

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



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

Thème

**L'état de stress post traumatique chez les
accidentés de la route**

Réalisé par :
MAZER SYLIA
MANSOURI SARA

Encadré par :
Dr. KHELOUFI Sihem

Année universitaire : 2020/2021

Remerciement

Au premier lieu, nous louons dieu tout puissant de nous avoir donné le courage d'achever ce travail.

Nous exprimons toutes nos profondes reconnaissances à notre promotrice madame kheloufi sihem, qui nous a suivi et conseillé durant l'étude du projet.

Nous adressons aussi nos remerciements les plus sincères aux membres de jury d'avoir accepté de juger notre travail.

Nos remerciements s'adressent à tous les enseignants qui ont contribué à notre réussite dans nos études, depuis notre première année scolaire jusqu'à la dernière année universitaire.

Nous tenons à remercier particulièrement nos familles qui nous ont encouragé et soutenu durant notre parcours d'études.

Amis, proches, tous ceux qui nous ont attribué leur aide de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire de fin d'études trouvent ici l'expression de notre profonde gratitude.

Dédicace

Je dédie ce modeste travail à la mémoire de mes parents que dieu les gardes dans son vaste paradis.

A ma grand-mère

A mes très cher frère Saed et Razik

A mes sœurs : Saida, Nassima,

A mes nièces et neveux Sassa, Lydia, Mouhend, Yanis, islam

A mes cousines et cousins Dahia, Ines Djaouida, Makhlouf

A ma binôme Sara

A mon cher Bilal

Je dédie aussi à toute la famille Mazer et Saaoui

Syia

LISTE DES ABRIVIATIONS

OMS : Organisation mondiale de la santé.

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

CIM-10 : classifications internationale des maladies.

ESPT : État de stress post-traumatique.

SAMU : Service d'aide médicale d'urgence.

IMAO : Inhibiteur des mono-amine-oxydases.

ONISR : observatoire national interministériel de la sécurité routière.

DNSR : délégation nationale à la sécurité routière.

AVP : accident de la voie publique.

Liste des tableaux :

Numéro	Titre	Page
1	Démontre le nombre des dégâts corporels et matériels de l'année (2011/2020) à Bejaia	35

Sommaire

Introduction	01
1. la Problématique et hypothèse.....	04
Partie théorique	
Chapitre I : l'accident de la route	
Préambule	08
1. Définition des concepts	08
1.1. Définition de l'accident.....	08
1.2. Définition de l'accident de la route selon l'OMS	08
1.3. Définition de l'accidentologie.....	08
2. Les accidents de la route en Algérie.....	09
3. Tableau récapitulatif des Statistiques des accidents de la route de la wilaya de Bejaia.....	10
4. Les types de l'accident de la route	10
5. Les causes des accidents de la route.....	11
6. Les conséquences des accidents de la route.....	14
7. Les victimes d'accident de la route	16
8. La prévention routière des accidents de la route	16
Synthèse de chapitre.....	18
Chapitre II : l'état de stress post traumatique	
Préambule	21
1. aperçu historique de stress post traumatique.....	23
2. Définition des concepts	23
2.1. Définition de stress	23
2.2. Définition stress post traumatique	24
2.3. Définition de Traumatisme psychique	24
3. Les théories du trauma	25
3.1. Théorie psychologique de Pierre Janet	25
3.2. Théorie freudienne du trauma	26
3.3. Théorie phénoménologique du trauma	27
4. L'étiologie de stress post traumatique	28
5. Évolution de stress post traumatique	28
6. Aspect épidémiologique de stress post traumatique	29
7. Les symptômes non spécifiques de stress post traumatique	29
8. Les caractéristiques de traumatismes psychique	31
9. Les critères diagnostiques de stress post traumatique.	33
10. Le traitement de stress post traumatique	35
A) débriefing.....	35

Sommaire

B) thérapie cognitive et comportementale	36
C) le traitement médicamenteux	38
Synthèse de chapitre	39

Partie pratique

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

Préambule	41
1. La pré-enquête.....	41
2. La méthode clinique.....	41
2-1- étude de cas	42
2-2- L'entretien clinique.....	43
2-3- l'entretien semi directif	44
2-4- guide d'entretien.....	44
3. Les outils de la recherche.....	44
a) Guide d'entretien	44
b) Le questionnaire de traumaq.....	44
Synthèse de chapitre	46
- Les études antérieures	46
- Analyse des études antérieure	47
Conclusion générale	51
Bibliographie.....	53
Annexes	

Introduction générale

Introduction générale

Introduction générale :

Les accidents de la route sont l'une des principales causes de décès chez les jeunes, Ils engendrent des dégâts matériels et des dégâts corporels où on déplore plusieurs morts sur la route.

Selon l'OMS, chaque année, 1.3 million de personnes perdent la vie dans les accidents De circulation, et de 20 à 50 million de blessés à différents degré de gravité, dont 90% dans les Pays en développement. Les jeunes sont les premières victimes des accidents de circulation Elle est en outre la première cause de décès chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans et la première cause d'état de stress post-traumatique (EPST), cette augmentation du nombre de décès a poussé de nombreux pays à prendre des mesures visant la réduction des accidents et la mise en place de mécanismes capables de rendre les routes moins dangereuses pour les différents types d'utilisateurs. En effet, les accidents de la circulation constituent un grand problème de Santé publique et exigent l'adoption des mesures urgentes au niveau national si L'on veut les réduire. Ce phénomène engendre des conséquences néfastes non Seulement pour la société mais aussi pour l'économie du pays.

Les accidents de la route laissent des séquelles dans la vie des victimes, soit des Séquelles corporelles ou bien psychiques, 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. Le trauma n'est pas seulement effraction, invasion et dissociation mais aussi est un déni de la réalité , les chercheurs doivent se concentrés d'avantage sur les études de trauma, pour connaître la nature du vécu psychologique de ces accidenté de la route, et améliorer leur état de santé ,dans le but d'assurer une meilleure prise en charge psychologique, car l'accident peu causé des troubles psychique durable et incurable.

De notre part nous envisageons investir Ce domaine avec la présente recherche qui s'intitule l'état de stress post-traumatique chez les accidentés de la route.

Dans le premier chapitre, on a défini les concepts de l'accident de la circulation, ensuite on a déterminé les facteurs de risques, les types, les causes et les conséquences et enfin la prévention routière de l'accident de la route.

Et dans le deuxième chapitre est consacré à l'étude de l'état de stress post traumatique dans laquelle on a illustrer l'historique de ce trouble, on a aborder quelques définition concernant le Traumatisme psychique et le stress post traumatique, ensuite on a déterminer les théories explicatifs du trauma, les

Introduction générale

symptômes de l'état de stress post traumatique, ces caractéristiques, les critères diagnostique et enfin le traitement de ce syndrome.

Le troisième chapitre nous l'avons réservé au côté méthodologie qui englobe la méthode clinique, l'entretien clinique, l'étude de cas et enfin le guide d'entretien.

Et dans la partie pratique, on a entamé quelques études antérieures concernant l'état de stress post-traumatique chez les accidentés de la route, ensuite on a analysé ces études.

Partie théorique

Problématique et hypothèse

La problématique

Chaque jour, des milliers de personnes sont tuées Et blessées sur nos routes. Des hommes, des femmes ou des enfants qui se rendent à l'école ou à Leur travail à pied, à bicyclette ou transportés par Un animal, qui jouent dans la rue ou qui s'embar- quent pour un long voyage ne rentreront jamais Chez eux, laissant derrière eux des familles et des Communautés effondrées. Des millions de personnes chaque année passeront de longues semaines à l'hôpital après un accident grave et beaucoup d'en elles ne pourront plus jamais vivre, travailler ou Jouer comme elles le faisaient auparavant. **(Rumark.1982).**

En effet, L'accident de la circulation pose un problème réel de notre santé, parce que nous sommes tous confrontés un jour, de près ou de loin, à un accident qui va bouleverser le Cours de notre vie ou celle d'un proche. **(Rumark.1982, p11-12).**

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. **(L.loucif, 2009, p3).**

Les accidents de la circulation continuent de faire de nombreuses Victimes dans plusieurs pays du monde. 1,24 million de décès par accidents De la circulation sont enregistrés par an dans les routes du monde entier, cette augmentation du nombre de décès a poussé de nombreux pays à prendre des mesures visant la réduction des accidents et la mise en place de mécanismes capables de rendre les routes moins dangereuses pour les différents types d'usagers. Certaines mesures ont Permis la réduction du nombre de morts dans les routes puisque le problème des accidents de la circulation apparait donc pouvoir être réglé par les politiques publiques qui renvoient les individus à leurs obligations à travers des actions de sensibilisation, d'éducation ou de répression. **(Gilbert Claude, 2009).**

Selon les données de l'Observatoire national interministériel de la sécurité routière (ONISR), en France, la baisse du nombre de morts (15,6 % en mai 2020, par rapport à 2019) est deux fois moins nette que le recul du nombre d'accidents corporels : - 34 %. Cette tendance était déjà observée en avril (74 % d'accidents en moins, mais seulement 55,8 % de morts en moins). Les accidents ont touché moins d'automobilistes (52 morts en moins qu'en 2019) mais

Problématique et hypothèse

davantage de motocyclistes (+21 morts) et de cyclistes (+ 7 morts). (<https://www.lemonde.fr>)

L'Algérie observe une augmentation des accidents de circulation et des risques routiers et ce en dépit des mesures prises pour rendre les routes et véhicules plus sûres. L'accident de la route comprend, les accidents de voiture ou du bus et de train et d'avion. Ils constituent un problème de santé en Algérie car ils sont responsables des atteintes physiques comme handicap et psychique comme le traumatisme psychique. (M.Peden, R.scurfield, 2004, p 09).

A Bejaïa les accidents de la route en baisse de 85 % en une année Le nombre d'accidents de la route est en baisse de 85% en 2020. Les statistiques rendues récemment publiques par le chef de sûreté de wilaya, lors d'une récente conférence de presse animée par le chef de sûreté de wilaya, attestent de ce net recul. Une baisse du nombre de blessés et de décès a été également notée, ce qui est un bon présage. En effet, 321 accidents de la route ont été enregistrés en 2020 par la sûreté de wilaya. Ces accidents ont fait 420 blessés et 16 décès contre 406 accidents en 2019, 509 blessés et 19 décès. L'origine de ces accidents de la circulation est expliquée par certaines causes, dont le facteur humain à 98,13 %, l'état du véhicule à 1,24 % et enfin l'état de la route et l'environnement. La décrue dans le nombre des accidents de la route, selon le chef de sûreté de wilaya, est liée également à «la forte présence des éléments de la police dans les points noirs et le plan bien étudié des services de police sur le terrain notamment». Cela s'explique, a-t-il ajouté, par «la coordination avec les collectivités locales pour l'éradication des points noirs, la bonne utilisation des moyens techniques mis à notre disposition, les campagnes de prévention contre les accidents de la route, les mesures de confinement décrétées dans la wilaya suite au Covid-19, la fermeture des commerces de vente d'alcool et la baisse de la conduite sous l'effet de l'alcool». En 2020, pas moins de 20 652 infractions ont également été enregistrées contre 17 316 en 2019, soit une hausse de 3 336 infractions. Il a également été recensé 1 005 délits routiers, 346 délits de coordination, 1 417 mises en fourrière et 8 548 retraits de permis de conduire. S'agissant de l'utilisation du système de lecture automatique des plaques d'immatriculation, il a été détecté 581 plaques d'immatriculation contrefaites, 19 véhicules recherché et récupérés sur 78 véhicules recherchés, sachant que 5586431 contrôles ont été enregistrés par cet appareil, dont 5 sont dotés du système LAPI. (<https://lejournalalgerie.com>).

Les accidents de la route provoquent non seulement des décès mais aussi de graves traumatisme .L'accident constitue un vrai malaise psychique, et un vrai

Problématique et hypothèse

syndrome post-traumatique, Ce dernier est un ensemble des troubles dû à l'exposition d'un événement 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'événement traumatique des comportements d'évitement des stimuli associé au traumatisme, une réactivité générale et un état d'hyperréactivité. (<https://www.who.int>).

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

L'un de ces troubles est le syndrome de stress post-traumatique qui peut, dans sa Forme chronique, altérer de façon importante la qualité de vie, et que peut se manifester Plusieurs jours après l'accident. De se fait il est négligé par le patient lui-même qui ne ressent que les symptômes (insomnie, angoisse, cauchemars...) et non la cause ; mais aussi par les Intervenants médicaux qui ne sont pas forcément formés à ce sujet.Le syndrome post-traumatique se persiste malgré des années de drame de la Mort, il se manifeste ce forme des cauchemars. **(Claude.b, 1998, p 173).**

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.

([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)).
Pour cela on pose la question suivante :

Les personnes qui ont eu un accident de la route souffrent-ils des signes du syndrome de stress post traumatique ?

CHAPITRE I

Accident de la route

Préambule.

1-Définition des concepts :

-définition de l'accident.

-définition de l'accident de la route selon l'OMS.

-définition de l'accidentologie

2- les accidents de la route en Algérie.

3- tableau récapitulatifs des accidents de la route à Bejaia.

4- les types de l'accident de la route.

5- les causes de l'accident de la route.

6- Les conséquences de l'accident de la route.

7- les victimes des accidents de la route.

8- les facteurs de risque des accidents de la route.

9- la prévention routière.

Synthèse de chapitre

Préambule :

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

Dans ce chapitre, on va illustrer quelques définitions concernant l'accident de la route, on va déterminer les statistiques de ce dernier précisément la wilaya de Bejaia. Ensuite on va déterminer les facteurs de risques, les causes et les conséquences. Enfin on va conclure par la prévention des accidents de la circulation.

1. définition des concepts :

1.1 La définition de l'accident selon l'OMS :

L'OMS (organisation mondiale de la santé) définit l'accident comme « un événement indépendant de la volonté humaine provoqué par une force extérieure agissant rapidement et qui se manifeste par un dommage corporel et/ou mental ». (<http://campus.cerimes.fr>).

Selon le petit Larousse (2008), c'est un terme qui désigne « un événement imprévu malheureux ou dommageable » (le petit Larousse, 2008). L'accident de la route est défini par L. Crocq : « accident de la route constitue souvent un événement violent qui, même chez des victimes non blessés, peut laisser des troubles psychiques durables » (L. Crocq, 1999, p6).

