

UNIVERSITE A. MIRA - BEJAIA -
FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES



MÉMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue d'obtention d'un diplôme de master

Option : psychologie clinique

Thème :

**Le traumatisme psychique chez les
victimes d'accident de travail**

Réalisé par :

M^r ACHACHE Hamza

M^r HAMOUR Samir

Encadré par :

M^{eme} HADERBACHE Lamia

Année Universitaire 2014-2015

Remerciements

Nous tenons à remercier tout d'abord Dieu tout puissant de nous avoir donné la force et la connaissance pour accomplir en une action qui lui plaît

Dans le cadre de ce mémoire de recherche, nous tenons à remercier notre promotrice, Mme HADERBACHE. L pour ses conseils, ses orientations, sa disponibilité et son accompagnement tout au long de ce travail

Nous tenons à remercier le chef de service de chirurgie générale de l'Etablissement Public Hospitalier d'Azazga ainsi qu'a tout le personnel, en particulier la psychologue YAHIA CHERIF et HADDAD pour la documentation et l'orientation sur le terrain.

Nous remercions aussi tous les sujets qui ont accordé leurs consentements à notre recherche.

Enfin, nous présentons également, notre gratitude a tous nos amis, et membres de la famille qui nous ont soutenus durant l'accomplissement de notre travail.

Dédicaces

Nous dédions ce travail à nos :

Parents

Sœurs et frères

Familles

Amis

Et

Enseignants

Hamza et Samir.

Liste des abréviations

APA	Association Américaine de Psychiatrie
Art	Article
AT	Accident de Travail
BIT	Bureau International du Travail
BTPH	Bâtiment, et Travaux Public et Hydraulique
CNA	Conseil National des Assurances
CNAS	Caisse Nationale des Assurances Sociales des travailleurs Salariés
DSM IV	Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux n° 4
EPH	Etablissement Public Hospitalier
ESPT	Etat de Stress post-traumatique
INPRP	Institut National de Prévention des Risques Professionnels
IRTAD	International Road Traffic Accident Data Base
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economique
OIT	Organisation Internationale du Travail
PTSD	Post-Traumatic Stress Disorder
SAMU	Service d'Aide Médicale d'Urgence
TRAUMAQ	Questionnaire d'Evaluation du Traumatisme

Liste des tableaux

Numéro Du tableau	Titre	Page
Tableau N°1	Critères du diagnostic de PTSD selon le DSM-IV	24
Tableau N°2	Les caractéristiques du groupe de recherche	59
Tableau N°3	Conversion des notes brutes en notes étalonnées par échelle	66
Tableau N°4	Conversion de la note brute totale de la partie en note étalonnée et en niveau d'intensité	67
Tableau N°5	Tableau récapitulatif des résultats du traumaq du Cas A	72
Tableau N°6	Tableau récapitulatif des résultats du traumaq du Cas B	78
Tableau N°7	Tableau récapitulatif des résultats du traumaq du Cas C	83
Tableau N°8	Tableau récapitulatif des résultats du traumaq du Cas D	88
Tableau N°9	Tableau récapitulatif des résultats de la recherche	91
Tableau N°10	Tableau récapitulatif des notes étalonnées du groupe de recherche	92

Liste des figures

Figure N°	Titre	Page
Figure N°1	Figure N°1 Présentation graphique du profil cas A : syndrome psycho traumatique intense	74
Figure N°2	Figure N°2 Présentation graphique du profil cas B : syndrome psycho traumatique moyen	79
Figure N°3	Figure N°3 Présentation graphique du profil cas C : syndrome psycho traumatique moyen	84
Figure N°4	Figure N°4 Présentation graphique du profil cas D : syndrome psycho traumatique léger	89
Figure N°5	Figure N°5 Représentation graphique du profil du groupe de recherche	92

Sommaire

Introduction	1
Problématique et hypothèse	4

Partie théorique

Chapitre I : Le traumatisme psychique

Préambule	11
1-Historique du traumatisme psychique.....	11
2- Définition du traumatisme psychique.....	13
3- Les différents concepts connexes du traumatisme psychique.....	14
4- Événement traumatique.....	15
5- La description clinique du syndrome psycho-traumatique.....	16
6- La classification des troubles liés au traumatisme psychique.....	18
7- Les conséquences du traumatisme psychique.....	20
8- Les approches explicatives du traumatisme psychique.....	21
9- La prise en charge psychologique du traumatisme psychique.....	28
Synthèse du chapitre.....	29

Chapitre II : Les accidents du travail

Préambule.....	31
1- Les accidents du travail en Algérie.....	31
2-définition des concepts d'accident du travail.....	32
3- les types d'accident de travail.....	33
4- Les victimes d'accident du travail.....	34
5- Les éléments constitutifs de l'accident du travail.....	35
6- Les facteurs déterminants des accidents du travail	36
7- la classification des accidents du travail	39
8- Les droits d'accidentés et la protection de la victime.....	41
9- Les effets des accidents du travail.....	41
10- Les modèles qui analysent les accidents du travail	43
11- Accident du travail et conséquences psychologique (traumatisme psychique).....	46

12- Les études antérieures sur les accidents du travail.....	47
13- Les réactions immédiates au moment de l'accident.....	48
14- prise en charge des accidents du travail en Algérie	49
Synthèse du chapitre.....	50

Partie pratique

Chapitre III : méthodologie de la recherche

Préambule	53
1. Définition des concepts et leur opérationnalisation.....	53
2. La démarche de la recherche	56
3. Les techniques utilisées	60
4. Analyse des techniques utilisées	63
5. Le déroulement d'enquête.....	67
6. Difficultés et contraintes de la recherche.....	68
Synthèse du chapitre.....	68

Chapitre IV : Présentation, analyse et discussion des résultats

I. Présentation et analyse des cas	70
1. Cas de monsieur A.....	70
2. Cas de monsieur B.....	75
3. Cas de monsieur C.....	81
4. Cas de monsieur D.....	85
II. Discussion de l'hypothèse	90
Conclusion	94
Bibliographie	97

Annexes

Introduction

Depuis son apparition, l'Homme investit son effort physique et moral afin de satisfaire ses besoins économiques, sociaux et psychologiques, passe plus du tiers de son existence à son poste de travail, ce qui fait que le travail est vital pour les êtres humains, ils y sont soumis à un environnement dont le type, la qualité et l'intensité du travail effectué, de l'outil et des machines utilisés peut provoquer des effets néfastes pour la santé, entre autres la santé mentale ; malgré que les troubles psychiques liés au travail sont en constante augmentation, rares sont les cas reconnus au titre des accidents du travail.

Les accidents du travail suscitent des questions, comme la rencontre avec le réel de la mort et ses séquelles incrustées dans le psychisme survenant chez les victimes d'accident de travail. En effet, cette rencontre génère éventuellement le syndrome psychotraumatique, qui peut être à l'origine d'un ébranlement des trois convictions personnelles de l'individu, à savoir : invulnérabilité, environnement protecteur, autrui secourable. De ce fait, c'est ce qui nous intéresse dans notre recherche qui porte l'intitulé suivant « **Le traumatisme psychique chez les victimes d'accident de travail** », cette étude visé à lever le voile sur les effets psychopathologique des accidents du travail, plus spécifiquement à explorer l'éventuelle présence d'un traumatisme psychique ou pas chez les victimes.

Pour l'individu, l'effet du développement d'un syndrome psychotraumatique suite à un accident de travail est souvent important au quotidien. Ce trouble est en règle générale associé à une grande comorbidité, son évolution fluctuante peut être chronique et enfin, il constitue un facteur de risque de suicidabilité, ce qui a suscité ces dernières années de nombreux travaux de recherches dans les populations générales ou spécifiques.

Notre étude sur le traumatisme psychique nous a mené vers un terrain propice pour effectuer cette recherche au service de chirurgie générale de l'EPH d'Azazga, où nous avons cherché des réponses à nos questions auprès des victimes d'accident de travail, qui suivent divers traitements en raison des blessures physiques engendrées par l'accident. Les sujets de notre groupe de recherche se composent de quatre victimes d'accident de travail, ils ont été choisis, en fonction des critères de sélection précis.

Pour mener à bien cette recherche, nous avons tracé un plan de travail et scindé le mémoire en deux parties, théorique et pratique.

En premier lieu, **une introduction** ainsi que **la problématique** où nous avons proposé une **hypothèse** que nous allons confirmer ou infirmer à la fin de notre recherche.

