

Université MIRA Abderrahmane Béjaïa
Faculté des sciences humaines et sociales
Département des sciences sociales

Mémoire de Master

Intitulé :

**« L'anxiété en lien avec les accidents de la
circulation »**

Etude de 08 sujets accidentés

En vue de l'obtention du diplôme de Master

Option : Psychologie clinique

Présenté par :

M^{elle} . BENMEZIANE Hanane

Encadré par :

M. BENKERROU Fiadh

Université MIRA Abderrahmane Béjaïa
Faculté des sciences humaines et sociales
Département des sciences sociales

Mémoire de Master

Intitulé :

**« L'anxiété en lien avec les accidents de la
circulation »**

Etude de 08 sujets accidentés

En vue de l'obtention du diplôme de Master

Option : Psychologie clinique

Présenté par :

M^{elle} . BENMEZIANE Hanane

Encadré par :

M. BENKERROU Fiadh

REMERCIEMENTS

Mes premiers mots iront à mon enseignant, M. **BENKERROU** Fiadh, pour le regard toujours pertinent et novateur qu'il a porté sur mon travail et pour la rigueur qu'il lui a insufflé. *Je* tiens également à le remercier pour son précieux soutien, sa disponibilité et pour l'intérêt dont il a fait preuve à l'égard de mon travail. **Et**, enfin, un grand merci pour l'immense motivation qu'il a su générer.

Je remercie chaleureusement mes collègues et amis(es), sans oublier ma famille, grâce auxquels ce modeste travail de recherche s'est enrichi d'une saveur amicale toute particulière sans laquelle il n'aurait pas aujourd'hui la même valeur à mes yeux.

Enfin, je tiens à remercier l'ensemble des personnels (chef de service d'orthopédie et neurochirurgie, M^{lle} **TALBI**, psychologue à l'hôpital) qui ont eu la gentillesse de participer à mon enquête. *Leur* disponibilité demeure à la base de ce modeste travail de recherche, et, sans eux, rien n'aurait été possible.

BENMEZIANE H.

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail :

- À mes grands parents que je souhaite une longue vie.
- À ma très chère **m**ère et mon cher **p**ère.
- À mes deux frères **N**assim et **H**alim.
- À mes deux sœurs **F**ariza et **N**aouel.
- À mes oncles et leurs familles.
- À mes tantes et leurs familles.
- À tous (tes)mes amis (es) : **N**esrine, **M**aya, **M**iro, **S**amo, **J**aja, **N**adej, **C**ia, **K**ahina, **Y**asmine, **D**alia, **F**arida, **H**akim, **K**arim et **Y**acine.
- À toute la promotion « **Psychologie Clinique** » 2013.

Liste des abréviations

- **CHU** : centre hospitalo-universitaire.
- **OMS** : organisation mondiale de la santé.
- **DSM** : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.
- **TOC** : trouble obsessionnel compulsif.
- **ESPT** : état de stress post traumatique.
- **INRETS** : institut national de recherche sur les transports et leur sécurité.
- **TCC** : thérapie cognitive et comportementale.
- **TAG** : trouble d'anxiété généralisé.
- **STAI**: State Trait Anxiety Inventory.
- **AVP**: Accident de la voie publique.

Liste des Tableaux

Tableau n°1 : La répartition de notre échantillon selon le sexe.....	56
Tableau n°2 : La répartition de notre échantillon selon l'âge.....	57
Tableau n°3 : La répartition de notre échantillon selon le nombre d'accident.....	57
Tableau n°4 : Résultats d'échelle d'anxiété du cas n°1.....	58
Tableau n°5 : Résultats d'échelle d'anxiété du cas n°2.....	60
Tableau n°6 : Résultats d'échelle d'anxiété du cas n°3.....	62
Tableau n°7 : Résultats d'échelle d'anxiété du cas n°4.....	64
Tableau n°8 : Résultats d'échelle d'anxiété du cas n°5.....	66
Tableau n°9 : Résultats d'échelle d'anxiété du cas n°6.....	68
Tableau n°10 : Résultats d'échelle d'anxiété du cas n°7.....	70
Tableau n°11 : Résultats d'échelle d'anxiété du cas n°8.....	72
Tableau n°12 : La répartition des cas selon le niveau d'anxiété.....	74

SOMMAIRE

Remerciement

Dédicace

Liste d'abréviation

Liste de tableau

IntroductionI

La partie théorique

Chapitre I. Le cadre méthodologique de la recherche 01

1. Problématique et les hypothèses 01

2. La pertinence du thème de recherche 04

3. Les objectifs de la recherche 04

4. Les raisons du choix du thème 04

5. Définition et opérationnalisation des concepts-clés..... 05

6. les études antérieures 06

Chapitre II. Le cadre conceptuel de l'anxiété 09

Préambule10

1. Distinction entre anxiété, angoisse, peur et stress..... 10

2. Les différentes définitions de l'anxiété 10

3. Quelques réflexions théoriques sur l'anxiété(angoisse)..... 13

4. La symptomatologie de l'anxiété 16

4.1. Les plaintes somatiques..... 16

4.2. Les symptômes psychique..... 17

5. Les types d'anxiété..... 18

5.1. L'anxiété état.....	18
5.2. L'anxiété trait	19
6. L'anxiété normale et pathologique.....	19
7. Les différents troubles anxieux.....	19
8. Les facteurs d'anxiété.....	24
9. L'évaluation de l'anxiété.....	25
10. Le traitement de l'anxiété.....	26
10.1. Le traitement non médicamenteux.....	26
10.1.1. Les thérapies comportementales.....	27
10.1.2. Les théories cognitives.....	27
10.1.3. La relaxions.....	27
10.2. Le traitement médical.....	28
Conclusion.....	30
Chapitre III. Les accidents de la circulation	31
Préambule	31
1. Présentation générale thérmnologique des accidens de la circulation.....	32
2. Les causes des accidents de la route.....	34
2.1. Les causes liées aux véhicules.	35
2.2. Les causes liées à l'environnement	35
2.3. Les causes humaines	37
3. Les conséquences somatiques, psychiques et sociales des accidents	41

4. La prévention routière	42
Conclusion.....	42

La partie pratique

Chapitre IV. Méthodes et techniques utilisées

44

Préambule	45
-----------------	----

1. Présentation de lieu de l'étude	45
--	----

2. L'échantillon de l'étude	45
-----------------------------------	----

3. La méthode utilisée	46
------------------------------	----

4. les techniques utilisées	47
-----------------------------------	----

4.1. L'entretien clinique de recherche.....	47
---	----

4.1.1. L'entretien semi-directif.....	48
---------------------------------------	----

4.1.2. Le guide d'entretien	48
-----------------------------------	----

4.2. L'échelle d'anxiété d'Hamilton	48
---	----

5. Les limites de notre recherche	53
---	----

Conclusion	54
------------------	----

Chapitre V. Analyse, discussion et interprétation des résultats

55

Préambule	56
-----------------	----

1. Description de l'échantillon.....	56
--------------------------------------	----

2. Présentation et analyse des données de l'échelle et des entretiens.....	58
--	----

2.1. Présentation et analyse des résultats du cas n°01.....	58
---	----

2.2. Présentation et analyse des résultats du cas n°02.....	60
---	----

2.3. Présentation et analyse des résultats du cas n°03.....	62
---	----

2.4. Présentation et analyse des résultats du cas n°04.....	64
---	----

2.5. Présentation et analyse des résultats du cas n°05.....	66
---	----

2.6. Présentation et analyse des résultats du cas n°06.....	68
---	----

2.7. Présentation et analyse des résultats du cas n°07.....	70
2.8. Présentation et analyse des résultats du cas n°08.....	72
3. Discussion et interprétation des résultats.....	74
Conclusion	76
Conclusion générale.....	77
Bibliographie.....	79
Annexes	

Introduction

Introduction

L'anxiété, la nervosité, stress, angoisse sont devenus les bêtes noires des sociétés modernes, ils touchent une population de plus en plus importante dont la vie se trouve parfois complètement gâchée par ce mal du siècle.

Ces émotions peuvent être conséquences de l'environnement de la personne ; avec ses problèmes et conflits que soit familiaux ou financiers sans pour autant négliger l'impact des traumatismes dû à un accident, un décès, un choc, etc. qui laissent des séquelles sur l'individu.

L'anxiété est un trouble émotionnel qui se manifeste par un sentiment d'insécurité, d'appréhension, de tension, de malaise et de terreur face à un péril de nature indéterminée. Elle se manifeste à travers deux types de plaintes ; plaintes psycho-comportemental, sous les termes de nervosité, de soucis, d'agitation et d'inquiétude ; comme elle manifeste des signes physique et somatique tels que douleurs musculaire, palpitations cardiaques, sueurs, etc.

Il est reconnaissable que l'anxiété et le stress ont un impact négatif sur le comportement de l'individu dans ses diverses situations dans la vie et provoquent une interruption dans l'utilisation de ses habiletés.

Or, la conduite exige des habiletés et performances ainsi qu'une attention permanente. En revanche, les personnes ayant des troubles anxieux ne possèdent pas ces critères, et cela les expose aux risques de commettre un accident sur la voie publique.

Dans notre étude qui a pour thème « *anxiété en lien avec les accidents de la circulation* », nous allons essayer de décrire le lien entre l'anxiété et les accidents de la circulation. De ce fait, pour présenter cette recherche, nous avons divisé notre travail en deux volets : l'un théorique comportant trois chapitres, pour chacun d'eux nous essayons de présenter en quoi ils apportent une pierre à l'édifice de notre recherche.

Le plan de travail que nous présentons est comme suit : la partie théorique, regroupe trois chapitres dont le premier est intitulé « *cadre méthodologique de la recherche* », où nous abordons, d'abord, la description générale du phénomène des accidents de la route ainsi que les facteurs qui s'impliquent dans ce dernier. Puis nous mettrons le point sur l'implication des

facteurs psychologiques dans les AVP où nous poserons notre problème de recherche et nos hypothèses.

Ensuite, nous allons exposer la pertinence de notre thème de recherche, les objectifs, les raisons du choix du thème et les définitions opérationnelles des concepts-clés. Enfin, nous proposerons quelques études ayant portées sur le stress, l'anxiété, la conduite et le lien entre eux.

Dans le deuxième chapitre, nous allons tenter de donner quelques notions concernant notre première variable « *l'anxiété* ». Le troisième chapitre, nous le consacrerons pour notre seconde variable « *les accidents de la circulation* ».

Quant à la partie pratique, elle sera organisée en deux chapitres : le premier intitulé « *méthodes et techniques utilisées* », où nous présenterons les techniques d'enquêtes utilisées, l'échantillon et les lieux d'enquêtes. Le second chapitre, de cette même partie, est intitulé « *discussion, analyse et interprétation des résultats* » sera consacré à l'exploitation des données, c'est-à-dire l'analyse des données et des résultats obtenus à travers les techniques d'investigation utilisées dans le but d'apporter des réponses ou des éléments de réponse au problème posé au départ.

Enfin, nous proposerons une conclusion récapitulative, dans laquelle nous rappellerons les résultats auxquels nous avons abouti, autrement dit une synthèse des résultats obtenus au cours de notre travail de recherche.

La partie théorique

Chapitre I

Le cadre

méthodologique de la

recherche

1. Problématique et hypothèses

Sur les routes du monde entier, les accidents de la circulation font partie des événements de la vie courante. Les accidents de la route constituent, partout dans le monde, un fléau social de grande ampleur qui ne se saurait réduire à la dimension statistique.

Les accidents de la route sont la troisième cause de décès prématurés derrière les accidents de la vie courante et les suicides ; ils touchent en majorité des adultes jeunes ; un tiers laisse des séquelles, parfois très lourdes. Le poids de la souffrance individuelle, qui atteint les victimes et leur entourage est considérable, tout comme le sont les dépenses engendrées par les soins, l'indemnisation des dommages, la prise en charge au long cours des handicaps. (CAILLARD, 2006, p 02).

Chaque jour, trois mille accidents mortels de la circulation sont annoncés aux familles et aux amis. Quinze mille autres accidentés survivent avec un traumatisme grave, parfois handicapés à vie. Le choc et le chagrin que causent ces nouveaux tragiques sont trop fréquents partout dans le monde, en particulier dans les pays pauvres qui supportent quatre-vingt dix pour cent (90%) du poids de la mortalité annuelle. Le nombre des décès et des traumatismes diminue lentement dans les pays les plus riches mais il augmente encore rapidement dans les plus pauvres. Les victimes et les survivants sont souvent jeunes, et les familles sont ainsi privées de leur principal soutien. (OMS, 2004).

De ce fait, la situation en matière de sécurité routière en Algérie est critiquée. La comparaison avec d'autres pays confirme que ce phénomène devient de plus en plus grave. Les statistiques montrent que l'Algérie a le triste privilège d'être l'un des pays les plus touchés par ce phénomène et occupe le quatrième rang mondial en termes d'accident de la route derrière les Etats Unies d'Amérique, l'Italie qui dispose d'un parc d'auto douze fois plus important et la France. En Algérie, on enregistre, chaque année plus de 3000 tués et près de 40000 blessés. En 2009, un algérien meurt chaque deux heures et un autre est blessé chaque douze minute.

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. Cette dernière résulte de la combinaison de multiples

facteurs : la puissance et la conception des véhicules, leur état de fonctionnement, de la qualité des voies de circulation, les conditions climatiques, la réglementation et la façon dont elle est imposée sont autant de déterminant qui sont à mettre en parallèle avec l'état de santé mais aussi avec les valeurs, les attitudes et les comportements des conducteurs .(RUMARK 1982, p 11-12).

Or plusieurs études approfondies des accidents identifient l'erreur humaine comme l'une des composantes causales les plus importants dans la majorité des accidents. Les facteurs humains en particulier apparaissent dans plus de 90% des accidents corporels, on cite quelque uns :

Des études sur la vitesse menées dans différents pays montrent qu'avec une augmentation de la vitesse moyenne de la circulation de 1 km/h, l'incidence des accidents avec blessures augmente généralement de 3 % (ou de 4 % à 5 % pour les accidents mortels) et qu'avec une diminution de la vitesse moyenne de la circulation de 1 km/h, l'incidence des accidents avec blessures diminue de 3 % (ou de 4 % à 5 % pour les accidents mortels).

Ainsi des études expérimentales de l'INRETS (Institut National de Recherche sur les Transports et leur Sécurité) ont démontré la difficulté de réaliser simultanément deux tâches. Les temps de réaction augmentent de 50 % (parfois plus de 3 secondes) et la stratégie visuelle se limite à la route, négligeant les rétroviseurs extérieurs et les abords de la route.

En 2003 sur les autoroutes concédées, le facteur fatigue/ hypovigilance/ endormissement a été relevé dans un tiers des accidents mortels. L'hypovigilance caractérise le moment où le conducteur n'est plus dans un état d'attention suffisant pour analyser ce qui se passe dans son environnement et pour réagir.

Et à ce qui concerne L'usage de médicaments on peut dire qu'elles peuvent altérer l'aptitude à la conduite. 3,8 millions de français âgés entre 12 et 75 ans consomment régulièrement des médicaments psychotropes.

L'usage de drogues illicites n'est pas un phénomène marginal. L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies estime à 850 000 le nombre de consommateurs de cannabis, et à 450 000 le nombre de consommateurs journaliers. Elles constituent aussi un danger pour la conduite automobile.

Un accident mortel sur trois est lié à l'alcool. Il implique dans 85 % des cas des buveurs occasionnels. L'alcool dans les accidents mortels concerne aussi bien les conducteurs de voitures de tourisme que les conducteurs de deux roues motorisés.

Sans doute, tout trouble de conscience (même bref) est susceptible de provoquer un accident. Il est donc important de dépister tout antécédent ou risque de trouble de conscience. Les facteurs psychologiques qui amènent à la prise de risque sont très nombreux, on cite quelque uns ; la recherche d'une excitation (plaisir du risque), libération de l'agressivité, besoin de compétition (CAILLARD, 2006, pp 16-39)

L'être humain vit dans des circonstances qui influent sur sa santé physique et mentale. De mauvaises expériences et conditions de vie désagréables peuvent perturber son état mental et physique. Cela veut dire qu'il y a des facteurs psychologiques qui amènent à la prise de risque sur la route, comme la recherche d'une excitation, libération de l'agressivité, le stress etc.

Dans cette étude il s'agit d'expliquer s'il existe un lien entre les facteurs psychologiques, en particulier l'anxiété et la prise de risque sur la route, alors on peut dire que le conducteur qui exerce un métier caractérisé par des conditions de travail souvent difficiles, souffre d'une charge physique et psychique considérable, produit chez lui un malaise profond celui d'une anxiété, est exposé aux risques d'accident non négligeables. Ceci nous pousse à poser le problème suivant :

- Y-a-t-il un lien entre l'anxiété et l'accident de la route chez les conducteurs ?
L'anxiété est-elle susceptible de provoquer un accident routier ?

C'est à ces questions que nous souhaitons apporter quelques éléments de repenses, mais avant cela, nous tenons à présenter nos hypothèses. Car, comme toute recherche, celle-ci est basée sur des hypothèses sur lesquelles nous nous appuyerons pour envisager de répondre aux questions posées précédemment. En effet, nous souhaitons vérifier les hypothèses suivantes :

- Il y a un lien entre l'anxiété et les accidents de la circulation.
- Les conducteurs qui présentent des troubles anxieux, dû aux conflits, problèmes de la vie quotidienne ou déjà accidentés, risquent de commettre un accident de la route.

2. La pertinence du thème de recherche

- ✓ L'importance de cette recherche c'est qu'elle permet de comprendre et d'expliquer la problématique d'anxiété, afin d'atténuer les souffrances psychiques et physique de cette dernière, et aider les conducteurs à bien connaître les causes, et travailler sur les différentes mesures pour contrôler leurs comportements surtout lors de la conduite.
- ✓ Elle permet ainsi de jeter un coup d'œil sur l'étude du comportement des conducteurs sur la route et son impact sur la route.

3. Les objectifs de la recherche

Les objectifs de notre travail consiste à :

- ✓ Déterminer le rôle de l'anxiété et son impact sur le conducteur au volant.
- ✓ Etudier l'anxiété comme un facteur de risque d'accident sur la voie publique chez les conducteurs. Et souligner le rôle des facteurs psychologiques en générale dans la prise de risque d'accident et l'anxiété en particulier.