1.2 La définition de l'accident de la route :

Selon l'OMS, l'accident de la route, comme un événement indépendant de la volonté humaine provoqué par une force extérieure agissant rapidement et qui se manifeste par un dommage corporel. Un accident de la route, entraînant un Traumatisme mortel ou non, résulte d'une collision sur la voie publique avec au moins un véhicule en déplacement (Bencherif houria, 2015, p14).

1.3 La définition de l'accidentologie :

L'accidentologie est l'étude des accidents. C'est une discipline faisant appel à un spectre de compétences étendu : de l'ingénieur au médecin, en passant par un psychologue, l'expert en mécanique ou en sciences cognitives. Il s'agit d'atteindre le plus haut degré d'entraide et de décharge d'informations pour obtenir une vision globale et exhaustive des accidents. L'accidentologie passe dans sa phase « moderne » dans les années 1970. Elle commence alors à se différencier de la traumatologie pure. (FERRANDEZ F, 1995.p 88-89).

L'accidentologie s'appuie sur l'étude détaillée d'accident cette discipline récente a pour objet d'analyser l'étiologie (sciences des causes) et la conséquence d'un accident pour les véhicules implique leurs occupants et plus généralement pour l'ensemble des usages de la route. Elle privilégie une approche pluridisciplinaire qui associer notamment, des médecins, des ingénieurs, des biomécanique, des staticienne, des psychologues. (M. Peden, R, Scurfield.2004. p17).

2. Les accidents de la route en Algérie :

Le bilan des accidents de la route enregistrés en 2020 est le moins tragique depuis trois décennies, a révélé la Délégation nationale à la sécurité routière (DNSR).

Le bilan 2020 faits état de 18.949 accidents de la route ayant fait 2.844 morts contre 22.507 accidents ayant fait 3.275 morts en 2019 (-13,16%).

Le nombre d'accidents de la route enregistrés en 2020 est le plus bas depuis 1970 et le nombre de morts est le plus bas depuis 1975, selon la DNSR.

Le bilan fait, par ailleurs, état de 25.836 blessés contre 31.010 blessés en 2019 (-16,68%). Ce nombre de blessés est également le plus bas depuis 1974.

M'sila en tête au niveau national de par le nombre d'accidents et de décès en 2020.

La wilaya de Msila vient en tête des wilayas de par le nombre d'accidents avec 798 accidents corporels et de par la gravité des accidents avec 141 décès durant la période suscitée, suivie de Sétif (125 décès) et Alger (122 décès).

La wilaya d'Alger occupe la deuxième place parmi les wilayas les plus exposées aux accidents de la circulation avec 779 accidents. Le bilan indique que cette situation est liée à plusieurs données, notamment le volume du parc automobile qui s'élève à 1.483.093 véhicules, soit 15,75% du nombre global du parc national, le volume du réseau routier estimé à 2.364 km, outre sa population qui s'élève à 3.335.418 habitants.

Toutefois, le nombre des accidents corporels a enregistré dans cette wilaya une baisse de 457 accidents par rapport à 2019. (<https://www.aps.dz>).

3. Tableaux récapitulatifs des accidents de la route à Bejaïa :

ANNE E	N.ACC.	DEGAT CORPORELS								DEGAT MATERIELS							
		blessés				décédés				Véhicul es légers	Camion	Bus	Moto	Transp Guidé	Vélo	Tract	autre
		H	F	E	T	H	F	E	T								
2011	1016	1195	244	138	1577	47	5	1	53	1030	145	57	216	0	0	3	17
2012	1355	1309	260	141	1710	40	3	7	50	1480	210	68	224	0	2	10	6
2013	1533	1514	281	186	1981	58	5	4	67	1710	250	64	289	0	3	5	16
2014	1778	1743	452	256	2451	48	5	2	55	1914	243	70	418	0	1	14	9
2015	1289	1324	276	193	1793	39	2	0	41	1532	173	56	315	0	9	5	10
2016	1827	1590	368	255	2213	49	12	5	66	2137	219	56	440	0	3	5	18
2017	1741	1531	340	238	2109	52	10	4	66	1758	217	62	494	0	6	11	5
2018	1768	1547	336	203	2086	33	4	6	43	1780	202	62	544	9	0	10	6
2019	1919	1595	361	306	2262	45	2	4	51	1830	223	56	647	6	0	5	6
2020	1651	1478	305	182	1965	34	3	3	40	1551	187	38	623	0	0	3	9
TOTA UX	15877	14826	3223	2098	20147	445	51	36	532	16722	2069	589	4210	15	24	71	102

Ce tableau représente les statistiques de nombres des accidents de la circulation et le nombre de dégâts corporels et matériels de l'année 2011 jusqu'à 2020 dans la wilaya de Bejaïa.

Le tableau montre que le nombre des accidents enregistré en 2011 est le plus bas (1016), ce qui a entraîné le moins de dégâts corporels et matériels par rapport à des autres années.

Et aussi, on remarque que l'année 2019 enregistre un taux plus élevé de nombre d'accident (1919), qui a causé un grand nombre de dégâts corporels et matériels.

4. Les types de l'accident de la route :

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

A) accidents corporels

Définition adopté par le conseil de l'union européenne du 30 novembre 1993 Un accident corporel de la circulation routière est défini comme une collision d'un usager de la route avec un autre usager ou avec un obstacle, impliquant au moins un véhicule en mouvement, circulant sur une voie normalement ouverte à la circulation publique et ayant provoqué une blessure et/ou le décès d'un ou de plusieurs usagers. (carnis, L et al, 2019, p.23).

B) les accidents matériels :

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

5. Les causes de l'accident de la route**A) les cause humains :**

Les facteurs humains en particulier apparaissent dans plus de 90%des accidents corporels,

❖ La vitesse :

La vitesse des véhicules motorisés est au cœur du problème des accidents de la route entraînant des blessures. Elle influe à la fois sur les risque et sur les conséquences des accidents. La vitesse a un effet négatif exponentiel sur la sécurité au fur et à mesure qu'elle augmente, le nombre d'accident et la gravité des Traumatismes augmentent aussi. Des études montrent que plus la vitesse d'impact est élevée plus le risque de blessures grave ou mortelles grandit. Quantité d'éléments démontent qu'il existe une relation importante entre la vitesse moyenne et les accidents.

(LEWHE MAHUGNON ET ZEMMOUR, 2009).

Cela signifie que la vitesse aggrave le risque de décès ou de Traumatisme grave pour tous les usagers de la route, qu'il s'agisse des conducteurs, des piétons, des passagers, des jeunes ou des vieux. Le dépassement ou l'accès de vitesse constituent un risque majeur d'accident de la route. Plus la vitesse est élevé, moins le conducteur à de temps pour éviter l'accident. En outre, en cas d'accident, la vitesse accentue la probabilité de suite grave. Les usagers de la route vulnérable sont particulièrement exposés au risque de Traumatismes infligés par un véhicule roulant à grande vitesse. C'est ainsi que les piétons ont 90 % de chances de survie lors d'un choc avec une voiture roulant à 30km/h, mais moins de 50% de chances de survivre si la vitesse est de 45km/h. **(OMS, 2007, p 18).**

Le dépassement de limitation de vitesse est un comportement de masse puisque c'est le cas de 60% des automobilistes et des conducteurs de poids lourds et de 65% des motocyclistes, tous réseaux confondus aux dépassements de plus de 10 km/h de vitesse aux environs de 30%pour les véhicules. **(p, Gayrard, 2002, p20).**

❖ L'alcool au volant :

L'alcool est une substance psychoactive qui entraîne des modifications au niveau des perceptions internes et externes. (HOESSLER Jérôme, 2009.p28).

Sur nos routes représente un peu plus de 2 % de la totalité des conducteurs, c'est à dire 20 automobilistes dangereux croisés chaque heure, soit 1 toutes les 3 minutes ce qui est tout de même risqué ! On relève un taux d'alcoolémie important chez quelque 30 % des conducteurs impliqués dans des cas d'accidents mortels. L'alcool est aussi responsable de 10 % des accidents corporels (et plus de 20 % lorsqu'on parle d'accident n'impliquant qu'un seul véhicule). Et lors des contrôles menés à la suite d'une infraction, il s'avère qu'environ 5 % des conducteurs ont un taux d'alcool dans le sang trop élevé.

Il faut savoir que l'alcool agit directement sur le cerveau. Les effets se font ressentir dès 0,3 g/l, mais deviennent plus intenses à partir de 0,5 g/l. Voici, par ordre décroissant de dangerosité, les effets relevés :

- un automobiliste, normalement prudent, a tendance à sous-évaluer les risques et à transgresser les interdits ; parce que l'alcool le désinhibe, il roulera encore plus vite, dépassera sans visibilité, etc.,
- il est moins concentré et de plus en plus fatigué,
- ses mouvements sont moins coordonnés.
- son champ visuel est diminué ; il voit moins bien sur les côtés (danger aux intersections) ; le relief et la profondeur sont modifiés,
- le temps de réaction augmente ; la durée de réaction augmente de 50 % d'où le danger en cas de freinage d'urgence !
- L'automobiliste devient plus sensible à l'éblouissement.
(<http://www.prostagespermis.fr>)

❖ La fatigue :

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

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

- Les travailleurs de quarts dont le sommeil est perturbé par un travail de nuit ou par des heures de travail longues et irrégulières. (Iewhe Mahugnon et Zemmour, 2009).

❖ L'expérience et l'âge du conducteur :

L'âge des conducteurs est un facteur important dans la survenance des accidents de la route. Les statistiques au niveau international montrent que les jeunes conducteurs sont impliqués dans la plupart des accidents de la route. Cette fréquence d'implication s'explique par leur disponibilité à prendre des Risques qui les conduisent à adopter des comportements excessifs et /ou Agressifs. (C., Fouvez M.s 2006).

❖ L'utilisation du téléphone portable en conduisant :

L'utilisation du téléphone portable en conduisant constitue une tâche secondaire susceptible de perturber la tâche principale (conduire) dans la mesure où elle sollicite généralement les mêmes mécanismes perceptifs et cognitifs. Malgré les bienfaits du téléphone, le fait de l'utiliser en conduisant, peut affecter Plus au moins négativement la conduite : le temps de réaction en cas d'urgence, La position du véhicule sur la voie de circulation ; la maîtrise de la vitesse par Rapport aux véhicules qui précèdent, la qualité d'informations visuelles traitées Par le conducteur diminue quand il est en communication téléphonique (moindre Consultation des rétroviseurs) ; la charge perspective et mentale... etc.

Les réactions de conducteurs aux situations dangereuses sont plus lentes(elles augmentent de 0,5 à 1,5 secondes), quand l'attention est également portée a une tâche secondaire, il a été démontré, aussi que les conducteurs utilisant un Téléphone portable au volant présentent quatre fois plus de risques d'accident Que ceux qui n'en utilisent pas.28 Ainsi, toute utilisation du téléphone durant la conduite, « soit la composition d'un numéro ou l'établissement d'un appel, diminue la concentration du conducteur qui, de sa part affecte le temps de réaction .

❖ Causes météorologiques d'accidents de la route :

Des causes météorologiques peuvent accentuer les risques d'accident de la route. Toutefois, la météo n'est presque jamais l'unique cause d'un de de la route. Le facteur humain est presque toujours présent. Les causes météorologiques peuvent être : la présence de brouillard, le manque de visibilité entraîné par un phénomène climatique, la neige, la pluie, le verglas.

Pour que la météo n'aggrave pas les risques d'accidents, il est impératif de disposer d'un bon système d'éclairage et de pneus en bon état, adaptés et correctement gonflés (les chaînes sont obligatoires sur les sols très enneigés. Vous devez aussi pouvoir adapter votre conduite aux conditions météorologiques, rouler moins vite lorsque les conditions météorologiques sont mauvaises, faire preuve d'une vigilance accrue etc. (<https://www.justfit.fr>).

6. Les conséquences des accidents de la circulation :

Comme tout accident, les accidents de la route font d'énormes dégâts et ont de nombreuses répercussions sur plusieurs aspects de la vie. Les conséquences des accidents de la circulation routière peuvent être synthétisées sur les plans psychologique, social et économique.

❖ Sur le plan psychologique :

Une personne peut parfois subir des blessures à long ou à court terme en raison d'un accident de la circulation qui affecte sa vie et entraîne un traumatisme psychologique.

Divers notamment les suivants :

- **L'anxiété** : est un phénomène courant après les accidents de la route, et elle peut prendre l'attaque de panique, de peur intense et de réticence à conduire ou conduire à nouveau une voiture.
- **Dépression** : l'individu doit se donner suffisamment de temps pour pouvoir surmonter le problème lors qu'il est impliqué dans un accident de la circulation, éviter de se sentir triste et reprendre sa vie comme avant, et en cas d'échec, il est préférable de consulter un médecin, car le diagnostic de la dépression est la première étape pour la surmonter.
- **Trouble de stress post traumatique** : le trouble affecte négativement la personne et dans tous les différents aspects de sa vie. Que ce soit au travail, à la maison, ou avec ses amis et sa famille, il commence à perdre confiance en lui et en les autres en plus de nombreux autres symptômes, commune colère intense, de la nervosité, de la culpabilité et parfois des cauchemars et des rêves troublants.

Certaines personnes ressentent d'autres symptômes psychologiques, tels que la perte d'appétit, les changements de poids irréguliers, la paresse permanente, les crises de larmes, les sautes d'humeur et l'insomnie. (<https://mawdoo3.com>).

❖ SUR LE PLAN Social :

Les accidents de la route troublent la quiétude des familles et entraînent parfois des désolations. Perdre un membre de la famille, surtout de manière inattendue, est souvent vécu difficilement. La situation devient encore plus compliquée lorsque ce dernier occupait une place stratégique dans la famille. Si c'était par exemple le père, considéré non seulement comme le chef de famille, mais aussi comme le pourvoyeur de ses ressources, son décès subit entraîne souvent la famille dans la disette et la mendicité. La situation n'est guère facile à gérer en cas d'infirmité où la famille tout entière doit aider le membre handicapé et faire face à ses humeurs qui ne sont pas souvent faciles à supporter. Une étude menée par la Fédération Européenne des Victimes de la Route (FEVR, 2004) a montré que 90% des personnes tuées et 85% des familles des personnes handicapées font état d'une dépravation sensible et permanente de leur qualité de vie et, dans la moitié des cas, les conséquences sont particulièrement graves.

