degré d'évitement vers des situations qui font rappeler à l'accident « **je ne supporte pas la publicité sur le prévention des accident, je pense que c'est moi je vais mourir comme celui de la pub** ».

Echelle E : il a obtenu de note brute de 16 avec note étalonnée de 5 très élevée, Mr Farouk nous a déclarée que depuis l'accident il éprouve une forte méfiance surtout vers les médecins « **les médecins ne connaient que de l'amputation et j'ai aucune confiance aux infirmiers** », « **la vie est dur je ne donne confiance à quelques proches ami ma trayais** ». De plus il devient plus agressif depuis l'évènement on a observé chez lui plusieurs comportements agressifs.

Description et analyse des résultats

Echelle F : la note brute 11 avec note étalonnée de 5 aussi très élevée caractériser par des difficultés de concentration suivi des maux de tête, depuis l'accidents les troubles de mémoire très remarquables.

Echelle H : il a la note brute de 13 avec note étalonnée de 4. La tristesse ne sépare pas le visage de Farouk, avec un manque d'envie et d'énergie vers les choses les plus importantes pour lui c'est comment ce guérir de tous ses séquelles, il se sent d'une grande fatigue physique et psychique « je suis vraiment fatigué, je ne peux ni bouger, ni parler à cause de ma situation, comment tu peux être aise à cette situation, toujours allongé ».

Echelle I : la note brute est de 17 suivi d'une note étalonnée de 5 très élevée caractériser d'une forte culpabilité, violence envers soi même avec un sentiment dévalorisé, il sent d'une grande responsabilité de tous ce que lui passer « **c'est moi la cause, voila vous voyez les résultats de l'alcool....suivi des pleurs** » il se sent dévaloriser « **tout est changé, maintenant je suis rien qu'est-ce-que je peux faire avec toutes ses séquelles irréparables.** »

Echelle J : la note brute est de 6 avec note étalonnée de 4 elle est élevée, Mr Farouk éprouve un fort sentiment d'abondant surtout à ses propres parents, avec des parents incompréhensifs la souffrance et le degré de choc vont augmenter, il sent d'une pénible solitude à cause de la négligence de sa mère et l'incompréhension de son père, un fort besoin d'autrui.

Description et analyse des résultats

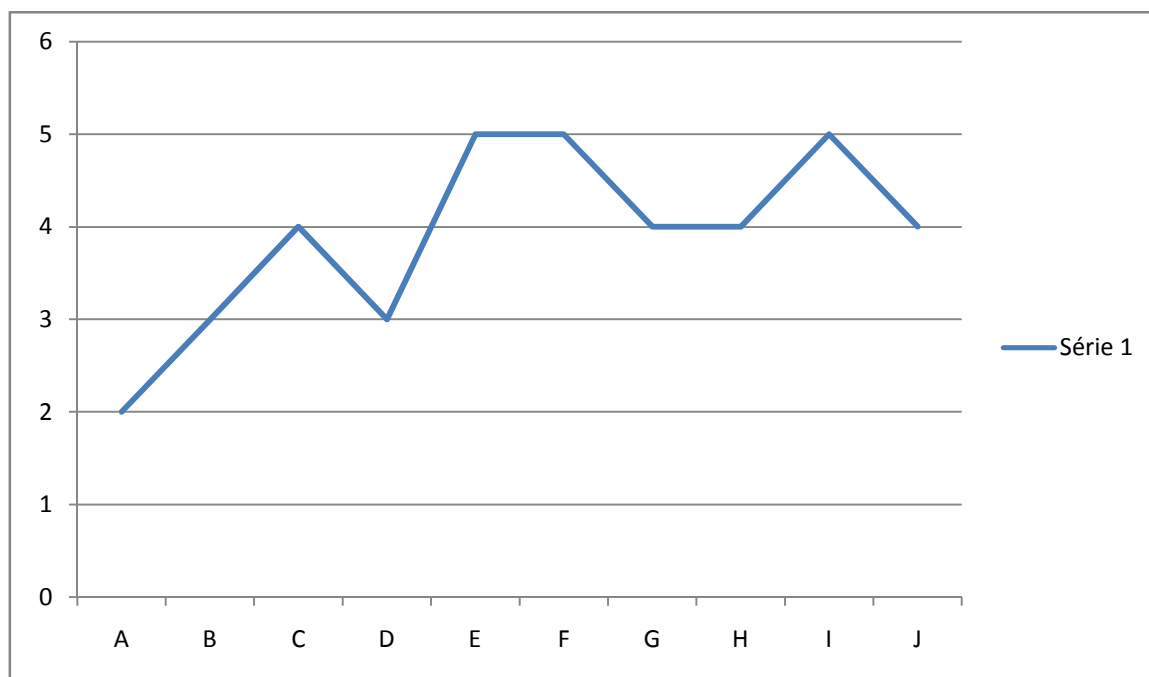


Figure 1 : syndrome post-traumatique intense

La partie 2 : L'ensemble des signes traumatiques se manifeste chez Farouk même après trois mois de l'accident tel que l'anxiété, la méfiance, la culpabilité et l'évitement.

L'analyse de deuxième cas :

1. Présentation de cas :

Il s'agit de D. Mouhamed âgé de 38 ans, célibataire, demeure à Bejaia, agent de commercial de profession avec un niveau d'instruction moyen. Est une victime d'un accident de la circulation depuis 8 mois il résulte des graves séquelles physiques au niveau de la colonne vertébrale.

2. Analyse de l'entretien :

Au moment de l'entretien au cabinet de rééducation Mr mouhamed nous a apparu comme une personne sociale, sympathique avec un visage plein de sourire, ce qui cache c'est sa souffrance interne.

Il s'agit d'un accident de la circulation qu'il a effectué à Adakar wilaya de Bejaia, un accident a causé une grave fracture de la colonne vertébrale.

D mouhamed nous décrit l'accident avec « **c'est horrible, comment la voiture nous a jeter en bas de la route** » au moment de l'accident il a éprouvé un fort sentiment d'angoisse, avec une impression d'être paralysé, « **j'ai passé un moment horrible plein de peur et d'angoisse** », de plus depuis ce jour il a développé la phobie de sang « **ce qui me fait peur vraiment c'est l'image de sang qui cache tout mon corps** ».

Mouhamed nous a décrit la nuit de l'accident comme une nuit inoubliable insomnie, peur, frayeur avec des crises d'angoisse « **mes yeux ouvertes toute la nuit, ni parole, ni respiration est un vrai choc** », mais le moment le plus difficile, c'est après 19 jours d'accident « **le moment que je connais que je ne peux ni bouger, ni marcher, c'était la catastrophe à ce moment je pense que tout est fini pour moi c'est un vrai choc.....avec pleurs la vie m'a traqué** ».

Après huit mois d'accident Il éprouve toujours le sentiment d'évitement, il évite le maximum les situations et les lieux qu'ont le rapport direct avec l'accident « **c'est fini** ».

Description et analyse des résultats

adakar je ne peux pas passer par cette région jusqu'à ma mort, et au moment de déplacement à l'autre wilaya je changerai le chemin malgré loin ».

De plus il souffre d'un véritable angoisse associé d'une peur massive lorsque il voit un accident **« avant j'essaye le maximum d'aider les accidentés mais maintenant, je ne peux pas j'ai peur de sang ».**

Pour Mohamed la famille et les amis constituent un fort élément d'aide et de soutien **« c'est à cause de ma mère je suis vivant, elle a risqué tout pour voir ma joie, et je peux oublier le soutien de mes amis... alhamdoloh j'ai de la chance »**, cet élément est un facteur très important il lui aider à surmonter son traumatisme.