4. Les raisons du choix du thème

- ✓ Si nous devons expliciter les motivations du choix de ce sujet de recherche, nous dirons qu'elles sont de l'ordre de la situation inquiétante de la sécurité routière en Algérie. Ce travail répond à ce que nous avons ressenti comme un besoin dans les études psychologiques des accidents de la route en Algérie et plus précisément l'anxiété et son altération du comportement du conducteur.

5. Définition et opérationnalisation des concepts clés

On va essayer de donner quelques brèves définitions des concepts clés de notre recherche afin d'éclaircir un peu notre thème ;

5.1. L'anxiété

- **Selon P. PICHOT (1987)**

L'anxiété ou « angoisse », est un état émotionnel fait sur le plan phénoménologique de trois éléments fondamentaux : la perception d'un danger imminent, une attitude d'attente devant ce danger et un sentiment de désorganisation lié à la conscience d'une impuissance totale en face de ce danger. (BLOCH, CHEMAMA et al, 1992, P 53)

- **Selon Henry EY**

L'anxiété est un désarroi vécu dans l'attente poignante d'un danger imminent. Elle s'exprime par les manifestations émotionnelles de l'angoisse. Certains auteurs, comme Mlle BOUTONIER par exemple, ne distinguent pas l'angoisse de l'anxiété, se conformant ainsi à une vieille tradition humaniste. Cependant, dans le langage habituel de la psychologie médicale, on tend à réserver au terme d'« angoisse » le sens qui s'attache au terme latin d'« angor », c'est-à-dire que le mot désigne essentiellement les phénomènes physiques de cette émotion et son « vécu » perceptif, ce par quoi elle est « éprouvée » dans le corps. (EY Henry, 2006, 378).

5.2. Les troubles anxieux

Affection mentale caractérisée par la survenue de crises aiguës d'angoisse sur un fond permanent d'anxiété et d'un terrain anxieux. Toutefois, on considère aujourd'hui que les crises aiguës sont des troubles autonomes par rapport aux manifestations chroniques de l'angoisse dont elles ne constituent pas qu'une simple différence d'intensité. (GODFRY, 1993, P 11).

5.3. L'accident de la route

Accident, événement fortuit, ordinairement dommageable sur le plan corporel, mental ou matériel. (SILLAMY, 2003, P 03).

L'accident est un événement au cours duquel un dommage est causé à une personne ou à un bien matériel, impliquant ou causé par un véhicule routier en mouvement, et survenant sur tout chemin ou terrain, l'accident peut impliquer plus d'un véhicule routier. (Journal officiel n° 46 de la république algérienne démocratique et populaire).

Cette définition nous montre qu'il ya des accidents qui entraînent des dégâts matériels ainsi que des dégâts humains.

6. Les études antérieures

Les premières études ayant porté sur le stress et la conduite d'un véhicule ainsi que sur la relation entre le stress et les accidents routiers remontent approximativement au début des années 1970. Ces études traitaient principalement des réactions physiologiques au stress pendant la conduite et de la relation entre les scores aux échelles de stress de la vie quotidienne et les accidents routiers. Globalement, les résultats indiquent une augmentation des réactions physiologiques pendant la conduite et plus particulièrement pendant une congestion routière importante (Stokols et al. 1978) ainsi que l'existence d'un lien entre le stress de la vie quotidienne et les accidents routiers (Brenner & Selzer, 1969; Selzer & Vinokur, 1974).

La recherche sur le stress ressenti pendant la conduite a pris une nouvelle direction dans les années 1980 avec l'arrivée de plusieurs études en provenance du Royaume-Uni traitant des composantes psychologiques du stress pendant la conduite (Glendon et al. 1993; Gulian et al. 1990; Gulian et al. 1989; Matthews et al. 1991). Ces chercheurs conçoivent le stress selon le modèle transactionnel cognitif. Par conséquent, ils préfèrent utiliser les termes *stress du conducteur* plutôt que *stress de conduite ou pendant la conduite* car ils considèrent que le stress vécu par les conducteurs dans leur vie quotidienne et le stress ressenti pendant la conduite ont un impact mutuel. Ainsi, le stress lié à des événements de la vie quotidienne (dans le cadre travail, des études ou avec la famille) peut augmenter le stress ressenti par le

conducteur (à cause de la congestion routière par exemple), qui peut aussi hausser le stress ressenti dans la vie quotidienne.

Tel que décrit au début de cette section, la majorité des études en sécurité routière indiquent que les accidents routiers sont la cause principale de décès chez les moins de 25 ans et que le taux de décès des jeunes hommes est de deux à trois fois plus élevé que celui des jeunes femmes. Le stress du conducteur serait, selon certaines études, plus important chez les jeunes conducteurs (Gulian al. 1990; Matthews et al., 1991; Shinar et al., 1998; Westerman & Haigney, 2000) mais ne peut toutefois pas être dissocié de l'expérience de conduite (Westerman & Haigney, 2000).

Bien que le lien entre le stress et les accidents ait pu être démontré à partir de données obtenues par questionnaires, les statistiques annuelles d'accidents ne tiennent pas compte de ce facteur. Cette situation s'explique par le fait que la relation entre le stress et les accidents est indirecte et donc plus difficile à étudier (par exemple souvent par données rétrospectives versus par observation directe) que le lien entre les accidents et d'autres facteurs (la conduite avec les capacités affaiblies et la vitesse par exemple).

Il existe plusieurs modèles et théories expliquant la relation entre le stress et l'augmentation de la probabilité d'accidents. Seuls sont présentés quelques-uns des modèles et théories les plus souvent, Le stress n'y est jamais identifié comme facteur impliqué. Sans la participation d'équipes enquêtant systématiquement sur les accidents graves ou mortels, il serait surprenant de voir un jour des statistiques annuelles indiquant le nombre d'accidents liés au stress.

Estimation du risque relatif d'implication accidentelle des jeunes conducteurs ayant suivi l'apprentissage anticipé de la conduite retrouvée dans la recherche en sécurité routière. L'excès (ou le débordement) des ressources du conducteur (liées aux habiletés, à l'attention ou à la cognition) est une notion présente dans la majorité de ces modèles et théories. Ainsi, le stress pourrait avoir un impact négatif sur les habiletés de conduite, sur la capacité d'attention ou sur l'évaluation de la situation et sur le choix de la stratégie de gestion du stress (*coping*). Par l'entremise de ces éléments, le stress affecterait la conduite et augmenterait le risque d'accident. Il y a aussi des modèles adaptatifs du stress qui pourraient permettre d'expliquer le lien entre le stress et les accidents (voir Hancock & Warm, 1989).

Ajoutons la théorie Selon SIVAK (1981), la tâche de conduite implique l'utilisation des habiletés de conduite (psychomotrices, perceptives et cognitives) de façon simultanée et continue. Le stress provoquerait une interruption dans l'utilisation optimale des habiletés, ce qui affecterait la conduite et pourrait augmenter le risque d'accidents.

Ainsi, selon Wickens (1992), la capacité d'attention serait limitée. Le stress du conducteur, couplé ou non avec une augmentation des demandes de la tâche, pourrait entraîner une baisse de l'attention portée sur la tâche de conduite. Une partie de la capacité d'attention pourrait, par exemple, être dirigée vers la sensation de stress. Cette baisse d'attention à la tâche de conduite entraînerait une baisse de la performance de conduite et pourrait accroître la probabilité d'accidents.

Donc le stress est un facteur de prédisposition aux accidents, comme l'indique Brenner (1969), les conducteurs ayant subi un événement stressant récent ont une probabilité d'accident mortel cinq fois supérieure à celle des autres conducteurs. Ceci s'explique par l'anxiété, les soucis, le fait d'être accaparé par des pensées indépendantes de l'activité de conduite ou la négligence des signaux de dangers. Au contraire, chez certaines personnes, le stress peut accentuer la perception des signaux de danger. Matthews (1992) indique que l'on ne peut pas affirmer que le stress se traduise systématiquement par une conduite agressive, mais il agit sur les relations entre le conducteur et son environnement.

Robertson (1992) a identifié un certain nombre de mesures susceptibles de révéler un état de stress chez le conducteur : des mesures physiologiques du taux d'adrénaline ou de noradrénaline dans le sang, le rythme cardiaque, la tension, le rythme respiratoire, le tonus musculaire... ; des mesures comportementales comme la tension de la prise du volant, le rythme de clignement des yeux, la posture... et enfin des mesures psychologiques du niveau de stress. (CHARBIT C, 1997, P 125).

Chapitre II

Le cadre conceptuel de l'anxiété

Préambule

Nous allons à travers ce deuxième chapitre, intitulé “*cadre conceptuel de l’anxiété*”, se focaliser sur les définitions de certains concepts et leurs contextes théorique en rapport avec notre thème de recherche, et ce, afin de mieux cerner notre sujet d’investigation qu’est celui de l’anxiété, mais avant ça on va essayer de faire une distinction entre angoisse, anxiété, peur et stress afin d’éviter à l’avenir toute confusion terminologique, on définit chacune de ces émotions.

1. Distinction entre anxiété, angoisse, peur et stress

Dans le langage courant, l’angoisse définit un état général ayant un retentissement somatique tandis que l’anxiété désigne un état psychique plus supportable. Rappelons que les anglo-saxons rassemblent ces deux termes sous celui de « anxiety » ou « Angst ».

La distinction entre « angoisse » et « anxiété » a suscité de nombreux débats que nous pouvons résumer succinctement. Au début du siècle, et selon des auteurs tels que E. Brissaud (1890) et E. Souques (1902), ces deux termes se distinguaient par le fait que l’angoisse représentait un phénomène physique, « bulbaire », tandis que l’anxiété correspondait à un phénomène purement psychique, « cérébral » (Favez-Boutonier, 1963).

Pourtant, malgré cette théorie simpliste et commode, la confusion demeura car l’angoisse et l’anxiété, telles que définies, pouvaient apparaître indépendamment. La première n’était donc pas uniquement le substrat physique de la seconde. Pour J.Favez-Boutonier (1963), l’angoisse agit simultanément sur le corps et l’esprit en rendant ce dernier immobile. Elle pense aussi que « *l’angoisse représente un état plus intense que l’anxiété* ».

L’anxiété, renvoie, toujours selon J. Favez-Boutonier (1963), au conflit entre l’affirmation et la négation, entre deux contraires impensables en même temps. Elle n’est pas un conflit d’idées, car elle se soustrait à toute logique mais elle peut s’appréhender intellectuellement au niveau conscient, à la différence de l’angoisse : « *On vit l’angoisse plus qu’on ne la pense tandis que l’on pense l’anxiété autant qu’on la vit* ». (HAZOTTE, 2007, PP 30-31).

L'anxiété (ou l'angoisse) se caractérise par une inquiétude disproportionnée par rapport à la réalité des menaces. Elle se manifeste par des troubles psychologiques (peur, insomnie), et psychiatriques (tension, palpitations cardiaques, boule dans la gorge, pâleurs, difficulté de respiration) (DORTIER J F., 2004, p. 23).

En ce qui concerne la différence entre anxiété et peur, nous pouvons dire qu'on peut faire la distinction entre ces deux termes même si parfois ces derniers évoquent pour certains le même sens. Comme la note Christine chevalier (2007), dans son œuvre intitulé « faire face aux émotions », la qualité émotionnelle de l'anxiété est proche de celle de la peur et la différence essentielle réside dans l'origine du danger. Dans le cas de l'anxiété, la source du danger, qu'elle soit externe ou interne, peut être réelle mais surévaluée, ou imaginaire.

L'émotion s'accompagne de la reconnaissance ou de l'intuition d'un danger proche et incontrôlable ; face à cette menace, elle traduit une mise en alerte de notre organisme devant le danger (avec de nombreuses modifications physiologiques pour se préparer réagir à la situation) tout ceci étant utile pour s'adapter à des situations de danger d'urgence. Un certain niveau d'anxiété est nécessaire non seulement pour faire face à l'agresseur mais aussi pour conduire en sécurité automobile, soutenir un examen, réaliser une performance sportive. Un sujet qui n'éprouverait pas d'anxiété, présenterait une sorte d'indifférence à autrui, serait incapable de dynamisme, l'apprentissage, de décision, de performance. En un mot il présenterait une inadaptation globale à son environnement. (CHEVALIER, 2007, P 214).

Etymologiquement, le stress est un terme anglo-saxon, le stress est un phénomène complexe qui implique des dimensions biologiques, psychologiques et comportementales, contrairement à l'aspect négatif que laisse apparaître généralement cette notion de stress, il faut rappeler qu'un certain niveau de stress naturel et même indispensable à la vie (FISCHER G N., 2002, p. 115).

2. Les différentes définitions de l'anxiété

2.1. Etymologiquement

L'anxiété est, au sens étymologique du terme, une agonie, c'est-à-dire une lutte où je me débats contre le monde et moi-même, dans une atmosphère néfaste de danger, de peur, d'impuissance, d'inconnu et de mystère, où je me sens pantelant et perplexe, désarçonné. (Henry EY, 2006, P 381).

2.2. Dictionnaire de psychologie N.SILLAMY

L'anxiété est un état affectif caractérisé par un sentiment d'insécurité, de trouble diffus. Souvent employée comme synonyme d'angoisse, l'anxiété s'en différencie par l'absence de modifications physiologique (sensation d'étouffement, sueurs, accélération du pouls ...) qui ne manquent jamais dans l'angoisse. (SILLAMY, 2003, P 25).

2.3. Pour la psychiatrie

Etat de non-quiétude dans lequel prédomine l'appréhension d'une situation qui, bien que généralement indéterminée, pourrait s'avérer désagréable, voir dangereuse. (BLOCH, CHEMAMA, et All, 1992, P 53).

2.4. Définition classique

Classiquement on distingue angoisse, anxiété; Pour Brissaud (1860) « L'angoisse est un trouble physique qui se traduit par une sensation de constriction, d'étouffement, l'anxiété est un trouble psychique qui se traduit par un sentiment d'insécurité indéfinissable.» (Dominique SERVANT, 2012)

Pour Littré (1863) L'angoisse est définie par une sensation de constriction dans la région épigastrique avec difficulté à respirer et grande tristesse; quant à l'anxiété, elle est «angoisse de l'esprit, état de trouble et d'agitation avec sentiment de gêne et de resserrement dans la région précordiale». (Ibid.)

Autres distinctions

- Quantitative : angoisse a quelquefois été utilisée pour exprimer une anxiété intense
- Temporelle : angoisse serait davantage un phénomène aigu et l'anxiété plus durable.
- Étiologique : angoisse dans la psychanalyse alors que l'anxiété est utilisée plus en médecine et en biologie.

3. Quelques réflexions théoriques sur l'anxiété (angoisse)

3.1. La réflexion philosophique

Sans vouloir rendre compte exhaustivement des réflexions philosophiques portant sur le concept d'angoisse, il semble nécessaire de redéfinir ce dernier tel qu'il est présenté dans la perspective existentialiste par S. Kierkegaard et J.-P. Sartre.

S. Kierkegaard définit, à l'instar de la psychanalyse, l'angoisse comme « *un état de malaise provoqué par la prescience d'un danger imminent qu'on ne peut en aucun cas deviner* », ce qui la différencie de la peur (LAMBOTTE, 1995). Elle bouleverse le sujet en dépassant ses limites, ce qui s'apparente à une dépersonnalisation. S. Kierkegaard présente dans (Le concept de l'angoisse, 1844) une première analyse moderne de ce phénomène. Pour lui, ce dernier correspond à une expression de la liberté, l'individu étant toujours confronté à des choix. Leurs conséquences étant ignorées, ces choix font l'objet, simultanément, d'une attraction et d'une répulsion, ce qui génère le vertige de l'angoisse.

Dans la continuité de cette réflexion, J.-P. Sartre énonce que l'angoisse est appréhension de soi comme pure possibilité (Azorin, 1995). Ainsi, pour reprendre son illustration célèbre, le vertige est angoisse dans la mesure où je redoute non de tomber dans le précipice mais de m'y jeter. L'angoisse résulterait donc d'un jeu avec les possibles et porterait

ainsi sur l'avenir. Elle provoque une émotion accompagnée de manifestations physiologiques (la striction pharyngée, l'oppression thoracique, l'inhibition, l'agitation...) affectant et bouleversant le corps. Ces dernières nous permettent de croire en cette émotion et d'avoir confiance en notre insertion dans le monde. Sans elles, l'angoisse pourrait être une comédie (Sartre, 1938). Cette dégradation dans les conduites anxieuses et les manifestations physiologiques dévoile le sérieux de cette émotion et permet un ancrage assuré dans le monde. (HAZOTTE, 2007, P 48).

3.2. La théorie psychanalytique

Dans les premiers textes de Freud, description clinique et réflexion psychopathologique vont de pair. Il décrit en 1895 un tableau clinique appelé névrose d'angoisse dont la description symptomatique recouvre assez étroitement les différentes entités répertoriées dans le chapitre des troubles anxieux du DSM-IV (Freud, 1895). En particulier, il dépeint minutieusement l'état de tension irritable typique de l'anxiété généralisée, les accès d'angoisse avec son cortège de symptômes somatiques caractéristiques du trouble panique, y compris le réveil nocturne dans l'effroi, ainsi que les différentes phobies spécifiques et phobies associées à la locomotion, ou agoraphobie.

Par la suite, la psychanalyse s'appuie sur cette réflexion psychopathologique pour construire ce qui va devenir la métapsychologie et dans le domaine qui nous intéresse, une théorie générale de l'angoisse.

La première théorie de l'angoisse voit s'opposer les névroses actuelles, provoquées par des problèmes que les patients rencontraient dans leur vie (sexuelle) de tous les jours, aux psychonévroses de transfert dont le déterminisme était imputé à des conflits sexuels d'origine infantile.

Dans la deuxième théorie de l'angoisse, Freud renverse sa conception concernant la production des symptômes anxieux, en situant l'angoisse à la base du mécanisme de refoulement, et non comme une conséquence de celui-ci. (CURRAT et DESPLAND, 2004, P 82)

3.3. La théorie comportementale

D'après les théories comportementales, l'anxiété est une réponse émotionnelle apprise, entretenue, déclenchée face à certains stimuli environnementaux accaparants une capacité anxiogène. Ce conditionnement va diffuser des situations comparables mais de moins en moins précises, généralisant les craintes et multipliant les expériences douloureuses. Dans certains cas, un individu peut même s'avérer capable d'apprendre par imitation une réponse émotionnelle observée chez des proches exposés à des situations pathogènes.