Ainsi, on peut dire que les accidents de la route entraînent des conséquences très graves. Sur le plan humain, nous avons des décès et les victimes qui survivent sont gravement blessées. Nous avons aussi sur le plan social un déséquilibre au sein des familles, car ces blessés sont obligés d'arrêter leurs activités professionnelles à court, moyen ou long terme. Ce qui a des répercussions sur les plans économique et environnemental. (Mvessomba, A et al, 2017, p.14).

❖ sur le plan économique :

Les accidents de la circulation entraînent des dépenses énormes sur le plan de la prise en charge des victimes pour ce qui est des soins médicaux, des indemnisations par les assurances, de réparation des automobiles (motocycles, vélos, véhicules, etc.) ou des infrastructures (routières et autres). C'est pour mettre en évidence le caractère coûteux des accidents de la route que le Laboratoire Britannique sur le nombre d'accidents de la circulation dans le monde (2002) indique que le coût total annuel des accidents de la circulation pour les pays à revenus faibles et à revenus moyens est estimé à 65 milliards de dollars américains, c'est-à-dire plus que la somme totale qu'ils reçoivent chaque année au titre de l'aide au développement. Ces coûts sont particulièrement préjudiciables pour les pays en proie à des problèmes de développement. (Mvessomba, A et al, 2017, p.13.14).

7. Les victimes des accidents de la route :

D'une manière générale, les victimes sont classées habituellement selon la gravité de leurs blessures. Les termes les plus communément utilisés dans les statistiques des accidents de la route sont : tués, blessés graves et blessés légers.

- **Les personnes tuées :**

Une personne considérée comme tuée dans accident de la route quand elle décède sur le coup ou dans les 30 jours suivant d'accident. (carnis, L et al, 2019, p.23).

- **Les personnes blessées :**

Une personne blessée est définie comme personne qui n'a pas été tuée, mais qui a subi une ou plusieurs blessures graves ou légères résultant de l'accident (Haddak et al, 2005).on distingue deux types de blessés :

- **Les personnes gravement blessés :**

Cette catégorie de blessés exige un traitement et l'individu est admis comme patient dans un hôpital. Les types de blessures sont définies d'après la convention de Vienne, comme : « fracture, commotions, lésions internes, coupures profondes, lésions graves choc général grave qui exige un traitement médical et toutes autres lésions grave qui entraînent l'admission dans un hôpital » (Haddak et al, 2005).

- **Les personnes légèrement blessés**

Blessé léger : toute personne blessée dans un accident de la circulation et à laquelle ne s'appliquent pas les qualificatifs de blessé grave ou de blessé mortellement. (<https://statbel.fgov.be>).

8. Les facteurs de risques des accidents de la route :

- ✓ **Facteurs influant sur l'exposition aux risques :**

-Facteurs économiques, y compris les privations sociales.

-Facteurs démographiques.

-Pratiques d'aménagement du territoire influant sur la longueur des déplacements ou sur le choix du mode de déplacement.

-Combinaison de circulation motorisée rapide et d'usagers de la route vulnérables.

-Attention insuffisante prêtée à l'intégration de la fonction routière dans les décisions concernant les limitations de vitesse ainsi que la conception Et le tracé des routes.

✓ **Facteurs de risque influant sur les accidents :**

- Vitesse insuffisante ou excessive.
- Présence d'alcool, de médicaments ou de drogues à usage récréatif.
- Fatigue.
- Etre un homme jeune.
- Etre un usager de la route vulnérable dans des zones urbaines et résidentielles.
- Se déplacer la nuit.
- Facteurs liés au véhicule, comme les freins, la conduite et l'entretien.
- Défauts dans la conception, le tracé et l'entretien des routes qui risquent aussi d'entraîner des comportements dangereux de la part des usagers de la route.
- Manque de visibilité dû à des facteurs environnementaux (il est difficile de repérer les autres véhicules et les autres usagers de la route).
- Mauvaise vue de l'usager de la route.

✓ **Facteurs de risque influant sur la gravité de l'accident :**

- Facteurs de tolérance humaine.
- Vitesse insuffisante ou excessive.
- Défaut de port de la ceinture et sièges d'enfants non utilisés.
- Défaut de casques chez les utilisateurs de deux-roues Objets sur le bord de la route qui ne protègent pas en cas d'accident.
- Protection insuffisante en cas d'accident pour les occupants du véhicule et pour ceux qu'il heurte.
- Présence d'alcool et d'autres drogues.

✓ **Facteurs de risques influant sur la gravité des traumatismes subis après un accident :**

- Délai de réaction après un accident.
- Présence de feu provoqué par la collision.
- Fuite de matières dangereuses.
- Présence d'alcool et d'autres drogues.
- Difficulté à porter secours aux personnes et à les extraire des véhicules.

- Difficulté à évacuer les gens des autobus et des autocars accidentés.
- Absence de soins pré hospitaliers appropriés.
- Absence de soins appropriés dans les salles des urgences.

9. La prévention routière :

La prévention routière a pour but, la diminution du nombre de victimes par différents procédés et la limitation des conséquences des blessures. À la suite de l'OMS, nous distinguerons trois types de prévention.

❖ Prévention primaire avant l'accident :

La prévention primaire a pour objectif la réduction du nombre de victimes causées par les accidents de la route avant leur survenue.

Les mesures de prévention primaire concernant :

- La route et l'environnement :

Adapter les routes à l'intensité croissante de la circulation avec une sécurité accrue, une signalisation appropriée, un éclairage satisfaisant....

- Le véhicule :

Un bon véhicule est un véhicule sûr. Il doit être bien contrôlé, doit offrir une conduite confortable, les commandes facilement accessibles, la visibilité de la route bonne...

- L'utilisateur de la route (l'homme) :

Il est le principal responsable et la victime de l'accident, aussi l'effort doit être concentré sur l'homme. C'est par un meilleur comportement de l'utilisateur que l'on obtiendra les meilleurs résultats dans le cadre de la prévention. La formation et l'éducation des usagers doivent être permanentes....

❖ La prévention secondaire pendant l'accident :

La prévention secondaire englobe toutes les mesures prises depuis l'alerte jusqu'à l'arrivée de la victime dans un service médical.

- **Rôle du simple spectateur** : personnes présentes sur le lieu d'accident.
- **Service des secours d'urgence** : la protection civile et SAMU

❖ La prévention tertiaire après l'accident :

La prévention tertiaire a pour but de réduire la mortalité, les complications et les séquelles invalidantes parmi les blessés d'accident de la route. Parvenus aux différents centres de soins (hôpitaux, polyclinique...).

Prise en charge à l'hôpital :

1/pavillons des urgences.

2/services spécialisés.

- Réanimation
- Chirurgie
- Traumatologie
- Rééducation

(la direction de la protection civile, de la wilaya de Bejaia).

Synthèse du chapitre :

Les accidents de la circulation font partie des problèmes qui affectent les sociétés, car ces accidents provoquent des pertes humaines et matérielles, et un impact négatif direct sur le citoyen, ce qui lui laisse des souffrances psychologiques et économiques. Pour cela, il est nécessaire d'être attentif et de faire des efforts inlassables afin de réduire le pourcentage de victimes et de pertes d'accidents grâce à une sensibilisation et un suivi accru de la circulation par les services de la circulation et en exhortant à l'amélioration des routes et à l'élimination de certains phénomènes négatifs qui existent chez les automobilistes, comme la consommation de stupéfiants et autres.

CHAPITRE II

L'état de stress post traumatique

Préambule

1-Aperçu historique de stress post traumatique.

2-Définition des concepts :

- définition de stress.
- définition de stress post traumatique.
- définition de traumatisme psychique.

3-les théories de trauma.

4-l'étiologie de stress post traumatique.

5- l'évolution de stress post traumatique.

6- épidémiologie de stress post traumatique.

7- les symptômes non spécifiques de l'état de stress post traumatique.

8- les caractéristiques de traumatisme psychique.

9- les critères diagnostiques de l'état de stress post traumatique.

10- le traitement et la prise en charge de l'état de stress post traumatique.

Synthèse de chapitre

Préambule :

Le stress post-traumatique est un trouble réactionnel qui apparaît suite à un traumatisme. Il peut venir d'une catastrophe naturelle ou de toute autre menace mettant en danger l'intégrité psychique et physique. C'est un sujet qui est sans arrêt d'actualité. Les impacts d'un traumatisme ont des conséquences à différents niveaux poussant la victime à refaçonner son quotidien.

1. aperçu historique de stress post traumatique :

La pathologie post-traumatique existe depuis l'aube de l'humanité, dès que l'homme put se faire une représentation de la mort. Dès l'Antiquité, des textes décrivent cette pathologie, comme celui de Lucrèce (100-55 av JC) dans le Livre IV du De Natura Rerum : « Les hommes dont l'esprit est occupé des grandes et violentes actions qu'ils ont accomplies, répètent et revivent leurs exploits dans leurs rêves (...) Beaucoup affrontent la mort. Beaucoup, croyant tomber à terre de tout le poids de leur corps du haut de montagnes, sont éperdus de terreur, et une fois tirés du sommeil, ils ont peine à retrouver leurs esprits », décrivant déjà le syndrome de répétition et les cauchemars récurrents.

Sous l'Ancien régime, on retrouve ces symptômes, rattachés à la nostalgie, affection de l'âme qui touchait les jeunes recrues enrôlées de force, arrachées à leur famille.

Nombreux soldats considérés comme couards, simulateurs ou désireux d'acquérir une compensation financière présentaient en fait un état de stress post-traumatique.

Ce sont surtout les chirurgiens des armées napoléoniennes (Desgenettes, Larrey, Percy) qui, en créant le terme imagé de « syndrome du vent du boulet » pour désigner les états de sidération stuporeuse des soldats ayant senti les projectiles de près sans avoir été blessés, mettent en évidence une pathologie post-traumatique. Legouest, professeur de clinique chirurgicale au Val de Grâce publie en 1863 son Traité de Chirurgie d'Armée, dans lequel il fait également mention des symptômes psychiques à distance, présentés par « un certain nombre de militaires qui ont assisté à des batailles sanglantes, sans avoir jamais été blessés ».

Le terme « cœur du soldat » ou « cœur irritable » est dû à Jacob Mendez Da Costa, médecin militaire de l'armée nordiste durant la guerre de Sécession, qui s'attache aux symptômes neurovégétatifs.

Des neuropsychiatres civils, à la suite d'accidents de chemins de fer, décrivent des troubles observés après ces accidents et attribués par Duchesne en France (1857) ou Erichsen (1864) en Angleterre à des lésions inflammatoires minimes de la moelle épinière, avec naissance du terme Railway Spine . En 1880, le neurologue G. Beard crée le terme de « neurasthénie ».

Le terme de « névrose traumatique » apparaît avec Oppenheim en 1888, au sujet des séquelles émotionnelles chez des patients victimes d'accidents de chemins de fer. Il identifie :

- une uniformité du contenu idéique (le souvenir de l'accident)
- une anxiété majeure déclenchée par tout ce qui rappelle l'accident (utilisation du terme de « sidérodromophobie » pour désigner cette phobie des chemins de fer).
- des troubles du sommeil avec cauchemars accompagnés de cris, d'agitation.
- une modification profonde de la sphère affective, avec apparition d'un important éréthisme émotionnel et d'une tendance au repli sur soi. Il incrimine l'effroi (schreck), « tellement intense qu'il en résulte une altération psychique durable ».

Fin XIXème, Babinski, élève de Charcot crée le néologisme « pithiatisme » (troubles du champ de l'hystérie dont le traitement est la suggestion) pour cette pathologie, avec des dérives qui firent associer la névrose traumatique à la simulation.

Le terme de « névrose de guerre » est à attribuer au psychiatre allemand, le Dr Honigman, en 1907, pour qui les symptômes présentés relèvent de trois entités cliniques : neurasthénie, hystérie et hypocondrie.

La Première Guerre mondiale fut l'occasion, par le nombre important de névroses traumatiques, d'en préciser le tableau clinique et de les définir comme une entité distincte des grandes névroses (hystérie, neurasthénie, hypocondrie, hystéro-neurasthénie) auxquelles elles étaient jusqu'alors rattachées. L'hypothèse d'une étiologie organique (des « lésions invisibles ») jusqu'alors privilégiée est également abandonnée, au profit du trauma psychique comme seul en cause dans le développement de la pathologie.

Au début de la Seconde Guerre mondiale, la réalité et l'importance de la pathologie psychiatrique de guerre seront méconnues voire niées : en France du fait de la désorganisation suite aux défaites, en Allemagne et en Union

Soviétique car la maladie psychique était considérée comme une faiblesse qu'il valait mieux éviter de montrer. D'autres termes sont utilisés pour dénommer le trouble tel que « syndrome du vieux sergent » ou « shell-shocks », « exhaustion » (épuisement) par les Américains.

De 1920 à 1960, Barrois pointe le peu d'intérêt accordé à la névrose traumatique, dont la place sur le plan nosographique restait alors très floue. Il avance comme hypothèses explicative à ces lacunes l' « inattention », l' « oubli », le « rattachement à des symptômes plus banals », une approche « trop médico-légale » (la suspicion de simulation planant toujours), la « fragmentation du trouble », l' « omission ou la répudiation de certaines origines » (faisant référence aux travaux psychanalytiques de Ferenczi, Abraham, Jones, Freud). Malgré le grand intérêt soulevé pendant la Seconde Guerre mondiale, le DSM-II avait inexplicablement abandonné les syndromes post-traumatiques, plus ou moins reconnus dans le DSM-I en 1952 par le diagnostic de « Gross Stress Reaction ».

L'état de stress post-traumatique apparaît dans la nosographie américaine dans la troisième version du DSM (1980), suite à l'attention suscitée par les problématiques que présentaient de nombreux vétérans du Viêt-Nam aux USA à partir de 1975. Le terme d'état de stress post-traumatique remplace alors celui de « névrose traumatique » utilisé dans les classifications européennes. (Havier Collin, 2010, p.23, 24,25).