Malgré les graves séquelles physiques de Mr mouhamed , il était attaché toujours de l'optimisme **« inchallah je vais guérir et je reviendrai comme avant ».**

3. Présentation et analyse de questionnaire Traumaq :

Le score total est de 72 avec un traumatisme moyen approché de fort, avec un **syndrome anxio-dépressif.**

-Echelle A : il a obtenu la note brute de 13 avec une étalonnée de 3, puisque Mr mouhamed durant l'événement s'est bien vu la mort dans la voiture, il a été submergé par l'angoisse de la mort et de frayeur **« je n'imaginai pas que je suis vivant jusqu'à maintenant ! »**, au moment de l'accident il se sent paralysé avec une incapacité de bouger.

-Echelle B : la note brute 5 avec note étalonnée de 3, le seul symptôme qui domine c'est les crises d'angoisse lorsqu'il repense à l'accident ou lorsque quelqu'un lui évoque et lui parle sur l'accident.

-Echelle C : la note brute est de 8 avec note étalonnée de 3 un peu élevé, mouhamed souffre toujours des insomnies et de fatigue cause des réveils nocturnes.

Description et analyse des résultats

-Echelle D : la note brute 11 avec une étalonnée de 4 vraiment élevé. Mouhamed jusqu'à le jour de questionnaire éprouve un fort comportement d'évitement associé d'une anxiété massive suivi des boules d'angoisse « je suis devenu très anxieux qu'avant, c'est plus fort que moi et tout ça c'est à cause de ces séquelles physiques ».

-Echelle E : la note brute est de 10 avec une étalonnée de 4 aussi élevé. Mr mouhamed et depuis l'accident il devient plus vigilant au bruit suivi d'une hyper activité neurovégétative « **depuis l'accident je mets toujours mon portable en silence car je suis sensible au bruit** », une irritabilité très marquée.

-Echelle F : la note brute est de 5 avec note étalonnée de 3. Caractérisée par des palpitations, des tremblements et des nausées lorsque quelqu'un lui parle l'accident il n'éprouve aucun comportement agressif.

-Echelle G : la note brute 3 avec note étalonnée de 3 aussi caractérisée par des difficultés de concentration causée de son anxiété exagérée.

-Echelle H : la note brute 9 suivi d'une note étalonnée de 3. Mohamed a perdu beaucoup d'intérêt aux choses avec le manque d'énergie vers les choses associé d'une petite fatigue. Des moments de tristesse très marqués à cause de ses séquelles qui ont changé toute sa vie.

-Echelle I : la note brute 3 avec note étalonnée de 2. N'éprouve aucune culpabilité ni violence « **c'est le destin il faut accepter ça** », des symptômes dépressives sont de degré très faible à cause de soutien de l'entourage.

-Echelle J : la note brute 5 et note étalonnée de 3. Mr mouhamed n'éprouve aucun sentiment d'abandon ni d'incompréhension par l'entourage, pour lui l'entourage a joué un rôle important et positif dans sa situation, il a juste besoin de la présence d'une vraie compagnie.

Description et analyse des résultats

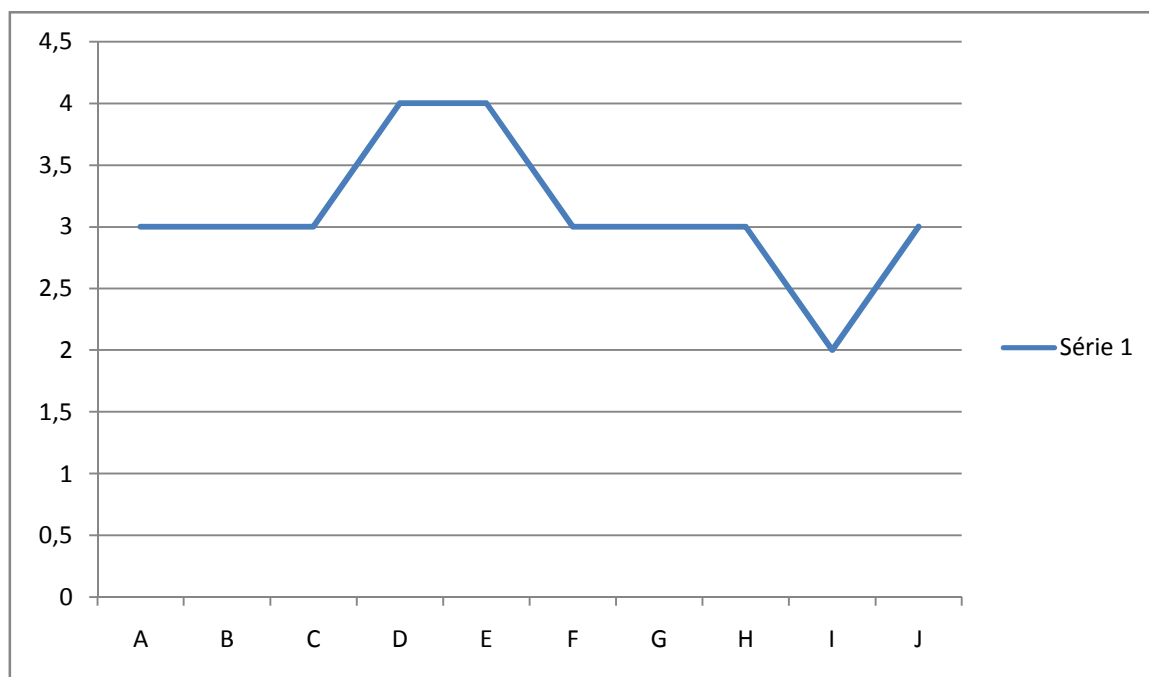


Figure 2 : syndrome anxio-dépressif

La partie 2 : l'évitement et l'irritabilité sont des symptômes toujours présentés même après huit mois de l'accident.

Description et analyse des résultats

L'analyse de troisième cas :

1. Présentation de cas :

Il s'agit de Mme A. Meriem âgée de 29 ans, veuve et mère d'une fille d'un an, demeure à femme au foyer avec niveau d'instruction moyen. Est une victime directe d'un accident de la circulation depuis deux ans qui résulte la mort de son mari après quatre mois de mariage et une grave fracture au niveau de sa jambe gauche.

2. L'analyse de l'entretien :

Mme Meriem nous a déclaré qu'elle a subi depuis deux ans un terrible accident de la circulation, un accident mortel, violent et qui est marqué par la mort de son conjoint et sa deuxième partie « **moi et lui c'est un amour qui a duré 4 ans, et le mariage a duré juste 4 mois et tout est fini dans une heure. C'est un cauchemar.**»

A l'entretien, elle a subi un vrais cauchemar, un véritable malaise « **tout est noir je ne sais pas jusqu'à maintenant comment l'accident s'est-il passé ?** ». Pour elle a subi un vrais choc, elle est blessée sur deux parties la première c'est la blessure et le choc de la mort de son mari, et la deuxième c'est les séquelles physiques qu'elle a subi «**je me souviens de rien de l'accident jusqu'à nos jour** » ce qui explique le degré de choc et de l'horreur.

Elle nous déclare qu'elle a eu une nuit sans sommeil pleine de questions sans réponses « **les yeux ouvertes toute la nuit sans parler ni bouger, et je parle dans ma tête est-ce- que c'est la réalité** » se qui signifie le degré de cauchemar de cette nuit.

Jusqu'à le jour de l'entretien Mme Meriem éprouve le sentiment de la haine vers les psychologues « **je déteste les psychologues, un psychologue me rappelle de la souffrance, car j'ai transmué la mort de mon mari par un psychologue ...c'est terrible** »

Après deux ans de l'accident elle éprouve toujours le sentiment d'évitement, elle évite même de parler sur l'accident « **s'il te plaît si tu veux me voir alaise ne me**

Description et analyse des résultats

parle pas sur l'accident car j'essaye le maximum d'oubli ce cauchemar » de plus elle nous informe que elle souffre des réveils nocturnes pendant la nuit et des maux de tête insupportables pendant la journée, une fatigue et perte de poids très remarqué.