Les théories comportementales et cognitives issues de ces modèles théoriques ont donné lieu à de nombreux protocoles thérapeutiques contrôlés dont les résultats sont patents dans le cadre du traitement des troubles anxieux (DEBRAY, GRAGER, et al. 2010, p. 162).

3.4. La théorie génétique (biologique)

On peut résumer brièvement la théorie biologique explicative de l'anxiété (angoisse) on ;

- Un dérèglement du système d'adaptation métabolique et respiratoire avec hypersensibilité à des modifications du CO₂ et du pH sanguins (conséquence de l'hyperventilation).
- Dysfonctionnement noradrénergique avec hypersensibilité aux stimuli.
(PALAZZOLO, 2007, p 64)

3.5. La théorie cognitive

L'apport cognitiviste pose comme hypothèse relative au conditionnement le fait que, pour des raisons probablement d'origine cognitive, les différents symptômes somatiques ressentis par le patient font l'objet d'une interprétation catastrophique. Cette interprétation pathologique est source d'une anxiété qui, elle-même, va aggraver les symptômes somatiques et entraîne un cercle vicieux qui, par moments, peut culminer en un état de panique incoercible. (LE NAOU Ronan, 2007.P 777)

3.6. Dans le DSMIV

L'angoisse quant à elle occupe une place centrale dans la névrose, ce qui a contribué à ce que le DSM range certaines manifestations symptomatiques (TOC, diverses phobies, etc.) dans la

catégorie des Troubles anxieux et fasse ainsi disparaître la catégorie des névroses. L'angoisse est un élément essentiel de la personnalité du névrosé, elle est combattue par les mécanismes de défense et les symptômes. Mais, à la différence des psychotiques, le sujet est conscient de ses troubles et du travail psychique interne. Ceci vient parfois, dans les cas les plus graves, rendre progressivement inopérants les mécanismes censés réduire l'angoisse. (MARTY, 2008, P 203)

4. La symptomatologie de l'anxiété

GRAZIANI Pierluigi, trouvent que l'anxiété est : « un état émotionnel qui possède la qualité subjective expérimentée de la peur ou d'une émotion très proche. Elle est désagréable, négative dirigée vers le futur parfois exagérée par rapport à la menace et inclut des symptômes corporels subjectifs et manifestes » (P. GRAZIANI, 2003, p. 12).

Ceci signifie que l'anxiété inclut des symptômes somatiques ainsi que psychique, qui peut être résumée de la manière suivante ;

4.1. Les plaintes somatiques

Raymond DE SAUSSURE note dans sa conférence (1953) que ; physiquement, l'angoisse est caractérisée par une gêne respiratoire avec un sentiment de restriction de la poitrine, par des sueurs, par des palpitations et souvent encore par des tremblements des membres et une impression de faiblesse générale. Elle est un réflexe induit par une émotion qui n'a pas pu être maîtrisée. Elle peut se présenter sous forme aiguë ou chronique. (DE SAUSSURE, RICOEUR et al.1953, p 10)

Les plaintes physiques les plus fréquentes sont des oppressions thoraciques, des nœuds dans la gorge ou dans le ventre, le cœur qui s'emballé ou des douleurs dans la région du cœur, des picotements aux extrémités à de la bouche, des tremblements, des mains moites, des bouffées chaud-froid, mais aussi des troubles intestinaux divers comme des gênes, des crampes ou des douleurs abdominales, des diarrhées, des impressions de brûlant à l'estomac, des nausées, des vomissements mais également des besoins fréquents d'uriner, des maux de

tête, des maux de dos. Parfois, la symptomatologie physique est extrêmement bruyante faisant penser parfois à des infarctus comme dans l'attaque de panique ou face à des crises d'asthme lors de crises d'hyperventilation. Ces symptômes physiques sont souvent accompagnés de troubles de l'endormissement et de troubles de la concentration et de la mémoire immédiate. (Manuel d'aide aux médecins généralistes, 2005, consulté le 29/01/2013)

4.2. Les symptômes psychiques (comportementaux et cognitifs)

Freud affirme qu'à l'origine de la névrose d'angoisse, les dysfonctionnements de la vie sexuelle. *« L'angoisse, nous le savons, a sa source dans l'inconscient ; la psychologie des névroses nous a montré que lorsque des désirs ont subi un refoulement, leur libido se transforme en angoisse ».* (FREUD, 1912, P62)

Il base la théorisation de cette nouvelle névrose (l'angoisse) sur la symptomatologie et l'étiologie. Il postule l'existence d'un complexe symptomatique spécifique et autonome, de nature sexuelle, lié au symptôme fondamental d'angoisse.

En effet, l'excitabilité générale, symptôme princeps, provoque un état de nervosité, d'hyper sensibilité. Cette augmentation de l'excitabilité est due à une accumulation d'excitation ou à une incapacité d'en supporter une accumulation. L'attente anxieuse est la prédisposition à prévoir des événements de manière pessimiste, parfois sous un mode hypocondriaque. Elle est attente devant rien, prête à se lier à n'importe quel objet.

Or, on trouve une Irruption brutale et incontrôlée provoquant des états paroxystiques, il se déclenche sans conditions, ne se raccroche à aucune représentation, mais, peut aussi être associé à un sentiment d'anéantissement de la vie, à un accès de folie ou à un trouble de la sensibilité. (Marie J, 2011, P 59)

On ajoute, les perturbations cognitive, l'inhibition de la pensée, trouvent une traduction dans altération des performances du sujet, de ses facultés de raisonnement et, dans une certains seuil d'intensité anxieuse. Il semble individu devant réaliser une performance précise dans des conditions déterminées un niveau d'anxiété optimal, mobilisateur, voire créateur. Ainsi les performances sont altérées si l'anxiété est excessive, mais également lorsqu'elle est insuffisant.

L'inhibition anxieuse est aussi comportementale : de patient est gauche, emprunté, voire figé. Il peut exister dans certains états aigus une véritable stupeur psychomotrice, l'inhibition psychomotrice peut être dans certains cas masquée par une agitation improductive et désordonnée qui ne saurait tromper, ou par des comportements compensatoires, de prestance qui peuvent plus facilement faire illusion. Un certain degré d'agressivité peut être retrouvé dans le discours de l'anxieux, voire dans son comportement en cas d'anxiété aigue. (BESACON, 1993).

5. Les types d'anxiété

5.1. L'anxiété état

Selon Spielberg (1966), l'anxiété état est une émotion transitoire caractérisée par un arousal (état de veille) physiologique et la perception de sentiments d'appréhension, de crainte et de tension. (GRAZIANI, 2003, P12).

L'état d'anxiété est la réponse comportementale dérivant de la perception d'une menace. Cette émotion naît avec la perception de la menace et disparaît avec cette menace. (BOUVARD.M et COTRAUX. J, 1996, P 103).cela signifie que l'état d'anxiété est temporaire et s'exprime par les réactions émotionnelles.

L'état d'anxiété est aussi, un ensemble de cognitions et d'affects momentanés, consécutifs à une situation perçue comme menaçante : sentiments d'appréhension, perception d'un danger imminent, associés à l'activation de divers systèmes psychophysiologiques (système nerveux autonome et système sympathique) (M. BRUCHON et B. QUINTARD, 2001, P 283).

5.2. L'anxiété trait

L'anxiété trait est par contre une prédisposition à répondre sur un mode anxieux et, plus précisément la tendance à répondre par la peur à des stimuli stressant. (GRAZIANI P, 2003)

Selon FRAMOSE J.P 1993, le trait d'anxiété est une caractéristique durable de la personnalité, il se définit comme une prédisposition à percevoir certaines situations comme plus ou moins menaçantes et y répondre par des états d'anxiété plus ou moins élevés.

Bruchon-Schweitzer 2001, a son tour définit le trait d'anxiété comme ; dimension de la personnalité qui se réfère à des différences interindividuelles stables dans la propension à l'anxiété, c'est-à-dire à des différences dans la tendance à percevoir les situations aversives comme dangereuses ou menaçantes et à y répondre par une élévation de l'intensité des réactions d'Anxiété-état. (Op.cit. BRUCHON, 2001, P284).

6. L'anxiété normale et pathologique

L'anxiété habite chacun de nous dans certaines circonstances de la vie. C'est un comportement humain normal, lorsqu'il est lié à un événement précis, limité dans sa durée et son intensité, et qu'il n'entrave pas de façon durable l'activité du sujet. L'anxiété pathologique, elle, est bien différente dans son intensité et dans ses conséquences. Pourtant, l'anxiété normale et pathologique possèdent qualitativement un large fond commun qui permet à chacun de comprendre l'anxiété d'autrui. Ce sentiment pénible d'attendre une catastrophe imminente nous est familier. Un fait réel, très attendu et très redouté, paraît engager notre existence par ses conséquences négatives. Cette inquiétude majeure, parfois véritable peur, est une douleur affective que l'on peut ressentir avant un examen, une rencontre, une confrontation, une échéance quelconque investie d'une importance particulière.

7. Les différents troubles anxieux

Selon PALAZZOLO J. (2007, p 63), les troubles anxieux constituent un groupe d'atteintes très communes. Ils peuvent être graves, mais tout à fait traitable. Ils affectent le

comportement, les pensées, les sentiments et les perspectives physiques. Ils comportent un grand nombre d'états en apparence très différents, qui comportent tous l'anxiété comme symptôme sous-jacent principal, voici une description de ces différents troubles :

7.1. Anxiété de séparation

Dans le DSMIV, la caractéristique essentielle de l'Anxiété de séparation est qu'elle est une anxiété excessive concernant la séparation avec la maison ou les personnes auxquelles le sujet est attaché. Cette anxiété dépasse en sévérité celle que l'on pourrait attendre compte tenu du niveau de développement du sujet. Il faut que le trouble persiste pendant une période d'au moins quatre semaines, qu'il ait débuté avant l'âge de 18 ans, et qu'il entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, scolaire (professionnel), ou dans d'autres domaines importants.

Les sujets ayant une Anxiété de séparation souffrent d'une angoisse excessive et récurrente dans les situations de séparation d'avec la maison ou les personnes auxquelles ils sont très attachés. Séparés des êtres chers, ils ont besoin de savoir où ceux-ci se trouvent et de garder le contact avec eux (p. ex., par téléphone). Loin de chez eux, certains deviennent extrêmement tristes et malheureux ; cela peut même être un supplice. Ils ont la nostalgie de la maison et ne pensent qu'aux retrouvailles. Séparés de ceux qu'ils aiment, ils sont envahis de craintes d'accidents ou de maladies qui pourraient toucher eux-mêmes ou ces personnes chères. (DSMIV, 2005, P 141-142)

7.2. Anxiété généralisée

Selon le DSM-IV-TR, le trouble d'anxiété généralisé (TAG) est défini par la présence d'anxiété ou de soucis excessifs et persistants concernant un certain nombre d'événements ou d'activités pendant une période d'au moins six mois. Les symptômes du TAG peuvent s'accompagner de symptômes somatiques (agitation, fatigue, difficulté de concentration, irritabilité, tension musculaire et perturbation du sommeil) ou physiques (tremblements, sudation, nausées, diarrhée, mains moites, xérostomie, etc.). (BERNIER, SIMARD, 2007, P 205)

7.3. Anxiété sociale

L'anxiété sociale (AS) est associée à une peur intense et non rationnelle du jugement et de l'observation d'autrui et implique la crainte de l'humiliation lors des contacts sociaux ou dans une situation où il faut se montrer performant. Elle peut être généralisée ou non. La forme généralisée implique toute situation sociale potentiellement embarrassante, comme parler, manger et écrire en public, utiliser les toilettes publiques et parler aux étrangers ou à une figure d'autorité. La forme non généralisée implique un malaise associé seulement à une ou deux situations précises. Parler en public est probablement la forme d'anxiété sociale non généralisée la plus répandue. (Ibid., 2007, P 212)

7.4. La phobie spécifique

La phobie spécifique est une peur irrationnelle ou excessive, déclenchée par un objet ou une situation. Elle s'accompagne le plus souvent d'un évitement de l'objet ou de la situation redoutés. Les phobies spécifiques sont réparties en 5 types (DSM IV/ CIM 10) : animal, environnement naturel, sang-injection-accident, type situationnel, autre (par exemple peur de vomir). C'est un trouble extrêmement fréquent. La prévalence sur la vie est de 7-11 %. Il commence le plus souvent dans l'enfance ou dans l'adolescence. Il est plus fréquent chez les femmes que chez les hommes (2-3/1). La phobie spécifique peut se compliquer de problèmes socio-éducatifs, familiaux et professionnels. (PULL, 2009, P18)

7.5. Etat de stress aigu

La réaction à un événement traumatique est très différente selon les individus. La plupart des sujets arrivent à gérer un tel événement et à y faire face. Quand l'adaptation échoue, l'événement va entraîner une réaction traumatique. Moins de la moitié des personnes exposées à un événement traumatique répond par un état de stress aigu, qui est une réaction survenant tout de suite ou peu après l'exposition à cet événement et disparaît souvent dans les heures ou les jours qui suivent. La réaction peut être plus ou moins intense, et comporte habituellement des symptômes anxieux du type attaque de panique. Dans les cas graves, les sujets concernés présentent des symptômes dits dissociatifs, de type déréalisation ou

dépersonnalisation. L'état de stress aigu peut durer quelques semaines, mais également persister et se transformer en un trouble chronique entraînant des troubles psychiques et sociaux importants, connu sous l'appellation état de stress post-traumatique. (PULL, 2009, P19)

7.6. Agoraphobie

L'agoraphobie vient du Grec Agora qui désigne la place publique dans les anciennes cités grecques. Elle regroupait les bureaux de l'état, les boutiques, des arcades et était certainement un espace de passage et d'activité. L'agoraphobie signifie donc littéralement une peur pathologique des espaces vides et des lieux publics.

C'est la Peur des espaces vides, des salles de spectacles, ou parfois à l'inverse des espaces clos (claustrophobie), transports en commun, grands magasins. L'agoraphobie peut s'accompagner d'attaques paniques. (COSNIER, 2006)

7.7. Les troubles obsessionnels compulsifs

Les caractéristiques essentielles du Trouble obsessionnel-compulsif sont des obsessions ou des compulsions récurrentes, qui sont suffisamment sévères pour entraîner une perte de temps (c.-à-d. elles prennent plus d'une heure par jour) ou un sentiment marqué de souffrance ou une déficience significative. A un certain moment de l'évolution du trouble, la personne a reconnu que les obsessions ou les compulsions étaient excessives ou déraisonnables.

Les obsessions sont des idées, des pensées, des impulsions ou des représentations persistantes qui sont vécues comme intrusives et inappropriées et qui entraînent une anxiété ou une souffrance importante. La qualité intrusive et inappropriée des obsessions a été souvent qualifiée « d'égodystonique ». Cela fait référence au sentiment du sujet concernant le contenu des obsessions, leur caractère étranger, hors de son propre contrôle et ne correspondant pas au type de pensées qu'il ou elle s'attendrait à avoir. Cependant, le sujet est capable de reconnaître que les obsessions sont le produit de son esprit et ne sont pas imposées de l'extérieur (comme dans l'insertion de la pensée).

Les compulsions sont des comportements répétitifs (p. ex., se laver les mains, ranger dans un certain ordre, vérifier) ou des actes mentaux (p. ex., prier, compter, répéter des mots de manière silencieuse) dont le but est de prévenir ou de réduire l'anxiété ou la souffrance et non de procurer plaisir ou satisfaction. Dans la plupart des cas, le sujet se sent poussé à accomplir une compulsion pour réduire la souffrance qui accompagne telle obsession ou pour prévenir un événement ou une situation redoutée. (DSMIV, 2005, P 525-526)

7.8. Les troubles paniques

Il se caractérise par la survenue de crises d'angoisse. Pour parler d'un tel trouble, la classification américaine des troubles mentaux (DSM) requiert des critères cliniques précis ainsi que la notion de fréquence du trouble.

Le sujet doit faire plusieurs crises, et doit présenter au moins trois des treize symptômes suivants : palpitations, tremblements ou secousses musculaires, transpiration, sensation de souffle coupé ou d'étranglement, douleur ou gêne thoracique, nausée ou gêne abdominale, sensation de vertige ou d'instabilité, déréalisation ou dépersonnalisation, peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou, peur de mourir, paresthésies, frissons ou bouffées de chaleur.

Ce trouble doit survenir sur des périodes bien délimitées avec des sentiments de crainte ou des malaises intenses et imprévisibles. Ces crises sont répétées ou suivies de la crainte d'une nouvelle crise. (CLEMENT et DARTHONT, 2006)

7.9. L'état de stress post-traumatique

L'état de stress post-traumatique (ESPT) fait suite à un événement potentiellement traumatique ou à un état de stress aigu. L'événement traumatique est constamment revécu en pensées, perceptions, images, rêves (de façon spontanée ou déclenché par un stimulus). Les stimuli évoquant le souvenir du traumatisme sont évités. Il apparaît un détachement, un émoussement affectif, limitant les relations du patient et entraînant un handicap social. Il

existe une activation neurovégétative et une hypervigilance. La dépression est quasi constante. Des troubles somatiques sont possibles (fatigue, douleurs, pathologies organiques).

Sa prévalence sur la vie dans la population générale est d'environ 8%. Les femmes sont atteintes aussi souvent que les hommes. Il s'agit d'une pathologie qui peut survenir à n'importe quel moment de la vie. Les complications sont très fréquentes : abus d'alcool, de drogues, de médicaments, dépression, troubles alimentaires, troubles de la personnalité, autres troubles anxieux. (PULL, 2006, P 20)

8. Les facteurs d'anxiété

8.1. Facteurs liés à l'environnement

L'environnement d'une personne peut jouer un grand rôle dans le développement de l'anxiété. Les problèmes financiers, les conflits familiaux, des parents trop stricts, des parents eux-mêmes anxieux et le manque de soutien sont autant de raisons qui peuvent conduire au stress et à l'anxiété chronique.

8.2. Traits de personnalité

Nos traits de personnalité ont une influence sur notre façon de réagir au stress et sur les conséquences du stress. Les gens atteints de troubles liés au stress perçoivent souvent le monde qui les entoure comme un endroit menaçant et ont l'impression de ne pas pouvoir faire face à leur environnement. Cette perspective pessimiste peut conduire à un manque de confiance en soi et à une faible capacité à affronter les événements.