2. définition des concepts :

2.1. Définition du stress

Est la réaction physiologique naturelle de l'individu soumis à une agression, une menace, une situation imprévue. Cette réaction touche à la fois aux domaines somatique, psychique et moteur. Le Stress établit un rapport privilégié avec le «stresseur», l'objet de stress, et il est éminemment réactionnel à l'événement. (M de clercq, f lebigot, 2001, p.15).

Le Stress selon H. Selye «le stress est la réponse non spécifique que donne le corps à toute demande qui lui est faite. » (M de clercq, f lebigot, 2001, p.14).

Pour L. Crocq le stress est comme «la réaction immédiate, biologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense de l'individu face à une agression ou une menace». (M de clercq, f lebigot, 2001, p.14).

Crocq (1999) ajoute : «c'est une réaction éphémère. Elle est à priori utile et salvatrice et aboutit généralement au choix et à l'exécution d'une solution adaptative. Elle se déroule dans un climat de tension psychique exceptionnel et

s'achève par le mitigée de soulagement et d'épuisement physique et mentale. Elle n'est pas pathologique, quoique grevée de de symptômes gênants. Cependant trop intense, répétée à courts intervalles ou prolongée à l'accès elle se transforme en réaction pathologique et inadaptée de stress dépassé.» (M de clercq, F Lebigot, 2001, p.14, 15).

2.2. L'état de stress post traumatique :

L'état de stress post traumatique, ou trouble de stress post traumatique, est une pathologie qui apparaît après un évènement traumatisant comme :un attentat, un contexte de mort, une agression, une blessure rave, un accident, une catastrophe naturelle, la mort d'un proche, la lutte contre une maladie grave, des scènes de guerre... après les sentiments de peur, d'horreur, au moment de l'évènement traumatique, d'autres symptômes peuvent apparaître dans les mois suivants. (<https://www.futura-sciences.com>).

Selon le DSM4 publié en 1994 «le stress post traumatique est un état de choc, un trouble dû à l'exposition d'un évènement 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'évènement traumatique, le comportement d'évitement avec une hyperactivité neurovégétatives» (P Boyer et J -D Guelft et al, «**DSM4 Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux** », Paris, Masson, 2005, p. 539).

LA CIM-10 (2012) définit l'état de stress post traumatique comme suit « ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un évènement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plus part des individus » (CIM-10, 2012, p.246).

2.3 Le traumatisme psychique :

Le mot Traumatisme vient des mots grecs anciens traumatismos, signifiant action de blesser, et Trauma, signifiant blessure. Appliqué à la pathologie chirurgicale, il signifie «transmission d'un choc mécanique exercé par un agent physique extérieur sur une partie du corps et y provoquant une blessure ou une contusion » (L. Crocq, 2007, p. 6).

Le traumatisme psychique est donc un phénomène qui se déroule au sein de psychisme, sous l'impact d'un évènement potentiellement traumatisant. Vécu dans la frayeur, l'horreur et le sentiment d'impuissance en conjoncture d'absence de secours, il ne réduit pas seulement à sa composante énergétique

d'effraction des défenses psychiques, mais il implique aussi une expérience de confrontation soudaine avec le réel de la mort, sans médiation du système signifiant qui dans la vie courante préserve le sujet de ce contact brut. (M.de clercq, F. Lebigot, 2001, p. 4).

Sillamy dans le « dictionnaire psychologie » (2003) définit le Traumatisme comme suit « choc violent susceptible de déclencher des troubles somatique et psychique » (Sillamy, 2003, p.272).

Freud définit le Traumatisme psychique dans son livre « au-delà du principe de plaisir » (1920) comme suit : « nous appelons traumatiques les excitations externes assez fortes pour faire effraction dans le pare-excitations. Je crois qu'on ne saurait comprendre le concept de Traumatisme sans le mettre ainsi en rapport avec la notion d'une mise à l'écart d'ordinaire efficace des excitations. Un évènement comme le Traumatisme extérieur provoquera à coup sûr une perturbation de grande envergure dans le fonctionnement énergétique de l'organisme » (Freud, 1920/2013, p.71).

Selon crocq (1999) 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 et il est surtout perception du néant, mystérieux et redouté, ce néant dont nous avons l'entière certitude qu'il existe, inéluctablement, mais dont nous ne savons rien et que nous avons toute notre vie nié passionnément».

Pour C. BAROIS définit le Trauma comme rupture des liens avec le monde, envahissent par l'angoisse de la néantisation, bris de l'unité de l'individu et cessation de sens. (M de clercq, f. Lebigot, 2001, p.16, 17).

3. les théories de trauma :

3.1. La théorie psychologique de Pierre Janet :

C'est pierre Janet qui, dans sa thèse de doctorat ès lettres de 1889, l'automatisme psychologique, a cerné le premier ce qu'est le Traumatisme psychique : des excitations liées à un évènement violent viennent frapper le psychisme, y pénètrent par effraction, et y demeurent ensuite comme un «corps étranger ». Puis, ce corps étranger va donner lieu à une dissociation de la conscience : la souvenance brute de cet évènement (souvenance de sensations, d'image et d'éprouvés bruts, que Janet dénomme «idée fixe » fait bande à part dans un recoin du préconscient, ignoré de la conscience, et y suscite des manifestations psychiques ou psychomotrice «automatiques », non délibérées et inadaptées (telles qu'hallucinations, cauchemars, sursauts et actes automatiques), tandis que le reste de la conscience continue d'élaborer des

pensées et des actes circonstanciés et adaptés. Sur le plan thérapeutique, Janet préconise :

- De faire réapparaître sous hypnose l'événement traumatisant oublié de la conscience et de révéler au patient à son réveil ;
- D'induire sous hypnose une issue heureuse à l'évènement, pour effacer les effets nocifs de son issue réelle ;
- Et d'inciter le sujet à transformer par le langage sa souvenance brute en souvenir construit. (L. Crocq, 2007, p7).

3.2. La théorie freudienne (Psychanalytique) du trauma :

Quatre ans plus tard, en 1893, dans la communication préliminaire, Freud reprend à son compte les hypothèses de Janet concernant le choc émotionnel, l'effraction dans le psychisme, le corps étranger et le phénomène de dissociation du conscient, et désigne la souvenance brute de l'évènement par le terme platonicien de «réminiscence », terme adéquat que Janet n'avait pas su trouver, tant il est vrai que le concept d'idée fixe évoque une construction cognitive qui n'est pas le fait de la souvenance traumatique. Qui plus est, concernant la thérapie, Freud préconise la «méthode cathartique» (le mot catharsis est emprunté cette fois à Aristote), qui consiste faire revivre au patient (sous hypnose) l'évènement assorti de toute sa charge d'affect (pour débarrasser) le psychisme des affects traumatiques restés coincés, non abrégés), et à lui demander d'établir des associations d'idées à son sujet («le réinscrire dans le grand complexe des associations »), afin de lui attribuer du sens et de pouvoir le réinsérer dans le continuum de l'existence, entre un avant et un après. Freud a ainsi pointé du doigt les deux aspects du trauma : son aspect dynamique d'effraction au travers des défenses du psychisme, et son aspect absence de signifiant.

En 1921, dans son essai au-delà du principe du plaisir, Freud va expliciter les aspects dynamiques de sa théorie du Trauma. Il compare métaphoriquement le psychisme à une vésicule vivante, boule protoplasmique en constant remaniement protégée par une couche superficielle «pare-excitation», qui sert à la fois de contenant et de protection à l'appareil psychiques, et dont le rôle est de repousser les excitations nuisibles ou de les filtrer en les atténuant pour les rendre acceptables et assimilables (plus faciles à lier). Les différences constitutionnelles font que certains individus sont dotés d'un pare-excitation

fort, et d'autres non. En outre, dès que l'individu voit venir le danger extérieur, il renforce son pare-excitation en mobilisant de l'énergie venant de l'intérieur du psychisme, s'il a à ce moment-là de l'énergie disponible, ce qui n'est pas toujours le cas (il peut être momentanément épuisé par un effort récent). Certains individus névrosés dont toute l'énergie interne est sans cesse accaparée par la sauvegarde de leurs refoulements n'auront jamais d'énergie disponible pour renforcer leur pare-excitation. Ce qui fait qu'un même événement potentiellement traumatisant fera effraction (et donc Trauma) pour certains individus et pas pour d'autres, et pour certains individus aujourd'hui mais pas demain. Le concept de Traumatisme, dit Freud, est donc tout relatif, et dépend du rapport de forces entre les excitations venant du dehors et l'état constitutionnel et conjoncturel de la barrière de défenses qui les reçoit. (L, crocq, 2007, p. 7,8).

3.3. Théorie phénoménologique du trauma :

Les considérations sur la confrontation Avec le réel de la mort renvoient en fait à une approche phénoménologique du Trauma (crocq, 1999). Au regard de la phénoménologie, la pathologie de l'effroi se démarque de la pathologie de l'angoisse, laquelle se déroule dans la seule histoire intérieure de vie. L'effroi implique un objet extérieur au dasein, relevant d'un être-au-monde plus vaste, et renvoie toujours à la scène traumatique, qui se situe à la frontière du dehors et du dedans, et hors de la continuité du temps, ne promettant rien d'autre que l'anéantissement immédiat. Avec Barrois (1988), nous pouvons dire que l'accident traumatisant est «moment propulsif» dans sa temporalité, dans son apparition subite, «apocalypse » dans sa révélation du néant, et «prophétie » dans sa proclamation de la mort comme vérité ultime. Sur le plan du vécu clinique, l'expérience traumatique est un bouleversement de l'être, qui laissera une impression de changement radical de la personnalité, une altération profonde de la temporalité (puisque le temps s'est arrêté au moment figé sur la terreur ou l'horreur, sans possibilité de vivre le présent fugace, ni d'envisager un avenir différent, ni même de reconsidérer le passé différemment à chaque instant), et une perte de la possibilité d'attribuer un sens aux choses. Plus qu'une perte de sens, le Trauma serait d'ailleurs une expérience de non-sens, ce passage où l'on quitte l'univers des choses qui peuvent être désignées et représentées, pour entrer dans le monde du néant, ce néant dont nous sommes issus, dont nous avons tous la certitude sans en avoir la connaissance, et que nous avons tenté

vainement d'exorciser à chacune de nos paroles, où _comme le disait Merleau-ponty en 1961 dans son cours au collège de France _ nous affirmions désespérément notre être comme «quelques chose... et non pas rien». (L, Crocq, 2007, p11).

4. L'ÉTIOLOGIE DE STRESS POST TRAUMATIQUE :

Les principaux facteurs de risque, avant le Trauma, sont les traumatismes sexuels précoces, l'existence d'un premier Trauma ayant mis en jeu la vie du sujet ou d'un proche, les problèmes psychologiques et psychiatriques, la séparation et l'utilisation de drogues. Les sujets souffrant de troubles antérieurs de type dépression et anxiété, et de troubles de la personnalité sont plus vulnérables. Les sujets présentant des traits préalables de sensibilité à l'anxiété ou ayant l'illusion préalable d'un monde juste et stable sont particulièrement à risque.

Le traumatisme représente cependant le catalyseur nécessaire pour atteindre le point de rupture de la personnalité : sans lui, rien ne se passe.

5. L'évolution de stress post traumatique :

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

La sévérité, la durée, et la proximité de l'exposition d'un sujet à l'événement traumatique sont les facteurs les plus importants dont dépend la probabilité de développer ce trouble. Les soutiens sociaux, les antécédents familiaux, les

expériences durant l'enfance, les variables de personnalité et les troubles mentaux préexistants peuvent influencer le développement de l'état de stress post traumatique. Ce trouble peut se développer chez les des sujets ne présentant aucun facteur prédisposant, surtout si le facteur de stress a été particulièrement important.

6. Épidémiologie de stress post traumatique :

A) Morbidité :

La prévalence vie entière, en populations générale, de L'ESPT est de l'ordre de 1%. Elle varie selon la population avec le degré d'exposition. Le sex-ratio est de 2 femmes pour 1 homme. Dans l'étude en population générale nord-américaines (enquête national comorbidity survey), la prévalence vie entière de L'ESPT est de 7.8% avec un pourcentage double chez les femmes (10.4% versus 5%) dont les traumatismes sont plus graves, notamment lors des agressions sexuelle. Le risque de développer un ESPT à la suite d'un évènement potentiellement traumatique est d'environ 10%.

B) Comorbidité :

La comorbidité atteint près de 80% des patients notamment l'association d'anxiété, de dépression et de conduites addictives. L'enquête nationale comorbidity survey précise que 59% des hommes et 49% des femmes qui souffrent de L'ESPT satisfont aux critères du DSM-5 de trois autres troubles anxieux : anxiété généralisée, trouble de panique, trouble phobique. (J-d Gulfi, f Rouillon, 2007, p.202).

7. Les symptômes non spécifiques de l'état de stress post traumatique

Les symptômes non spécifiques sont ainsi dénommés car on peut les observer aussi dans d'autres affections mentales. Mais le DSM américain les considère comme «symptômes associé », extérieurs au diagnostic propre du PTSD. Il s'agit de l'asthénie, de l'anxiété, des symptômes psychonévrotiques, des troubles psychosomatiques, des troubles des conduites et des troubles caractériels.

-Tous les traumatisés sont devenus asthéniques, fatigués, épuisés. Il s'agit d'un triple asthénie, physique, psychique et sexuelle. Les patients se plaignent

de fatigue physique anormal («fatigué dès le matin, épuisé au moindre effort », etc.). Ils se plaignent aussi de «fatigue mentale», d'incapacité de maintenir leur attention sur une conversation ou une lecture, de baisse de la mémoire d'acquisition, d'oublis à mesure («je viens dans une pièce avec un crayon à la main, et je ne me rappelle plus ce que je suis venu y faire... »), De ralentissement idéique et de difficulté de concentration. Enfin, ils se plaignent de fatigue sexuelle et de baisse de la libido _DES jeunes filles devenues frigides et des jeunes gens devenus impuissants, ou ayant perdu le désir et le plaisir sexuels.