Introduction

En second lieu, une partie théorique qui se divise en deux chapitres : **Notre premier chapitre est intitulé « le traumatisme psychique »**, il est consacré à la définition du traumatisme psychique selon différentes écoles de psychologie ; psychanalytique, Anglo-Saxonne et Française, et qui débute par un aperçu historique du traumatisme, ainsi que les évènements traumatisme et la description clinique du syndrome psychotraumatique.

Quant au **deuxième chapitre intitulé « les accidents du travail »**, dans lequel nous évoquerons la définition et les types d'accidents du travail, ainsi que les effets et les modèles qui analyse les accidents du travail, illustrant par là l'usage de convergence qui existe entre les accidents du travail et le traumatisme psychique, et nous intégrerons des données sur l'Algérie.

En troisième lieu, la **partie pratique** qui comporte deux chapitres ; **un chapitre intitulé « Méthodologie de la recherche »** qui comprend : les définitions et l'opérationnalisation des concepts, apportant une explication de la méthode clinique utilisée, suivie de lieu et du groupe de recherche, ainsi que les outils de recherche, à savoir l'entretien semi-directif et le questionnaire Traumaq suivi de leur analyses, et ce chapitre nous donne une vision au préalable du travail du terrain et des outils nécessaires à notre recherche.

Pour le **chapitre « Présentation, analyse et discussion des résultats »** il comporte : la présentation et l'analyse des résultats obtenus auprès des cas questionnés lors de la recherche, pour après établir la discussion de ces derniers et nous permettre de confirmer ou d'infirmer notre hypothèse.

En quatrième lieu, nous achevons notre travail de recherche par une **conclusion** suivie de nos **références bibliographiques et des annexes**.

Problématique et hypothèse

Problématique et hypothèses

Au cours de son existence, l'être humain est confronté à des situations qui peuvent menacer momentanément ou durablement son intégrité physique et son équilibre mental. Ces événements diffèrent selon les agents qui les provoquent et peuvent aller de simples situations stressantes ou frustrantes de la vie quotidienne, telles que la promiscuité et le rythme accéléré de la vie moderne, à des situations menaçantes, violentes, destructrices appelées événements traumatiques.

Parmi ces derniers, nous pouvons citer les accidents collectifs ou individuels tels que les accidents du travail, de la circulation ou les accidents aériens, les catastrophes naturelles comme les séismes, les inondations...et c. Ou bien encore les violences humaines à l'image de viols, des agressions physiques, les assassinats... qui vont déclencher un choc violent susceptible de bouleverser fortement et totalement la vie de l'individu.

Par sa violence et sa soudaineté, l'événement traumatique va déborder les défenses du moi, empêchant ainsi le sujet d'y faire face et de réagir d'une manière adéquate afin d'éviter les éventuelles complications de son état de santé physique et mentale.

Pour toutes ces raisons, plusieurs chercheurs se sont penchés sur ce sujet pour définir et cerner la problématique du psychotraumatisme, afin de connaître ce dernier, pour mieux prévenir ses conséquences.

À ce propos, S. Freud dira que « *le traumatisme résulte de l'effraction du pare excitation due à un afflux d'excitations venues de l'extérieur et qui provoquent –au niveau économique– un envahissement et un débordement de l'appareil psychique* » (PH. Mazet, D. Houzel, 1996).

Quant aux psychiatres américains, ils l'ont lié à « *l'expérience d'un sujet qui a vécu un événement ou un ensemble d'événements qui ont été accompagnés de la mort, d'un danger de mort, de blessures graves ou d'une menace envers l'intégrité physique, pour le sujet, lui-même ou envers d'autres personnes. Dans ces situations le sujet ressent une peur intense ainsi qu'un sentiment de détresse ou d'horreur* » (F. Plantaire, 2003).

Cela rejoint l'avis de L. Crocq qui souligne que « *le traumatisme psychique est occasionné par un événement soudain et violent menaçant un sujet qui ne s'y attendait pas et c'est une rencontre tragique avec la mort qui agresse son intégrité physique et mentale* ». (L. Crocq, 2000).

Problématique et hypothèses

Même ces différentes approches ne sont pas unanimes sur une même définition de l'événement traumatique, elles se rejoignent sur certaines de ses caractéristiques, à savoir sa violence et sa soudaineté qui prennent de court la personne, la déstabilisent et mettent en échec ses capacités défensives et adaptatives. Mais en réalité, ces critères ne sont pas à eux seuls suffisants pour dire que tel événement est traumatisant ou pas, puisque d'autres facteurs peuvent entrer en jeu pour favoriser l'apparition du traumatisme. Ces derniers qui englobent l'état constitutionnel du sujet qui subit la situation, son histoire, sa structure, son état physique et psychologique, ainsi que ses croyances, sa culture...etc., peuvent expliquer pourquoi un même événement déclenche un traumatisme chez une personne alors qu'une autre s'en sort indemne. Ces facteurs vont déterminer également les différentes réactions que nous pouvons observer à la suite de l'événement traumatique.

À ce propos, les auteurs ont répertorié d'une manière générale trois types de réactions, à la suite d'un événement traumatisant à savoir les réactions de stress, les réactions différées et celles liées à l'état de stress post-traumatique qui évoluent en trois phases distinctes : premièrement, la phase immédiate qui relève de la réaction de stress et qui généralement ne dure pas plus de quelques dizaines de minutes, à moins que la situation menaçante ne perdure ou ne se renouvelle.

La seconde phase post-immédiate survient quelques heures après l'événement traumatisant et peut durer jusqu'à une semaine ou dix jours et se traduit par le retour plus ou moins rapide à l'état normal. Cependant, nous pouvons observer des décharges émotives différées telles que les agitations, les pleurs..., ou bien des accès neurovégétatifs à l'exemple de pâleur, de tachycardies...etc.

Enfin, la phase chronique qui apparaît quelques jours ou quelques mois après la phase post immédiate et qui se manifeste par l'installation de la névrose traumatique ou le syndrome psychotraumatique qui comprend d'une part, des symptômes dits de répétitions et des symptômes non spécifiques tels que l'anxiété, les symptômes phobiques..., et d'autre part, une altération de la personnalité qui s'avère gênante et invalidante pour le sujet.

Nous avons choisi d'étudier l'une des causes éventuelles du traumatisme psychique, à savoir l'accident de travail, qui est un sujet d'actualité sur l'échelle internationale, qui nécessite la prise de considération de plusieurs spécialistes en différentes disciplines en vue de l'ampleur qu'il prend.

L'accident du travail est un sujet de recherche assez complexe, il peut être considéré comme les plus anciennes préoccupations de la gestion des ressources humaines, « *le taux d'accidents du*

Problématique et hypothèses

travail peut être envisagé à la fois comme perturbation et comme le révélateur d'un mauvais état de système de l'organisation qui le supporte ».

À ce la, l'entreprise représente pour les sociétés contemporaines, une unité de production, mais aussi une cellule sociale, elle emploie des gens qui ont des inspirations à réaliser, donc l'entreprise participe à la réalisation de certains besoins, en plus de ces avantages, elle représente un lieu où l'accident du travail est plus fréquent vu la nature de son activité.

À cet effet, on dira que : « *est considéré comme accident de travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenue par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salarié ou travaillant, à quelque titre et en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chef d'entreprise.* ». (R. Rak, 1999, p.1).

Selon les chiffres publics de l'organisation internationale du travail OIT à l'occasion du son 90^{ème} anniversaire ; si 2,2 millions de femmes et d'hommes dans le monde meurent chaque année d'un accident dans le monde du travail, environ 360.000 meurent d'accidents à proprement parler. (M. Bernard, D. Crozet, 2008, p. 12).

En Algérie l'accident du travail fait partie intégrante des différents événements pouvant survenir en entreprise, elle est présente donc sous plusieurs formes. Des dizaines de milliers de cas d'accidents du travail sont enregistrés chaque année, en effet 50 000 accidents de travail surviennent chaque année, dont 7000 cas sont des accidents jugés graves, ce constat a été établi par CNAS en 2005. Ce chiffre progresse chaque année d'une moyenne de 14 % tous les 04 ans, selon une étude établie par Mm Fatima ABADIA, Médecin conseillère à la CNAS, 80 % des victimes sont de sexe masculin. (F. Abadlia, 2007).