Depuis l'accident elle un véritable comportement d'agressivité **« j'ai été la plus calme de ma famille, mais maintenant je suis devenue plus agressive même avec mon père»** c'est de ses graves séquelles physiques et l'incompréhension de sa famille surtout la famille de mon mari qui vont enlever ma fille.

Malgré toute sa souffrance Mme Meriem garde un grand espoir vers l'avenir **« l'avenir pour moi c'est ma fille, je veux vivre et risquer tout pour lui redonner de la joie et du bonheur, la tendresse de son père ».**

Présentation et analyse questionnaire traumaq :

Le score total est 90 elle marque un traumatisme fort. Et Un **syndrome post-traumatique intense.**

-Echelle A : la note brute est de 8 avec note étalonnée de 2, elle est faible au moment de l'accident, elle ne réagit pas juste elle a senti d'être paralysé en plus elle perd la conscience.

-Echelle B : la note brute est de 10 avec note étalonnée de 5 vraiment élevée, depuis l'accident Mme Meriem souffre des boules d'angoisse à cause de fort traumatisme qu'elle a subi, des cauchemars pendant la nuit avec des réveils nocturnes.

-Echelle C : la note brute est de 9 avec note étalonnée de 3, Meriem souffre d'une grande fatigue avec pâleur cause des insomnies et des réveils nocturnes pendant la nuit.

-Echelle D : la note brute est de 8 suivi d'une note étalonnée de 3 caractérisée d'une pénible anxiété et un fort sentiment d'évitement face aux sujets et aux situations qui se rassemblent avec l'accident.

-Echelle E : la note brute est de 10 avec note étalonnée de 4, Mme Meriem depuis l'événement, elle éprouve un fort comportement agressif causé par ses graves

Description et analyse des résultats

séquelles et le sentiment d'incompréhension de l'entourage, de plus elle éprouve un véritable sentiment de méfiance surtout vers sa belle famille.

-Echelle F : la note brute est de 10 avec note étalonnée de 5 très élevée caractérisée d'une véritable détérioration physique avec perd de poids et des terribles maux de tête causés sous les effets des médicaments.

-Echelle G : la note brute est de 9 avec note étalonnée de 5, depuis l'accident Mme Meriem souffre des véritables difficultés cognitives telles que les difficultés de concentration et des troubles de mémoire surtout ce qui concerne l'accident.

-Echelle H : la note brute est de 8 avec note étalonnée de 3 caractérisée d'une pénible fatigue avec manque d'énergie et un humeur triste causé par des grave séquelles et le sentiment de solitude causé par l'absence de son mari.

-Echelle I : la note brute 11 avec note étalonnée de 4 jusqu'à au jour de questionnaire Meriem éprouve un fort degré de colère et de la haine surtout vers sa belle famille à cause de leur négligence de sa souffrance.

-Echelle J : la note brute est de 7 avec une note étalonnée de 4, Mme Meriem éprouve un véritable sentiment d'abandon et d'incompréhension de l'entourage.

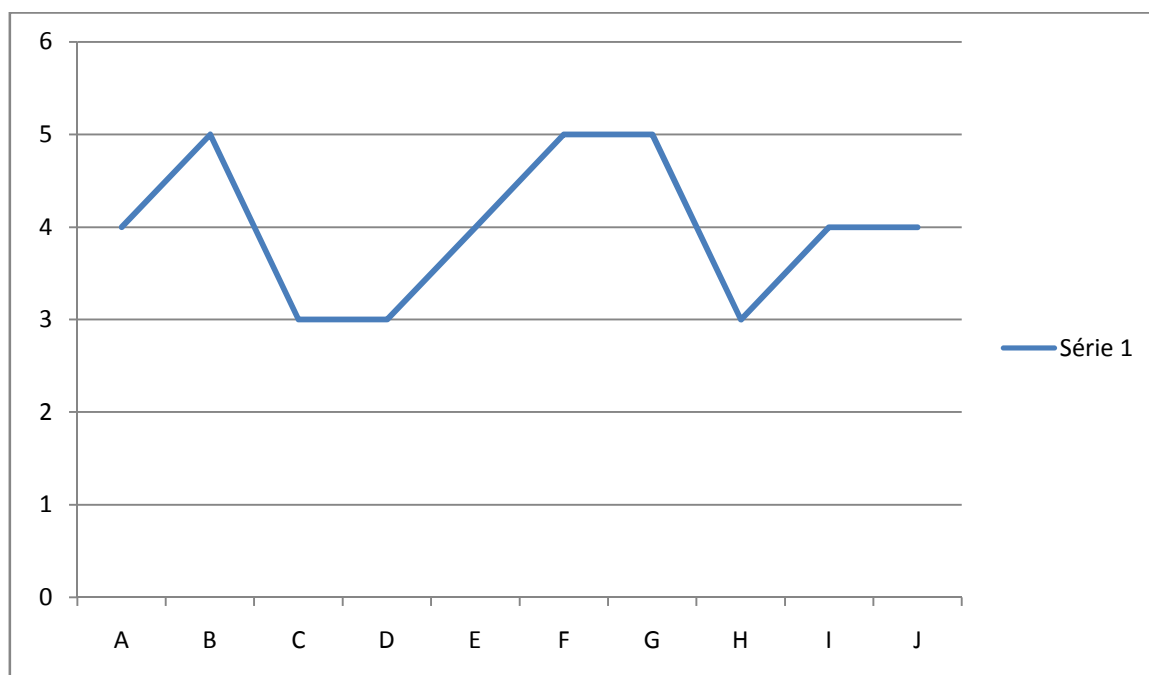


Figure 3 : Syndrome post-traumatique intense

Description et analyse des résultats

Partie 2 : Mme Meriem même après deux ans de l'accident, elle souffre toujours des signes de syndrome post-traumatique.

II. Les cas sans séquelles physiques :

L'analyse de quatrième cas

1. La présentation de cas :

Il s'agit d'A.Mallak âgée de 23 ans, célibataire, demeure à Bejaia, sans emploi avec niveau d'instruction moyen (9^{ème} année). Elle a vécu un accident de la circulation depuis 10 mois qui résulte une petite fracture au niveau de la hanche.

2. L'analyse de l'entretien :

Mallak nous apparut comme une jeune fille très gentille, très calme avec un visage pleins de sourire c'est le contraire de tout se cache dans l'âme.

Elle nous a raconté qu'avant l'accident elle a subi un véritable cauchemar, elle a été victime d'un viol(une violence sexuelle) à l'âge de 17 ans, elle nous a cité que elle a vécu un vrais stress post-traumatique. L'accident pour elle est une reviviscence d'un véritable choc et d'un pénible malaise « **je ne peux pas vivre comme les autres personnes, la souffrance et le choc sont des habitudes dans ma vie** ».

L'accident pour elle est un élément qui donne vie pour la deuxième fois à un stress post-traumatique « **depuis l'accident je pense tout le temps au viol, des crises d'angoisse insupportables, suivi d'une pénible anxiété** ».

L'accident donne des petites fractures au niveau de la hanche, mais d'un autre coté elle laisse des terribles cicatrices psychiques pour elle et une pénible souffrance pour sa famille à cause de son comportement inadapté.