-Les traumatisés sont devenus anxieux, avec des crises d'angoisse et un état de tension anxieuse inter critique. Ils ne sont plus capables de vivre sans souci ni crainte, et ils appréhendent toujours le pire («si les enfants tardent à rentrer de l'école, c'est qu'ils ont été accidentés ou kidnappés» ; «si le téléphone sonne, c'est qu'il va apporter une mauvaise nouvelle »). De temps à autre, sans raison ni motif déclenchant. (En cela ces crises anxieuses se distinguent des reviviscences), ces sujets sont en proie à des accès d'angoisse, à la fois psychiques (impression de danger imprécis mais imminent) et somatique (sensation de striction laryngée et thoracique, tachycardie, pâleur, sueur, spasmes viscéraux, etc.)

-Beaucoup des traumatisés enrichissent leur tableau clinique de manifestations psychonévrotiques empruntées aux névroses de transfert : crises ou conversions hystériques, phobies, rituels, obsessionnels. Il y aurait beaucoup à dire sur ces «complications » (Fenichel, 1945) ou plutôt «superstructures» (Crocq, 1974) psychonévrotiques sont : sont-elles facilitées par les propensions et habitudes d'une personnalité prédisposée, qui colorerait sa névrose traumatique de sa psychonévrose antérieure ? Ou sont-elle suggérés par l'expérience traumatique elle-même qui serait légitimement hystérogène (un sujet contusionné au bras lors de l'événement fera plus facilement une conversion motrice sur ce bras «en souvenir » de l'événement), phobogène (telle victime d'un attentat terroriste dans le métro aura ensuite la phobies de ce mode de transport), ou enfin génératrice de rituel vérificateurs de protection, obsessionnel (telle victime d'agression à son domicile se relèvera de son lit plusieurs fois de suite chaque soir pour vérifier la fermeture de sa porte).

-Beaucoup de traumatisés émettent par la suite des plaintes somatique (céphalées, dorsalgies, gastralgies, etc.) et une proportion non négligeable

d'entre eux présentent dans les jours où les semaines qui suivent leur Trauma des troubles psychosomatiques caractérisés, avec lésion d'organe : asthme, hypertension artérielle, angor, ulcère d'estomac, colite spasmodique, eczéma, urticaire, psoriasis, canitie, alopécie, et même goitre et diabète. La plainte somatique serait un langage chez des sujets dont la culture réprime l'extériorisation de la souffrance psychique, ou chez des personnalités «alexithymiques», sans propension ni à la verbalisation, ni à la pantomime, ni à la présentation mentale.

- La quasi-totalité des traumatisés présentent après le trauma des troubles des conduites et des troubles caractériels. Il s'agit d'abord de conduites alimentaires : anorexie ou boulimie, avec modification pondérale importante en quelques mois. Il s'agit ensuite d'autres conduites orales de consommation excessive de tabac, d'alcool ou de drogues diverses (toxicomanie post-trauma). Il s'agit enfin de conduites d'auto-agressivité (tentatives de suicide) ou d'hétéroagressivité (altercations, rixes) et même de conduites d'agression délictueuse ou criminelle. (L.Crocq, 2007, p.42.43).

8. Les caractéristiques de Traumatisme psychique :

Le traumatisme psychique comporte plusieurs caractéristiques :

❖ débordement des défenses psychologiques :

Le traumatisme psychique est une réponse à un événement qui présente des aspects de soudaineté, de violence et de surprise. Par son côté inattendu et accidentel, l'événement traumatique entraîne un débordement des défenses psychologiques du sujet. C'est ce débordement psychique qui définit le trauma ; en effet, face à l'état d'impréparation, le sujet traumatisé ne peut pas réagir, car il n'a pas pu anticiper la violence de l'événement (défaut d'angoisse signal), ce qui le laisse sidéré sur le plan psychique.

La situation de violence psychique liée à une menace vitale ou à des visions d'horreur :

Le traumatisme psychique est associé à des situations où le sujet a vécu un sentiment de menace vitale ou a été confronté à des visions d'horreur. Selon Barrois (1988), la rencontre tragique avec la mort agresse l'intégrité physique et mentale du sujet et fascine, sidère et

paralyse son appareil psychique. Cette rencontre crée un désarroi qui tient à la brusque transformation de la mort en donnée immédiate (1988) alors qu'elle constituait auparavant une pensée abstraite. Face à ce type de situations extrêmes impliquant la proximité avec la mort, l'homme doit affronter et anticiper au plus près, dans une solitude infinie, son propre anéantissement, ce qui ne peut que provoquer une blessure psychique indélébile et transformer radicalement un individu.

❖ L'effroi :

La dimension de l'effroi est centrale dans le psycho traumatisme et renvoie à un état de sidération et d'immobilité psychiques du sujet confronté à la grande violence de l'événement traumatique. L'effroi constitue ainsi une réaction caractéristique faisant suite à une vive émotion et se traduit principalement par un état de sidération, d'effraction psychique et de suspension de la pensée qui rend le sujet incapable d'agir et de résister. Pinel (1809), un des premiers, avait bien mis l'accent sur les conséquences considérables d'une brusque et soudaine commotion, telle qu'une joie excessive ou une forte frayeur, pouvant entraîner l'arrêt des fonctions psychiques : « certaines personnes, douées d'une sensibilité extrême, peuvent recevoir une commotion si profonde par une affection vive et brusque, que toutes les fonctions morales en sont comme suspendues ou obliérées : une joie excessive, comme une forte frayeur, peut produire ce phénomène si inexplicable .

❖ La rupture de l'enveloppe psychique et l'intrusion d'un corps étranger :

Le traumatisme psychique se traduit d'un point de vue topique comme une rupture de l'enveloppe psychique, du pare-excitation (Freud, 1920), qui crée une désorganisation psychique durable et facilite l'intrusion du traumatisme dans l'appareil psychique comme un corps étranger qui ne peut être assimilé. L'incessant retour de ce corps étranger à travers les symptômes de répétition peut être compris comme une tentative d'assimilation par le sujet.

❖ Le non-sens et l'absence de représentation :

D'un point de vue intellectuel, cognitif ou représentationnel, le traumatisme doit aussi être envisagé comme un non-sens total. En effet, les sujets traumatisés sont dans l'incapacité de comprendre, de traiter et d'analyser ce qui leur arrive, même longtemps après, et la question qui revient principalement dans leur discours est : Pourquoi ça m'est arrivé, pourquoi ce jour-là ? L'impossibilité de donner une signification au traumatisme est centrale. Le trauma psychique correspond ainsi à une absence de représentation et de fantasme associés à l'événement. Souvent, chez ces patients, c'est toute leur théorie du monde qui se retrouve bouleversée après de tels traumas, rendant incompréhensible ce qui leur arrive.

❖ Traumatisme relationnel et logique :

des travaux récents ont mis l'accent sur les traumatismes relationnels de type logique et paradoxal, en particulier chez les victimes de tortures ou de harcèlement sexuel chez qui il est important de tenir compte de la nature de la relation entre la victime et son agresseur, qui comporte des aspects d'emprise et des interactions paradoxales de type « double lien». (KH. Chahraoui, Paris, 2014, p.12.13).

9. Les critères diagnostiques de l'état de stress post traumatique :

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

1. Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement où à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien être menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée ;

2. La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

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

1. souvenir répétitif et envahissant de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions ;

2. Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse ;

3. Impressions 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 surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication) ;

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

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

C. Évitement persistant des stimuli associés au Traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au Traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois manifestations suivantes :

1. efforts pour éviter les pensées, les sentiments, ou les conversations associés au Traumatisme ;

2. efforts pour éviter les activités, les endroits où les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme ;

3. Incapacité de se souvenir d'un aspect important du traumatisme ;

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

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

6. Restriction des affects (p. Ex, incapacité à éprouver des sentiments tendres) ;

7. Sentiment d'avenir «bouché» (p. Ex, pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie).

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au Traumatisme, comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

1. difficultés à s'endormir ou sommeil interrompu ;

2. Irritabilité ou accès de colère ;

3. Difficultés de concentration

4. hypervigilance.

5. Réaction de sursaut exagérée.

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

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

Aigu : durée des symptômes : moins de trois mois.

Chronique : durée de symptômes : plus de trois mois.

Différé début des symptômes six mois après le facteur de stress.
(kh, chahraoui, 2014, p. 6,7).

10. traitement et la prise en charge de l'état de stress post traumatique :

A) débriefing :

Le débriefing est une intervention immédiate qui prend place dans les heures ou, au maximum, les deux ou trois jours suivant l'événement. Interventions brève et en groupe, de trois à six heures en général, elle consiste à faciliter l'expression de sentiments et des émotions pour obtenir une abréaction. Inventé par un pompier de New York, le débriefing propose un protocole de sept phases dirigé par un psychologue ou psychiatre ou par des personnes formés à cette technique.

Le protocole de débriefing

- 1 .Introduction
2. Les faits
3. Pensées et impressions
4. Réactions émotionnelles
5. Normalisation
6. Planifier le futur
7. Désengagement

Cette méthode a surtout été utilisée dans le cas de sinistre collectif ou de catastrophe naturelle ou d'accident grave. Plus que d'un véritable traitement, il s'agit d'une gestion immédiate de la crise, dont la visée est à la fois d'assurer une thérapie d'urgence et de prévenir le stress post traumatique.

- Dans une méta-analyse célèbre, périodiquement mise à jour sur Cochrane collaboration, wessely et ses collègues ont étudié les résultats du débriefing dans huit études de qualité. Ils concluent que rien ne prouve que le débriefing a un effet de prévention du stress post traumatique.

Deux études contrôlées de qualité indiquent dangereux : il pourrait représenter un deuxième

- Traumatisme pour certains patients, et sa brièveté pourrait sensibiliser les sujets au lieu d'entraîner chez eux une réponse d'habitations. Il ni être utilisé de manière systématique.

B) la thérapie cognitive et comportementales :

La thérapie se présente généralement sous une forme individuelle ou en groupe. De dix à vingt séances de 60 à 90 minutes, une ou deux fois par Semaine, sont nécessaires pour obtenir un résultat satisfaisant, le rythme, la durée et le nombre de séances devant être adaptés à la vitesse d'acquisition de chacun. Plusieurs composantes sont, en général, mises en œuvre.

L'évitement est très fréquent : environ 50% des personnes qui ont subi un Traumatisme important évitent d'en parler. Les émotions sont cependant revécues de manière involontaire, sous la forme de reviviscence du traumatisme à l'état de veille. La thérapie aide progressivement le sujet à affronter les tresseurs et à modifier les émotions qui l'ont submergé par un récit du traumatisme aussi circonstancié que possible.

La relaxation permet d'entrer dans la thérapie et donne un moyen au patient de réduire ses réponses neurovégétatives. Elle offre, en outre, un accès plus facile aux souvenirs traumatiques.

La méthode la plus ancienne est l'exposition aux images traumatiques par désensibilisation progressive. Cette méthode est longue et peu efficace. La vidéo permet également d'approcher la situation en maîtrisant le rythme de sa présentation, quand la nature du tresseur le permet. L'exposition en imagination est une méthode plus directe : il importe de faire revivre les sensations corporelles qui ont accompagné le Traumatisme.

La gestion du stress permet de combiner la réactivation du stresseur avec un dialogue interne guidé, ce qui réduit l'intensité des émotions en changeant Les pensées automatiques de danger. Sept étapes sont successivement mises en œuvre.

Les sept étapes de la gestion du stress dans la thérapie du stress post traumatique

1. La préparation à l'affrontement par l'information et la discussions.

2. L'affrontement dans un jeu de rôle ou une présentation en imagination qui reproduit la situation redoutée.
3. La mise en place de pensées automatiques plus réalistes qui annulent les monologues intérieurs en relation avec la peur, en vue de faire face aux émotions.
4. L'approbation, par le thérapeute, des efforts d'affrontement avant Chaque affrontement d'un niveau plus élevé de situation stressante.
5. La discussion des postulats concernant le danger, la personnalisation de la responsabilité et l'autocritique.
6. La répétition en imagination, entre les séances, de l'affrontement du stresser (sortir, rencontrer les autres, allé dans la foule, rester seule à domicile, voyager...).
7. L'exposition de la réalité, aux situations génératrices et la peur, qui ne présentent pas de danger objectif, est conseillée et ses effets sont réévalués à la séance suivante.

Les thérapies cognitives ont attiré l'attention sur un certain nombre de problèmes comme la culpabilité et les postulats dysfonctionnels et proposé des modalités d'intervention plus souples.

Voici un programme utilisable en pratique :

1. Expositions à la scène traumatique refusée (image, pensée, sensation physiques).
2. Représentation de comportements adaptés au Traumatisme
3. Permission d'images de «vengeance».
4. Représentation en imagination de nurturing figures : figures parentales ou amicales dont le rôle est d'assurer la consolation et la protection qui n'a pas eu lieu dans la réalité. Le thérapeute peut utiliser le jeu de rôle et incarner une figure de compassion qui aide à franchir le cap du traumatisme et à en prendre congé.
5. Dissociation des pensées automatiques et des postulats dysfonctionnels : personnalisation, culpabilité d'avoir subi un Traumatisme, illusion d'un monde juste, stable et sécurisant, et nécessité de la vengeance.
6. Prise de congé par rapport au Traumatisme : comment développer un plan constructif d'existence dans lequel le Traumatisme perd la place centrale ?

C) le traitement médicamenteux :

Les antidépresseurs IMAO Non sélectifs et imipraminiques ont montré leur efficacité.

❖ Antidépresseurs imipraminiques :

Ils ont plusieurs actions : sérotoninergique, noradrénergique et anticholinergique central et périphériques ([clomipramine]).

Ils sont moins maniabiles que les antidépresseurs sérotoninergiques car ils nécessitent un bilan pré thérapeutique, ils ont de nombreuses contre-indications et d'effets secondaires. Un bilan systématique doit être réalisé avant la mise en route du traitement :

- Recherche d'antécédent de trouble cardiaque, d'épilepsie, de glaucome, d'adénome de la prostate ;
- électrocardiogramme ;
- bilan biologique : numération formule sanguine, bilan hépatique ;
- examen oculaire éventuel ;
- électroencéphalogrammes si risque d'épilepsie.

Au cours du traitement, la surveillance repose sur :

- La recherche et la prévention des principaux effets secondaires : sécheresse de la bouche (boire régulièrement, hygiène bucco-dentaire voire prescription de sulfarlem s25 [anétholthritone]), constipation (régime riche en fibres, exercices physique, boire de l'eau régulièrement voire traitement laxatif), rétention d'urine (surveillance de la diurèse chez les personnes à risques) et troubles de la vision ;
- La prise de la tension artérielle couché puis debout afin de rechercher une hypotension orthostatique ;
- La pensée.