Les déterminants sociaux et environnementaux de la santé au travail recouvrent une variété illimitée de facteurs, une réalité multidimensionnelle à la fois dans les causes de dégradation de la santé et dans leurs conséquences sur le fonctionnement de l'entreprise.

En Algérie , le Code du travail décrit les principes généraux relatifs aux accidents du travail, pour définir les voies et les moyens ayant pour but d'assurer aux travailleurs les meilleures conditions en matière d'hygiène, de sécurité et de médecine du travail, et de désigner les personnes responsables et organismes employeurs chargés de l'exécution des mesures prescrites.(Article 1^{er}, code de travail : n°4.P.189).

Problématique et hypothèses

Malgré ses codes et ses articles, les victimes d'accidents du travail demeure existant de plus en plus, selon L. Crocq(2007), chaque personne a été a un moment ou d'autre de sa vie, victime de ce que l'on appelle couramment un accident ;accident qui a eu sur sa vie ,des conséquences très variables allant de l'épisode rapidement oublié à l'événement qui a laissé des traces importantes .on désigne sous le nom de victime les (personnes qu'ont subi cette violence ,qu'elles l'aient ou non vécue comme un trauma ,on parlera de victimes traumatisées).

On peut aussi définir la victime d'une façon plus explicite et exhaustive : est victime tout personne qui ,du fait de l'action (intentionnelle ou non) d'une autre personne ,ou d'un groupe des personnes qui ,du fait d'un événement non causé par une personne (catastrophe naturelle ou accident sans auteurs) a subi une atteinte à son intégrité physique ou mentale ou à ses droits fondamentaux ou une perte matérielle ,ou tout autre dommage ou préjudice (scolaire ,professionnel ,d'agrément ,moral ,etc...).

On conclut à partir de ce qui a été énoncé ci-dessus que tous les accidents de travail peuvent représenter une violence exercée sur l'individu qui peut provoquer des blessures graves et aussi des blessures psychiques , si on sait que tout blessé physique peut aussi être un blessé psychique, et cet événement traumatique laisse des séquelles considérables qui se manifestent par le tableau clinique des ESPT(DSM IV) ; comme les symptômes pathognomoniques, et que chez certaine victime peut se développer des comorbidités, telle la dépression majeure, le trouble panique, l'anxiété généralisée, et des conduites addictives.

Dans le champ des traumatismes psychiques, l'utilisation d'une approche intégrative permet de mieux répondre aux objectifs de notre sujet de recherche, car elle permet d'intégrer les différentes approches explicatives du psychotrauma, mais aussi de déboucher sur un cadre de réflexion multidisciplinaire qui peut nous faire accéder à une meilleure description et exploration des déterminants de cette pathologie psychique.

Dans cette approche intégrative appliquée au traumatisme psychique, l'outil de recherche, le guide d'entretien à côté du questionnaire d'évaluation du traumatisme « TRAUMAQ », occupe une position stratégique incontournable, puisque leur utilisation nous permet de détecter le degré du traumatisme psychique et savoir à quel point les accidents de travail peuvent engendrer un traumatisme psychique.

Ce qui nous a incités à traiter le phénomène du psychotrauma des accidentés du travail, c'est bien qu'il est sous diagnostiqués dans de nombreux services médicaux et des centres de rééducations

Problématique et hypothèses

fonctionnelles, où le sujet pouvait se trouver réduit à n'être qu'un corps-organisme et instrumentalisé comme objet de soins, d'examens, et parfois de recherches, sans se pencher sur la santé mentale de la victime, ou moment où la psychologie a marqué l'histoire humaine sur un pris exorbitant par ses contributions au sein de la communauté scientifique.

Dans le cadre de notre recherche, on pose la question suivante :

La confrontation physique à un accident de travail engendre-t-elle un traumatisme psychique chez les victimes ?

À fin de répondre à cette question, nous avons formulé l'hypothèse suivante :

Hypothèse

La confrontation physique à un accident de travail engendre un traumatisme psychique.

Partie théorique

Chapitre I

Le traumatisme psychique

Préambule

La blessure, cette lésion à laquelle l'individu se trouve confrontée au cours de son existence, des phénomènes blessants qui soulèvent les interrogations en ce qui concerne sa nature, sa source, mais plus important, son effet de la blessure corporelle à la blessure de l'âme, qui se manifeste par les symptômes du traumatisme psychique.

On a décidé de commencer notre chapitre par un aperçu historique du traumatisme psychique, et après, on passera aux définitions de traumatisme et des concepts connexes, et des événements traumatiques et leurs caractéristiques, puis la description clinique et la classification du syndrome psychotraumatique, suivi des conséquences et des approches explicatives du psychotrauma, ainsi que la prise en charge des traumatisés et on termine avec une synthèse du chapitre.

1. Historique du traumatisme psychique

Le mot « traumatisme » vient des mots grecs anciens *traumatismos*, signifiant action de blesser, et *trauma*, signifiant blessure. Appliqué à la pathologie chirurgicale, il signifie « transmission d'un choc mécanique exercée par un agent physique extérieur sur une partie du corps et y provoquant une blessure ou une contusion ». Transposé à la psychopathologie, il devient traumatisme psychologique ou trauma, soit « la transmission d'un choc psychique exercé par un agent psychologique extérieur sur le psychisme, y provoquant des perturbations psychopathologiques, transitoires ou définitives ».

En psychopathologie, on admet que les excitations attenantes à l'événement traumatisant ont fait effraction au travers des défenses du psychisme. Ainsi par extension, ce terme a été utilisé par les psychiatres, pour désigner les phénomènes psychiques pouvant résulter de la confrontation brutale et soudaine d'un individu à un événement menaçant son intégrité physique et/ou psychique. (L. Crocq, 2007, pp.7-8).

Les troubles psychiques de guerre ont été décrits de longue date et Homère, (1000 avant J.-C.) dans *L'Iliade*, contient déjà certaines manifestations caractéristiques des hommes au combat (effroi, angoisse, sidération). Dans le domaine médical, Hippocrate (400 av. J.-C.) détaillait dans son *Traité des songes*, des rêves traumatiques qui affectaient particulièrement les soldats. Les soldats se voyaient combattre dans ces rêves récurrents. D'autres auteurs tels Hérodote, historien (450 av. J.-C.) qui dans son *Livre VII Polymnie* rapportaient le cas d'un militaire atteint de cécité à la suite d'une réaction d'effroi, en plein combat. « *Lors de la bataille de Marathon, tandis qu'il luttait avec courage, Epizelos vit venir à lui un ennemi de haute taille et armée. Cet homme passa près de lui*

sans le voir et tua son camarade à ses côtés. À cet instant, Epizelos devint aveugle et le resta jusqu'à la fin de ses jours ». (D. Linda, 2012, pp. 6-7).

Lucrèce (55 av. J.-C.) relatait quant à lui dans *De Natura Rerum* certains symptômes qui évoquent le syndrome de répétition (Barrois, 1988) : « *Les hommes dont l'esprit est occupé des grandes et violentes actions qu'ils ont accomplies, répètent et revivent leurs exploits dans leurs rêves, beaucoup affrontent la mort ... Les rois prennent des villes d'assaut ; ils se lancent dans la mêlée, crient comme s'ils étaient égorgés. D'autres se débattent, gémissent et emplissent l'air de leurs clameurs* ». À partir du XVII^e siècle, c'est essentiellement grâce aux médecins militaires que la notion de névrose traumatique s'est développée. Pinel, au début du XVIII^e siècle, lors de la Révolution Française, a observé chez des soldats et des civils, des troubles psychiques consécutifs à des chocs émotionnels. Il les présenta dans sa « nosographie philosophique » (1807) où l'on peut retrouver une description précise d'une névrose traumatique de guerre (Crocq, 1999).

Des médecins militaires tels que Desgenettes, Percy et Larrey tentèrent d'identifier les mécanismes physiologiques de la névrose traumatique. Cela aboutit à des descriptions extrêmement précises des manifestations aiguës présentées par les combattants sur les champs de bataille. Le Syndrome du vent de boulet faisait référence aux états de sidération stuporeuse des soldats déterminés par l'explosion des obus, et la Nostalgie décrivait l'affection de l'âme qui touchait les jeunes recrues enrôlées de force (ibid).