Depuis l'accident Mallak souffre des insomnies, elle vit dans des cauchemars dans ses rêves « **toujours c'est des cauchemars, des accidents, des hommes cachés, des serpents, des inondations et je marche dans le noir... c'est terrible** ». Elle passe des journées dans la tristesse avec pleurs sans cesse « **je pleure tout le temps, même je ne trouve pas le lieu calme, je pleure dans les toilettes pendant des heures.** » ce qui explique le degré de sa souffrance.

Description et analyse des résultats

Elle éprouve un fort comportement d'évitement associé d'une anxiété massive quand quelqu'un lui évoque l'accident « **je ne peux pas passer par ce lieu jusqu'à ma mort** ». De plus elle attribue des comportements agressifs se forment des cris surtout avec sa propre famille avec un isolement social « **quand j'ai été à l'hôpital j'ai été Bienne, ma souffrance commence à notre maison, c'est un lieu de malaise pour moi ils sont tous contre moi** », un sentiment de méfiance et de la haine vers l'entourage très remarqué « **ce qui ma touché c'est ma meilleure amie j'ai été tout le temps avec... ci faux elle veux juste ses intérêts, même un petit bip d'elle il n'y'a pas... c'est malheureux.** » « **Les proches parlent du mal sur moi, mais je vais leur mettre la crois rouge.**»

En fin, Mallak nous a déclaré qu'elle a effectué deux tentatives de suicide, elle une impression d'avenir bouché, manque de plaisir et des idées suicidaires très répéter.

3. Présentation et analyse de questionnaire traumaq:

Le score total est de 122 marqué d'un traumatisme très fort. Et un **syndrome post-traumatique très intense**

-Echelle A : la note brute est 6 avec note étalonnée de, des faibles réactions au moment de l'accident car elle ne réalise pas le danger.

-Echelle B : la note brute est de 8 avec note étalonnée de 4, caractérisée par des reviviscences anxieuses, elle est angoissée dès qu'il évoque l'accident suivi des difficultés de parler sur l'accident.

-Echelle C : la note brute est de 14 avec note étalonnée de 5 très élevée, marqué d'un ensemble cauchemars sans rapport direct avec l'accident, des insomnies avec des réveils nocturnes qui la fatigue.

-Echelle D : la note brute est de 14 avec note étalonnée de 5 très élevée, caractérisée d'une grande insécurité, avec une pénible anxiété associée à des crises d'angoisse jour et nuit, de plus elle éprouve une intense de peur et d'horreur avec un fort comportement d'évitement vers des lieux et des situations qui se rassemblent à l'accident.

Description et analyse des résultats

-Echelle E : la note brute 16 avec note étalonnée de 5, depuis l'accident elle éprouve une grande hyper vigilance aux bruits, suivi d'un fort sentiment de méfiance surtout vers ses proches, des comportements agressives vers sa propre famille très observés à cause de l'incompréhension de sa famille.

-Echelle F : la note brute 7 avec note étalonnée de 4, caractérisée d'une forte variation de poids associée à des problèmes de santé dans la cause a été difficile à identifier.

-Echelle G : la note brute est de 8 avec note étalonnée de 5, l'anxiété massive de Mallak lui empêche de se concentrer, avec des troubles de mémoire très remarquables.

-Echelle H : la note brute 22 avec note étalonnée de 5 très élevée, depuis l'accident Mallak sent un grand manque d'énergie avec un épuisement très marqué, un état dépressif très marqué suivi d'un ensemble des idées suicidaire « **ma vie n'a pas de sens, je suis l'obstacle de ma famille il faut que je meurt** ».

-Echelle I : la note brute est de 8 avec note étalonnée de 5, une culpabilité très marquée « **je suis la cause de tout ce qui ma passé, je mérite la mort... avec pleurs.** » elle sent que depuis l'accident tout est changé dans sa vie, de plus elle éprouve un fort sentiment de la haine surtout vers son père à cause de son incompréhension « **mon père...aucun sentiment c'est une personne morte dans le corps d'un vivant.** »

-Echelle J : la note brute 9 avec une note étalonnée de 5 très élevée, caractérisée par un désintéressement total au sens de la vie avec un pénible sentiment d'incompréhension et d'abandon d'autrui.

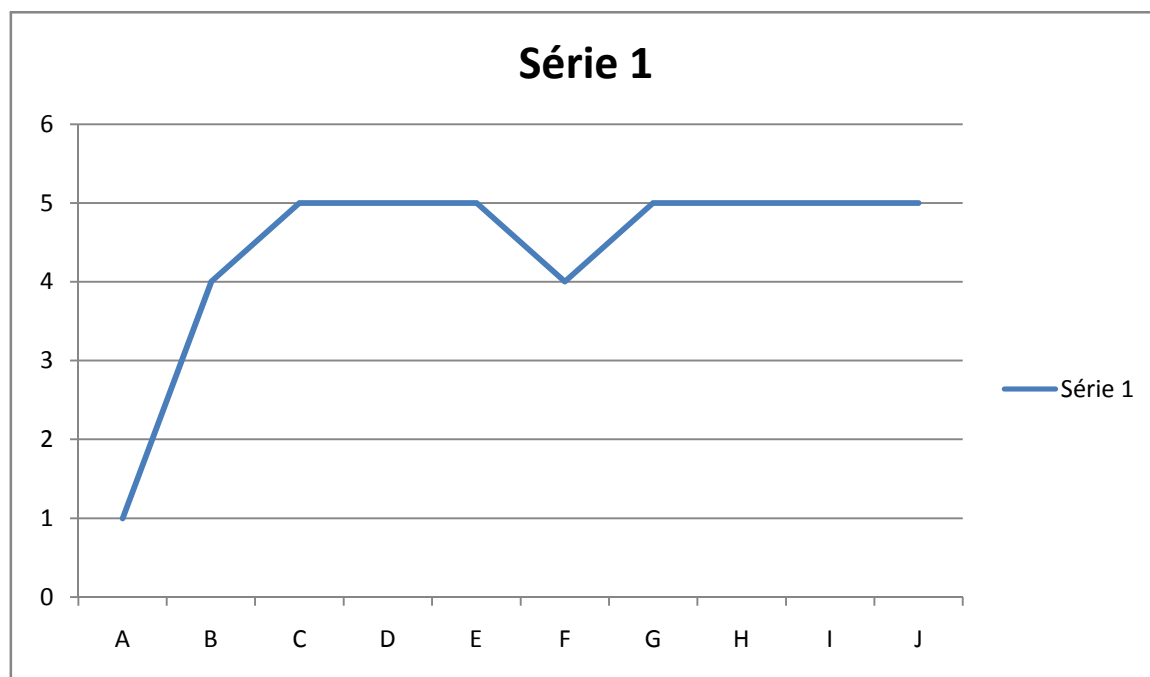


Figure 4 : syndrome post-traumatique très intense

La partie 2 : les signes de syndrome post-traumatique se manifeste même après un d'accident se forme des cauchemars, des crises d'angoisses, les comportements d'évitement et d'agressivité.

Description et analyse des résultats

L'analyse de cinquième cas :

1. La présentation de cas :

Il s'agit de B. Ablu âgée de 24 ans célibataire, demeure à Bejaia, licence en droit et sans emploi. Elle a été victime d'un accident de la circulation depuis 5 mois et qui laisse une légère fracture au niveau de sa jambe gauche.

2. L'analyse de l'entretien :

Ablu est une jeune fille, elle se manifeste d'un ensemble des signes de stress avec une personnalité inquiétante de nature.

Ablu a vécu un grave accident de la circulation qui lui laisse des pénibles peurs avec une massive anxiété, dans cet accident Ablu s'est bien vue morte, elle était surchargée par l'angoisse et de peur suivi des manifestations physiques tel que les tremblements.