❖ Antidépresseurs sérotoninergiques ou inhibiteurs de la recapture de la sérotonine :

Ils augmentent la concentration de sérotonine (neurotransmetteur) dans le cerveau ;

- Deroxat (paroxétine) ;

-floxyfral (fluvoxamine) ;

-zoloft (sertraline) ;

-Prozac (fluoxétine).

Leurs seule contre-indication est l'association aux antidépresseurs IMAO.

Ils ont peu d'effets secondaires.

❖ Antidépresseurs inhibiteurs de la monoamine oxydase(IMAO) :

Ils sont de moins en moins utilisés à cause de leurs nombreuses contre-indications (surtout pour les IMAO non sélectifs).

Les IMAO non sélectifs ou classiques (Marsilid [iproniazide]) agissent sur la monoamine oxydase de types A et B, d'utilisation plus compliquée. Ils nécessitent une surveillance régulière du bilan hépatique et rénal, de la tension artérielle (hypotension orthostatique), d'être prudent chez les patients épileptique (risque augmenté de crise d'épilepsie) et d'arrêter le traitement 15 jours avant une anesthésie générale. (S. Laurent. 2010. P. 28.29).

Synthèse du chapitre :

Les troubles post-traumatiques constituent un vrai problème de santé publique qui nécessite de déterminer des conduits thérapeutique spécifiques et efficaces. Et pour cette raison il faut crée des nouvelles psychothérapies pour faire face à ce trouble post-traumatique, et de favoriser une meilleure prise en charge à toute victime traumatisé.

CHAPITRE III

Méthodologie de la recherche

Préambule.

1-pré-enquête.

2-la méthode clinique.

2-1- Etude de cas.

2-2- l'entretien clinique.

2-3- l'entretien semi directif.

2-4- guide d'entretien.

3-les outils de la recherche.

a) guide d'entretien.

b) Le questionnaire de traumaq.

Synthèse de chapitre.

- Des études antérieures.
- Analyse des études antérieures

Préambule :

La méthodologie est une forme de capitalisation de l'expérience pour pouvoir les différencier, on peut dire qu'une méthodologie est la science des méthodes.

Lorsqu'on travaille sur un domaine, on peut établir une suite de questions à se poser, de personnes à aller voir et à interroger, d'informations à collecter, d'opération à effectuer, en vue de faire des choix. Cela permet de mener de manière plus efficace une étude ou la résolution d'un problème. La méthodologie est cette systématisation de l'étude, indépendamment du thème à étudier lui-même.

Le thème de la présente recherche est l'étude de « l'état de stress post traumatique chez les accidentés de la route », notre démarche méthodologique est la suivante :

1-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 ». (**chahraoui kH et bénony H, 2003, p, 126**).

« la pré-enquête est une phase de terrain assez précoce dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses qui soient valides, faibles, renseignées, argumentées et justifiées. de même , la pré-enquête permet de fixer ,en meilleure connaissance de cause ,les objectifs précis, aussi bien finaux que partiels, que le chercheur aura réaliser pour vérifier ses hypothèses » .En effet ,il est important de souligner l'ampleur de cette dernière dans les différentes dimensions d'un travail de recherche.(**aktouf,1987**).

On n'a pas pu effectuer notre stage à cause de pandémie et le refus de toutes les institutions de nous donner l'accord pour effectuer notre pratique.

Au début, on a opté pour la méthode clinique la plus appropriée à notre recherche.

2-La méthode clinique :

Selon Lagache D (1949), la méthode clinique est l'étude des faits ou des événements psychologiques qu'ils soient normaux ou pathologiques, et ceci indépendamment de sa cause, connue ou supposée. Cette méthode consiste à s'accommoder à la manière d'être original de l'autre. Avec cette méthode on peut utiliser des tests, des échelles d'observation, et l'entretien clinique. La méthode

clinique fait appel à l'étude de cas, afin que nous puissions décrire la situation actuelle du sujet, en tenant compte de son histoire, mais aussi elle prend en compte les relations de ce dernier avec autrui. **(Chahraoui Kh., et Benoney H., 2003, P.124).**

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

Selon LASRRE 1978 « une méthode est une démarche complète issue des objectives d'une étude particulière et qui organise toutes les étapes de la recherche depuis les énoncés des hypothèses jusqu'à leurs vérification »

Pour bien mener notre recherche ,qui porte sur l'étude du l'effet des événements traumatique sur le déclenchement des maladies psychosomatique chez l'adulte ,on a choisi l'approche clinique par excellence : l'étude de cas qui est définis par la gouache comme suite « la méthode clinique envisage la conduite dans sa propre perspective relève aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concert et complet au prises avec cette situation ,cherche à établir le sens ,la structure et la genèse ainsi déceler les conflits qui la motivent et les démarche qui tendent à résoudre ses derniers » **(chahraoui kh et bénony,2003).**

2-1-l'étude de cas :

Elle est fréquemment utilisée en science sociale. Ici, le chercheur n'agit pas non plus sur les variables en cause ; il cherche seulement à observer les interrelations possibles entre ces variables. Au lieu de porter son investigation sur un grand nombre de personne ou de faits, il étudié un nombre limité de cas considérés comme significatifs. L'objectif est de comprendre en profondeur une situation sociale, un fait social, un groupe de personne, un individu, etc. le chercheur peut décrire un cas unique (les décisions managériales de changement de l'entreprise x), ou une étude à cas multiples(les décisions de changement dans les entreprises japonaises).c'est une étude de description et de compréhension d'un fait. **(M. assie Guy, Roger, p10).**

L'étude de cas est un examen approfondi d'une situation ou d'un cas spécifique .l'idée principale d'une étude de cas est d'étudier un cas de manière détaillée et approfondie, travers toutes les méthodes appropriées et disponibles.

Il peut y avoir une variété de questions pour les études de cas, mais l'objectif général reste de parvenir à une compréhension la plus complète possible du cas social analysé.

Pour parvenir à étudier les modèles sociaux et leurs évolutions historiques, la méthode de l'étude de cas peut se consacrer à une étape spécifique de l'histoire de société ou à toutes les étapes que la société a traversées. Les outils de cette méthode comprennent l'entretien personnel, l'étude des documents et registres officiels, des notes personnelles, l'analyse des statistiques et des données quantitatives disponibles. **(friedrich, Ebert, 2016, p18-19).**

2-2-L'entretien clinique :

L'entretien est une situation d'échange verbale entre deux ou plusieurs personnes dans le but d'obtenir des informations. Il consiste à une conversation avec le sujet ou des membres de son milieu de vie. Permettent de préciser les antécédents et l'évolution de la situation ou de la maladie qui a conduit à l'examen mettent les sujets dans une situation particulière. L'entretien est un patient, à ses émotions et son vécu. Il prend en compte tous les aspects patient, à ses émotions et son vécu. Il prend en compte tous les aspects originaux, enamnésiques et actuels de problème posé par le sujet. Il existe différents types d'entretien mais dans le cadre de notre recherche et vu les qualités des informations recherchées on a opté pour l'entretien semi-directif pour donner plus de liberté aux sujets interrogés, ce dernier implique la disposition du chercheur d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance ; elles sont au moment opportun de l'entretien clinique, par exemple à la fin d'une séquence d'association. **(Chahraoui kH, Bénouny, 2003, p143).**

L'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien chercheur propose un cadre et une trame qui permet au sujet de dérouler son écrit. **(Chahraoui kh, Benouny, 2003, p143).**

Selon Grawitz M ; l'entretien clinique « comporte peu de questions, c'est l'enquêteur qui choisit le secteur de souvenir, les sujets qu'il veut aborder. Le plus souvent, il monologue, tout ce qu'il dit intéresse l'enquêteur, dans quelques domaines ou ordre d'idées que ce soit. Une série d'interviews, est nécessaire. L'enquêteur dans ce type d'interviews, s'intéresse Non seulement du contenu manifeste, ce que dit le patient, mais aussi la dont il le dit » **(M, Grawitz, 2010, p 646).**

Il vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet on se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation.

(Benony et Chahraoui, 1999, p, 11).

2-3-L'entretien semi-directif :

Il est également centré sur le sujet, le clinicien utilise un guide d'entretien qui propose une trame de questions .il fait quelques interventions pour relancer le patient sur ce qu'il vienne de dire : hochements de tête, acquiescements, répétition des fins de phrases du sujet....les relances peuvent aussi été des questions plus ciblées ou plus fermées dans le cas ou les informations attendues n'ont pas été abordées dans une question plus générale .(Question ouverte).Le clinicien interrompt peu le sujet ; il « le laisse associer librement mais seulement sur le thème proposé »
(Bénony, kH,Chahraoui,kh, 1999,p.16).

2-4-Le guide d'entretien :

L'entretien du chercheur est toujours associé à un guide d'entretien contiens des questions préparés par le chercheur luit même, notre guide d'entretien est composé de Cinq axes, les informations personnelles sur le sujet, l'état du patient avant l'événement, pendant l'événement, après l'événement et à la fin le dernier axe Contiens la vision du patient de l'avenir.

Le guide d'entretien comprend aussi les axes thématiques à traiter : le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celles-ci ne sont pas posées d'une manière directe. Il s'agit d'avantage de thème à abordée que le chercheur connaît bien. **(chahraoui kh et bénony, 1999, p68-69).**

3-les outils de la recherche :

a) Guide d'entretien :

Nous avons établir un guide d'entretien constitué de 05 axes :

Axe 1 : les informations personnelle.

Axe 2 : les informations concernant la vie quotidienne de la personne.

Axe 3 : les informations concernant le vécu avant l'accident.

Axe 4 : les soucis et les inquiétudes de la vie courante.

Axe 5 : vision vers l'avenir et la route.

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 ou soi ou pour les autres ». (Caroul D et Maria P, « traumaq questionnaire, d'évaluation du traumatisme », paris, ecpa, 2006p9).

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 :

- évaluer des troubles traumatiques aigus et chroniques, voir des modifications de personnalité suite à un événement traumatique.
- 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 postérieur à l'événement. Elle constitue la base du questionnaire permettant d'établir le diagnostic.

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

2- la cotation :

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

- nulle : échelon 0.
- faible : échelon 1.
- fort : échelon 2.
- très forte : échelon 3.

Calcul des notes brutes s par échelle.

Partie 1 : les réactions immédiates (pondant l'événement) et les troubles psycho-traumatique (depuis l'événement).

Pour les échelles A et 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 cas grisée cochée et 0 point pour une case blanche.

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 principale qui rempile sente 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.

Synthèse de chapitre :

Ce chapitre est une partie indispensable dans toute recherche. Nous nous sommes appuyées sur deux outils de recherche, le premier est l'entretien clinique qui est essentiel et il nous a permis d'aborder chaque cas afin de recueillir des informations nécessaire, le deuxième est le questionnaire, nous a permet de comprendre le déroulement de la démarche clinique, et de connaitre l'importance de l'étude de cas, ainsi que l'utilisation des techniques à suivre.

Remarque :

Comme étant on n'a pas pu effectuer notre stage à cause de la situation sanitaire, on a procédé à des études antérieures concernant le thème : « l'état de stress post traumatique chez les accidentés de la route ».

Les études antérieures :**Étude antérieure : 1**

Es études de Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes et Nelson (1995) sur l'accident de la route montrent que l'événement traumatique le plus fréquent pour les hommes est l'accident de la route (25 % sur la vie entière) et le deuxième plus fréquent pour les femmes (13,8 %). L'état de stress post-traumatique (ESPT*), les phobies et la dépression ont été identifiés comme séquelles courantes d'un accident de voiture : ces symptômes concerneraient 20 % à 25 % des victimes. Mais si la plupart des sujets conservent une forte appréhension de la conduite automobile, seuls 2 % développeraient une réelle phobie. (M, kédia et al, 2013, p 104).

Etude antérieure : 2

Lors d'une étude menée par Naomi Breslau en 1996 sur 1606 patients exposés au risque de développer un ESPT, c'est à dire ayant vécu un événement qualifié de traumatisant selon le critère du DSM IV, elle retrouve 9,2% d'ESPT complets (13% chez les femmes versus 6,2% chez les hommes) et 27,66% d'ESPT partiels. La prévalence de l'exposition à un événement traumatisant au cours de la vie dépend du type d'évènement, en ce qui concerne les accidents de voiture sérieux, la prévalence est de 28%.

Études antérieure 3 :

L'étude de Bryant en 2002, portant sur 134 victimes d'un AVP, décrit que 15% des hommes souffrent d'ESPT à 6 mois de l'évènement, et 38% des femmes.

Dans son **étude publiée en 2009**, Ryb interroge 367 patients à 6 mois de leur AVP : la prévalence de l'ESPT est alors de 27,5%. A 12 mois de leur AVP, seuls 317 patients ont pu être interrogés, et la prévalence à 12 mois est de 24,3%. Il est écrit aussi que le taux d'incidence d'ESPT chez les victimes d'AVP varie selon les études de 8 à 46%.

Concernant F.Ducrocq, la prévalence de l'ESPT secondaire à un AVP varierait de 20 à 40%. (E.S bourbon, 2014, p 15).

Étude antérieure : 4

Bryant et coll rapportent dans leurs étude en 2002 que, sur 134 sujets victimes d'un accident de la route et suivis par la suite, 15% d'hommes et 38% de femmes ont souffert d'ESPT six mois après l'évènement traumatisant.

Études antérieure : 5

L'étude de Sophie Krief, dont la thèse a été soutenue en 2007, porte sur 1000 sujets dans un cabinet de médecine générale, et parmi eux 158 ont été exposés au risque de développer un ESPT. Elle fait la distinction entre l'ESPT complet et incomplet.

-La prévalence de l'exposition à un AVP est de 32,4 % chez les hommes et 23,86% chez les femmes.

- La prévalence de l'ESPT complet suite à un AVP, dans la population générale est de 1,3% (1,1% pour les femmes, et 0,2% pour les hommes).