Pour Claude Barrois (1988), il s'agissait de descriptions de formes aiguës de syndromes psychotraumatiques. Par la suite, c'est lors de la découverte de l'inconscient que la recherche sur la névrose traumatique s'est poursuivie. Oppenheim (1888) introduisit le premier l'appellation « Névrose traumatique » à la suite des premiers accidents de chemin de fer. Dans son ouvrage intitulé *Névroses Traumatiques* (1888), il présenta 41 cas de personnes atteintes de symptômes psychiques et nerveux dans les suites d'accidents d'usine et de chemin de fer. Ces rescapés étaient obnubilés par le souvenir de l'accident, ils étaient sujets à des crises d'anxiété réactionnelles à tout ce qui pouvait le rappeler, ils étaient aussi assaillis par des cauchemars de reviviscence et était perturbé au niveau affectif pleurant « face à des spectacles qui les laissaient jadis indifférents ». (Op, cit, pp.7-8).

À la première moitié du XX^e siècle, quelques psychanalystes font avancer la clinique des névroses traumatiques comme Ferenczi, Abraham, Samuel, Kardiner et Fenichel entre 1918 et 1945, plusieurs théories sont alors établies décrivant le tableau sémiologique du Shell Shock (choc de l'obus) et la

névrose de guerre, que les psychanalystes rattachent à des complexes où la signification des symptômes hystériques ont déchiffrée (M. Declercq et F. Lebigot, 2001).

Quant à Freud, ce n'est qu'entre les deux guerres mondiales qu'il s'intéresse à la névrose traumatique où il utilise une métaphore économique qu'il nomme par « l'effraction traumatique » dans son explication de cette dernière, ce qui va le mener à un remaniement de sa théorie (F. Lebigot, 2008).

Dix ans après la guerre du Vietnam, l'école anglo-saxonne reprend la question du traumatisme et remplace la notion de névrose traumatique par une nouvelle entité faite par l'Association Psychiatrique américaine après une précision de la description sémiologique de cette dernière. Ce n'est qu'en 1994 dans la quatrième édition du DSM (Diagnostic and statistical Manuel of mental disorders) qu'un nouveau vocable est attribué à cette pathologie, celui du PTSD (post traumatic stress disorders) .une appellation qui ne fait pas l'unanimité ; en effet, pour de nombreux auteurs tels que Crocq, les notions « psychotraumatisme » et « syndrome psycho traumatique » sont plus adéquates et préciseraient mieux les phénomènes morbides comme conséquence des événements traumatiques (M. Boudarene, 2005).

Quant à l'école française, elle publie en cette décennie 1990 dans de nombreuses revues de psychiatrie française, leurs expériences cliniques et réflexions sur la névrose de guerre ; parmi eux, deux chefs de fil, les professeurs Briole et Lebigot. Les auteurs Européens se démarquent donc du PTSD et favorise le concept psychopathologique du trauma ou offre encore une optique phénoménologique grâce à Barrois qui en 1998, se détourne du schéma économique freudien et considère le trauma comme confrontation impensable avec la mort (M. Declercq et F. Lebigot, 2001).

2. Définition du traumatisme psychique

Laplanche et Pontalis se sont inspirés des définitions de Freud et ont considéré que le traumatisme psychique était un *«événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre de manière adéquate, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique»*. Ils complétèrent cette définition en ajoutant que le traumatisme se caractérise *« par un afflux d'excitations qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité à maintenir et à élaborer psychiquement ces excitations»*. (Laplanche. J. et Pontalis. J-B Pontait, 1996, p. 286.).

Pour François Lebigot, le traumatisme psychique est « *une souffrance venant de l'intérieur de l'appareil psychique dans lequel a pénétré et s'est incrustée une image de néantisation qui est destinée à demeurer là longtemps voire toute la vie du sujet* ». (F. Lebigot, 2001).

3. Les différents concepts connexes du traumatisme psychique

3.1 Névrose traumatique

La névrose traumatique est une entité nosologique qui a été utilisée pendant tout le XXe siècle pour désigner les troubles psychotraumatiques chronicisés installés comme séquelles des chocs émotionnels éprouvés à l'occasion d'accidents, d'agressions, de catastrophes et d'événements de guerre. Caractérisée par l'existence de symptômes pathognomoniques (le syndrome de répétition), qui n'existent que chez elle et signent son diagnostic, et par une altération régressive de la personnalité qui justifiait son classement au rang des névroses (L. Crocq, 2007, p. 36).

A ce sujet, L. Crocq écrit que la "névrose traumatique" de la nosographie classique européenne, coïncide avec "l'état de stress post-traumatique" et que les critères de la névrose traumatique sont d'ailleurs compatibles à ceux du DSM, quoi que répartis en groupements plus pertinents qui rendent compte de l'organisation et de la structure de l'affection. » (L. Crocq, 2000, p.13)

3.2 Stress

Dans le cadre de notre travail, nous retenons la définition du stress donnée par Louis Crocq, qu'il qualifie de « *réaction neurobiologique, physiologique et psychologique, d'alarme et de mobilisation de défense, de l'individu, face à une agression ou une menace, menace pour sa vie, son intégrité physique ou son équilibre psychique* ». (Op, cit, p.6).

3.3 L'effroi

Est l'état du sujet au moment du traumatisme. Il correspond à l'envahissement par le néant ; il ya alors pendant un moment, généralement fugace, mais pas toujours, ni affect ni représentation. Le sujet perçoit un vide complet de sa pensée, ne ressent rien, en particulier ni peur ni angoisse. (Laplanche. J. et Pantalís. J-B pontalis, 1996, p. 128).

3.4 Trauma

Le trauma est une véritable blessure de l'appareil psychique à l'origine du développement de la pathologie. Lorsqu'il ya trauma, c'est l'image réelle de la mort qui vient faire effraction dans le psychisme et s'y incruster, tel « un corps étranger interne ». (O. Lipkin, R. Scurfield, 1985).

4. Evénement traumatique

4.1 Définition de l'événement traumatique

Comme nous l'avons constaté précédemment, le concept de "traumatisme" a toujours été lié à celui de "l'événement traumatique". C'est ce qui pousse certains auteurs à dire « *que tout traumatisme a un point de départ visible appelé "un événement traumatique", sans quoi toute la symptomatologie et la problématique post-traumatique n'aura pas lieu d'être.* » (H, Souki, 2002, p.33).

Mais qu'est-ce qu'un événement et dans quelle mesure peut-il devenir traumatique ? Selon le Dictionnaire Larousse (2003), le mot événement vient du latin « Evenir » qui signifie arriver, ce qui se produit, arrive ou apparaît. Or l'événement, selon H. Souki, peut être qualifié d'heureux, de malheureux, d'inattendu, d'exceptionnel ou de commun. (ibid, p.33).

Donc, il ne concerne pas uniquement les situations négatives de la vie mais touche également aux événements heureux telles que les réussites, les naissances...etc.

Pour ce qui est de la définition de l'événement traumatique, le DSM IV souligne que dans ce cas précis, « *le sujet a fait l'expérience d'un événement ou d'événements qui ont été accompagnés de la mort, d'un danger de mort ou de blessures graves ou encore d'une menace envers l'intégrité physique, pour lui-même ou d'autres personnes où le sujet ressent une peur intense, un sentiment de détresse ou d'horreur* » (L. Crocq, 2000, p.17).

De cette donnée, nous relevons que l'événement traumatique, est tout événements violents, soudains, réside dans la confrontation d'un sujet avec sa propre mort ou celle d'une autre personne, ce qui engendre un fort sentiment de détresse.

Cette nouvelle rédaction renoue avec la définition freudienne du traumatisme comme conjonction d'une menace interne et d'une menace externe où "*les dangers instinctuels et réels, internes et externes convergents*" (Freud 1926).

4.2 Les caractéristiques de l'événement traumatique

D'une manière générale, l'événement traumatique est décrit par la plupart des auteurs comme étant un événement soudain, violent, qui agresse ou menace l'intégrité physique et mentale de l'individu. Cet événement peut être vécu directement par le sujet comme dans le cas des accidents de la circulation, des catastrophes naturelles ou des agressions...etc. Ou bien indirectement lorsque la personne a été témoin d'un accident d'une guerre ou bien encore lorsqu'il s'agit de la découverte de cadavres. Sinon, il peut être un événement qui a été vécu par autrui et rapporté au sujet, comme c'est le cas des accidents ou de blessures graves vécues par un membre de la famille ou par un ami proche, ou bien encore la perte soudaine et brutale d'un être cher...etc.(I. Benharkat, 2005, p.117).