Elle nous a raconté l'accident, les manifestations de la peur et de l'horreur chargent son visage, au moment de l'accident elle a un véritable sentiment de frayeur « **c'était terrible, ce sont des minutes que je ne peux pas les oublier, des pleurs, des tremblements, je sens que je suis paralysée.** » c'est les mêmes réactions lorsqu'elle prend une voiture.

Elle nous a déclaré « **cette nuit j'ai perdu le sommeil, je revivais l'accident dans des images terribles, je criais tout le temps maman** » ce qui signifie qu'elle a subi un choc inoubliable qui brise le psychisme, des difficultés d'endormissement pendant tous les deux mois après l'accident.

Ablu jusqu'au jour de l'entretien, elle éprouve un fort comportement d'évitement face au lieu de l'accident ou aux situations qui se rassemblent à l'événement « **j'ai eu l'accident à côté de la maison de ma grande mère, et je pense que même si ma grand-mère meurt je ne pourrais pas passer par ce lieu... jamais de ma vie avec pâleur et anxiété.** » De plus elle éprouve un fort sentiment de la haine envers le

Description et analyse des résultats

conducteur de véhicule de l'accident « **c'est un monstre, il a l'habitude de tuer les personnes, j'ai peur de lui mais il va payer.**»

Abla n'éprouve aucun sentiment ni d'abondant ni d'incompréhension à cause de soutien de l'entourage « **ma mère était la véritable victime, elle souffre vraiment avec moi, elle fait tout pour moi et pour oublier ma souffrance.**»

Le soutien des proches est un vrai facteur de surmonter les traumatismes et c'est le cas pour Aba « **je n'oublierai jamais le soutien et la compréhension de mon fiancé, il ma vraiment soutenu avec tous les moyens même psychique, il essaye tout le temps de me rendre joyeuse.**»

En fin, Aba ne souffre d'aucun problème cognitif ni d'autre problème, elle a un grand envi vers l'avenir « **il ne reste pas beaucoup pour le mariage, inchallah je vais oublier tout et construire une nouvelle vie.** »

3. Présentation et analyse de questionnaire Traumaq :

Le score total est de 66 avec un traumatisme moyen. Avec un **syndrome post-traumatique modéré**

-Echelle A : la note brute est de 14 avec note étalonnée de 3 élevée, Aba pendant l'accident a la convection qu'elle allait mourir de la violence de vitesse de conducteur, elle a eu excréments peur, paralysée par de réactions physiologiques massives tels que les tremblements, accélération des battements du cœur, elle a été submergée de peur et de frayeur.

-Echelle B : la note brute est de 8 avec note étalonnée de 4, Aba à des difficultés de parler sur l'accident accompagner des crises d'angoisse.

-Echelle C : la note brute est de 2 avec une étalonnée de 2 faible, le seul symptôme marqué chez elle c'est les difficultés de sommeil.

-Echelle D : la note brute est de 12 avec note étalonnée de 4 caractérisée d'une anxiété massive depuis l'événement avec une pénible peur de rendre sur le lieu d'accident.

Description et analyse des résultats

-Echelle E : la note brute 10 avec note étalonnée de 4, caractérisée d'une faible méfiance surtout vers les conducteurs « **je n'ai pas de confiance vers les conducteurs** ».

-Echelle F : la note brute est de 4 avec étalonnée de 3, Le seul symptôme qui domine les variations de poids chez Abla à cause de manque d'appétée.

-Echelle G : aucune difficulté cognitive juste des petites difficultés de concentration.

-Echelle H : la note brute est de 6 avec note étalonnée de 3, Abla n'éprouve aucun signe d'état dépressif, on a observé juste une léger fatigue suivi de manque d'énergie causé par l'état difficile des premiers mois après l'accident.

-Echelle I : Abla n'éprouve ni honte ni culpabilité, juste un faible sentiment de la haine en vers le conducteur.

-Echelle J : la note brute est de 4 avec note étalonnée de 3, elle ne souffre d'aucun sentiment d'abondant ni de négligence à cause de fort soutien qu'elle a trouvé par son entourage surtout sa mère et son fiancé.

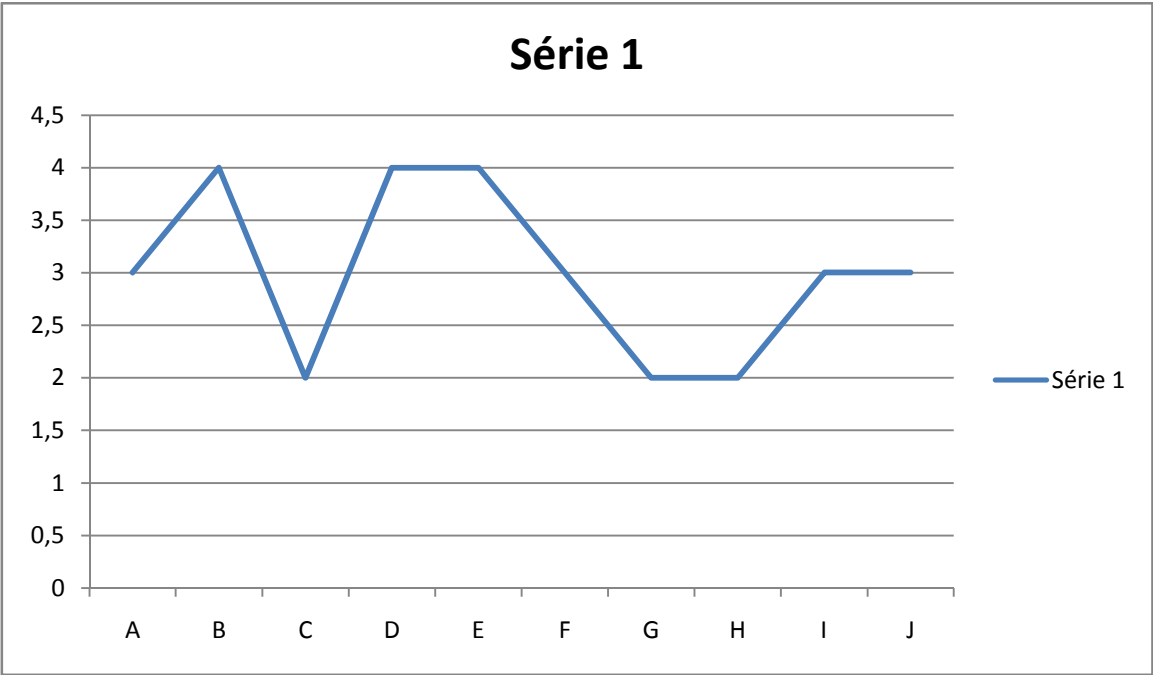


Figure 5 : syndrome post-traumatique modéré

La partie 2 : la plus part des signes de stress post-traumatique sont disparu juste après deux mois de l'accident, il reste juste l'anxiété et son comportement d'évitement.

L'analyse de sixième cas

1. Présentation de cas :

Il s'agit de Mr H. Samir âgé de 41 ans marié et père de deux enfants (fille et un garçon), travailleur dans une usine, un niveau d'instruction secondaire (3^{ème} année niveau terminal). Est une victime directe d'un accident de la circulation depuis 5 mois, un accident qui laisse une petite fracture au niveau de sa chevée.

2. L'analyse de l'entretien :

Mr H. Samir au début de l'entretien nous apparut comme une personne compréhensive, très optimiste pour la vie.

Il nous a raconté et décrit le moment de son accident comme les moments les plus difficiles de sa vie « **à ce moment je ai vraiment goûté à la mort** » ce qui explique un véritable sentiment de l'horreur et de frayeur avec une incapacité de bouger « **j'ai été bloqué sur ma place, paralysie je me rappelle juste les cries des personnes...ramener les pompiers l'homme est entraine de mourir.**», ce qui explique le fort degré de choc.