-Pour l'ESPT partiel, la prévalence est de 5,5%. Si on s'intéresse aux 158 patients : la prévalence de l'ESPT complet est de 8,23%, et celle pour un ESPT partiel est de 34,8%. Une étude similaire menée par Marion Bernstein en 2010 retrouve de semblables résultats pour les AVP.

-La prévalence de l'ESPT complet dans la population générale est de 0,8%.

La prévalence de l'ESPT partiel est de 3,9%.(E,s, bourbon,2014, p16).

Étude antérieure : 6

L'étude de Jan Baran en 2013, portant sur un plus grand échantillon retrouve :

- Une prévalence ESPT complet dans le cadre des AVP de 4,12% (3,12% de femmes, 1% d'hommes).

- Une prévalence ESPT partiel de 3,75%.

Étude antérieure : 7

Blanchard et coll ont étudié une population de 75 personnes qui ont subi un accident de la circulation un à deux ans plus tôt et qui suivent un traitement pour leurs problèmes psychologiques secondaires à ce traumatisme. Cette étude montre que les personnes qui présentent un ESPT ont une plus grande probabilité de souffrir d'un trouble de l'humeur.

Étude antérieure : 8

Fullerton et coll retrouvent également dans leur étude une proportion plus importante de femmes chez les patients atteints d'ESPT. Sur 122 sujets ayant subi un accident de la circulation sérieux, 42 sujets ont développé un ESPT à un mois dont 18,8% d'hommes et 51,7% de femmes.

Le risque de développer un ESPT pour une femme est alors 4,39 fois plus élevé que pour un homme.

Analyse des études antérieures :

➤ **La Méthode utilisé dans les études antérieures :**

De ce qui précède nous avons constatés que la plupart des études utilisées sont basées sur la méthode clinique à l'exception de deux dont la méthode appliquée est clinique quantitative (étude de Sofie Krief de l'année 2007 et étude de Naomi Brelau de l'année 1996).

➤ **Echantillons utilisé dans les études antérieures :**

Le nombre d'échantillons testés par la méthode clinique est varié entre 75 et 367 sujets, en revanche la méthode clinique quantitative se servi d'un taux plus élevé qui dépasse mille cas.

➤ **Résultats obtenu dans les études antérieures :**

En ce qui concerne les accidents de voiture sérieux, nous concluons que les études basées sur la méthode clinique porte un taux de prévalence complet ou partiel variant et moins élevée, qui montre que les femmes sont les plus exposées aux traumatismes engendrés par ces accidents.

Par contre si nous appuyant sur le résultat de la méthode clinique quantitative la prévalence est plus élevée, portée entre 20% à 30% et le taux de prévalence partiel 3% en effet ce test démontre les souffrances des femmes des accidents routières.

Conclusion générale

Conclusion générale

L'accident de la route 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 physique, un accident qui constitue pour la victime, un vrai choc, où l'accidenté ne peut ni dormir, ni bouger, ni travailler et ni vivre comme avant.

À travers cette étude, nous avons traité le stress post traumatique chez les accidentés de la route, car l'environnement dans lequel une personne vivait est plein de danger, de menace et d'événements divers qui peuvent provoquer des traumatismes graves, laissant un impact profond sur lui-même. Le traumatisme psychologique est considéré comme l'une des expériences douloureuses qui ne peuvent pas effacé de l'imagination de l'individu, et il dépasse sa capacité à confronter et à contrôler les sentiments associés à ses blessures organiques et psychologique de la personne, et il y répond avec une douleur profonde et parfois de grandes perturbations.

Les accidents de la route sont des évènements qui peuvent être, par eux-mêmes, Traumatisants sur le plan du psychisme. Ils sont responsables chaque année de décès prématurés et de lésions délabrantes qui marquent les esprits et font craindre le pire lors D'un accident, avec des victimes qui se sentent miraculées lorsqu'elles s'en sortent sans blessure grave. Les accidents de la route peuvent donc entraîner l'apparition de troubles psychiques Séquellaires du traumatisme psychologique dû à l'événement accidentel.

En Constate que le traumatisme psychique chez les accidentés est un événement qui a ses causes et il a plusieurs classifications. Par ailleurs, il reste toujours l'un des sujets les plus complexes qui nécessite l'intervention interdisciplinaire Pour une meilleure prise en charge.

Pour conclure, On peut dire que l'intensité du syndrome post traumatique dépend de la gravité de séquelles physiques ainsi que le milieu favorable Joue un rôle dans la résilience et le dépassement du déséquilibre Psychique engendré Par l'accident.

Bibliographie

Bibliographie

Ouvrages :

- Freud, s. (1920-2013).au-delà du principe de plaisir. Paris, France : PUF.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2012).classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Montréal, canada : Institut canadien d'information sur la santé.
- ChahraouikH. (2014).15 cas cliniques en psychopathologie du traumatisme. Paris, France : Dunod.
- Crocq, l. (2007).Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes. Paris, France : Masson.
- Clerq, M et lebigot, f. (2001). « Les traumatismes psychiques», Paris, Masson.
- FERRANDEZ. F(1995). « Étude détaillée d'accident orientés vers la sécurité primaire », presse ENPC.
- Bouzigue jb, (1995). « La violence routière», contient Europe, Paris.
- Boyer.p et Guelfij-D et al. (2005). « DSM-... manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux », Paris, Masson, 2005.
- Pr -o, fontaine et du Dr, ph fontaine, (2006). «Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive», Retz.
- crocq.l(1999). «Les traumatismes psychique de guerre » éd. Odile Jacob, Paris.
- Laurent s, (2010). «Processus psychopathologiques », alsevier Masson.
- Gulfi, j-d et Rouillon, f, (2007). «Manuel de Psychiatrie », Elsevier, Masson.

- Aderien Édouard Mvessomba, Hélène Chantal ngah essomba et pulchérie Chantal vigto (2017), « la prise de risque routier au Cameroun, édition harmattan, Cameroun.

- Carnis L, gaboude C et gallenge M (2019). « La sécurité routière en France », harmattan.

- Claud, b (1998). «Les névroses traumatiques », Paris, Dunod.

- Pedent, M et Scurfield, R et al (2004). «Le rapport mondial des traumatismes dûs aux accidents de la circulation ».

- C. Fouvez M.S. (2006). Jeune conducteurs la voie de la sécurité, projet du centre de recherche sur les transports de l'OCDE et la CEMT, pour l'université européenne d'été de la sécurité routière Nantes- Loire Atlantique.

- Redelmeier DA. (2004).Tibshirani RJ. Association between cellular-telephone calls and motor vehicul collisions. New England Journal of Medcine, 1997,336

Bibliographie

:453-485. In OMS : Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation.

-M.Grawitz. (2010) "méthode des sciences sociales.

-Friedrich, Ebert (2016)"méthodologie de la recherche scientifique".

-M.Assie Guy Roger" cours d'initiations à la méthodologie de la recherche.

-Chahraoui, kh et Bénony, (2003), « méthode évaluation et recherche en psychologie clinique », Paris, dunod.

-chahraoui, kh, bénony, H (1999), «l'entretien », Paris, dunod.

-aktoul, o, (1987), «méthode des sciences sociales et approche quantitative, une introduction à la démarche classique », Canada.

Dictionnaire :

-le petit Larousse, paris, 2008.

-sillamy, N (2003).dictionnaire de la psychologie. Paris, France : Larousse.

Thèses :

- Lewhe mahugnon jorys et Zemmour ouardia, (2009), « accident de la route et identification des facteurs de risques », universités badji Mokhtar, anabas.

- bencherif houria, (2015), « étude de l'insécurité routière en Algérie : de l'usage des modèles au développement des politiques publiques », thèse de doctorat en science en hygiène et sécurité industrielle.

-Haddak m. c filou. A Ndiaye, (2005), projet de recherche n : 70 relatif à une redéfinition des victimes de routes. Prédit 3-G03.nouvelles connaissance pour la sécurité, rapport UMRESTTE n : 05103.

-Havier Collin, (2010), « hypothèses sur les relations entre états démentiels et états de stress post traumatiques : étude pilote sur 10 cas de syndromes de stress post traumatique chez les personnes âgées », université Henri Poincaré, Nancy1.

Bibliographie

-Rumar K. The humain factor in road safety. Australian Road Research Board conference,Melbourne, Australie.In Conférence Européenne des Ministres des Transports : transport routier passé présent et avenir des travaux de la CEMT en matière de sécurité routière - Avril 2002.

- Bourbon Emilie Sophie, « traitement de l'état de stress post traumatique après un accident de la circulation : revue de la littérature », université paris,diderot paris 7, 2014.

Site internet :

- <https://www.futura-sciences.com/sante /definitions /maladie-stress - post traumatique - 17807 />, consulter le 01/06/2021 à 15 :00.

-<http://campus.cerimes.fr/maieutique /UE-puériculture/accidents - domestiques /site/html/1.html>, consulter le 13/06/2021 à 12 :44.

-(<https://www.lemonde.fr>) consulter le 25/06/2021. A 13h00.

-(<https://www.who.int>) consulter le 25/06/2021 A 15h45.

-(<https://www.justfit.fr>) consulter 01/07/2021 A 9h30.

Résumé :

Un traumatisme psychique lié à un accident de la route est un événement qui a laissé des traces au niveau psychique du conducteur. Le traumatisé peut être aussi un tiers ou un passager voir dans certains cas, un témoin. La mémoire de l'accident n'est pas forcément consciente mais le cerveau a en gardé le scénario, c'est la mémoire inconsciente.

L'accident provoque en générale une peur intense, toujours un sentiment d'impuissance, et pour les plus graves d'entre eux, un sentiment d'horreur. Même si un accident de la route ne cause pas toujours de lésions ou de blessure psychique, il peut laisser des traces psychologiques et créer un véritable traumatisme, après un accident de la route, il faut tout de suite avoir recours à une aide psychologique. Même si la victime ne semble pas présenter de troubles, un dispositif médico-psychologique doit immédiatement être mis en place. La personne doit être accompagnée par une équipe de psychiatres et de psychologue en proposant tout de suite une aide. L'état de stress post traumatique peut être évité. En effet, il est important que les victimes sortent de leur état de choc pour prendre conscience et accepter ce qui vient de leur arriver.

Après un accident de la route, la victime doit être bien entourée pour surmonter le traumatisme. Si l'entourage est important, il n'est pas expert et se montre bien souvent maladroit. Pour apprendre à vivre avec les séquelles de l'accident, la personne doit être accompagnée par des professionnels de la santé durant les jours qui suivent l'évènement. Un psychologue ou un psychiatre reste la meilleure solution.

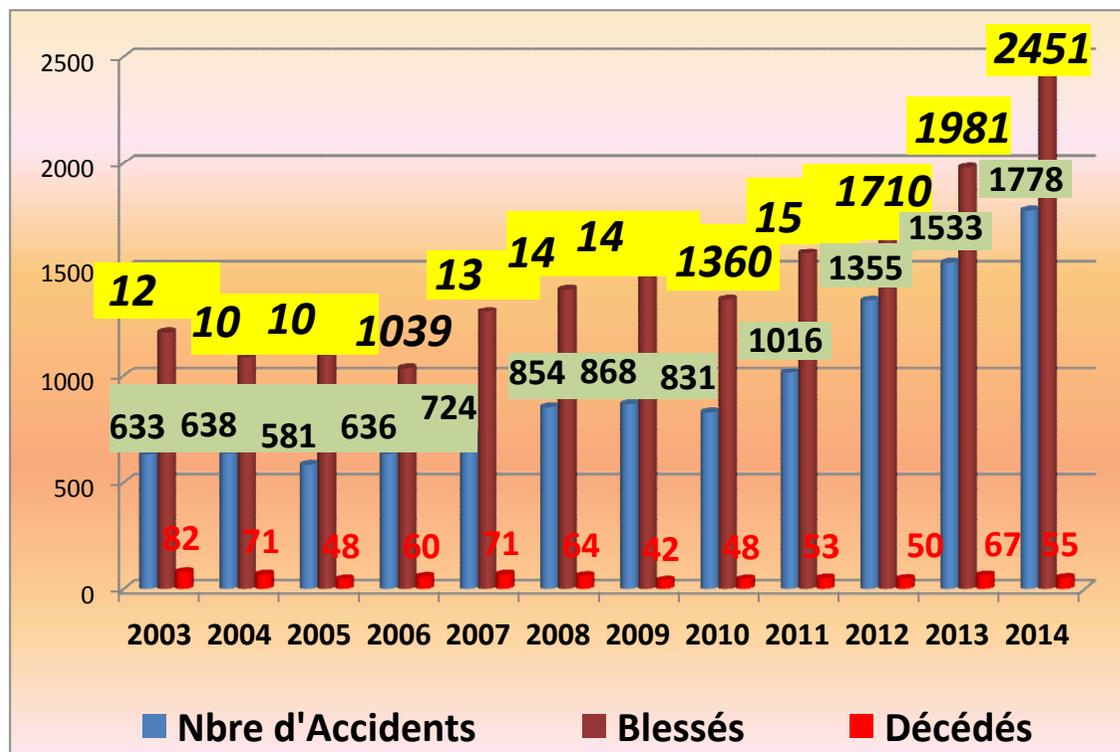
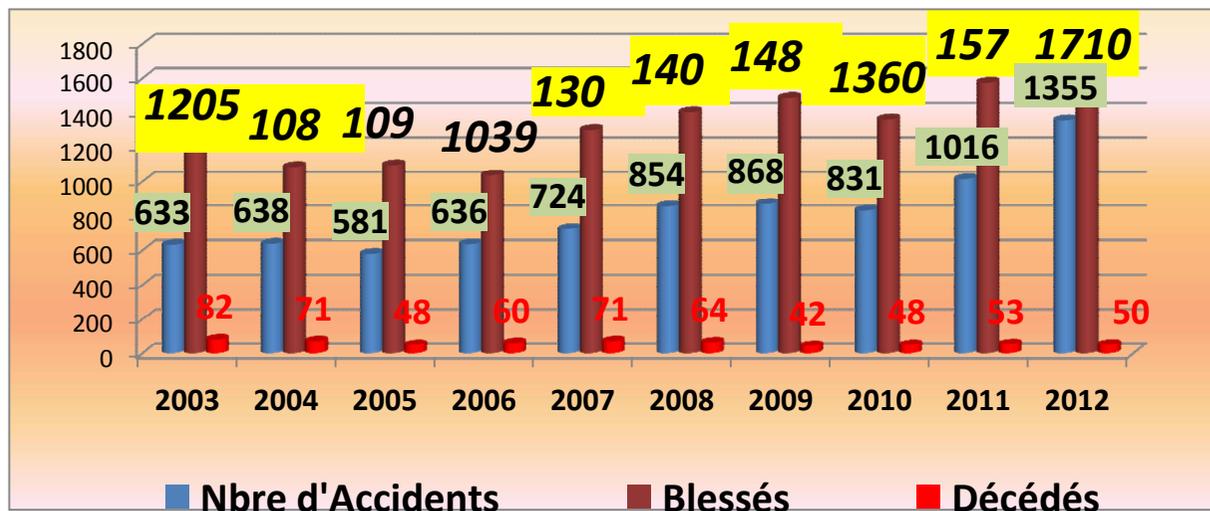
Mots clés : traumatisme psychique, accident de la route, stress post traumatique.