L'événement traumatique peut être aussi un événement unique, soudain et brutal, qui menace le sujet qui ne s'y attendait pas comme dans le cas des agressions et des viols. Ou bien il peut être prolongé et répétitif tels que la torture, les guerres, les sévices...etc. De l'avis des théoriciens, le trauma est un phénomène relatif, dans la mesure où il ne dépend pas uniquement de la nature ou de la brutalité de l'événement, mais qu'il dépend aussi d'autres facteurs prédisposants qui peuvent jouer un rôle important dans l'apparition du syndrome psychotraumatique. (G. Lopez 2002. p16).

5. La description clinique du syndrome psychotraumatique

5.1. La névrose traumatique

Sur le plan clinique, l'installation de la névrose traumatique ou du syndrome psychotraumatique se traduit par deux ordres de manifestations : d'une part, des symptômes de répétition et des symptômes non spécifiques tels que l'anxiété, les symptômes phobiques, l'inhibition... Et d'autre part, une altération de la personnalité qui s'avère gênante et invalidante pour le sujet, par exemple des attitudes, une manière d'être et des comportements de type craintifs, égocentriques et régressifs. (L, Crocq, 1998, p.57).

5.1.1 Le syndrome de répétition

Ce qui fait l'unanimité des auteurs, c'est que la caractéristique principale de la névrose traumatique ou du ESPT est l'apparition du syndrome de répétition que L. Crocq définit comme étant « un ensemble de manifestations de reviviscence par lesquelles le patient revit

avec angoisse l'expérience traumatique initiale. Ces reviviscences se produisent à un rythme variable, soit spontanément, soit en réponse à un stimulus provocateur.» (L. Crocq, 2000, p.13).

C'est ce syndrome qui nous permet de faire la différence entre la névrose traumatique et les autres types de névroses. Du point de vue psychanalytique, O. Fenichel considère que ces manifestations de répétitions sont des essais de décharges différées, c'est-à-dire qu'ils ont un rôle actif de tentative de guérison où il s'agit d'effectuer, trop tard, le geste qui eût été efficace s'il avait été accompli au moment du trauma. (L. Crocq, 1992, p.24).

5.1.2 Les symptômes non spécifiques

Outre le syndrome de répétition, nous retrouvons aussi des symptômes non spécifiques que nous observons dans d'autres affections mentales tels que l'asthénie physique, psychique et sexuelle, l'anxiété, les symptômes de types névrotiques : hystérique (exemple des conversions), phobiques et obsessionnels. Ces symptômes sont généralement liés aux tendances de la personnalité antérieure du patient.

Nous retrouvons également les troubles psychosomatiques tels que l'asthme, l'hypertension, l'ulcère..., chez les sujets qui n'arrivent pas à s'exprimer, ni par le discours ni par la production fantasmatique. Sans oublier la présence de troubles de conduite, exemple des fugues, des tentatives de suicide, des conduites agressives... (L. Crocq, 1997, p.52)

5.1.3 L'altération de la personnalité

Les modifications de la personnalité ont été identifiées pour la première fois par O. Fenichel en 1945 chez des sujets atteints de névrose traumatique qui présentaient un triple blocage de la personnalité : un blocage des fonctions de filtration qui se manifeste par l'incapacité du sujet à différencier les stimuli anodins des stimuli dangereux. Ce qui provoque l'adoption d'un état d'alerte permanent avec tous les troubles qui peuvent l'accompagner, exemple des troubles du sommeil et des conduites d'évitement. (L. Crocq, 2000, p.23).

Puis nous retrouvons le blocage des fonctions de présence qui se traduit par la perte d'intérêt pour les activités antérieurement motivantes, par une impression de distance, de déréalisation du monde et par une impression d'avenir bouché. Enfin, nous avons le blocage des fonctions libidinales qui fait qu'après le traumatisme, le sujet se sent dans l'incapacité de renouer des relations avec autrui et de les aimer car il s'est senti abandonné par les autres lors du traumatisme. (ibid).

La névrose traumatique implique donc une nouvelle restructuration de la personnalité qui, après l'impact du trauma, a adopté un nouveau rapport à l'environnement, une nouvelle manière de penser, de percevoir, de ressentir et un nouveau mode de défense à savoir la répétition, donnant lieu à l'éclosion et à la perpétuation des symptômes. (L. Crocq, 2000, p.14).

6. La classification des troubles liés au traumatisme psychique

Le psychiatre L. Crocq a classé ses séquelles en trois types de troubles, selon l'ordre chronologique de leur apparition, où nous retrouvons, dans un premier temps, les troubles dits immédiats, suivis des troubles post-immédiats appelés également les troubles différés et enfin les troubles chroniques.

6.1. La phase immédiate : les réactions de stress

Concernant la phase immédiate, elles relèvent de la réaction de stress qui est immédiate et éphémère ne dure en général pas plus de quelques minutes ou d'une dizaine de minutes, à moins que la situation menaçante ne perdure ou se renouvelle. Ainsi, à chaque fois que le sujet est confronté à une situation menaçante ou dangereuse, il aura automatiquement des réactions de stress qui disparaîtront avec la disparition de l'événement déclencheur. (H, Souki, 2002. p35).

6.1.1 Le stress adapté

Cette réaction normale ne concerne pas uniquement les situations agressives et menaçantes, mais comme le démontre H. Selye « elle s'étend aux réponses de l'individu et à toute modification significative de l'environnement : il y a des « di-stress », en réponse à des agressions, des nuisances ou des altérations progressives de l'environnement, comme il existe des « eu-stress », en réponse à des nouvelles heureuses ou à des modifications bénéfiques des conditions d'existence telles que les mariages, les héritages...etc. » (Cité par L. Crocq, 2000, p.28).

6.1.2 Le stress dépassé

Quant aux autres, ils vont rester sans réactions, inertes, sidérés, ou bien au contraire, ils vont s'agiter, s'affoler...etc. C'est ce que L. Crocq appelle les réactions de stress dépassé.

Ce type de manifestation apparaît surtout chez les sujets vulnérables ou lors de situations trop violentes ou prolongées et comportent quatre types de réactions :

La réaction de sidération qui peut paraître à travers la stupéfaction intellectuelle, la stupeur affective et l'inhibition motrice qui laissent le sujet immobile devant le danger, dans un état second, incapable d'évaluer ou de raisonner.

La réaction d'agitation qui se traduit par la gesticulation désordonnée, l'incohérence motrice et verbale, qui ne permet pas au sujet de se soustraire à la situation dangereuse.

La fuite panique qui est une impulsive, sauvage, dans le sens où il y a une lutte implacable contre tout ce qui lui fait obstacle. De même qu'elle est inconsidérée puisqu'elle ne soustrait pas le sujet au danger, mais qu'elle peut l'y précipiter.

Enfin, la réaction d'automatisme qui est assez fréquente et fait penser à des comportements adaptatifs. Souvent ces réactions n'ont pas de buts précis mais elles ont une valeur occupationnelle dérivatrice de l'angoisse, d'après L. Crocq. (L. Crocq, 1994, p.16).

La clinique de la période immédiate présente une importance capitale en effet, c'est elle qui va permettre de déterminer si le sujet a vécu l'événement sur le mode du « stress adapté » ou s'il l'a vécu sur le mode traumatique de « stress dépassé ». (L. Crocq, 2007).

6.2. La phase post-immédiate

Celle-ci survient quelques heures après l'événement traumatisant et peut s'étendre de quelques heures à plusieurs années. Cette phase correspond à la période de latence appelée par Charcot le temps de médiation, de contemplation ou de rumination. Elle peut être totalement muette, sans aucun symptôme psychique faisant penser à une bonne évolution, mais où nous pouvons observer des décharges émotives chez certains sujets qui ont eu auparavant une réaction de stress apparemment adaptative. Une fois tout danger écarté, cette décharge émotionnelle va libérer le trop plein de tension accumulée à travers une crise de larmes, une crise d'agitation motrice...etc. qui va soulager la personne sans qu'il y ait de séquelles. C'est ce que L. Crocq appelle la réaction différée. Ou au contraire, elle peut être marquée par l'apparition de symptômes plus inquiétants qui augurent de l'installation d'une névrose traumatique ou d'un syndrome psycho traumatique. (Op, cit, p.13).

6.3 La phase chronique

Après la résolution des réactions de stress, l'évolution du traumatisme peut prendre différents chemins : Soit la personne va reprendre le cours normal de sa vie après un temps qui variera selon les sujets et sans qu'il n'y ait aucun symptôme. Soit nous observerons l'apparition de troubles psychiques post-traumatiques quelques jours ou quelques mois après la phase post-immédiate. (I. Benharkat, 2005, pp.123-124).