8.3. Equilibres chimiques dans le cerveau

Certaines études montrent que des déséquilibres dans les neurotransmetteurs de notre cerveau tels que la sérotonine ou l'épinéphrine peuvent contribuer à l'émergence de problèmes liés au stress. Des anomalies dans l'hormone du stress appelée cortisol peuvent aussi être détectées. De nombreuses médications peuvent être prescrites pour réajuster ces déséquilibres.

8.4. Hérité

Les troubles anxieux ont tendance à se retrouver de génération en génération. Les gens atteints d'anxiété ont souvent des antécédents familiaux de problèmes liés à l'humeur ou à l'anxiété. Même les problèmes d'anxiété sont souvent liés à l'environnement, les chercheurs pensent aussi qu'il existe des facteurs génétiques dans l'apparition de l'anxiété. Cela peut être par exemple une vulnérabilité biologique face au stress.

8.5. Traumatismes

Un trouble de l'anxiété et du stress peut se développer suite à un événement traumatisant comme un accident de voiture ou un divorce. L'anxiété peut aussi remonter à l'enfance à cause d'un traumatisme particulièrement fort ayant laissé des traces et des prédispositions à l'angoisse. (Stress anxiété In <http://www.stressanxiete.fr/2/les-causes-de-l-anxiete.html>).

9. L'évaluation de l'anxiété

Plusieurs échelles sont destinées à évaluer l'état d'anxiété, Or nous présentons brièvement les échelles les plus utilisées ;

- Echelle d'anxiété d'Hamilton (HAMA), L'échelle de Hamilton (1959) pour l'anxiété en 14 items donne un score global et deux sous scores (anxiété psychique et anxiété somatique) les items couvrent la totalité des secteurs de l'anxiété psychique, somatique, musculaire et viscérale, les troubles cognitifs et du sommeil et enfin l'humeur dépressive. Il est demandé aux cliniciens de choisir, en fonction de son expérience, l'intensité qui lui paraît le mieux correspondre à l'état du patient (C M. Sarron et L. Vera, 2004, p. 33).

- Les échelles des peurs FSS (Fear Survey Schedule) ont été créées dans le but d'évaluer la nature et l'intensité des peurs irrationnelles. La version la plus récente, FSS III, permet d'identifier les peurs présentes chez un sujet et de se donner un score

global de pathologie phobique. Cette échelle est largement utilisée par les thérapeutes TCC. (GRAZIANI, 2003, p 93)

- L'échelle d'anxiété STAI-Y de Spielberger, L'inventaire d'anxiété état-trait (State Trait Anxiety Inventory ou STAI) est destiné à évaluer d'une part l'anxiété-trait et d'autre part l'anxiété-état au travers de 20 items qui ne concernent que les aspects psychologiques et non somatiques de l'anxiété. La version Y a été développée pour éliminer des items plus liés à la dépression. C'est l'une des échelles d'autoévaluation de l'anxiété les plus utilisées. (ibid. 2003)

10. Le traitement de l'anxiété

Il existe des méthodes recouvrant l'anxiété, et cela selon chaque thérapie, nous avons subdivisé le traitement de l'anxiété en deux parties, traitement non médicamenteux et médicamenteux.

10.1. Le traitement non médicamenteux

Dans cette première partie, on va essayer de donner et de référer au traitement d'anxiété selon quelques thérapies tel que ; les thérapies comportementales, thérapies cognitives et relaxation.

10.1.1. Les thérapies comportementales

Ces méthodes sont basées sur l'exposition fonctionnelle (progressive) au stimulus anxiogène, et vise à contrôler la réponse physiologique anxieuse par une réponse-relaxation, et à obtenir ainsi un apaisement émotionnel satisfaisant est cela selon trois parties ;

- Apprentissage d'une réponse-relaxation: l'anxiété induit une réponse physiologique d'alarme. La réponse relaxation vise une détente physiologique, par action musculaire

et respiratoire aisément contrôlable. En générale, la relaxation peut être rapidement apprise.

- Technique d'exposition au stimulus anxiogène: basées sur le principe d'habituation (diminution de la réponse physiologique par la présentation prolongée et répétitive du stimulus), elles entraînent à remplacer la bouffée de peur par la réponse détente.
- Technique de généralisation de l'apaisement: ici, à partir de l'expérience ciblée repérée comme typique et soumise à entraînement, on ouvre l'entraînement à plusieurs contextes analogique, pour faciliter la généralisation de la réaction de contrôle apprise. (BLONDEL, 2005, P 140)

10.1.2. Les thérapies cognitives

Elles visent à modifier le traitement des informations des stimuli automatiques déclencheurs d'anxiété, et à développer une meilleure maîtrise du souci. Dans chaque catégorie d'anxiété sont répertoriés des schémas de pensée face auxquels des stratégies sont mises en place pour infléchir les automatismes et les remplacer par des méthodes d'ajustement plus souples. (Ibid. P140)

10.1.3. La relaxation

La relaxation est une réponse physiologique antagoniste de celle d'angoisse. De ce fait ; il est difficile de concevoir des stratégies de gestion de l'anxiété qui n'intégreraient pas, sous une forme ou une autre, ce type de méthode. Elle n'est pas innée, et s'acquiert par la pratique régulière et l'utilisation adéquate de l'une des nombreuses techniques existantes : training autogène, relaxation musculaire progressive, etc. Le but de la relaxation est d'apprendre au sujet à déclencher volontairement une réponse physiologique spécifique qui neutralise les effets indésirables de l'anxiété.

L'état physiologique de relaxation peut être obtenu si l'individu respecte quatre conditions fondamentales : environnement calme, attitude passive, concentration (sur un mot, une image, une partie du corps, etc.), tonus musculaire diminué.

Deux types de relaxation sont essentiellement utilisés en pratique : le training autogène et la relaxation musculaire progressive. Les autres méthodes (telles que la relaxation psychologique : relaxation psycho dynamique, hypnose..., la relaxation philosophique : yoga, méditation transcendante...) trop complexes sont peu utilisées. Elles nécessitent un apprentissage long et sont orientées vers d'autres buts, même si elles comportent une composante physiologique. L'utilisation de la relaxation doit cependant obéir à deux règles pour être pleinement efficace : un apprentissage progressif et une utilisation adéquate (PALAZZOLO, 2007, p. 67).

10.2. Le traitement médical

Des progrès extrêmement rapides des traitements médicamenteux de différentes maladies mentales, durant les cinquante dernières années. En effet, différents médicaments contre l'anxiété sont fréquemment utilisés pour soigner les enfants et les adolescents, ces médicaments, les anxiolytiques, ont tous développés et testés pour traiter les troubles anxieux chez les adultes. (J. DUMAS, 2005, P 166)

On cite quelque uns ;

- **Les benzodiazépines**

Les benzodiazépines sont un groupe de médicaments fréquemment utilisés dans le traitement des troubles anxieux. Elles ont un effet sédatif, un effet myorelaxant, un effet anticonvulsivant et un effet amnésiant (entraînant une amnésie essentiellement antérograde). Elles entravent par ailleurs la coordination motrice. De plus, elles potentialisent sérieusement l'action sédatrice de l'alcool.

- **L'hydroxyzine (Atarax)**

Indiquée dans le traitement de l'anxiété. Parfois utilisée en prémédication sédatrice (anesthésie, examens paracliniques anxiogènes). Bien souvent préférée aux benzodiazépines en raison de l'absence de dépendance et de tolérance, elle n'a pas d'effet dépressif cortical mais inhibe l'activité de certaines régions subcorticales. Ainsi, elle est sur le plan clinique à l'origine d'un apaisement émotionnel et d'une légère sédation bien utile en cas d'anxiété patente.

- **La buspirone (Buspar)**

La buspirone est principalement indiquée dans le traitement de l'anxiété généralisée. Elle est cependant peu utilisée en raison d'un effet anxiolytique modéré et long à atteindre (2 à 4 semaines). Elle ne provoque quasiment pas de sédation, pas d'atteinte de la mémoire ou de l'équilibre, ne potentialise pas les effets de l'alcool. Elle ne provoque pas d'accoutumance, et le traitement peut être interrompu sans provoquer de symptômes de sevrage. Ce médicament est généralement bien toléré (J. PALAZZOLO, 2007, p. 71-73).

- **L'etifoxine (Stresam)**

L'etifoxine est indiquée dans les manifestations somatiques de l'anxiété, principalement pour tout ce qui concerne la sphère cardio-vasculaire (tachycardie). Elle n'entraîne pas de dépendance, ni d'accoutumance, ni d'effet rebond. L'effet recherché est une action régulatrice neurovégétative.

- **Les carbamates**

Le chef de file de cette famille chimique est le méprobamate (Equanil), utilisé depuis 1955. Les carbamates ont trois propriétés principales ; ils sont à la fois anxiolytiques, sédatifs et myorelaxants. Le méprobamate est prescrit en cas d'anxiété, mais il peut également être utilisé en prémédication sédatrice (anesthésie, examens paracliniques anxiogènes) et dans le cadre de contractures douloureuses réflexes.

Son action s'effectue par une inhibition sous-corticale au niveau de la formation réticulée et du thalamus. C'est donc un anxiolytique par diminution de l'excitabilité du système

limbique. Il peut entraîner des dépendances, et à fortes doses il est hépatotoxique (ibid. 2007, p.73)

Autres médicaments ont prouvés leurs efficacités dans la réduction des signes d'anxiété ;

- **Les neuroleptiques ;** font disparaître les manifestations d'anxiété par leurs effets dépresseurs du système nerveux central ; l'indication des neuroleptiques doit se faire en institution, à des posologies réduites ;
- **Les antidépresseurs ;** L'utilisation des antidépresseurs paraît adaptée dans le traitement du trouble anxieux généralisé, dans les décompensations dépressives et les manifestations phobiques associées à ces troubles anxieux ; les antidépresseurs sérotoninergiques comme l'escitalopram (Séroplex) et la paroxétine (Divarius) sont utilisés avec succès. Ils sont plus faciles d'utilisation que les tricycliques et présentent les mêmes risques d'effets secondaires chez le sujet âgé que chez le jeune. (J P CLEMENT, DARTHOUT, et all.2006, pp.39-40)

Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons tenté de donner quelques éléments de définition sur l'anxiété. En effet, on peut dire que l'anxiété fait partie intégrante de notre vie car elle n'épargne personne, elle affecte aussi bien le côté psychique et le côté somatique, elle peut se manifester comme un trait de personnalité ou être une réaction face à une situation donnée, le traitement peut être à la fois médicamenteux et non médicamenteux (psychothérapique).

Chapitre III

Les accidents de circulation

Préambule

Après avoir exposé dans le deuxième chapitre une description et éclaircissement de la première variable, sa situation théorique en nous appuyons sur diverses réflexions explicative de cette variable, ainsi que ses différentes formes de manifestations.

Nous allons à travers ce troisième chapitre, intitulé “*les accidents de la circulation*”, définir le champ terminologique spécifique à l'accidentologie, portée sur des données réelles de ce phénomène inquiétant et étudier ce dernier sous plusieurs angles : ses causes, ses conséquences et sa prévention.

1. Présentation générale terminologique des accidents de circulation

1.1. L'accidentologie routière

Etude scientifique des accidents ; notamment des accidents mettant en jeu des véhicules automobiles, de leurs causes et de leurs conséquences. (MERLET Philippe, 2006 .P 53)

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.PP 88-89)

1.2. La sécurité routière

Avant d'entamer ce point qui est la sécurité routière on va essayer tout d'abord d'apporter une définition globale du besoin de la sécurité;

Vraisemblablement, le premier élément concernerait notre besoin de sécurité, sans doute parce que c'est notre base, ce avec quoi nous arrivons à affronter la vie, depuis notre petite enfance. Et si nous n'avons pas ce sentiment de sécurité personnelle, ou si nous le perdons dans telle ou telle circonstance spécifique, nous risquons de nous sentir en danger, et nous

allons tout faire pour la retrouver, quitte à se montrer agressif. (CHEVALIER Christine, 2007, P 153)

En ce qui concerne la sécurité routière, traditionnellement, elle était de la responsabilité du secteur des transports. Au début des années 60, de nombreux pays développés ont créé des organismes chargés de la sécurité routière, généralement au sein du ministère des transports. D'une manière générale, toutefois, il a fallu du temps pour que le secteur de la santé publique soit associé à cette action. (OMS, 2004).

Or, selon Le Coz et Page (2003), La sécurité peut être traitée sous trois angles :

La sécurité primaire; Elle vise à la réduction des accidents par leur prévention et leur évitement.

La sécurité secondaire; Elle vise à réduire les conséquences des accidents (ex. protection des occupants).

La sécurité tertiaire ; Elle vise à améliorer le secours aux personnes impliquées et diminuer les séquelles physiques et psychologiques après un accident. (BEN AHMED Walid, 2005. PP 36-37)

1.3. L'accident de la route

Accident vient du latin « cadere » tomber qui donne « accidere » arriver inopinément, et « accidens » qui arrive. L'accident est un événement fortuit ou un événement malheureux qui sous entend les notions de hasard, de malchance, d'aléa, de fatalité que conserve la définition adoptée par l'OMS : « *L'accident est un événement non prémédité qui entraîne un dommage observable* ». L'utilisation de l'expression « non prémédité » sous entend que l'on ne peut rien faire et que cela fait partie de la vie de tous les jours.

Historiquement, les « accidents » de véhicules à moteur étaient considérés comme des événements dus au hasard qui n'arrivaient qu'aux autres et étaient une conséquence inévitable du trafic routier. Le terme « accident », en particulier, peut donner l'impression de quelque chose d'inévitable et d'imprévisible un événement sur lequel on n'a aucune prise. Mais cela n'est pas vrai. Les accidents de la circulation sont des événements qui peuvent faire l'objet d'une analyse rationnelle et d'une action corrective.

Dans les années 60 et au début des années 70, de nombreux pays fortement motorisés ont commencé à obtenir une réduction importante des accidents par des approches scientifiques et pragmatiques du problème. Ces nouvelles façons de voir les choses ont été encouragées par des militants comme Ralph Nader aux Etats-Unis d'Amérique et ont reçu l'aval de scientifiques comme William Haddon Jr. (OMS, 2004).

En effet, Geneviève JURGENSEN, nous donne la définition suivante pour les accidents « Les accidents de la route sont un drame permanent. Ils sont la première cause de mortalité de la jeunesse, dans les pays industrialisés. Il s'agit donc d'une urgence sanitaire à laquelle les Etats doivent répondre, d'autant plus qu'ils en connaissent les remèdes: ces derniers passent par la prévention et la dissuasion ainsi que la prise de conscience de l'industrie automobile. (Ibid.)

1.4. Les victimes d'accidents

On appelle victime un tué, un blessé grave, un blessé léger suite à un accident.

Un tué ; La notion de personnes tuées par accident varie d'un pays à l'autre. Certains pays font intervenir un laps de temps durant lequel le décès survenu est considéré comme dû à l'accident ; après ce délai, l'accident n'est plus considéré par le médecin certificateur comme cause initiale du décès mais un état morbide. Ce délai varie de 3 à 30 jours selon les pays.

En France on considère comme tué par accident de la route, la personne tuée sur le coup ou décédée dans les 3 jours qui suivent l'accident et cela depuis 1967.

Blessé grave ; personne ayant subi un traumatisme nécessitant au moins 6 jours d'hospitalisation.

Blessé léger ; les autres personnes ayant subi un traumatisme ne nécessitant pas d'hospitalisation

2. Les causes des accidents de la route

Les accidents de la route sont souvent dus par la combinaison de multiples facteurs, comme l'indique L.G NORMAN, "Un accident est rarement dû à une cause unique, il réside

dans le comportement du complexe conducteur - milieu - véhicule au cours de quelques instants précédant". (SOW Abdoul Aziz, 2004.P 34)

On se refera au propos précédent cité, on peut dégager les causes d'accident selon trois facteurs (véhicule, environnement et le facteur humain).

2.1. Les causes liées aux véhicules

L'erreur humaine est la cause principale des accidents de la route, mais il faut également avoir à l'esprit que la quasi-totalité des blessures sont dues à des contacts avec des éléments des véhicules impliqués dans les accidents : leur gravité dépend des caractéristiques des véhicules et des équipements de sécurité. De même, la propension à éviter un accident ou à en diminuer la violence est influencée par les caractéristiques de tenue de route et de freinage du véhicule considéré.

Un accident est une série d'événements qui se produisent pendant un laps de temps très court. On peut les séparer en trois phases principales :

- ce qui se passe dans les instants qui précèdent le début du choc, c'est le domaine de la sécurité primaire (prévention),
- la phase de déformation et de mouvement des occupants, domaine de la sécurité secondaire (protection),
- Enfin ce qui se passe à partir du moment où les phénomènes transitoires liés au choc sont terminés, domaine de la sécurité tertiaire qui concerne à la fois le secours aux blessés, le traitement et la consolidation des blessures...

(CESARI Dominique, 2002, P 49)

Ici Dominique CESARI, nous montre le rôle important de l'équipage de véhicule dans la prévention et protection de l'utilisateur.

2.2. Les causes liées à l'environnement

• Les infrastructures

L'infrastructure et son environnement jouent un rôle essentiel pour la sécurité des usagers.

La visibilité est la possibilité donnée par l'infrastructure à l'utilisateur pour qu'il puisse effectuer sa manœuvre en toute sécurité. Les défauts de visibilité à un carrefour, à un passage

piéton ou dans un virage peuvent relever de la conception (mauvaise implantation de panneaux) ou de l'entretien des bas cotés (absence de fauchage, marquage au sol peu visibles).

L'inadéquation de l'infrastructure aux contraintes dynamiques peut aussi être mise en cause dans certains accidents : utilisation d'un marquage au sol glissant.

L'aménagement des abords de la route peut aggraver les conséquences d'une sortie de route : poteaux, arbres non protégés au bord d'une voie rapide.