Dans les premiers temps après l'accident, il souffre d'une grande incapacité d'endormissement « **dans les premiers temps j'ai passé des nuits blanches sans sommeil à cause de peur et des images de l'accident qu'elle ne sépare pas ma tête.**», ce qui signifie le degré de traumatisme qu'il a subi.

Au moment de l'entretien Mr H. Samir et depuis l'accident il souffre d'une anxiété massive suivi des crises d'angoisse lorsqu'il quelqu'un lui évoque un accident à ce moment une pénible souffrance qui se manifeste « **je ne peux pas entendre quelqu'un me parle sur l'accident, un pénible stress s'installe et je ne peux pas le contrôler, c'est plus fort que moi.**», ce qui signifie aussi un fort degré d'évitement. De plus il souffre des difficultés de concentrations avec problème de mémoire « **j'oublie tout le temps, et je n'arrive pas à me concentrer sur des sujets, ce qui provoque des problèmes avec ma femme, lahgabal c'est plus fort de moi....Ah** »

Description et analyse des résultats

Il éprouve une forte hypersensibilité au bruit « **je ne supporte plus le bruit, parfois j'ai puni mes petits enfants à cause de leurs jeux** ».

Il n'éprouve aucun sentiment d'abondant à cause de soutien de sa femme et ses amis « **c'est une merveilleuse femme et j'ai de la chance, c'est à cause de sa présence que je suis en vie.** »

On fini que Mr H. Samir éprouve un fort sentiment d'optimisme vers l'avenir « **c'est du passé , il faut vivre pour l'avenir et pour notre famille, inchallah cette année on va terminer la construction de notre maison et tout sera bien inchallah.**»

3. Présentation et analyse de questionnaire Traumaq :

Le score total est de 62 marqué d'un traumatisme moyen rapproche de léger. Avec un **syndrome post-traumatique léger.**

-Echelle A : la note brute est de 10 avec note étalonnée de 2, pendant l'accident Mr Samir a eu le sentiment qu'il allait mourir, un semi remorque monte sur les pieds c'est plus d'un traumatisme ! Il a eu excrément peur, il se sent paralysé par des réactions physiologiques massives. Il n'a pas cherché de réagir, car il a été trop surpris par l'accident.

-Echelle B : la note brute est de 4 avec note étalonnée de 2, caractérisée d'une forte angoisse dès qu'il évoque l'accident, de plus il est envahi par les flash-back et la reviviscence anxieuse.

-Echelle C : la note brute est de 1 avec note étalonnée de 1 très faible. Aucune difficulté de sommeil, ni de cauchemar.

-Echelle D : la note brute est de 7 avec note étalonnée de 3. Il estime anxieux suivi des attaques d'angoisse, associé d'un fort comportement d'évitement face aux situations qu'évoque la scène de l'accident.

-Echelle E : la note brute est de 10 avec note étalonnée de 4 élevée, caractérisée d'une forte hyper vigilance au bruit, une irritabilité très remarqué à cause de son anxiété massive.

Description et analyse des résultats

-Echelle F : la note brute est de 2 avec note étalonnée de 2 faible, dans les deux premiers mois après l'accident, il a perdu de poids car « n'avait pas faim », de plus il est envahi par des tremblements dès qu'il évoque.

-Echelle G : la note brute est de 8 avec note étalonnée de 5 très élevée, après l'accident un ensemble des problèmes cognitifs est précisément les difficultés de concentration et des problèmes de mémoire ce qui le gêne dans sa relation avec sa femme.

-Echelle H : la note brute est de 7 avec note étalonnée de 3, il ne présente absolument pas des signes dépressifs, juste des impressions de fatigue et d'épuisement.

-Echelle I : la note brute est de 9 avec note étalonnée de 3, caractérisée d'un fort sentiment de culpabilité, de plus il sent dévalorisé avec changement total dans sa vision dans la vie.

-Echelle J : la note brute est de 4 avec note étalonnée de 3, pour Mr H. Samir cet accident n'a eu aucune incidence sur ses relations sociales.

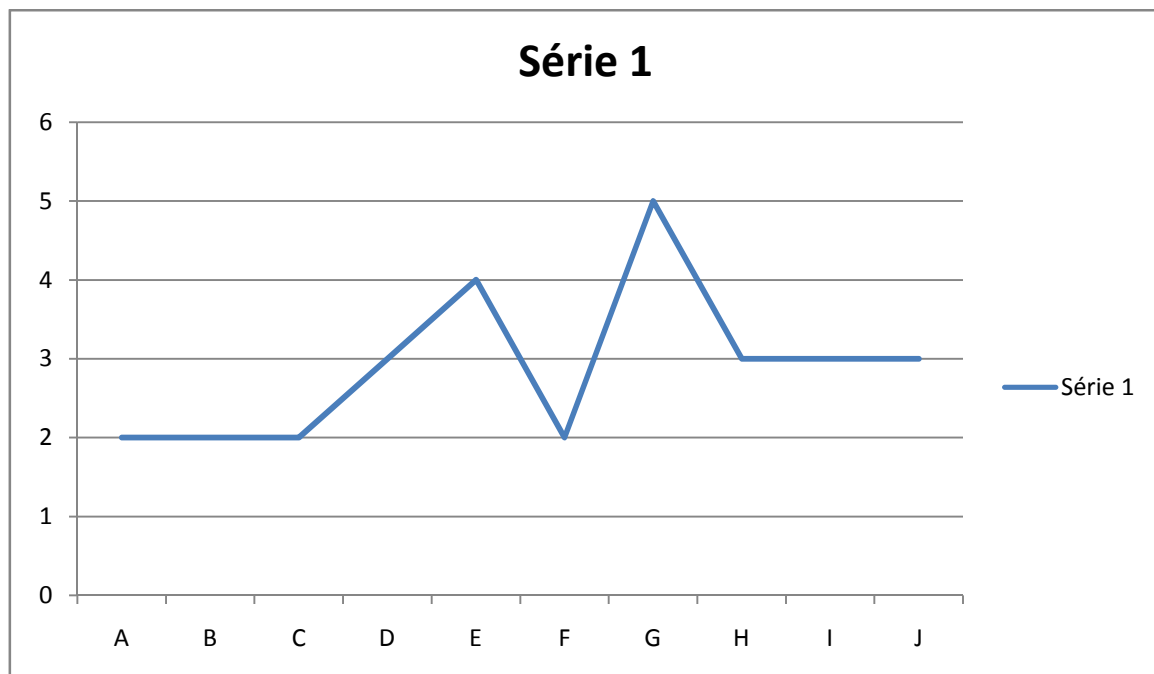


Figure 6 : syndrome psycho-traumatique modéré (sans trouble dépressifs)

La partie 2 : tout symptôme de syndrome post-traumatique a été disparu juste après deux mois de l'accident, il a juste une petite anxiété.

Description et analyse des résultats

2. La discussions et la vérification des hypothèses de recherche :

Dans cette partie on a adopté l'analyse des résultats de questionnaire trauma pour permettre de confirmer nos hypothèses de recherche sur l'existence de syndrome post-traumatique chez les victimes d'accident de la circulation.

Cas	Niveau d'intensité de traumatisme selon la note brute total de partie 1	Evaluation clinique
Farouk. M	108	Traumatisme fort
Mohamed. D	72	Traumatisme moyen rapproche de fort
Meriem. I	90	Traumatisme fort
Malak. A	122	Traumatisme très fort
Abla. B	66	Traumatisme moyen
Samir. H	62	Traumatisme moyen

Tableau N° 1 : Représente les résultats des six cas étudiés.