Pour revenir aux conséquences du traumatisme, O. Fenichel distingue trois cas de figure selon lesquels va évoluer l'état du sujet : « soit il est sain et reposé, et son pare-excitation sera capable de faire face à l'afflux d'excitations. Ou bien il est sain mais conjoncturellement épuisé, et son "pare-excitation" ne pouvant repousser ni filtrer les agressions, il fera une névrose traumatique pure ; Sinon enfin, il s'agit d'un sujet déjà névrosé et dont toute l'énergie sera toujours accaparée par la tâche de maintenir ses refoulements névrotiques, et là, il développera une névrose traumatique colorée ou compliquée par les symptômes de la névrose antérieure.» (L. Crocq, 2000, p. 223).

De ce fait, nous pouvons expliquer pourquoi certains sujets victimes de la même situation traumatisante vont réagir et évoluer de manières différentes. Il y aura ceux qui s'en sortent indemnes, sans aucune séquelle car ils sont sains et reposés. D'autres au contraire vont souffrir d'une névrose traumatique parce qu'ils souffraient avant même l'événement traumatique, de troubles névrotiques et de ce fait, leur moi n'est pas apte à faire face à cette surcharge d'excitations.

7. Les conséquences du traumatisme psychique

Après avoir défini les concepts de traumatisme et de l'événement traumatique, nous allons voir maintenant quelles sont leurs conséquences sur la vie de l'individu et plus précisément sur l'état psychologique et comportementale des victimes, tout en sachant que la plupart des auteurs, qu'ils soient contemporains ou classiques, sont d'accord sur le fait que ces événements ne passent pas sans laisser de séquelles, minimes ou graves sur les individus qui les ont subi.

Lorsqu'une personne souffre d'un syndrome psychotraumatique, il peut éventuellement développer une forme chronique de traumatisme psychique, et cette pathologie potentiellement peut associer à différentes comorbidités, tels que le trouble panique et l'anxiété généralisé et d'autres

troubles anxieux, et s'est du à la persistance de certains symptômes du psychotrauma, comme les symptômes neurovégétatifs et le syndrome pathognomonique dont le sujet peut souffrir.

À cela s'ajoute les troubles du sommeil et les troubles de l'humeur, et l'épisode dépressif majeur qui est le porteur d'un haut risque de suicide, et aussi les troubles addictifs ou le sujet entreprend ses conduites addictives, pour s'auto-médicaliser ou pour atténuer ses souffrances, tout ses jonctions peut en découler des conséquences importantes sur la qualité de vie du patient (comportement d'évitement, hyperexcitabilité entravant la vie sociale et/ou professionnelle du sujet).

8. Les approches explicatives du traumatisme psychique

8.1. Approche psychanalytique

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

8.1.1 Sigmund Freud (1856-1939)

Freud quant à lui, a conféré au traumatisme psychique un rôle déterminant dans l'étiologie de l'hystérie. Ainsi, il développa tout d'abord en 1892 dans les *Etudes sur l'Hystérie* (1895), une théorie dite pan-traumatique (cité par Barrois, 1988), où névrose hystérique et névrose traumatique étaient toutes deux déclenchées par un même mécanisme, et au point de vue de la psychopathologie se confondaient : « *Dans la névrose traumatique, la maladie n'est pas vraiment déterminée par une passagère blessure du corps, mais bien par une émotion : la frayeur, par un traumatisme psychique* » (Freud, 1895).

Freud reprécisa dans l'ouvrage « *Inhibition, Symptômes et Angoisse* » (1926), que les névroses traumatiques de guerres ont avec les névroses actuelles des caractères communs. Freud dans « *L'homme Moïse et la Religion monothéiste* », distingua alors deux types de traumatismes : les traumatismes positifs, qui permettraient par à coup, la répétition « *contrainte de répétition* » et la remémoration « *fixation au traumatisme* »; et les traumatismes négatifs, qui ne pourraient être remémorés ou répétés, et qui seraient à l'origine « *d'inhibition* » « *d'évitement* » ou de « *phobies* ». (Freud, 1939).

Il compléta sa théorie de deux nouvelles notions, les blessures narcissiques et le caractère perceptif des événements traumatiques. « *Les traumatismes sont soit des expériences touchant le*

corps même du sujet, soit des perceptions sensorielles, affectant le plus souvent l'ouïe, il s'agit donc d'expériences ou d'impressions ». (Freud, 1939).

Enfin, Freud à la fin de sa vie, est revenu sur la question de la névrose traumatique, en laissant ouverte la question de leur spécificité. (Freud, 1940).

8.1.2 Sandor Ferenczi (1873-1933)

La contribution de Ferenczi à la notion de trauma s'est établie par rapport à la névrose traumatique, en tant que médecin militaire pendant la guerre 14-18, et par rapport à la notion de traumatisme psychique, dans ses derniers textes. Ferenczi fut mobilisé pendant la guerre en tant que médecin-chef de service de neurologie dans un hôpital militaire. Il fut amené à traiter un grand nombre de cas de soldats névrosés de guerre. La théorie de Ferenczi, pour laquelle il fut en total désaccord avec Freud prôna l'importance de l'origine sexuelle du traumatisme. Le traumatisme résulterait donc, selon lui, d'une absence de réponse de l'objet ou d'une réponse inappropriée visant à satisfaire les besoins de l'adulte, face à une situation de détresse ressentie par l'enfant. C'est de façon posthume en 1933, qu'a été publié le texte *Réflexions sur le traumatisme*(1931) où il détailla les caractéristiques de la commotion psychique définie par :

- l'anéantissement du sentiment de soi,
- la perte du sentiment de son enveloppe, de sa forme,
- l'absence de préparation,
- la précession du sentiment d'être sur de soi,
- l'irreprésentabilité de l'événement,
- la survenue immédiate de l'angoisse qui se transforme en peur folie,
- l'incompréhension de l'entourage. (D. Linda, 2012, p.15).

Le développement des études sur les traumatismes psychiques au cours du XX^e du début du XXI^e siècle fait faire un retour aux travaux de Ferenczi concernant la réalité extérieure, et amène la plupart des spécialistes qui s'inscrivent dans une perspective où la subjectivité, la place du sujet sont importante à revenir à cette vieille, et non moins actuelle, controverse entre ce qui est de l'ordre de l'endogène et ce qui réfère à l'exogène dans l'apparition des troubles psychotraumatique. (C. Bouatta, 2007, p. 43).

8.1.3 Otto Fénichel (1897-1946)

Otto Fénichel publia “ *The Psychoanalytic Theory of Neurosis* ” où il fit une place importante au trauma et à la névrose traumatique. Le modèle du trauma qu’il décrivit, essentiellement économique, est issu des conceptions freudiennes. Quant aux névroses traumatiques, elles appartiendraient selon Fénichel aux psychonévroses. Selon Fénichel, l’appareil psychique devrait être en mesure de rétablir l’équilibre psychique si celui-ci a été perturbé par un élément extérieur. S’il y a échec ou impossibilité à rétablir l’équilibre, il y avait alors constitution d’un état de danger déterminé par une tension trop élevée. Cela pourrait survenir notamment lorsque l’intensité de l’événement est trop importante, ou bien si l’économie psychique de l’individu est trop faible ou altérée. (O. Fénichel, 1945).

Fénichel décrivit ainsi les symptômes des névroses traumatiques :

- le blocage ou l’affaiblissement des diverses fonctions du Moi,
- les crises émotives incoercibles,
- les insomnies, avec des perturbations graves du sommeil et des rêves où sont revécus le traumatisme,
- la répétition mentale,
- et enfin, des complications névrotiques secondaires. (O. Fénichel, 1997, pp. 184-185).

8.2. Approche anglo-saxonne

L’école anglo-saxonne est représentée par les membres de l’A.P.A (Association Américaine de Psychiatrie).ses représentants déclarent que leurs propositions sont consensuelles dans la mesure où, disent-ils, ils ne réfèrent à aucune théorie, ils se contentent d’une approche descriptive qui s’en tient à l’observation de troubles et en leur regroupement sous forme d’entités psychopathologiques. (C. Bouatta, 2007, p.44).