Annexes

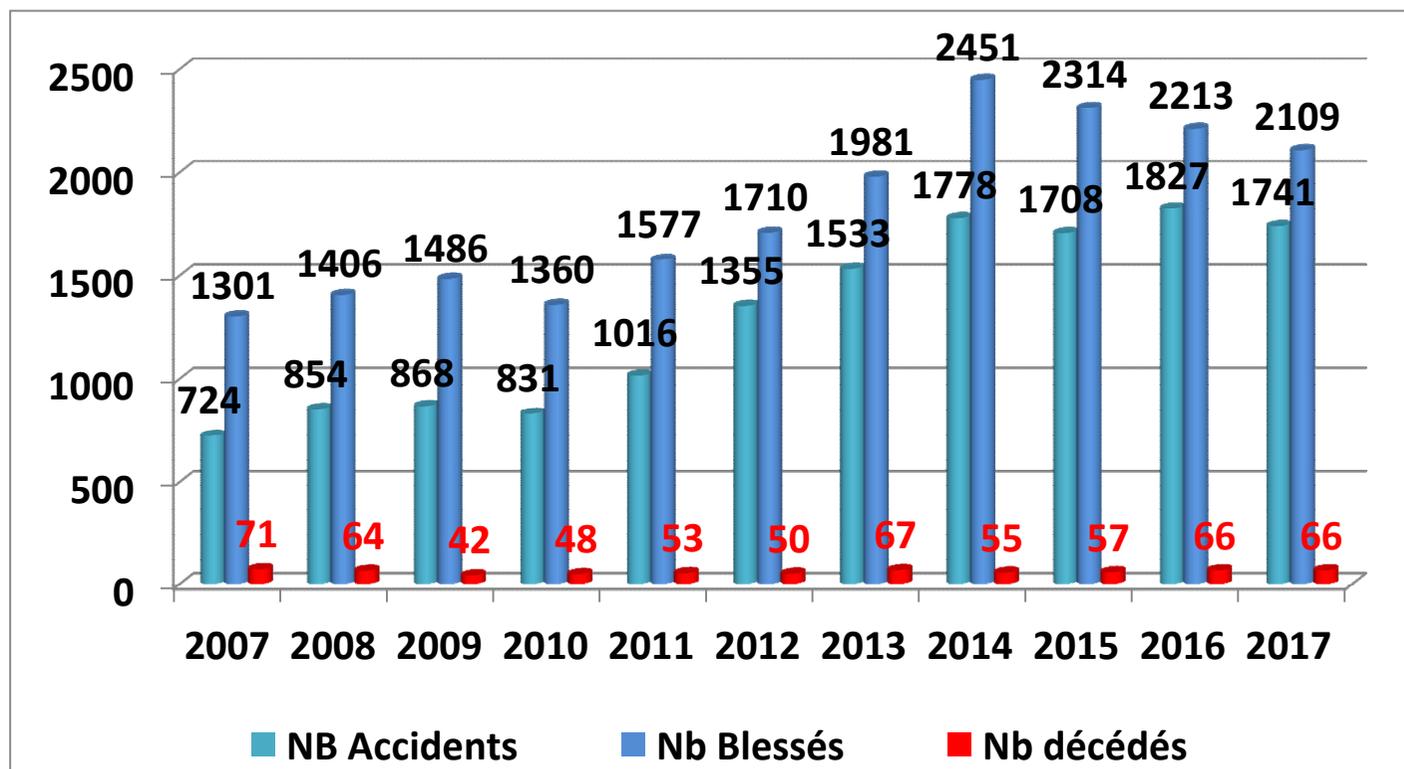
	<i>Nbre d'Accidents</i>	<i>Blessés</i>	<i>Décédés</i>
2003	633	1205	82
2004	638	1087	71
2005	581	1097	48
2006	636	1039	60
2007	724	1301	71
2008	854	1406	64
2009	868	1486	42
2010	831	1360	48
2011	1016	1577	53
2012	1355	1710	50
2013	1533	1981	67
2014	1778	2451	55
TOTAL UX	11447	17700	711

oyenne d	9669	15249	656
	879	1386.27273	59.6363636
	acc/AN 880	Blessés/An 1388	DCD/AN 59

oyenne d	2.410958904	3.80273973	1.13150685
	acc/Jour 2	Blessés/jour Env 4	DCD/Semaine Plus d'1



	NB Acciden	Nb Blessé	b décédé
2007	724	1301	71
2008	854	1406	64
2009	868	1486	42
2010	831	1360	48
2011	1016	1577	53
2012	1355	1710	50
2013	1533	1981	67
2014	1778	2451	55
2015	1708	2314	57
2016	1827	2213	66
2017	1741	2109	66
TOTA UX			



ANNEE	N.Acc.	Dégâts corporels								Dégâts matériels							
		Blessés				Décédés				Véhicule	Camion	Bus	Moto	transpG uidé	Vélo	Tract	Autre
		H	F	E	T	H	F	E	T	Legers							
2011	1016	1195	244	138	1577	47	5	1	53	1030	145	57	216	0	0	3	17
2012	1355	1309	260	141	1710	40	3	7	50	1480	210	68	224	0	2	10	6
2013	1533	1514	281	186	1981	58	5	4	67	1710	250	64	289	0	3	5	16
2014	1778	1743	452	256	2451	48	5	2	55	1914	243	70	418	0	1	14	9
2015	1289	1324	276	193	1793	39	2	0	41	1532	173	56	315	0	9	5	10
2016	1827	1590	368	255	2213	49	12	5	66	2137	219	56	440	0	3	5	18
2017	1741	1531	340	238	2109	52	10	4	66	1758	217	62	494	0	6	11	5
2018	1768	1547	336	203	2086	33	4	6	43	1780	202	62	544	9	0	10	6
2019	1919	1595	361	306	2262	45	2	4	51	1830	223	56	647	6	0	5	6
2020	1651	1478	305	182	1965	34	3	3	40	1551	187	38	623	0	0	3	9
totaux	15877	14826	3223	2098	20147	445	51	36	532	16722	2069	589	4210	15	24	71	102

Tableau de Clas Accid de la Circulation selon les Dégâts

N°	N.Acc.	N.I.	Dégâts corporels								Dégâts matériels						
			Blessés				Décédés				Véhicule Legers	Camion	Bus	Moto	Vélo	Tract	Autre
			H	F	E	T	H	F	E	T							
Janv.	123	221	96	17	14	127	2	0	0	2	118	12	6	34	1	1	1
Fév.	108	201	81	24	15	120	0	2	0	2	122	11	5	21	0	0	6
Mars	127	226	96	25	26	147	3	0	0	3	142	17	5	26	0	0	1
Avril	147	251	134	41	21	196	3	0	0	3	146	23	6	34	0	1	1
Mai	155	270	148	37	27	212	6	0	0	6	159	24	2	44	1	0	1
Juin	149	263	125	25	20	170	3	0	1	4	139	22	6	44	0	2	2
Juillet	238	414	208	47	39	294	7	2	1	10	350	21	8	43	0	1	2
Aout	226	389	208	75	50	333	6	7	1	14	387	27	5	43	1	0	1
Sept	171	272	168	27	17	212	5	0	0	5	181	19	4	47	0	0	1
Oct.	137	229	107	20	6	133	7	1	2	10	124	14	6	41	0	0	1
Nov.	105	175	110	15	5	130	5	0	0	5	115	12	2	27	0	0	0
Déc.	141	230	109	15	15	139	2	0	0	2	154	17	1	36	0	0	1
TOTAL	##	3141	1590	368	255	2213	49	12	5	66	2137	219	56	440	3	5	18

Tableau Général des Accidents de la Circulation-T.F.2

Mois	Nbr accidents Accidents	N.I										
			Victimes Heurtées par Véhicules		Victimes de Collision		Victimes de Renversement		Victimes Heurtées par Tains		Victimes d'Autres accidents	
			blessés	décédés	blessés	décédés	blessés	décédés	blessés	décédés	blessés	décédés
Janv.	123	221	25	1	67	0	34	1	1	0	0	0
Fév.	108	201	29	0	62	1	27	1	2	0	0	0
Mars	127	226	12	0	86	2	48	1	1	0	0	0
Avril	147	251	36	0	103	1	57	2	0	0	0	0
Mai	155	270	23	0	119	4	69	2	0	0	1	0
Juin	149	263	22	2	79	2	69	0	0	0	0	0
Juillet	238	414	30	1	159	2	104	6	1	1	0	0
Aout	226	389	34	1	200	3	99	9	0	1	0	0
Sept	171	272	24	0	105	1	83	3	0	1	0	0
Oct.	137	229	20	2	68	5	45	3	0	0	0	0
Nov.	105	175	24	1	82	3	24	1	0	0	0	0
Déc.	141	230	20	0	65	0	54	1	0	1	0	0
TOTAL	1827	3141	299	8	##	24	713	30	5	4	1	0

**Tableau de Clas Accid/ Groupe Horraire et Jour de
Semaine-T.F.2-2**

N°	N.I.	Groupe Horraire							Jours de Semaine						
		06h-09h	09h-12h	12h-14h	14h-16h	16h-20h	20h-00h	00h-06h	Dim	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam
Janv.	221	13	40	22	29	52	47	18	31	16	29	33	33	47	32
Fév.	201	21	21	20	36	33	49	21	17	24	22	32	41	31	34
Mars	226	28	36	28	29	45	40	20	23	29	42	26	46	32	28
Avril	251	39	24	27	39	70	32	20	30	43	45	43	32	33	25
Mai	270	17	47	40	29	62	61	14	32	34	33	19	43	76	33
Juin	263	27	27	31	42	79	38	19	25	33	56	45	34	33	37
Juillet	414	52	59	47	35	84	100	37	45	40	50	29	44	108	98
Aout	389	28	59	65	79	83	63	12	44	34	43	43	52	83	90
Sept	272	28	35	34	31	77	43	24	44	41	33	37	30	48	39
Oct.	229	28	28	20	30	64	34	25	38	45	30	24	33	23	36
Nov.	175	16	23	19	20	42	34	21	19	39	9	31	24	30	23
Déc.	230	29	13	21	32	66	45	24	33	28	31	34	36	31	37
TOTAL	3141	326	412	374	431	757	586	255	381	406	423	396	448	575	512

N°	N Acc	N.I	Type de Route															
			ROUTE NATIONALE				CHEMIN DE WILAYA				CHEMIN COMMUNAL				AUTRES			
			N.A	N.I.	bles	dcd	N.A	N.I.	bles	dcd	N.A	N.I.	bles	dcd	N.A	N.I.	bles	dcd
Janv.	123	221	72	141	82	2	50	78	44	0	0	0	0	0	1	2	1	0
Fév.	108	201	72	142	77	2	21	29	22	0	12	24	19	0	3	6	2	0
Mars	127	226	83	150	82	2	41	71	62	1	1	1	2	0	2	4	1	0
Avril	147	251	97	178	133	2	36	53	46	1	13	17	17	0	1	3	0	0
Mai	155	270	106	195	155	5	34	53	34	1	15	22	23	0	0	0	0	0
Juin	149	263	98	185	108	4	43	61	51	0	6	9	6	0	2	8	5	0
Juillet	238	414	185	337	243	6	31	47	29	1	20	27	20	1	2	3	2	2
Aout	226	389	149	268	230	6	60	96	82	7	16	23	21	0	1	2	0	1
Sept	171	272	102	179	143	2	68	92	69	2	0	0	0	0	1	1	0	1
Oct.	137	229	85	155	84	7	49	69	48	1	3	5	1	2	0	0	0	0
Nov.	105	175	66	123	86	5	13	19	16	0	1	2	1	0	25	31	27	0
Déc.	141	230	79	139	76	0	33	51	37	1	28	38	26	0	1	2	0	1
TOTAL	1827	3141	1194	2192	1499	43	479	719	540	#	115	168	136	3	39	#	38	5

Résumé :

Un traumatisme psychique lié à un accident de la route est un événement qui a laissé des traces au niveau psychique du conducteur. Le traumatisé peut être aussi un tiers ou un passager voir dans certains cas, un témoin. La mémoire de l'accident n'est pas forcément consciente mais le cerveau a en gardé le scénario, c'est la mémoire inconsciente.

L'accident provoque en générale une peur intense, toujours un sentiment d'impuissance, et pour les plus graves d'entre eux, un sentiment d'horreur. Même si un accident de la route ne cause pas toujours de lésions ou de blessure psychique, il peut laisser des traces psychologiques et créer un véritable traumatisme, après un accident de la route, il faut tout de suite avoir recours à une aide psychologique. Même si la victime ne semble pas présenter de troubles, un dispositif médico-psychologique doit immédiatement être mis en place. La personne doit être accompagnée par une équipe de psychiatres et de psychologue en proposant tout de suite une aide. L'état de stress post traumatique peut être évité. En effet, il est important que les victimes sortent de leur état de choc pour prendre conscience et accepter ce qui vient de leur arriver.

Après un accident de la route, la victime doit être bien entourée pour surmonter le traumatisme. Si l'entourage est important, il n'est pas expert et se montre bien souvent maladroit. Pour apprendre à vivre avec les séquelles de l'accident, la personne doit être accompagnée par des professionnels de la santé durant les jours qui suivent l'évènement. Un psychologue ou un psychiatre reste la meilleure solution.

Mots clés : traumatisme psychique, accident de la route, stress post traumatique.