La lisibilité de la route : c'est l'identification immédiate des informations que l'environnement fournit à l'usager pour anticiper les situations prévisibles. Par exemple, en créant un environnement urbain à l'entrée d'une agglomération il est possible d'obtenir du conducteur qu'il réduise sa vitesse "instinctivement", c'est-à-dire sans alourdir la signalisation routière. A l'inverse, lorsqu'un panneau d'entrée en agglomération est placé très en amont de toute zone bâtie, en pleine campagne, il perd sa signification pour les conducteurs. Du coup, personne ne réduit sa vitesse alors que, juridiquement, la présence de ce panneau signifie une limitation à 50 km/h. (Fiches thématique, 2006, P 41)

- **La route**

Les caractéristiques de la route jouent un rôle dans la sécurité routière, Or quand une route est bien conçue, la sécurité y gagne et la fréquence des accidents diminue.

Les techniques routières peuvent sensiblement aider à réduire la fréquence et la gravité des accidents de la circulation, mais elles peuvent aussi contribuer aux collisions. Le réseau routier influe sur le risque de collision parce qu'il détermine la façon dont les usagers de la route perçoivent leur environnement et leur indique, au moyen de signalisation et de contrôles routiers, ce qu'ils devraient faire. Beaucoup de mesures de gestion de la circulation et d'aménagement de sécurité routière fonctionnent en influençant le comportement humain.

- **La variation saisonnière et météorologie**

Dans les pays où les saisons sont très contrastées, la fréquence des accidents de la route varie selon l'époque de l'année. En hiver, le brouillard, le verglas, la neige favorisent les

collisions entre véhicules et le taux d'accident des piétons augmente proportionnellement au nombre des heures d'obscurité.

Les facteurs de variation saisonnière doivent manifestement être pris en considération dans toute étude épidémiologique des accidents de la route et les enquêtes qui ne portent pas sur la totalité d'une année civile comportent nécessairement un risque d'erreur. En effet les conditions météorologiques influent probablement sur la fréquence des accidents. (NORMAN L G, 1962).

2.3. Les causes humaines

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

- **La vitesse**

On ne peut jamais négliger le facteur vitesse et son implication dans la majorité des accidents de la circulation, des études sur la vitesse menées dans différents pays montrent qu'avec une augmentation de la vitesse moyenne de la circulation de 1 km/h, l'incidence des accidents avec blessures augmente généralement de 3 % (ou de 4 % à 5 % pour les accidents mortels) et qu'avec une diminution de la vitesse moyenne de la circulation de 1 km/h, l'incidence des accidents avec blessures diminue de 3 % (ou de 4 % à 5 % pour les accidents mortels). (Fiches thématiques, 2006, P 40)

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'excès de vitesse constituent un risque majeur d'accident de la route. Plus la vitesse est élevée, moins le conducteur a de temps pour éviter l'accident. En outre, en cas d'accident, la vitesse accentue la probabilité de suites graves. Les usagers de la route vulnérables 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 30 km/h ou moins, mais moins de 50% de chances de survivre si la vitesse est de 45 km/h. (OMS, 2007, P18)

- **L'utilisation de la ceinture de sécurité et le casque.**

EVAN (1996), porte sur l'importance d'utilisation des ceintures de sécurité qui permettent selon lui de réduire le risque d'accident mortel de 42% environ.

Dans la majorité des accidents mortels où la victime portait sa ceinture de sécurité, le décès est attribuable à la violence du choc et à la décélération. Dans 75 % des accidents étudiés par Cooper (1993), la violence du choc fait qu'il était impossible de survivre à l'accident. De plus la probabilité qu'un conducteur porte sa ceinture de sécurité diminue avec la gravité de l'accident, sans que le sens de la causalité soit clairement établi du fait notamment du phénomène de recrutement sélectif évoqué précédemment.

Concernant le casque pour les véhicules en deux roues, le port ou non du casque ou de la ceinture de sécurité n'est pas en soit une cause d'accident, C'est plus un facteur atténuant ou aggravant des effets corporels de l'accident. Porter un casque moto sans le boucler ou attacher annule la protection du fait du port du casque en cas de gros choc. Il est recommandé de le changer automatiquement tous les cinq ans ou après un choc consécutif à une chute.

L'adoption du casque pour les moto-cyclistes, préconisée pour la 1ère fois par SIRHUGH Cairns en 1940, le casque réduit la gravité des traumatismes de la tête et donc le nombre de décès. (NORMAN L G, 1962).

- **La fatigue**

Il est reconnaissable que les personnes qui exècrent un métier caractérisé par des conditions de travail souvent difficiles, ils présentent une charge physique considérable et des risques non négligeables. Les circonstances dans lesquelles elles vivent influencent leur santé physique et mentale, qui provoque de la fatigue, perturbation de sommeil etc.

En effet, NORMAN, dans une étude un peu ancienne (1962), présente l'effet de la fatigue sur la conduite, Or, il est généralement admis que chez tous les conducteurs la fatigue accroît le risque d'accident. Les avis, toute fois, sont partagés quant à la nature exacte de la fatigue. Naguère, l'attention accordée à l'effort musculaire, aux modifications physiologiques et l'impression lassitude amenait à attacher une grande importance à l'accumulation de produits tels que l'acide lactique.

Des théories plus récentes voient dans la fatigue le résultat de frustrations et de conflits internes. En ce qui concerne la fatigue engendrée par la conduite des véhicules à moteur ; les observations directes sont très maigres. Peut être les frustrations éprouvées notamment dans les villes où la circulation est dense, ont-elles effectivement une influence.

En effet, la fatigue a des incidences psychiques, biochimiques et neuro-musculaire ; ce sont probablement les premières qui contribuent le plus à provoquer des accidents. La vigilance se relâche quand le milieu est uniforme et le manque d'éléments stimulants qui caractérise une grande route monotone peut entraîner de la somnolence.

- **Alcool, drogue et médicaments comme facteur de risque**

L'alcool est une substance psychoactive qui entraîne des modifications au niveau des perceptions internes et externes. (HOESSLER Jérôme, 2009.P28)

En effet, l'alcool agit même à faible dose. Les premières perturbations sont constatées à partir de 0,3 g/l. L'alcool rétrécit le champ visuel, modifie la perception du relief et augmente le temps de réaction. Les risques commencent dès le deuxième verre consommé, donc bien avant d'avoir « la tête qui tourne ».

En France, les chiffres en 2004 révèlent que l'alcool a eu une influence considérable sur les accidents de la route. Il est présent dans 10 % des accidents corporels et dans environ un tiers des accidents mortels.

Les hommes âgés de 15 à 24 ans sont les plus exposés au risque d'accident puisque les accidents de la route représentent la première cause de mortalité pour cette tranche d'âge. En 2005, il y a eu dans l'hexagone 5 500 morts sur les routes dont un tiers dû à l'alcool, confirmant les chiffres de 2004.

Si l'on consomme de l'alcool et si, au moment de prendre le volant, on ne connaît pas son taux d'alcoolémie, on peut le mesurer grâce à un éthylomètre. À défaut de l'éthylomètre, il est préférable de prendre un taxi, de marcher, d'attendre ou de dormir, car, contrairement aux

idées reçues, ni le café, ni une cuillerée d'huile, ni trois grands verres d'eau, ni aucun « remède miracle » ne permettent d'éliminer l'alcool plus rapidement. (Ibid. P 25-26)

Or Jean-Pascal ASSAILLY (2001), évalue la dangerosité d'usage d'alcool lors de la conduite et associé d'autres substances, les médicaments psychotrope ; les anxiolytiques et les drogues (cannabis, Amphétamines, cocaïne ...).

Parmi les médicaments psychotropes, les benzodiazépines qui sont une famille chimique de substances qui possèdent à des degrés divers des propriétés anxiolytique, sédatives, myorelaxantes et hypnotiques. (BLOCH, CHEMAMA et AL, 1992, P 98).

Les benzodiazépines ont été introduit dans les années cinquante comme anxiolytiques et hypnotiques en alternative aux barbituriques. Leur relative maniabilité a acquis les faveurs des praticiens et du public au point qu'ils ont été longtemps considérés comme sans danger. Aujourd'hui ils accompagnent le quotidien de millions de personnes et sont devenus un véritable problème de santé publique : près de 10% des adultes français en font usages régulièrement. Ils participent à un nombre croissant de toxicomanie, mais soulagent aussi de multiples malaises. (MOREL A, HERVE F, FONTAINE B, 2003.P 14)

Jean Pascal Assailly, affirme ainsi que la consommation d'anxiolytiques est devenue un phénomène d'une ampleur telle que l'hypothèse de son incidence sur le risque routier peut être envisagée surtout lorsque l'on sait que les Français ont le triste privilège de se classer actuellement au premier rang mondial dans ce domaine. Trois principaux effets secondaires des benzodiazépines ont pu être mis en évidence, chacun pouvant exercer une influence sur le comportement de conduite : une dépendance psychologique; une potentialisation des effets de l'alcool; divers effets de ralentissement psychomoteur et cognitif et une relation de type dose / effet. (ASSAILLY, 2001.P 04)

La drogue; est illustré comme un facteur de risque lors d'usage de la route, on cite le cannabis qu'est la drogue illicite la plus détectée sur la route, ceci reflète le fait que les consommateurs de cannabis sont bien plus nombreux (plusieurs millions) que les consommateurs d'héroïne, de cocaïne, d'amphétamines ou de LSD (quelques centaines de milliers). (Ibid. P 06)

On constat alors que ces substances sont détectées comme des facteurs de risque sur la route par leurs effets perturbant et diminuant les aptitudes perceptives (ex ; mauvaise appréciation des distances, augmentation du temps de récupération après éblouissement)

3. Les conséquences somatiques, psychiques et sociales des accidents de la circulation.

En 1995, les résultats de l'étude réalisée en Franche Comté, par les Observatoires Régionaux de la Santé et de la sécurité routière, sur le devenir des 15-24 ans accidentés de la route cinq ans après l'accident ; montrent que des douleurs sont toujours présentes chez eux, des séquelles morales et une dégradation d'insertion sociale.

Une autre étude réalisée par la même équipe de Besançon, en 2003, sur les conséquences psychologiques, familiales, sociales et professionnelles des motards accidentés en Franche Comté quelques années après (en moyenne 3, 4 ans) montre des répercussions psychologiques : 30% avec des répercussions légères, 33 % des répercussions modérées et 37% des répercussions marquées.

Des changements consécutifs à l'accident : 42% souffrent de changements personnels, un motard sur sept des modifications dans ses relations familiales, un sur quatre changements d'orientation professionnelle.

On ne peut plus négliger les lourdes conséquences des accidents sur l'économie de nombreux pays, notamment ceux à revenu faible ou intermédiaire, qui luttent souvent pour satisfaire d'autres besoins de développement. On estime qu'au niveau mondial, les accidents de la circulation entraînent US \$518 milliards de pertes et coûtent aux pays entre 1 % et 3 % de leur produit national brut.

4. La prévention routière

La prévention des accidents concerne tous les usagers de la route, mais l'effort doit porter spécialement sur les conducteurs d'automobiles, lesquels risquent de mettre en danger d'autres vies que la leur.

Les accidents de la circulation sont prévisibles et peuvent être évités par la prévention. De nombreux pays ont enregistré une réduction spectaculaire du nombre d'accidents et de blessés en prenant des mesures appropriées, y compris: En adoptant et en faisant appliquer les lois sur les limitations de vitesse, la conduite sous l'emprise de l'alcool, l'utilisation des ceintures de sécurité et des dispositifs de retenue pour enfants et le port du casque, et en dispensant une éducation à ce sujet; En formulant et en mettant en application des politiques de transport et d'aménagement du territoire visant à rendre les déplacements, moins nombreux, plus courts et plus sûrs; en encourageant l'utilisation de modes de transport plus sûrs comme les transports publics; et en incorporant les mesures de prévention des accidents dans les politiques de gestion du trafic et de conception des routes; en rendant les véhicules plus protecteurs de leurs occupants ainsi que des piétons et cyclistes et en les rendant plus visibles par un allumage diurne des phares, par l'installation des feux stop en hauteur, et par l'emploi de matériaux réfléchissants sur les bicyclettes et cyclomoteurs, les charrettes, les rickshaws et les autres véhicules non motorisés. (OMS, 2004).

Conclusion

Dans ce présent chapitre, nous avons essayé de donner quelques éléments explicatifs du phénomène d'accident de la route, qu'est un problème majeur de santé. Plusieurs facteurs influent sur la probabilité d'accident doivent être pris en considération.

La sécurité routière est l'affaire de tous. Pour réduire les risques dans les systèmes routiers de la planète, il faut que les gouvernements, l'industrie, les organisations non gouvernementales et les organismes internationaux s'investissent et prennent des décisions éclairées et que des personnes de disciplines très diverses.

La partie pratique

Chapitre IV

Méthodes et techniques utilisées

Préambule

Après avoir mis le point sur les définitions de certains concepts théoriques en rapport avec notre thème de recherche, nous allons maintenant nous consacrer ce quatrième chapitre intitulé “*méthodes et techniques utilisées*” pour la partie méthodologique, nous allons faire une présentation du lieu et l'échantillon de notre étude, ainsi mettre l'accent sur les outils d'investigation; méthodes et techniques utilisées et limites de l'étude.

1. Présentation du lieu de l'étude

Notre étude a été réalisée en premier lieu dans le centre hospitalo-universitaire « Khellil Amrane de Béjaïa, service d'orthopédie et service neurochirurgie », afin d'être près de notre échantillon qui est hospitalisé dans ses différents états, Puis et afin de varier notre échantillon, et pour des raisons d'insuffisance du temps, nous avons effectué notre entretien avec des accidentés dans leur milieu naturel ; à domicile, à la gare routière de Béjaïa, en respectant les critères du choix de la population d'étude.

Pour réaliser notre étude, nous avons pu effectuer un stage de 30 jours au niveau du CHU de Bejaia « services d'orthopédie et neuro-chirurgie ». Or, dans le service d'orthopédie nous avons rencontré plusieurs accidentés, mais sont des catégories qui ne rentre pas dans nos objectifs (victimes ou état d'ivresse), en effet nous avons étudié deux (02) cas dans ce service. À propos de service de neuro-chirurgie nous n'avons effectué aucun cas vu la sensibilité de l'état des patients (traumatismes crâniens, instabilité et l'inconscience des patients). Nous avons rencontré les autres cas dans divers milieux, par l'intermédiaire de leurs collègues et familles.

2. L'échantillon de l'étude

Notre population d'étude porte sur l'ensemble des conducteurs de véhicules ayant subies au moins un accident sur la voie publique, en excluant les accidentés en état d'ivresse.

L'échantillon de l'étude a été choisi d'une manière aléatoire simple, un acteur d'accident de la circulation avec tout type de véhicule (automobile, camion, moto cycliste, etc.). Nous avons sélectionné aléatoirement dix sujets accidentés, en revanche nous avons

éliminé deux sujets hospitalisés qui ont refusé de continuer notre entretien pour des raisons de santé.

Notre échantillon d'étude subdivise en deux types, hospitalisés en service d'orthopédie (CHU Khellil Amrane), concerne les deux cas Yacine et Mourad ; et non hospitalisé, c'est-à-dire dans leur milieu naturel à l'instar de : Bilal, Hakim, Katia, Yanis, Farid, Mouloud.

Nous avons recueillis des informations concernant les attributions et les caractéristiques personnelles de l'échantillon étudié constitué de 08 cas à savoir : sexe, âge, nombre d'accidents subis. (Voir la page...).

3. La méthode utilisée

Comme notre étude vise à décrire l'anxiété comme facteur du risque sur la route chez les auteurs d'accident de la circulation, nous avons utilisé la méthode descriptive.

La description consiste à rassembler les informations issues des observations faites à propos de tel ou tel phénomène afin de fournir une image aussi cohérente et aussi approfondie que possible de celui-ci. On évoquera successivement les aspects généraux de la description puis les techniques que l'on peut mettre en œuvre pour la présentation des éléments de la description. (DEL BAYLE, 2000, P141)

CHEHRAOUI.K (2003, P 125), donne la définition suivante pour la méthode descriptive, « c'est une méthode qui intervient au milieu naturel et tente de donner une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière. L'objectif de cette approche est d'identifier les composantes d'une situation donnée et, de décrire la relation qui existe entre ces composantes ».

Or, l'étude de cas fait partie des méthodes descriptive elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. L'étude de cas est naturellement au Cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence. (Ibid.)

L'étude de cas est une approche de recherche empirique qui consiste à enquêter sur un phénomène, un événement, un groupe ou un ensemble d'individus, sélectionné de façon non aléatoire, afin d'en tirer une description précise et une interprétation qui dépasse ses bornes.

L'étude du cas fait le plus souvent appel à des méthodes qualitatives ; dont l'entrevue semi-dirigée. (GAUTHIER B, 2009).

4. Les techniques utilisées

Comme nous l'avons cité précédemment, notre méthode de recherche est descriptive, Or DELHOMME, et MEYER (2002), marquent que l'entretien est l'outil privilégié des méthodes descriptives et qualitatives centrées sur une population, une situation, des faits, des croyances, opinions, représentations, etc.

Et afin d'être en contact direct avec la population d'étude, et pour mieux cerner notre étude de cas, nous avons utilisé l'entretien clinique et l'échelle d'Hamilton pour évaluer l'anxiété.

4.1. L'entretien clinique de recherche

La définition qui suit nous donne une vision globale sur la signification de l'entretien ; l'entretien est une technique de collecte d'informations orales, un événement de parole qui se traduit dans une situation d'interaction sociale entre un enquêteur et un enquêté. (SAVARESE E, 2006).

L'entretien ou interview est, dans les sciences sociales, le type de relation interpersonnelle que le chercheur organise avec des personnes dont il attend des informations en rapport avec le phénomène qu'il étudie. D'une autre manière, c'est la situation au cours de laquelle un chercheur, l'enquêteur, essaie d'obtenir d'un sujet, l'enquêté, des informations détendues par ce dernier, que ces informations résultent d'une connaissance, d'une expérience ou qu'elles soient la manifestation d'une opinion. (DEL BAYLE, 2000, P 47)

Au sens technique, et selon GRAWITZ (2001), l'entretien est un procédé d'investigation scientifique, utilisant un processus de communication verbale, pour recueillir des informations en relation avec le but fixé.

Dans le même sens, (DELHOMME et MEYER, 2002) ; l'entretien de recherche consiste à aménager pour les besoins de l'étude une conversation avec un interlocuteur qui en a

accepté le principe. Les buts et les conventions de cette conversation ont été préalablement explicités et acceptés. L'interviewer pose des questions et laisse à l'interviewé une latitude plus ou moins grande pour organiser sa réponse. Cette latitude laissée à l'interviewé pour développer son discours donne un principe de classement des entretiens de recherche (non-directif, semi directif, directif).