On peut remarquer que le terme névrose est complètement évacué de la terminologie utilisée par les rédacteurs des DSM, car, elle serait trop chargée en référents psychanalytiques. L’ambition de cette approche est d’entraîner le consensus au sein d’une profession qui, pour appréhender, la maladie mentale, puis dans des théories divergentes et parfois contradictoires. (ibid).

Pour cette approche, le traumatisme psychique est abordé en termes de PTSD (Post Traumatic Stress Disorder). Ce la se résume en une série de symptômes regroupés en syndrome que le praticien doit rechercher chez son patient pour conclure que ce dernier présente des troubles psychotraumatiques. (C. Bouatta, 2007, p.44).

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM-IV, nous propose trois types de conséquences : l'état de stress aigu, l'état de stress différé et l'état de stress post-traumatique. Si les perturbations liées à l'événement traumatique durent moins d'un mois, nous pouvons établir le diagnostic de l'état de stress aigu, qui correspond à la phase immédiate proposée par L. Crocq. Et lorsque ces perturbations durent plus d'un mois, nous nous retrouvons dans l'état de stress différé qui correspond à la phase post-immédiate. En ce qui concerne l'état de stress post-traumatique le DSM IV (F. Plantaire. 2003.) propose six critères qui permettent de poser son diagnostic et qui sont les suivants :

Etat de stress post-traumatique : Le DSM

Critères diagnostiques du F43.1 1309.811 Trouble Etat de Stress post-traumatique

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

(1) le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des éléments durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de graves blessures ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.

(2) la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. **N.-B.** : Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

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

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

(2) rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse. **N.-B.** : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

(3) impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions (les hallucinations, et des épisodes dissociatifs) (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication).

N.-B. : Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir.

(4) sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblants, à un aspect de l'événement traumatique en cause

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

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

(1) efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associées au traumatisme.

(2) efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme.

(3) incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme.

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

(5) sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.

(6) restriction des affects (p. ex., incapacité à éprouver des sentiments tendres)

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

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

(1) difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu. !

(2) irritabilité ou accès de colère.

(3) difficultés de concentration.

(4) hyper vigilance.

(5) réaction de sursaut exagéré.

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

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

Tableau n°1 : Critères du diagnostic de PTSD selon le DSM-IV. (DSM, 2000, pp.503-504)

Les caractéristiques suivantes peuvent être utilisées pour spécifier le début et la durée des symptômes de l'état post traumatique :

Aigu. Cette désignation doit être utilisée quand les symptômes persistent moins de trois mois

Chronique. Cette désignation doit être utilisée quand les symptômes persistent trois mois ou plus.

Avec survenue différée : cette qualification indique qu'au moins trois mois se sont écoulés entre l'événement traumatique et le début des symptômes. (C. Bouatta, 2007, p.46).

8.3 Approche phénoménologique

Les considérations sur la confrontation avec le réel de la mort renvoient en fait à une approche phénoménologique du trauma (Crocq, 1999).

Au regard de la phénoménologie, la pathologie de l'effroi se démarque de la pathologie de l'angoisse, laquelle se déroule dans la seule histoire intérieure de vie. L'effroi implique un objet extérieur au dasein, relevant d'un être-au-monde plus vaste, et renvoie toujours à la scène traumatique, qui se situe à la frontière du dehors et du dedans, et hors de la continuité du temps, ne promettant rien d'autre que l'anéantissement immédiat. (L. Crocq, 2007, p.11)

Avec Barrois (1988), nous pouvons dire que l'accident traumatisant est « moment propulsif » dans sa temporalité, « épiphanie » dans son apparition subite, « apocalypse » dans sa révélation du néant, et « prophétie » dans sa proclamation de la mort comme vérité ultime. Sur le plan du vécu clinique, l'expérience traumatique est un bouleversement de l'être, qui laissera une impression de changement radical de la personnalité, une altération profonde de la temporalité (puisque le temps s'est arrêté au moment figé sur la terreur ou l'horreur, sans possibilité de vivre le présent fugace, ni d'envisager un avenir différent, ni même de reconsidérer le passé différemment à chaque instant), et une perte de la possibilité d'attribuer un sens aux choses. (ibid)

Plus qu'une perte de sens, le trauma serait d'ailleurs une expérience de non-sens, ce passage où l'on quitte l'univers des choses qui peuvent être désignées et représentées, pour entrer dans le monde

du néant, ce néant dont nous sommes issus, dont nous avons tous la certitude sans en avoir la connaissance, et que nous avons tenté vainement d'exorciser à chacune de nos paroles, où comme le disait Merleau-Ponty en 1961 dans son cours au Collège de France – nous affirmions désespérément notre être comme « *quelque chose... et non pas rien* ». (L. Crocq, 2007, p.11).

8.3.1 Claude Barrois (1988)

Selon Barrois, les névroses traumatiques sont la résultante non pas d'un événement, mais d'un « accident vécu comme brutal et soudain », une « catastrophe intime, singulière » qui conduit l'homme dans le tragique. Le facteur traumatisant apparaît comme un « dévoilement, une révélation » pour le sujet. La scène traumatisante contient une donnée constante, qui est la rencontre de la personne avec le réel de la mort, mais elle présente aussi « quelque chose de l'apparition ». Le sujet entend alors « l'oracle de son destin » et connaît l'effroi, « *la mort de soi comme vérité ultime* ». « *L'affect d'effroi, avec l'attaque et le dévoilement, la révélation, sont l'annonce faite au sujet qu'il n'est finalement rien* » (Barrois, 1988).

L'accident, loin d'être oublié, sera à l'origine du syndrome de répétition. « *Il constitue par excellence l'éternel revenant dans le syndrome de répétition* ». Les symptômes de la névrose traumatique tenteront d'arrêter ce processus mortifère ou de graver la scène traumatisante. (ibid).

8.3.2 Louis Crocq (1965-2007)

Louis Crocq dès 1965 prône une vision phénoménologique du trauma, reposant sur trois éléments : « l'aliénation traumatique », « le bouleversement de la temporalité », et « le non sens impliqué par le trauma ». Il envisage la névrose traumatique non pas comme la conséquence de certains processus, mais comme « *une construction factice du monde, dans un bouleversement de la temporalité, marquée du sceau de l'omniprésence du trauma horrifiant* ». La névrose traumatique se caractérise par l'aliénation traumatique ou encore le changement de personnalité « *un être nouveau est en eux, un être en qui ils ne se reconnaissent pas* ». (L. Crocq. 1999).

Elle apparaît dans ce sens, selon Crocq comme l'« expression inauthentique d'une personnalité bouleversée dont la mémoire est parcellaire et mal informée ». Ceci explique les vécus de dépersonnalisation que peuvent exprimer les personnes. Cette expérience « infiltre le présent », « obstrue l'avenir », « réorganise le passé qui s'est arrêté à l'expérience du trauma », elle est ainsi à l'origine d'un bouleversement de la temporalité, « *chez le traumatisé, l'écoulement harmonieux du temps s'est arrêté* ». Crocq réinterroge la question du « *sens et du non sens* » du trauma. Pour lui, il

s'agit d'une expérience de non sens avec un ébranlement des trois convictions narcissiques du sujet « *invulnérabilité ; environnement protecteur ; autrui secourable* ». (D. Linda, 2012, p18).

8.3.3 François Lebigot (2001)

Pour François Lebigot, la clinique du traumatisme est une clinique d' « une rencontre non manquée avec le réel de la mort ». Selon lui, nous vivons comme si nous étions immortels, et lors de l'effraction traumatique, il n'y a rien pour recevoir l'image de la mort « la mort ne figure pas dans l'inconscient, et d'ailleurs, par quoi pourrait être représenté le néant? ». Cette effraction traumatique génère l'expérience d'effroi qui est capitale. Lebigot décrit l'effroi comme « ces soldats qui n'ont pas eu le temps d'avoir peur ». L'effroi serait une expérience d'absence de mot, d'émotion et de support pour la pensée. À l'effraction traumatique peut être ajoutée une effraction de perceptions des organes des sens. L'instant traumatique est caractérisé par sa soudaineté et sa brièveté. Lebigot souligne certaines exceptions, notamment les agressions sexuelles. L'image traumatique de mort s'inscrit dans le psychisme de l'individu et celle-ci « réapparaîtra telle qu'elle est au temps présent ». Cette image de mort générera angoisse et dépression. Par la suite se produit une « transformation » du sujet (sentiment d'abandon, troubles du caractère). Enfin, la culpabilité apparaît omniprésente, renforcée par le syndrome de répétition « le traumatisme équivaut à une plongée dans l'originaire, c'est-à-dire à une transgression ... chaque réapparition de la scène sera connotée de culpabilité ». (F. Lebigot, 2001).