A partir de ce tableau, on a remarqué que la plus parts des six cas victimes d'accident de la circulation souffrent d'un syndrome post-traumatique, 4/6 cas souffrent d'un fort stress post-traumatique. Donc d'après l'analyse et l'interprétation des résultats des cas étudiés, on confirmé notre hypophyse générale qui porte « **les accidentés de la voie publique souffrent de syndrome post-traumatique.** », ce qui démontre le tableau si dessus.

De plus on a remarqué que Malak c'est la victime la plus touchée par ce trouble, c'est celle qu'a obtenu la note la plus supérieur 122 avec un traumatisme très fort et intense chargé de choc, de frayeur, des cauchemars et un ensemble de signes dépressifs.

En suite on peut remarquer Farouk lui aussi présent un syndrome post-traumatique très intense, par contre Mr Samir présente la plus faible note 62 un résultat de traumatisme moyen qui se rapproche au léger.

Description et analyse des résultats

Enfin on peut constater que 5/6 cas des victimes d'accident de la circulation présentent et souffrent d'un véritable syndrome post-traumatique.

Cas	Niveau d'intensité de traumatisme selon la note brute total de partie 1	Evaluation clinique
Farouk. M	108	Traumatisme fort
Mohamed. D	72	Traumatisme moyen
Meriem. I	90	Traumatisme fort

Tableau N° 2 : Les résultats des cas avec graves séquelles physiques.

A partir de ce tableau, on remarque que 2/3 des victimes d'accident de la circulation souffrent d'un fort syndrome post-traumatique à cause de leurs graves séquelles physiques, leurs incapacités de bouger et de vivre comme les autres tout ça augmente leurs souffrances, marqué d'un fort sentiment d'infériorité avec leurs sectatrices qui les gênent.

Mr Farouk est celui qui a obtenu la plus fort note dans cette catégorie avec 108, c'est celui le plus touché par les graves séquelles physiques. Trois graves fractures avec risque d'amputation, il ne peut ni bouger ni vivre sa vie comme les autres, tout le temps au lit et seul et tout ça est un ensemble des facteurs qu'augmente de l'intensité de syndrome post-traumatique.

La deuxième c'est Meriem, qu'a eu aussi une grave séquelle au niveau de la jambe gauche qui devient pour elle un grand obstacle dans sa vie. Après deux ans d'accident, elle marche à l'aide des piqués.

Enfin on dit, que d'après les résultats présentés dans le tableau si dessus on peut confirmer notre hypothèse qui porte sur « **une grave séquelle physique augmente de l'intensité de syndrome post-traumatique chez les accidentés de la circulation.** »

Description et analyse des résultats

Cas	Niveau d'intensité de traumatisme selon la note brute total de partie 1	Evaluation clinique
Malak. A	122	Traumatisme très fort
Abla. B	66	Traumatisme moyen
Samir. H	62	Traumatisme moyen

Tableau 3 : Les résultats des cas sans séquelles physique.

On remarque dans ce tableau, que 1/3 des cas victimes d'accident de la circulation souffrent d'un fort syndrome post-traumatique et deux des autres ne présentent qu'un traumatisme moyen. Donc d'après les résultats présentés dans ce tableau si dessus on peut confirmer notre hypothèse qui porte sur « **le degré du syndrome post-traumatique est moins élevé chez les accidentés sans séquelles physique.** »

Malak représente un syndrome post-traumatique très intense, pas à cause de l'accident de la route, mais elle a été victime d'une violence sexuelle à l'âge de 17 ans, ce qui montre le rôle de facteurs pré-traumatique dans l'apparition facile de fort syndrome post-traumatique. Pour elle l'accident est une reviviscence d'un stress post-traumatique passé ou existe déjà, Les deux autres victimes représentent juste un traumatisme moyen,

Enfin on conclure que 4/6 cas victime d'accident de la circulation souffrent d'un fort syndrome post-traumatique ce qui on observé dans le tableau 1, et 2/3 des victimes avec graves séquelles physiques souffrent d'une intensité sévère de stress post-traumatique par apport à d'autre, donc l'absence de séquelle physique chez l'accidenté ce n'est qu'un obstacle dans l'apparition de syndrome post-traumatique mais avec un degré moyen que celui avec grave séquelle.

La Conclusion

L'accident de la circulation est considéré comme l'événement le plus perturbateur dans la vie. A tout moment, chacun peut être victime d'un accident. Un accident qui peut laisser des séquelles physiques irréparable, mais elle peut aussi laisser une pénible handicap psychique, un accident qui constitue pour la victime, un vrais choc, où l'accidenté ne peut ni dormir, ni bouger, ni travailler et ni vivre comme avant, l'accidenté souffre d'une pénible frayeur, une véritable souffrance psychique, comme l'étude de **L Crocq** qu'été déjà cité dans notre problématique. Surtout les victimes avec graves séquelles physique, et pour confirmer ces idées on a effectué une recherche sur terrain sous le thème « le syndrome post-traumatique chez les victimes d'accident de la circulation » dans l'objectif de détecter l'intensité de syndrome post-traumatique chez les accidentés de la route.

Pour réaliser cette recherche sur terrain, on a effectué notre pratique qui s'est déroulé au niveau de deux lieux, le premier c'est l'hôpital de Bejaia, et le deuxième c'est au niveau de cabinet de rééducation fonctionnelle de Dr **RAHMANI**, une pratique qu'a duré deux mois, Et durant cette dernière, on a rencontré des différentes difficultés comme (la bureaucratie, l'indisponibilité des accidentés dans un seul lieu... ect), sans oublié les difficultés théoriques concernant le manque de la documentation relative à notre sujet de recherche.

On adopté la méthode descriptive, en se basant sur l'étude clinique des cas, et pour vérifier nos hypothèses on a utilisé l'observation, l'entretien clinique et le questionnaire de **Traumaq** comme techniques d'investigation.

Après le recueil des données, les résultats obtenus montrent que, l'accident de la circulation est un facteur direct de déclenchement de syndrome post-traumatique chez les victimes d'accident, et l'intensité de cet état augmente avec les graves séquelles physiques.

La Conclusion

Les accidents de la circulation constitue un fléau social, et un vrais facteur de malaise psychique chez ses victimes, et pour cela on a insiste sur une très bonne prise en charge psychologique pour tous ces victimes de la route, de plus, il faut crée des psychothérapies nouvelles et plus efficaces pour mieux faire face à ce choc qui brise la personnalité et persiste pendant des années de drame.

Avant d'achever cette modeste étude, on ouvre la parenthèse pour la réalisation de recherches futur dans le même contexte, afin de mieux étudier le syndrome post-traumatique chez les accidentés de la route, et de s'intériser à l'étude de ce syndrome spécifiquement chez les enfants victime d'accident de la voie publique. Comme c'est nécessaire de s'intéresser au recherches concernant la prise en charge des victimes que sa soit adulte ou enfant, car l'accident pèsera sur eux, sur la société et sur l'état.