4.1.1. L'entretien semi directif

L'entretien semi-directif, comme le note ANGERS M. (1997), est une technique directe d'investigation scientifique utilisée auprès d'individus pris isolément, mais aussi, dans, certains cas, auprès de groupe qui permet de les interroger d'une façon semi directive et de faire un prélèvement qualitatif en vue de connaître en profondeur les informations.

Or, l'entretien semi-directif: l'attitude non-directive qui favorise l'expression personnelle du sujet est combinée avec le projet d'explorer des thèmes particuliers. Le clinicien-chercheur a donc recours à un guide thématique. (FERNANDEZ, PEDINIELLI, 2006, P 49).

Le chercheur dispose ici d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance ; elles sont posés à un moment opportun de l'entretien clinique, par exemple à la fin d'une séquence d'association. Ici le chercheur pose une question puis laisse le sujet associer sur le thème proposé sans interrompe. (CHAHRAOUI K, BENONY H, 2003). Donc, il s'agit d'une interview, discussion, dirigé, orienté par le chercheur, on appuie sur un guide d'entretien.

4.1.2. Le guide d'entretien

L'entretien clinique de recherche est toujours associé d'un guide d'entretien plus au moins structuré, il s'agit d'un ensemble organisé de fonction, d'opérations et d'indications qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer.

Dans ce guide, le clinicien peut formuler et prépare la consigne à l'avance. Celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets : elle est généralement soigneusement préparée et le clinicien veille à ce que la formulation ne soit pas inductive.

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 davantage de thèmes à abordée que le chercheur connaît bien (BENONY H et CHAHRAOUI K, 1999, p. 68-69).

Nous avons établie un guide d'entretien constitué de 05 axes : (voir détaillé dans l'annexe n° 01).

Axe I: les informations personnelles.

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

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

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

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

4.2. L'échelle d'anxiété d'Hamilton

Avant d'entamer le mode d'utilisation d'échelle d'Hamilton, on va essayer first de définir les échelles d'une manière globale.

Une échelle d'évaluation clinique est une formalisation standardisée de l'évaluation d'une (ou plusieurs) caractéristique(s) non mesurable(s) directement, au moyen d'indicateurs ou item(s) mesurables directement, permettant d'attribuer en fonction de règles logiques une ou plusieurs valeurs numériques à la caractéristique étudiée. (HARDY P. et SERVANT D. 1999).

Ainsi définie, les échelles permettent d'évaluer des construits, non directement observables. Les échelles sont constituées d'un ensemble d'énoncés (les items), qui sont les indicateurs (variables observables) de la dimension psychologique que l'on souhaite mesurer. (FERNANDEZ et PEDINIELLI, 2006, P 49)

En effet, la passation des échelles d'évaluation peut se faire par auto-évaluation (cotation faite par le sujet) ou hétéro-évaluation (cotation faite par le clinicien).

4.2.1. Aperçu historique et présentation de l'échelle d'Hamilton

L'HAM-M a été l'une des premières échelles de notation développée pour mesurer la gravité des symptômes d'anxiété. Elle a été présentée par HAMILTON en 1959, comme instrument permettant l'évaluation quantitative de l'anxiété névrotique. En 1976, elle a été incluse par le NIMH dans "l'ECDEU Assessment Manual ". Traduite en français par PICHOT P.

4.2.2. Mode de construction

Cette échelle permet de mesurer le degré d'anxiété et d'évaluer l'efficacité d'un traitement sur les symptômes anxieux grâce à 14 items. Le questionnaire est rempli par le médecin qui doit choisir l'intensité, pour chaque symptôme, qui lui paraît le mieux correspondre à l'état actuel du patient. La cotation va de 0 (absence du symptôme) à 4 (intensité maximale), et elle concerne différents symptômes tels l'humeur anxieuse, les peurs, l'insomnie... Les résultats sont les suivants : de 0-5 : pas d'anxiété ; de 6-14 : anxiété mineure ; > 15 : anxiété majeure.

L'échelle peut être utilisée indifféremment dans chacun des troubles anxieux. Il s'agit à nouveau d'une échelle subjective à qui on reproche parfois de ne pas faire la distinction entre anxiété et dépression ; en effet, les patients dépressifs ont souvent un score élevé dans cette échelle. Celle-ci reste néanmoins un outil très utilisé et reconnu comme efficace. Elle est d'utilisation facile et ne nécessite pas beaucoup de temps à sa réalisation. (PULL, 2009).

4.2.3. Mode de passation

Le test d'anxiété d'Hamilton se déroule nécessairement par étapes. L'évaluation commence une semaine avant qu'un entretien ait lieu, celui-ci peut être conduit par un psychologue, un médecin, un neuropsychologue, ou encore un neuropsychiatre.

Il comporte quatorze items correspondant à différentes manifestations de l'anxiété. Il s'agit en l'occurrence :

- a) Humeur anxieuse**
- b) Inquiétude - Attente du pire - Appréhension (anticipation avec peur) – Irritabilité**

c) Tension

Impossibilité de se détendre - Réaction de sursaut - Pleurs faciles - Tremblements - Sensation d'être incapable de rester en place – Fatigabilité.

d) Peurs

De mourir brutalement - D'être abandonné - Du noir - Des gens - Des animaux - De la foule - Des grands espaces - Des ascenseurs - Des avions - Des transports – De la circulation...

e) Insomnie

Difficultés d'endormissement - Sommeil interrompu - Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil - Rêves pénibles - Cauchemars – Angoisses ou malaises nocturnes.

f) Fonctions intellectuelles (cognition)

Difficultés de concentration - Mauvaise mémoire – Cherche ses mots – Fait des erreurs

g) Humeur dépressive

Perte des intérêts - Ne prend plus plaisir à ses passe-temps - Tristesse - Insomnie du matin

h) Symptômes somatiques généraux (de nature musculaire)

Douleurs et courbatures - Raideurs musculaires - Sursauts musculaires - Grincements des dents - Contraction de la mâchoire - Voix mal assurée.

i) Symptômes somatiques généraux (de nature sensorielle)

Sifflements d'oreilles - Vision brouillée - Bouffées de chaleur ou de froid - Sensations de faiblesse - Sensations de fourmis, de picotements.

j) Symptômes cardiovasculaire

Tachycardie - Palpitations - Douleurs dans la poitrine - Battements des vaisseaux - Sensations syncopales - Extra-systoles.

k) Symptômes respiratoire

Oppression, douleur dans la poitrine - Sensations de blocage, d'étouffement - Soupirs – Respiration rapide au repos.

l) Symptômes gastro-intestinaux

Difficultés pour avaler - Douleurs avant ou après les repas, sensations de brûlure, ballonnement, reflux, nausées, vomissements, creux à l'estomac, "Coliques" abdominales - Borborygmes - Diarrhée - Constipation.

m) Symptômes génito-urinaires

Règles douloureuses ou anormales - Troubles sexuels (impuissance, frigidité) – Mictions fréquentes, urgentes, ou douloureuses.

n) Symptômes de système nerveux autonome

Bouche sèche - Accès de rougeur - Pâleur - Sueur - Vertiges - Maux de tête –

o) Comportement lors de l'entretien

- **Général** : Mal à l'aise - Agitation nerveuse - Tremblement des mains - Front plissé – Faciès tendu - Augmentation du tonus musculaire,
- **Physiologique** : Avale sa salive - Eructations - Palpitations au repos – Accélération respiratoire - Réflexe tendineux vifs - Dilatation pupillaire - Battements des paupières.

4.2.4. La cotation

Au cours du test, le praticien évalue chaque item et attribue chaque fois une note comprise entre 0 et 4.

La note « 0 » est donnée lorsque le symptôme est absent.

La note « 1 » correspond à une présence très légère.

La note « 2 » est attribuée lorsque l'intensité de la manifestation est moyenne.

La note « 3 » correspond à une forte présence du symptôme.

La note « 4 » correspond à une intensité maximale (invalidante).

4.2.5. Intérêt et limites

La HAMA est très largement connue et utilisée. Elle permet de comparer des travaux. Elle fait partie du manuel ECDEU. Il s'agit d'un instrument sensible au changement. De point de vue de sa structure factorielle, celle-ci s'est avérée stable. L'accent mis sur les symptômes somatiques limite son intérêt pour les échantillons de patients dont l'expressivité anxieuse est surtout somatique, du fait de facteurs ethniques, par exemple.

Il existe plusieurs limites pour cette échelle, il est regrettable que l'échelle n'ait donné lieu à de véritables études de fidélité intercotateurs au cours des séances d'entraînement. Par ailleurs, dans certains cas, la multiplicité des rubriques proposées par chaque item malgré la covariation de beaucoup d'entre eux, peut compliquer la tâche des investigateurs. C'est d'ailleurs le cas de toutes les échelles ou les items n'ont pas une définition précise et univoque. La présence d'un item dépressif nous paraît nuire à la pureté de l'instrument. L'accent porté sur les symptômes somatiques est trop important. Enfin, il s'agit d'une échelle relativement longue ce qui contribue à alourdir certains protocoles.

5. Les limites de notre recherche

Cette étude est portée sur 08 cas, acteurs d'accident de la route, deux cas, au CHU de Béjaïa (Khellil Amrane) et six dans leurs demeures.

L'enquête a été réalisée pendant le mois de Mars 2013, les principales caractéristiques de notre échantillon sont :

- une prédominance masculine, soit 87,50%.
- la tranche d'âge de 20-30 ans a été la plus rencontrée avec 62,50%.
- la fréquence d'accident est entre un et deux accidents avec 37,50%.

Conclusion

Dans ce chapitre nous avons présenté et expliqué notre méthode, ainsi les techniques d'investigations. De ce fait, nous allons consacrer le chapitre qui va suivre à l'analyse et l'interprétation des résultats obtenues à travers les techniques justifiées dans le chapitre que nous venons de conclure.

Chapitre V

**Analyse, discussion et
interprétation des
résultats**

Préambule

Après avoir tenté de donner un aperçu théorique de notre thème, puis de présenter la méthode et les outils d'investigations de notre pratique dans les précédents chapitres, ce présent chapitre intitulé « *Analyse, Discussion et Interprétation des résultats* » est consacré comme l'indique son nom, pour l'analyse des données et des résultats obtenus à travers notre entretien et l'échelle d'Hamilton, afin de confirmer ou infirmer les hypothèses émises au début de notre recherche.

1. Description de l'échantillon

Avant d'entamer notre analyse et notre discussion, nous présenterons premièrement les caractéristiques de notre échantillon. Les tableaux ci-dessous comportent des informations concernant les attributions et les caractéristiques personnelles de l'échantillon étudié à savoir : sexe, âge, nombre d'accidents subis.

Tableau n°1 : La répartition de notre échantillon selon le sexe :

Le sexe	effectif	%
Masculin	7	87.50
Féminin	1	12.50
Total	8	100

Le tableau ci-dessus montre la répartition de notre échantillon selon le sexe, ou nous remarquons que la majorité de notre échantillon est constitué de sexe masculin avec un taux de 87.50% contre 12.50% pur le sexe féminin.

Tableau n°2 : La répartition de notre échantillon selon l'âge :

Sexe / Age	M	F	T	%
20-30	4	1	5	62.50
30-40	2	0	2	25
40 et plus	1	0	1	12.50
Total	7	1	8	100

D'après ce tableau nous remarquons que la catégorie d'âge la plus dominante est celle de (20-30 ans), avec un taux de 62.50%, suivi des deux catégories d'âge de (30-40 ans) avec 25%, en enfin (40 et plus) avec un taux de 12.50%.

Tableau n°3 : la répartition de notre échantillon selon le nombre d'accident :

Sexe / Nombre	M	F	T	%
01	02	01	03	37.5
02	03	00	03	37.5
03 et plus	02	00	02	25
Total	08	01	08	100

Nous constatons à partir de ce 3^{ème} tableau que la majorité de notre échantillon a subi entre un et deux accidents avec un taux 37.50%, suivi d'un taux de 25% pour les accidentés d'un 03 accident et plus.

2. Présentation et analyse des données de l'échelle et des entretiens

2.1. Présentation et Analyse des résultats du cas n° 01.

Mouloud, est un étudiant et un fonctionnaire en même temps, âgé de 25 ans, 2ème année Master en SEGC, il a vécu deux accidents dont le premier en état d'ivresse et le deuxième sur un long trajet.

Tableau n°04 : résultats d'échelle du cas n°01.

Les items	Le degré				
	0	1	2	3	4
Etat d'inquiétude				×	
Tension			×		
Etat dépressif			×		
Conduite pendant l'entrevue			×		
Peur-frayeur			×		
Intellect			×		
Insomnie				×	
Symptômes autonomes		×			
Symptômes génito-urinaire		×			
Symptômes cardio-vasculaire		×			
Somatique- sensorielle			×		
Somatique-musculaire	×				
Symptômes gastro-intestinaux			×		
Symptômes respiratoire	×				

Après la passation d'échelle, Mouloud a obtenu un score de (23) points, ce qui signifie une anxiété modéré.

Il a obtenu (03) réponses de degré (01) dans les items « Symptômes autonomes, Symptômes génito-urinaire, Symptômes cardio-vasculaire », (06) réponses de degré (02) dans les items « tension, état dépressif, peur-frayeur, intellect, somatique-sensorielle, Symptômes

gastro-intestinaux » et (02) réponses de degré (03) dans « état d'inquiétude, insomnie ». Nous avons noté un degré de (02) dans la conduite pendant l'entrevue.

En conséquent, a travers l'entretien, nous avons constaté que Mouloud est toujours occupé et tout le temps fatigué, selon ses propos ; « la répartition entre mes études et mon travail est très difficile ». La répartition de son temps entre boulot et étude lui cause beaucoup de problèmes.

Il a vécu son premier accident en état d'ivresse avec un ami, et le deuxième en famille sur un long trajet qui a duré environ 11 heures, ce qui engendra en lui une inquiétude « 11 heures au volant, sans remplaçant, en plein nuit, ça fait peur ». Dans ce trajet il a été accompagné de sa famille en allons vers l'enterrement d'un proche, cette famille est composée de sa maman et deux tentes qui n'ont plus cessées de pleurer et de crier dès le départ « c'était la catastrophe je ne peux plus me concentrer sur la route, elles crient sans cesse ».

Il est très confiant en sa conduite « j'ai conduit 04 ans avant que j'obtienne mon permis » et ce qu'il le perturbe c'est l'autre « un conducteur même s'il est ancien il commit des infractions, il n'hésite pas à faire des dépassements dangereux. »

Nous avons constaté à travers cet entretien que notre sujet souffre d'un grand malaise et une inquiétude en ce qui concerne la répartition de son temps entre étude et travail. Les problèmes de la vie courante et les conflits familiaux engendrent en lui la fatigue, le stress ainsi l'insomnie.

Nous avant aussi constaté que son premier accident a laissé en lui un sentiment de crainte vis-à-vis la circulation et une méfiance pour l'autre conducteur.

2.2. Présentation et Analyse des résultats du cas n°02

M. Hakim est un jeune homme âgé de 24 ans, il travaille comme receveur dans un bus de transport en commun. Il a subi pas moins de trois (03) accidents.

Tableau n° 05 : résultats d'échelle dus cas n°02.

Les Items	Les degrés				
	0	1	2	3	4
Etat d'inquiétude				×	
Tension				×	
Etat dépressif				×	
Conduite pendant l'entrevue		×			
Peur-frayeur		×			
Intellect			×		
Insomnie				×	
Symptômes autonomes			×		
Symptômes génito-urinaire		×			
Symptômes cardio-vasculaires		×			
Somatique-sensorielle			×		
Somatique-musculaire			×		
Symptômes gastro-intestinaux			×		
Symptômes respiratoires	×				

Après la passation de l'échelle Hakim a obtenu un score de (26) points ce qui signifie une anxiété élevé. Hakim a obtenu (03) réponses du degré (01) dans les items « peur-frayeur, symptômes génito-urinaire, cardio-vasculaire », (05) réponses du degré (02) dans les items « intellect, symptômes autonome, somatique-sensorielle, somatique-musculaire et Symptômes gastro-intestinaux » et (04) réponses du degré (03) dans « tension, état dépressif et insomnie ». Pour l'item comportement pendant l'entretien nous avons noté chez Hakim un degré de (01).

En ce qui concerne l'entretien, Hakim après avoir quitté l'école il y a cinq années, il a commencé, depuis deux ans, à travailler comme receveur. Un métier qui, d'après lui, n'est pas fatiguant sur le plan physique sauf qu'il n'a pas de journée de repos.

Le jour de l'accident, il déclare avoir des problèmes et certains conflits familiaux liés à la fête de mariage de sa sœur. A ces ennuis s'ajoute un trouble de sommeil qui combat en buvant de la bière pour dormir : « je buvais chaque soir, cela me permet de me calmer et d'oublier mes soucis ». Il avoue qu'à la veille de chaque déplacement il souffre d'une peur et d'un stress énormes quant à la manière d'aborder le long trajet qui l'attend en se réveillant. Son vécu, c'est-à-dire c'est deux premiers accidents, lui rappellent toujours combien la route est dangereuse : « je l'ai constaté (danger de la route) plusieurs fois, elle me fait peur ».

Il a entièrement confiance en sa conduite mais ce qui lui fait peur sont les autres conducteurs qu'il qualifie de « fous de volant ».

A travers l'entretien effectué avec Hakim, nous avons constaté l'existence d'un certain malaise dans la vie de ce sujet ce qui influence négativement sur son tempérament, on buvant pour oublier ses soucis. Des séquelles laissées par les précédentes accidents a travers ses inquiétudes, le sentiment d'insécurité vis-à-vis la route. Ces indications peuvent expliquées la fréquence d'accident chez Hakim.

2.3. Présentation et Analyse des résultats du cas n°03

M^{lle}. Katia âgée de 29 ans, célibataire, vie avec sa mère et son frère handicapé mentalement dont le père est décédé. Elle travaille comme comptable dans un C.F.P.A depuis deux ans. C'est son premier accident.

Tableau n° 06 : résultats d'échelle du cas n°03.

Les Items	Les degrés				
	0	1	2	3	4
Etat d'inquiétude			×		
Tension			×		
Etat dépressif			×		
Conduite pendant l'entrevue		×			
Peur-frayeur					×
Intellect		×			
Insomnie				×	
Symptômes autonomes			×		
Symptômes génito-urinaire		×			
Symptômes cardio-vasculaires		×			
Somatique-sensorielle			×		
Somatique-musculaire	×				
Symptômes gastro-intestinaux		×			
Symptômes respiratoires	×				

Katia a obtenue un score de **(21)** points ce c'est-à-dire une anxiété modéré. Elle a acquise (03) réponses de degré (01) dans «intellect, Symptômes génito-urinaire, Symptômes cardio-vasculaires », (05) réponses de degré (03) dans les items suivants « état d'inquiétude, tension, état dépressif, Symptômes autonomes, Somatique-sensorielle » ainsi, (01) réponses de (03) et

(04) degré dans « insomnie » et « peur-frayeur ». Nous avons noté un degré (01) dans l'attitude pendant l'entretien.

Katia a obtenu son permis de conduire récemment, elle avoue avoir une grande peur pour ce qui est de conduire une automobile. En ce sens, elle déclare : « je n'ai jamais conduit, j'ai peur de conduire, je ne me suis jamais assis dans le siège avant d'une voiture. »

Le jour de son accident, elle était sur la route qui mène vers son lieu de travail, devancée par trois véhicules, elle avait perdu son sang froid « j'ai le cœur qui palpite à grande vitesse », déclare-t-elle. Ainsi, en voulant doubler les autres ; en vitesse et dans une route étroite son véhicule a dérapé et sorti en dehors de la chaussée.

Concernant son travail, elle nous révèle qu'elle avait beaucoup de soucis ce qui l'a rendu nerveuse et insomniaque. Comme elle est novice dans la conduite, elle a beaucoup de mal à conduire dans des endroits réputés pour leurs embouteillages : « quand je conduis j'aime que les routes soient désertes ». Cette peur qu'elle a constamment l'a contraint à conduire lentement, en faisant très attention. Toutefois, elle reste toujours méfiante quant à la conduite des autres conducteurs qui, selon elle, peuvent lui nuire sur la route en conduisant en état d'ivresse ou en commettant des infractions.

Nous avons constaté chez Katia un état de peur présenté dans le rythme cardiaque, tension et frayeur de la prise du volant dû à la nouveauté de son permis, peur et crainte dans la route encombrée, toutes ces émotions provoquent une interruption dans l'utilisation de sa habileté, ce qui affecte la conduite.

2.4. Présentation et analyse des résultats du cas n°04

M. Bilal âgé de 32 ans, travaille dans une entreprise de travaux bâtiment comme un maçon. Accidenté pour la deuxième (02) fois.

Tableau n°07 : résultats d'échelle du cas n° 04.

Les Items	Les degrés				
	0	1	2	3	4
Etat d'inquiétude				×	
Tension				×	
Etat dépressif		×			
Conduite pendant l'entrevue			×		
Peur-frayeur			×		
Intellect			×		
Insomnie			×		
Symptômes autonomes				×	
Symptômes génito-urinaire				×	
Symptômes cardio-vasculaires				×	
Somatique-sensorielle				×	
Somatique-musculaire			×		
Symptômes gastro-intestinaux		×			
Symptômes respiratoires			×		

Bilal a obtenu le score du (33) points qui veut dire une anxiété élevé

Nous avons noté (01) réponses du degré (01) dans l'item « Etat dépressif », (05) réponses du degré (02) dans les items, « Peur-frayeur, intellect, insomnie, Symptômes respiratoire et

Somatique-musculaire » et dans le (03) degré il a obtenu (06) réponses dans les items « état d'inquiétude, tension, Symptômes autonomes, Symptômes génito-urinaire, Symptômes cardiovasculaire, Somatique- sensorielle ». Pour la conduite pendant l'entrevue nous avons noté le degré(02).

Bilal exerce son métier depuis 13 ans, son travail est connu pour être un travail dur qui demande beaucoup d'efforts physique. Le jour de l'accident, narre-t-il, il a eu une violente dispute avec son père avec qui il entretient des relations glaciales et de désaccord. Ainsi, après s'être disputé avec son père, M. Bilal, prend la voiture et sort de chez lui, stressé et nerveux, il conduit avec une grande vitesse et c'est dans cette journée qu'il a eu son accident.

Cette relation conflictuelle qu'il entretient avec son père le rend toujours nerveux, inquiet et soucieux ce qui engendre en lui des insomnies et une grande fatigue à son réveil le matin. De ce fait, pendant la journée, que ce soit dans son lieu de travail ou dans son véhicule, il devient inattentif et distrait.

Les routes encombrées provoquent en lui un sentiment de peur, selon ces propos cela peut coûter la vie à quelqu'un en une fraction de seconde, comme il admet avoir toujours peur de périr dans un accident. Même s'il est tout le temps satisfait de sa conduite, cela ne l'empêche pas de craindre la conduite des autres.

Pour ce qui est du cas de M. Bilal, nous avons détecté chez lui une anxiété qui se manifeste par le biais de nombreux signes constatés pendant notre entretien clinique, que nous avons pu confirmer après l'analyse de l'échelle d'Hamilton. Donc nous pouvons conclure que les problèmes familiaux influencent négativement sur sa conduite. Quant à sa peur, elle serait le résultat de son premier accident, c'est la conséquence laissée par le précédent accident.

2.5. Présentation et analyse des résultats du cas n°05

M. Mourad est un agent de police âgé de 31 ans, il est entré au corps de la police il y a tous justes trois ans. C'est son premier accident. Retrouvé à l'hôpital « khellil Amrane, service d'orthopédie », pour une intervention chirurgicale au niveau de la jambe droite.

Tableau n° 08 : résultats d'échelle du cas n° 05.

Les Items	Les degrés				
	0	1	2	3	4
Etat d'inquiétude			×		
Tension				×	
Etat dépressif		×			
Conduite pendant l'entrevue			×		
Peur-frayeur			×		
Intellect	×				
Insomnie		×			
Symptômes autonomes				×	
Symptômes génito-urinaire		×			
Symptômes cardio-vasculaires		×			
Somatique-sensorielle			×		
Somatique-musculaire			×		
Symptômes gastro-intestinaux			×		
Symptômes respiratoires	×				

Après la passation de l'échelle d'Hamilton, Mourad, a obtenu un score global de (22) points, ce qui signifie une anxiété modéré. Il a obtenu (04) réponses de degré (01) dans les items « état dépressif, insomnie, Symptômes génito-urinaire, Symptômes cardio-vasculaires », (05) réponses de degré (02) dans « état d'inquiétude, peur-frayeur, Somatique-sensorielle, Somatique-musculaire, Symptômes gastro-intestinaux » comme il a obtenu (02) réponse de degré (03) dans les items « tension, symptômes somatique ». Pour l'item « conduite pendant l'entrevue » nous avons noté chez Mourad un degré de (02).

Le lieu de travail de Mourad est très loin de son domicile d'où son recours à l'utilisation de sa voiture pour aller travailler. C'est un travail très bien rémunéré qui recouvre toutes ses dépenses.

Le jour de son accident, accompagné d'un ami, il a été en route vers une consultation pour soigner ses maux d'estomac. En vue de sa fonction qui lui permet de voir les horreurs, les monstruosité des accidents sur la voie publique, les routes pleines d'automobilistes le rendent anxieux. A cela s'ajoute le fait qu'il travaille la nuit, hiver et été. Tous ces paramètres créés en lui un sentiment de stress, de peur et d'insécurité : « quand on est appelé à se rendre sur le lieu d'un accident, j'ai toujours le cœur bat très fort ».

Aussi, il affirme détester son travail car il lui cause des perturbations de sommeil : « j'ai des cauchemars, je me réveille tout le temps la nuit. »

Il estime qu'il n'a rien à reprocher à sa conduite, cependant il n'a guère confiance en la conduite des autres : « je vois chaque jours des milliers de conducteurs qui conduisent très mal, d'une manière insouciant, en transgressant toutes les règles du code de la route, c'est effrayant ».

A cela s'ajoute le fait qu'il travaille la nuit ce qui le perturbe, et cause en lui de la fatigue, faiblesse et des troubles de sommeil, « je n'arrive pas à dormir une nuit complète », cette insomnie est conséquence d'une part de la modification des horaires du travail et d'autre part des frayeurs de son travail difficile.

A travers l'entretien de Mourad, nous avons souligné un malaise profond de son travail, et des signes de fatigue, insomnie, frayeur et angoisse et agitation nerveuse dans les conflits quotidiens.

Ces plaintes s'additionnent avec les soucis liés à son état de santé peuvent provoquer la baisse de la performance sur la route, que nous pouvons considérer comme facteurs impliqués dans son accident.

2.6. Présentation et Analyse des résultats du cas n°06

Yacine est un jeune homme âgé de 24 ans, travaille dans une agence de nettoyage ; accidenté pour la quatrième fois avec un motocycliste, hospitalisé à Khellil Amrane au niveau du service d'orthopédie pour une fracture de fumer au niveau de sa jambe droite.

Tableau n°09 : résultats d'échelle du cas n°06.

Les Items	Les degrés				
	0	1	2	3	4
Etat d'inquiétude					×
Tension			×		
Etat dépressif			×		
Conduite pendant l'entrevue				×	
Peur-frayeur			×		
Intellect		×			
Insomnie		×			
Symptômes autonomes			×		
Symptômes génito-urinaire			×		
Symptômes cardio-vasculaires			×		
Somatique-sensorielle		×			
Somatique-musculaire			×		
Symptômes gastro-intestinaux		×			
Symptômes respiratoires	×				

Après la passation de l'échelle d'anxiété, Yacine a obtenu un score de (25) points, ce qui signifie une anxiété élevé. Il a obtenu (04) réponses de degré (01) dans les items « intellect, insomnie, Somatique-sensorielle, Symptômes gastro-intestinaux » et (07) réponses de degré (02) dans « Tension, état dépressif, peur-frayeur, Symptômes autonomes, Symptômes génito-urinaire, Symptômes cardio-vasculaires, Somatique-musculaire » et (01) réponses de degré (04) dans l'item « état d'inquiétude ». Nous avons noté un degré (03) pour la conduite pendant l'entretien.

Yacine travaille dans cette agence, qui se situe dans le quartier où il habite, depuis un an. Son travail ne nécessite guère un grand effort physique comme il n'est pas bien rémunéré ce qui lui crée un déficit financier, surtout lorsque l'on sait que c'est lui qui s'en charge de sa famille après le décès de son père.

Avant même l'accident, Yacine avait la maladie « polo » qui touche les jambes, se qui l'inquiète beaucoup puisque d'une part, il n'a personne pour s'occuper de sa famille, d'autre part il avait peur de ne pas guérir de sa maladie comme il veut aussi partir à l'étranger pour se soigner car, toujours d'après lui : « nos médecins n'ont pas les qualités requises pour soigner ma maladie ».

Le jour de l'accident, il a accompagné son ami à son domicile. A son retour il a commis un accident sur la voie publique, cette dernière lui fait peur à cause de son handicap « je crains de ne pas avoir le contrôle de ma moto », il manifeste un sentiment d'insécurité vis-à-vis de sa moto et de la route : « je ne vais jamais conduire dorénavant, quant à ma moto j'avais eu toujours l'envi de la brûlée ».

Malgré son handicap, il a amplement confiance en sa conduite. Sur la route il craint les autres conducteurs qui, dans leurs voitures, sont en sécurité par rapport à lui qui est en motocycliste.

Nous avons constaté à travers notre entretien qui port sur des signes d'anxiété dans la vie quotidienne avant avoir subi l'accident, En effet l'incapacité de satisfaire toutes les exigences économique de sa famille, voir la qualité de son travail et son handicap, influencent négativement sur son état psychique, marqué par des angoisses, des tracas, et de la méfiance qui éprouve pour son entourage.

Fatigue, stress, inquiétude et l'existence d'un sentiment d'insécurité peuvent expliquer ses accidents répétés.

2.7. Présentation et analyse des résultats du cas n°07.

M. Farid est un commerçant âgé de 51 ans accidenté pour la première fois il y a une année.

Tableau n°10 : résultats d'échelle du cas n°07.

Les Items	Les degrés				
	0	1	2	3	4
Etat d'inquiétude				×	
Tension			×		
Etat dépressif			×		
Conduite pendant l'entrevue			×		
Peur-frayeur			×		
Intellect			×		
Insomnie				×	
Symptômes autonomes		×			
Symptômes génito-urinaire		×			
Symptômes cardio-vasculaires		×			
Somatique-sensorielle			×		
Somatique-musculaire	×				
Symptômes gastro-intestinaux			×		
Symptômes respiratoires	×				

Farid a obtenu un score de (23) point ce qui signifie une anxiété modéré.

Il a obtenu (03) réponses de (01), dans les items « Symptômes autonomes, Symptômes génito-urinaire, Symptômes cardio-vasculaires », (06) réponses de degré (02) dans les items « tension, état dépressif, peur-frayeur, intellect, Somatique-sensorielle, Symptômes gastro-intestinaux » et (02) réponses de degré (03) dans « état d'inquiétude et insomnie ». Nous avons constaté un degré de (02) dans le comportement pendant l'entretien.

Farid exerce le métier de commerçant depuis 18 ans, un métier qu'il décrit comme étant trop fatigant et trop difficile, toutefois il lui a permis de subvenir au besoin de sa famille.

C'est la première où il subit un accident. Un jour en revenant de son travail, raconte-t-il, fatigué, exténué, il trouve sa fille malade. Etant inquiet à propos de l'état de santé de sa fille il s'est chargé lui-même de l'amener à l'hôpital à bord de son véhicule, il a abusé de la vitesse. A ce propos M. Farid déclare : « j'avais eu peur que l'état de santé de ma fille s'aggrave ce qui m'a contraint à utiliser la vitesse ».

La route encombrée le rend tendu et nerveux : « je ne peux plus me contrôler, je me sens étouffer. »

La charge et les problèmes liés à son travail ainsi que sa peur des longs trajets provoquent en lui des troubles de sommeil, c'est-à-dire une insomnie. Il avoue qu'à chaque fois qu'il avait un problème cela l'empêchait de se concentrer puisqu'il n'arrêtait pas de penser à ce dernier.

En effet, M. Farid a un sentiment de crainte et de peur lorsqu'il est sur la route surtout si cette dernière connaît un trafic dense, pour lui : « la route demande une forte concentration et un maximum d'attention, choses que moi je ne possède pas ».

Tout en ayant confiance en sa conduite, Il reste toujours méfiant quant à la conduite des autres puisque, selon ses dires, les conducteurs, surtout les jeunes, ne respectent le code de la route, ce qui crée une certaine anarchie sur les routes.

L'anxiété de Farid résulte des problèmes liés à son travail à travers l'insomnie, caractère nerveux, altèrent ses capacités d'attention en conduisant.

Dans ce cas, nous avons constaté une grande souffrance qui s'est manifestée par une série de symptômes ; insomnie, phobie, stress et changement d'humeur, caractérisé par un malaise profond.

2.8. Présentation et Analyse des résultats du cas n°08

M. Yanis est un jeune homme âgé de 28 ans, travaillant comme chauffeur d'un bus de transport en commun. Il a vécu deux accidents, le premier accident l'a eu étant petit est son même un permis de conduire (à cause du verglas), le second accident date d'il y a cinq mois.

Tableau n°11 : résultats d'échelle du cas n°08.

Les Items	Les degrés				
	0	1	2	3	4
Etat d'inquiétude					×
Tension			×		
Etat dépressif			×		
Conduite pendant l'entrevue				×	
Peur-frayeur			×		
Intellect		×			
Insomnie		×			
Symptômes autonomes			×		
Symptômes génito-urinaire			×		
Symptômes cardio-vasculaires			×		
Somatique-sensorielle		×			
Somatique-musculaire			×		
Symptômes gastro-intestinaux		×			
Symptômes respiratoires	×				

Après la passation d'échelle nous avons noté un score de (22) points chez Yanis. Nous avons noté (02) réponses du degré (01) dans l'item «Symptômes génito-urinaire, Somatique-musculaire », (05) réponses du degré (02) dans les items, « Tension, Peur-frayeur, insomnie, Somatique-sensorielle et Symptômes gastro-intestinaux » et dans le (03) degré il a obtenu (03) réponses dans les items « état d'inquiétude, Symptômes autonomes, Symptômes cardio-vasculaire ». Pour la conduite pendant l'entrevue nous avons noté le degré (02).

Yanis travaille depuis trois ans comme chauffeur du bus de la famille après la retraite de son père, en traversant chaque jours de longs trajets, son travail ne demande pas vraiment un effort physique. Cependant, il ne recouvre pas ses dépenses.

Pendant la journée de son accident, raconte-t-il, il n'avait ni problème financier ou familial : « j'étais bien ce jours-là. » Sauf qu'il avoue détester son bus du fait qu'il représente le lieu de son travail.

Les routes encombrées lui font peur en provoquant en lui des sentiments de peur et d'inquiétude « je peur surtout lorsque je suivais un semi-remorque, j'ai toujours le cœur qui bat jusqu'au je le double ».

Des plaintes perturbations de sommeil fréquentes chez Yanis, s'ajoute à haïr de son travail « je travail avec ce bus juste pur la nécessité, et si je trouverais un travail adéquat j'abandonne celui-ci », et ce qui consterne les conflits de la vie il avoue que ces derniers provoque en lui un bouleversement de l'humeur « je me contrôle plus devant n'importe pression, je deviens irrité ».

Lorsque nous avons interrogé Yanis sur sa vision envers la route, il est apparu très inquiétant, il a répondu qu'elle est très dangereuse est la personne doit être prudente dans la conduite, surtout a l'arrivé de du la saison d'été « je peur de la conduite des étranger, ils ne savent plus circuler dans nos route », il exprime aussi ses craint de la route puisque et selon lui « la route est un théâtre de dommages, c'est horrible ». Il à complètement de confiance en sa conduite, Yanis conduisait avant avoir un permis de conduire.

Après l'entretien avec Yanis, nous constatant qu'il éprouve une hostilité pour son travail, Yanis porte des signes d'anxiété, nous soulignant des peurs, angoisses et frayeurs vis-à-vis la route, qui peuvent être des traces laisser par son premier accident, aussi, les changements d'humeurs lors d'un problème ou soucis qui amènent a des troubles de sommeil fréquentes. Ces signes d'anxiété affect d'une manière négative la conduite de Yanis, alors on peut considérer que cette anxiété a son impact sur l'accident de Yanis.