La liste bibliographique

I. La liste des ouvrages :

1. HENREY P., « *Manuel de psychiatrie* », paris, Masson, 1989.
2. REUCHLIN M ; « *Les méthodes en psychologie* », paris, P.U.F, 1995.
3. ANGERS M., « *Initiation à la méthodologie des sciences humaines* », Québec, c.e.c, 1996.
4. BOUATA CH., « *A propos du traumatisme psychosomatique* », Alger, Société Algérienne de recherche en psychologie, 1998.
5. – BAROIS C., « *Les névroses traumatiques* », paris, Dunod, 1998.
6. CICCONE A., « *L'observation clinique* », Paris, Dunod, 1998.
7. LADOUCEUR R MARCAND A et BOISVERT J., « *Les troubles anxieux* », paris, Masson, 1999.
8. TREMIN T., « *psychiatrie, Médecine légale toxicologie* », paris, impact internat, 1999.
9. COTTRAUX J., « *Les thérapies comportementales et cognitives* », paris, Masson, 2001.
10. De Clercq M et Lebigot F., « *Les traumatismes psychiques* », paris, Masson, 2001.
11. « *Mini DSM IV critère diagnostique* », paris, Masson, 2001.
12. CHAHRAOUI KH et BENONY H., « *Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique* », paris, Dunod, 2003.
13. CHAHRAOUI KH et BENONY H., « *L'entretien clinique* », paris, dunod, 2004.
14. BOUDARENE M., « *Le stress entre bien-être et souffrance* », Alger, BERTI, 2005
15. GUIDERE M., « *Méthodologie de recherche* », paris, Ellipses, 2005.
16. BOYER P et GUELFY J-D ET al., « *DSM-IV manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* », paris ,Masson,2005.
17. LEBIGOT F., « *traiter les traumatismes psychique* », paris, Dunod, 2005.
18. BOUATA CH., « *Les traumatismes collectifs en Algérie* », Alger, CASBAH, 2007.
19. CLAUDE B et Cyril T., « *Les nouvelles psychothérapies* », paris, Inter, 2007.
20. Annick et ponseti-Gaillonchon et al., « *Le débriefing psychologique, pratique, bilan et évolution des soins* », paris, Dunod, 2009.

La Liste bibliographique :

II. La liste des revues :

1. OMS, « **Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation** », Genève, 2004.
2. OMS, « **Rapport mondial sur la prévention des traumatismes chez l'enfant** », Genève, 2004.
3. OMS, « **Rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde, le temps d'agir** », Genève, 2009.

III. La liste des dictionnaires :

1. BLOCH (H.) et al, « **Le grand dictionnaire de psychologie** », Paris, Bordas, 1980.
2. SILLAMY (N.), « **Dictionnaire de psychologie** », Paris, Larousse, 2003.

IV. La liste des Thèses :

1. LOUCIF. L, « **La résilience chez les traumatisés suite à l'accident de la route** », mémoire de magistère, dirigé par Dr. Lounis. OUKACI, université Mentouri, Constantine, 2008-2009.
2. Thanh-huy ERICBUI, « **Facteur de risque peritraumatiques psychologique d'un trouble de stress post-traumatique** », thèse de doctorat, dirigé par BERMES.PH et BOURDERT.S, université de Toulouse, France, 2010-2011.

V. La liste des sites internet:

[Http/ www. Qui le syndrome post-traumatique chez les accidenté de la route.fr](http://www.Qui-le-syndrome-post-traumatique-chez-les-accidentés-de-la-route.fr) un article de Samir ould Ali consulté le 25/04/2013 à 13 :20 .

[Http/ www. Accident de la circulation en Algérie cause et conséquences.fr](http://www.Accident-de-la-circulation-en-Algérie-cause-et-conséquences.fr), consulté le 21/04/2013 à 14 :30h.

La liste des tableaux

1. Tableau n°1 : Démontre le PTSD selon le sexe p.17.
2. Tableau N° 2 : Démontre le PTSD selon l'âge p.17.
3. Tableau N°1 - Démontre Les statistiques du monde p.35.
4. Tableau N°2 -Prévision du nombre imputable à des accidents de la circulation par région. Déclaration 1990-2020 p.36.
5. Tableau N° 3 - Taux de mortalité femmes et hommes p.37.
6. Tableau N°4 - Les premiers bilans par wilaya p.37.
7. Tableau N°5 : Démontre Le bilan des accidents de la circulation de trois années en Algérie p.38.
8. Tableau N°6 : Démontre Les principales causes des accidents de la circulation en Algérie p.38.
9. Tableau N°7 : Démontre Le bilan 2011-2012 d'accident de la circulation au niveau de Bejaia selon la GN p.38.
10. Tableau N°8 : Démontre Le bilan d'accident de la circulation à Bejaia selon les jours de la semaine selon la GN p.39.
11. Tableau N° 9 : Démontre Le bilan des accidents de la circulation de Bejaia selon les heures d'accidents p.39.
12. Tableau N° 10 : Démontre Le taux d'accident de la circulation selon les routes national au niveau de Bejaia selon la GN p.40.
13. Tableau N° 11 : Démontre Les véhicules les plus accidentés à la wilaya de Bejaia selon la GN p.40.
14. Tableau N° 12 : Démontre Les causes principales de l'accident de la circulation à Bejaia selon la GN p.41.
15. Tableau N° 13 : Démontre les Statistiques d'accidents de la circulation à Bejaia selon les emplois des accidentés selon la GN p.42.
16. Tableau N°14 : Démontre Les statistiques des accidents de la circulation pour l'année 2011 selon l'âge des responsables d'accidents selon la GN p.42.
17. Tableau N°15 : Démontre Les statistiques de l'année 2011 des victimes d'accidents de la circulation à Bejaia selon le sexe et l'âge p.43.
18. Tableau N°16 : Démontre Les statistiques de l'année 2012 des victimes d'accidents de la circulation à Bejaia selon la GN selon le sexe et l'âge p.44.
19. Tableau N°17 ; Démontre les causes générales des accidents de la circulation à Bejaia selon la GN p.44.
20. Tableau N° 1 : Représente les résultats des six cas étudiés p.93.
21. Tableau N° 2 : Les résultats des cas avec graves séquelles physiques p.94.
22. Tableau 3 : Les résultats des cas sans séquelles physique p.95.

Annexe A

Le guide d'entretien :

Date de passation :

Lieu de passation :

A- Les informations personnelles :

-Nom :

-Prénom :

-Sexe :

Age :

-Niveau d'instruction :

-Situation familiale :

-Profession :

- Date d'accident :

-Lieu d'accident :

B- Les informations sur le moment d'accident :

1-parler nous de l'accident que vous avez subit ?

2- Comment vous avez réagi au moment de l'accident ?

3- Avez-vous eu le sentiment de peur au moment de l'accident ?

4-Etiez vous hospitaliser après l'accident ?

5-Comment était votre sommeil la nuit de l'accident ?

6-Quelle était votre réaction vis vis des blessures physiques que vous avez subit?

7- Au moment de l'accident sentez-vous que vous étiez abandonné ?

C. Les informations sur l'état de syndrome post-traumatique actuellement :

A/Réexpérience de l'événement :

1-parlez nous de votre sommeil actuellement ? Et comment est votre rêve ?

2 Comment est-elle votre réaction quand vous prenez une voiture ?

4-Est-ce que vous avez l'impression que l'accident va revenir un jour ?

Le guide d'entretien :

5-Comment est-elle votre réaction quand on entend quelqu'un parler d'un accident ?

B/ Sentiment d'évitement :

- 1- Est-ce que vous pouvez aller et rester un moment sur le lieu d'accident ?
- 2- Est-ce que vous évitez le maximum de penser ou de parler sur l'accident ?
- 3- Parlez-nous de votre relation avec l'entourage, et avec la famille ?
- 4- Êtes-vous soutenu par votre entourage, et par votre famille ?

C/ Hyper vigilance neurovégétative :

- 1-Est-ce que vous-êtes plus vigilant au bruit qu'avant ?
- 2-Avez-vous des difficultés de concentration ou des troubles de mémoire ?
- 3-Est-ce que vous avez des maux de tête ?

D/**image sur l'avenir.**

- 1-Avez-vous le sentiment de la honte avec votre incapacité physique
- 2-Comment vous voyez l'avenir ?

LA PARTIE THÉORIQUE

Chapitre I

Le Syndrome post-traumatique

Chapitre II

Les accidents de la circulation : causes, conséquences et stratégie de prévention

LA PARTIE METHODOLOGIQUE

LA PARTIE PRATIQUE

LES ANNEXES