3. Discussion et interprétation des résultats.

Après l'application et l'analyse de l'échelle d'Hamilton sur l'ensemble des cas, nous avons conclu d'une manière générale, que les acteurs d'accident de la route présentent des traits d'anxiété avant même leur accident.

Les résultats globales et la répartition du niveau d'anxiété chez nos sujets doit être présentée dans le tableau qui suit :

Tableau n°12 : la répartition des cas selon le degré d'anxiété de chacun d'eux :

Niveau d'anxiété	Nombre de cas		%	Nombre total des scores
	H	F		
Léger ≤ 17	00	00	00	00
Modéré 18-24	04	00	50	89
Elevé 25-30	03	01	50	104
Total	08 cas		100	188

A partir du tableau, nous pouvons constater que la moitié (50%) de nos cas souffrent d'une anxiété modérée et représente un score de 89 points, et l'autre moitié (50%) du reste des cas souffrent d'une anxiété élevée avec un moyen de 104 points. Le score moyen de l'ensemble de nos cas est 188 points.

A partir de l'analyse faite de chaque sujet, nous avons constaté que la plupart d'eux ont indiqués, qu'il s'agit des conflits et des problèmes de la vie quotidienne qui provoquent des perturbations de l'humeur et des soucis, ce qui engendre une baisse de performance dans leurs conduite, ajoutant, les séquelles laissés par le précédent accident, voir des peurs et frayeurs à l'égard du volant.

En plus la pression et la charge du travail ont leurs poids dans le comportement de la personne, ils altèrent et perturbent le comportement de l'individu, trouvant ses signes dans les insomnies, la fatigue, changement d'humeur etc.

Dés lors, d'après les résultats obtenus à partir de l'échelle d'anxiété d'Hamilton, notre première hypothèse est confirmé est que ya un lien entre anxiété et accidents de la route ; vu les résultats obtenu chez nous sujets, dont 50% d'entre eux présentent un degré modéré d'anxiété et 50% avec un degré élevé.

Nous avons ainsi constaté que les personnes ayant eu déjà un accident dans leur vie, risquent de commettre d'autres accidents, puisque ces derniers laissent des séquelles telles que des angoisses et des stress, surtout dans la conduite. En effet Les études cliniques de MARCELLI, chez des adolescents présentant des accidents à répétition ont montré la fréquence et l'importance des troubles psychopathologiques (anxiété, dépression, épisodes dépressifs majeurs) dans cette population. (CHABAUD, 2000).

Après avoir analysé le discours de chaque sujet, nous pouvons déduire le malaise, angoisses et méfiance portés pour la route surtout les longs trajets, la route porte le statut de dangerosité pour la plupart de nos cas. Or, VILLARET (1962), a noté dans son cahier d'étude « les représentations, comportement et attitudes des conducteurs avant un long trajet », que pour beaucoup le voyage est le symbole de l'insécurité et Parmi les peurs qui sont exprimées, il y a la peur de l'inconnu, la peur des encombrements et surtout la peur des autres conducteurs.

A travers l'entretien, nous pouvons conclure, que les événements de la vie quotidienne avec tout ses problèmes, soucis et conflits influent sur l'état psychique et ont un impact négatif sur les habiletés de conduite, ce qui limite et baisse l'attention dont la conduite nécessite, se qui arrive à commettre un ou encore plusieurs accidents, ceci a été noté dans une étude classique de SIVAK (1981), sur l'impact de stress sur la conduite ; « la tâche de conduite implique l'utilisation des habiletés de conduite (psychomotrices, perceptives et cognitives) de façon simultanée et continue. Le stress provoquerait une interruption dans l'utilisation optimale des habiletés, ce qui affecterait la conduite et pourrait augmenter le risque d'accidents ».

Aussi à signaler que BRENNER (1969), affirme que, « les conducteurs ayant subi un événement stressant récent ont une probabilité d'accident mortel cinq fois supérieure à celle des autres conducteurs. Ceci s'explique par l'anxiété, les soucis, le fait d'être accaparé par des pensées indépendantes de l'activité de conduite ou la négligence des signaux de dangers ».

En effet ceci confirme notre deuxième hypothèse qui consiste, « Les conducteurs qui présentent un trouble anxieux, dû par des conflits, des problèmes de la vie quotidienne ou déjà accidenté, risquent de commettre un accident de la route ».

Donc, à partir d'une analyse, discussion et interprétation des résultats de notre entretien, et l'échelle d'anxiété, nous avons confirmé nos deux hypothèses.

Conclusion

Notre présente investigation s'est portée sur l'impact de l'anxiété dû aux conflits, problèmes et soucis de la vie, dans les accidents de la circulation, en résumé « *l'anxiété en lien avec les accidents de la route* ».

Nos hypothèses sont confirmées à base d'une recherche bibliographique ; d'un ensemble d'observations constatées sur le terrain lors des résultats obtenues à travers notre entretien qui a porté sur le vécu des auteurs d'accidents de la route, et l'échelle d'anxiété d'Hamilton, afin d'évaluer le degré de leur anxiété.

Nous avons conclu que les conflits, les difficultés rencontrés par les conducteurs dans leurs vie altèrent leur conduite. Or, le stress et l'anxiété ont un impact négatif sur les habiletés de conduite, ils affectent la conduite et augmentent le risque d'accident. Ainsi, l'anxiété provoque une interruption dans l'utilisation des habiletés et fait baisser la performance lors de la conduite comme elle limite l'attention.

Par ailleurs, les comportements psychologiques ont un rôle non négligeable dans l'étude des facteurs et les causes des accidents de la route. Il est important d'effectuer des études qui porteront sur la corrélation entre les comportements psychologiques et la fréquence des accidents de la circulation, tels que des études sur les liens entre les accidents de la route et les troubles de la personnalité comme l'agressivité, l'estime de soi, etc.

Nous souhaitons a travers ce modeste essai, que nous avons porté quelques éléments explicatifs de notre champ d'étude « *anxiété en lien avec les accidents de la route* », et d'ouvrir de nouvelles perceptives sur le plan théorique et pratique pour d'autre recherche ultérieur.

Bibliographie

La liste bibliographique

Ouvrages :

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (DSMVI), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Masson, Paris, 2005.
2. ANGERS M., *initiation pratique à la méthodologie des sciences sociales*, Casbah, Alger, 1994.
3. BERNIER et SIMARD, *Mise à jour des troubles anxieux*, Pharmactuel, vol 4, n° 4, Québec, 2006.
4. BESANÇON G., *manuel de psychologie- anxiété, dépression et psychopathologie du corps*, Donud, Paris, 1993.
5. BOUVARD M. et COTTRAUX J., *protocole et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*, Paris, 3^{ème} éd, Masson, 2002.
6. BRUCHON-SCHWEITZER M, *Psychologie de la santé, Modèles, concepts et méthodes*, Paris, éd Dunod, 2002.
7. CASTEL R, *l'insécurité sociale*, éd. Seuil et république des idées, Paris, 2003
8. CHAHRAOUI et BENONY, *méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique*, Dunod, Paris, 2003.
9. CHEVALIER C, *faire face aux émotions*, Dunod, Paris, 2007.
10. CLEMENT, DARTHONT, *Guide pratique de psychogériatrie*, Masson, Paris, 2006.
11. DEBRAY Q, AZAIS F et RANGER G, *Psychopathologie de l'adulte*, Masson, Paris, 1998.

12. DEL BAYL L, *Initiation aux méthodes des sciences sociales*, Harmattan, France, 2000.
13. DELHOMME et MEYER, *La recherche en psychologie sociale, projet, méthodes et techniques*, Armand colin/VUEF, Paris, 2002.
14. DUMAS J, *l'enfant anxieux ; comprendre la peur de la peur et redonner courage*, De Boeck, 1^{ère} éd, Paris, 2005.
15. EY HENRY, *Etudes psychiatriques*, vol 1, tome 1&2, Crehey, Paris, 2006.
16. FISCHER G.- N. *Traité de la psychologie de la santé*, éd Dunod, Paris, 2002.
17. FREUD S, *Totem et tabou*, 1912 Traduit de l'Allemand avec l'autorisation de l'auteur en 1923 par le Dr S. Jankélévitch, 1951.
18. GAUTHIER B, *la recherche sociale, de la problématique à la collecte des données*, Presse de l'université du Québec, 5^{ème} éd. Canada, 2009.
19. GRAWITZ M, *méthodes des sciences sociales*, Dalloz, 11^{ème} édit, paris, 2001.
20. GRAZIANI P, *anxiété et troubles anxieux*, Nathan, Paris, 2003.
21. HERVE B., CHAHRAOUI K, *L'entretien clinique*, Donud, Paris, 1999.
22. HOESSLER J, *l'alcool, moi et les autres*, Springer, Paris, 2009.
23. MARTY F, *Les grands concepts de la psychologie*, Dunod, Paris, 2008.
24. MOREL A, HERVE F, FONTAINE B, *Soigner les toxicomanes*, 2^{ème} éd, Dunod, Paris, 2003.
25. NORMAN L G. « *les accidents de la route, Epidémiologie et prévention* », OMS, 1962.
26. PALAZZOLO J. *Dépression et anxiété ; mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge*, Masson, paris, 2007

- 27.**SARRON C.-M., LUIS V, *L'entretien en thérapie comportementale et cognitive*, Paris, 2^{ème} éditions Dunod, 2004.
- 28.**SAVARESE E, *Méthodes des sciences sociales*, Ellipses, Paris, 2006.
- 29.**SERVANT Dominique, *gestion du stress et de l'anxiété*, Masson, 3^{ème} édit, 2012.

Articles et sitographies

- 30.**ASSAILLY J P, « alcool, drogue illicite, médicament, sur la route les conduite a risque », revue Toxibase n° 2, éd. Thema, juin 2001.
- 31.**BLONDEL « Guide des soins palliatif à domicile pour le médecin généraliste, à la réunion » , 2005.
- 32.**CAILLARD Jean-François, « les accidents de la route », In: fiches thématiques, association prévention routière, 2006.
- 33.**CESARI Dominique, « la sécurité des véhicules », In Dossier, ADSP n° 41, 2002.
- 34.** CHABAUD F. « les facteurs de risque et les causes des accidents de la circulation, synthèse bibliographique », 2000.
- 35.**CHARBIT Claire, « Les facteurs humains dans les accidents de la circulation, un potentiel important pour des actions de prévention », MAIF Fondation, juin 1997.
- 36.**COSNIER J, « Psychologie des émotions et des sentiments », 2006.
<http://icar.univ-lyon2.fr/membres/jcosnier>.
- 37.**CURRAT et DESPLAND, « Existe-t-il une approche d'inspiration psychanalytique spécifiquement adaptée aux troubles anxieux ? », érudit, vol. 29, n° 1, 2004.
<http://id.erudit.org/iderudit/008822ar>. Consulter le 02/04/2013.
- 38.**FERRANDEZ F, « Etude détaillée d'accidents orientés vers la sécurité primaire », presse ENPC, 1995.

- 39.**FERNANDEZ, PEDINIELLI, « la recherche en psychologie clinique », recherche en soins infirmière, N° 84 – mars 2006.
- 40.**Fiches thématiques, « les accidents de la route », Support pédagogique pour les études de médecine, In Association PREVENTION ROUTIERE, 2006.
- 41.**HARDY P et SERVANT D, échelles d'évaluation de la psychopathologie, séminaire de formation du FUAG Lyon, 1999.
- 42.**LE NAOUR R, « Troubles anxieux : diversité des approches théoriques », l'information psychiatrique, vol. 83, N° 9,2007.
- 43.**OMS, « Journée mondiale de la santé, l'accident de la route n'est pas une fatalité », 2004, In <http://www.who.int/dg/lee/speeches/2004/worldhealthday/fr/>
- 44.**OMS, « rapport mondiale sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation », 2004.
- 45.**OMS, « les jeunes et la sécurité routière », Genève, 2007.
- 46.**RUMARK 1982, « the human factor road safety .Australian Road Reseach Board Conference, Melbourne, Australie». In Conférence Européenne des Ministres des Transports CEMT en matière de sécurité routière, avril 2002.
- 47.** « Stress anxiété » In <http://www.stressanxiete.fr/2/les-causes-de-l-anxiete.html>
- 48.**VILLARET J M, « Les représentations, comportement et attitudes des conducteurs avant un long trajet », cahiers d'études n° 8, Bulletin n° 22, Septembre 1969.

Les thèses

- 49.**BEN AHMED W, *SAFE-NEXT : une approche systématique pour l'extraction de connaissances de données. Application et à l'interprétation de scenarios d'accidents de la route*, École Centrale Paris, 2000.
- 50.**HAZOTTE E, *la transmission intergénérationnelle des angoisses et des troubles du sommeil associés chez l'enfant en période de latence, Approche clinique, projective et comparative*, université NANCY II, 2007.
- 51.**MARIE J, *L'angoisse dans la clinique De FREUD à LACAN, la dimension structurelle et la place de l'angoisse*, université TOULOUSE II, 2011.
- 52.**PULL L, *étude de la prise en charge des troubles anxieux par les médecins généralistes au Luxembourg*, université PIERRE ET MARIE CURIE (Paris VI), 2009.
- 53.**SOW AZIZ A, *étude épidémiologique des accidents de la route, à l'hôpital GABRIEL TOURE, à propos de 773 cas*, université de BAMAKO, 2005.

Les dictionnaires

- 54.**BLOCH, CHEMAMA et all, *le grand dictionnaire de la psychologie*, Larousse, Paris, 1992.
- 55.**DORTIER J F, *Dictionnaire des sciences Humaines*, Auxerre, Editions Sciences Humaines, 2004.
- 56.**GODFRYD M, *vocabulaire psychologique et psychiatrique*, 1^{ère} éd, PUF, Paris, 1993.
- 57.**MERLET P, *le petit Larousse*, compact en couleur, Paris, 2006.
- 58.**SILLAMY N, *le dictionnaire de la psychologie*, Larousse, Paris, 2003.

Annexes

Annexe n° 01

Le guide d'entretien

Axe n° I : les informations personnelles

Nom & Prénom :

Age :

Type de travail :

Accidenté pour fois.

Axe n° II : les informations concernant la vie quotidienne de la personne.

-depuis quand travaillez-vous ? Votre travail est-t-il proche de votre domicile ou pas ?

-votre travail semble-t-il trop chargé ou difficile ? Vous vous déplacez vers ce dernier toujours avec votre véhicule ?

-votre travail recouvre-t-il vos dépenses ?

Axe n° III : les informations concernant le vécu avant l'accident.

-Avez-vous déjà vécu un accident ou c'est votre première fois ?

-J'aimerais que vous me parliez des jours qui précèdent votre accident :

Avez-vous des problèmes financiers, conflits familiaux ou traumatisme (décès d'un proche, divorce, dispute, échec)

-La route pleine de circulation vous rend-elle inquiet, vous fait-elle peur ?

Axe n° IV : les soucis et les inquiétudes de la vie courante.

-la charge et problèmes de votre travail engendrent-ils des perturbations du sommeil et de concentration ?

-quand vous prenez le trajet vers votre travail, vous sentez quelque fois une fatigue ou une peur ?

-stress et peur dominent-ils la veille de votre trajet ?

Axe n° V : vision vers l'avenir et la route.

-Pensez-vous que la route est dangereuse ? Ceci engendre-t-il en vous une peur ?

-Avez-vous confiance en votre conduite ? L'autre vous fait-il peur sur la route ?

Echelle d'anxiété d'Hamilton *

0 : Rien ; 1 : Faible ; 2 : Modérée ; 3 : Forte ; 4 : Très forte.

Etat d'inquiétude 0 1 2 3 4
(Tracas, anticipation du pire, anticipation effrayante, irritabilité).

Tension 0 1 2 3 4
(Impression de tension, fatigabilité, réactions de sursaut, facilité à fondre en larmes, tremblements, impression de ne pas pouvoir tenir en place, impossibilité de se détendre).

Etat dépressif 0 1 2 3 4
(perte d'intérêt, manque de plaisir dans les loisirs, dépression, réveil matinal, agitation diurne).

Conduite pendant l'entrevue 0 1 2 3 4
(Oubli, tremblement des mains, front plissé, visage tendu, soupirs ou respiration courte, pâleur du visage, déglutition, rôtis, sursauts tendineux, mydriase, exophthalmie).

Peurs-Frayeurs 0 1 2 3 4
(de l'obscurité, des étrangers, d'être seul, des animaux, de la circulation (auto), des foules).

Intellect 0 1 2 3 4
(Difficulté de concentration, mémoire défaillante).

Insomnie 0 1 2 3 4
(Difficulté de s'endormir, sommeil intermittent, sommeil non réparateur avec fatigue au réveil, rêves, cauchemars, terreurs nocturnes).

Symptômes autonomes 0 1 2 3 4
(Bouche sèche, érythrose, pâleur, tendance à transpirer, étourdissements, maux de tête pendant les périodes de tension, cheveux qui se dressent).

Symptômes génito-urinaires 0 1 2 3 4
(Fréquence de la miction, urgence de la miction, aménorrhée, ménorragie, frigidité, éjaculation précoce, baisse ou perte de la libido).

Symptômes cardio-vasculaires 0 1 2 3 4
(Tachycardie, palpitations, douleur thoracique, sensation des pulsations artérielles, impression de faiblesse (ou d'évanouissement), arythmie (extra-systole).

Somatique - sensorielle 0 1 2 3 4
(Troubles de la vision (flou), bouffées de chaleur et sueurs froides, impressions de faiblesse (physique), sensations de picotements).

Somatique - musculaire 0 1 2 3 4
(Douleurs musculaires, sursauts musculaires, raideurs musculaires, secousses myocloniques, grincements de dents, voix hésitante (tremblotante), augmentation du tonus musculaire).

Symptômes gastro-intestinaux 0 1 2 3 4
(Difficulté de déglutition, gaz, douleurs abdominales, sensations de brûlure, ballonnement abdominal, nausée, vomissements, borborygmes, relâchement des sphincters, perte de poids, constipation).

Symptômes respiratoires 0 1 2 3 4
(Sensation d'oppression, impression d'étouffement, soupirs, dyspnée).

* HAMILTON M. - 1959 - The assessment of anxiety States by rating -
 Brit.J.Med.Psychology, 32 ; 50 ; 55