9. La prise en charge psychologique du traumatisme psychique

9.1. Les soins immédiats

Les soins immédiats ou ce que les spécialistes appellent le débriefing précoce ou bien le defusing ou ce que M. Vitry traduit par le déchoquage psychologique, se pratique sur le terrain même de l'événement pendant les premières heures. Ces actes sont assurés par des infirmiers, des psychologues et des psychiatres. (M. Vitry, 2000, p.322).

9.2. Les soins post-immédiats

9.2.1 Le débriefing individuel

Cette technique a été développée par Turnbull en 1995, qui démarque d'une séance où le sujet, doit prendre le temps nécessaire pour parler de l'événement traumatique qui va être et doit être au centre de l'entretien, il doit être revu minutieusement, au niveau des faits, des

émotions, des pensées...etc. Le débriefing individuel est indiqué juste après l'événement traumatique ou bien au moment où apparaît le syndrome de répétition, ou encore dans le cas où la névrose traumatique prend tout d'un coup un cours dramatique, après quelques années d'évolution. (F. Lebigot, 1998, p.340).

9.3. Le suivi psychologique

Certaines personnes ont besoin de psychothérapie, tels que les thérapies analytiques et cognitives, pour les aider à sortir d'un syndrome post-traumatique.

9.3.1 Les thérapies analytiques

La thérapie analytique est un travail psychique du réel, de l'événement, du traumatisme vécu ici et maintenant, et où l'intervention du psychothérapeute tente de parer au refoulement, à la fixation des événements violents et traumatisants actuels, et non seulement le patient doit "liquider" son expérience traumatique dans une parole cathartique, mais encore trouver un sens personnel à cette expérience. (E. Simonet, B, Daunizeau, 2002, pp.56-64).

9.3.2 La thérapie cognitive

Parmi les méthodes récentes qui permettent la prise en charge des sujets victimes d'un traumatisme, nous retrouvons les thérapies cognitives qui consistent à associer à la fois des méthodes de modification des pensées et des émotions, à des prescriptions d'affrontement direct des situations. (A. Sabouraud Séguin, 2002, p.106).

Synthèse du premier chapitre

On guise de conclusion au travail de ce chapitre, on s'est intéressé aux traumatismes psychiques sous ses divers aspects, et une description plus fine des modèles explicatifs du psychotrauma nous a permis une meilleure compréhension et interprétation fiable de la clinique du traumatisme, a fin de conduire le lecteur à appréhender le syndrome psychotraumatique de façon claire et intégrative. Par ailleurs, il reste toujours l'un des sujets les plus complexes qui nécessitent l'intervention interdisciplinaire pour une meilleure prise en charge.

Ainsi, le traumatisme psychique peut être déclenché par un événement traumatique et parmi, eux, nous avons choisi, les accidents du travail, qui peuvent représenter l'une des causes majeures de l'apparition de la pathologie traumatique, nous allons nous intéresser dans ce qui va suivre, aux accidents du travail et leur perspective théorique.

Chapitre II

Les accidents du travail

Préambule

Les accidents du travail constituent, partout dans le monde, un fléau social de grande ampleur qui ne cesse d'accroître, si ce que confirme la dimension statistique. L'accident du travail est le résultat d'une combinaison complexe de facteurs divers et difficiles à pondérer que l'on ramène trop sommairement à un triptyque nature du travail et type de lieu et Activité physique.

Ce chapitre est consacré à la définition des concepts théoriques liés aux accidents du travail (AT), et qui traite les types, les victimes et les éléments constitutifs de l'accident de travail, et après, on passera aux facteurs ainsi que la classification, les droits et les effets des AT, suivi des modèles qui analysent les AT, et puis nous entamant accident du travail et conséquences psychologique, qui s'accompagne des études antérieures et la prise en charge des AT, et qui s'achève par une synthèse.

1. Les accidents du travail en Algérie

Le nombre total des accidents de travail en Algérie, est en net recul par rapport aux années précédentes. Toutefois, il demeure dans de nombreux secteurs d'activité, à l'exemple de celui interprofessionnel, qui est exposé avec 25% des accidents du travail enregistrés, ainsi que BTPH (bâtiment, et travaux public et hydraulique) que le pourvoyeur du plus grand nombre d'accident du travail en Algérie, a indiqué l'institut national de prévention des risques professionnels (INPRP) avril 2009. Le BTPH est talonné par la métallurgie avec 12 % d'accidents et 23% de maladies professionnelles, suivie par le secteur de transport. (INRP, INSTITUT, Alger, 2009).

Des chiffres appuyés par les statistiques de conseil national des assurances (CNA) en 2009, qui confirme que la plupart des décès liés aux accidents du travail, sont enregistrés dans le secteur du bâtiments, du transport et la manutention avec 82,66% de total des décès, avec une moyenne estimée entre 750 et 800 décès annuellement. Concernant le nombre des accidents du travail, et estimé à plus de 50.000 accidents par ans dans plusieurs secteurs d'activités, le secteur interprofessionnel a enregistré lui seul plus de 17.000 cas /an ; suivie par la métallurgie 6.000 cas et le bâtiment avec 4.000 cas. (CNA, Alger, 2009).

Le ministre du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale, Tayeb Louh, s'exprimant au cours de la cérémonie commémorative de la journée mondiale sur la sécurité et la santé au travail, il a précisé que le nombre d'accidents du travail enregistré entre 2010 et 2011 avait légèrement progressé de 0,48%, alors que les décès liés aux accidents ont reculé de 10,1% entre 2009 et 2012. (k. Haider, 2013).

Le responsable de service prévention à la CNAS de Bejaia Mahimdad Mustapha a signalé en ce qui concerne le bilan de 2013, que plus de 4 000 accidents de travail, tous genres confondus, ont été enregistrés par la CNAS à travers les différentes entreprises de la wilaya. (B. Slimani, 2014).

Après tout ce que nous avons exposé, on a choisi dans cette recherche de porter notre attention sur les victimes d'accidents de travail au sein du secteur de BTPH.

2. définition des concepts d'accident du travail

2.1. Accident du travail « *Est considéré comme accident du travail quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail, à toute personne salariés ou travaillant à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise* ». (H. Isabelle, 2006, p. 278).

L'accident du travail constitue une situation de « rupture », un événement brutal qui remet tout en cause ou, pour le moins change radicalement la situation de l'employeur et du salarié. (M. Jorge, 2002, p.13).

2.2. Le fait accident

C'est l'évènement soudain et extérieur indépendant de la volonté de la victime. La cause soudaine est la survenance brusque et soudaine d'une lésion ou d'une maladie qui doit avoir une date et une origine certaine. L'évènement extérieur peut être provoqué par n'importe quelle cause, à la seule condition qu'au moment de la survenance de l'accident, la victime se trouvait effectivement sous la dépendance de son employeur. Exemple: une fuite de gaz provoque une irritation oculaire. (R. Rak, 1999, p.4).

2.3. La lésion corporelle

C'est le préjudice corporel causé par le fait accidentel, quelle que soit sa gravité, il peut s'agir d'une lésion ou d'une affectation, apparente ou non apparente, interne ou externe, profonde ou superficielle, entraînant une incapacité temporaire ou permanente, la mort. Exemple : entorse, fracture, inflammation, luxation, morsure, brûlure; plaie amputation, déchirure musculaire, choc psychologique, L'évènement soudain subi par l'assuré doit avoir de conséquences sur l'organisme de la victime. (C. Durand, 1978, p. 92).

Un accident de travail est donc associé à un événement soudain qui a conduit à une lésion corporelle dans le cadre professionnel.

3. les types d'accident de travail

Les accidents du travail, sont les manifestations des risques en milieu de travail : les nuisances rencontrées dans les entreprises en sont à l'origine. En fonction de la gravité, des lésions nous distinguons, cinq types d'accidents de travail, correspondant chacun à des modes de réparation spécifique.

3.1 L'accident de trajet

Il est considéré comme accident de travail, lorsque la victime ou ses ayants droit apportent la preuve que l'ensemble des conditions ci- après remplis, ou lorsque l'enquête permet à la caisse de disposer sur ce point de présomption suffisantes, l'accident survenu à un travailleur pendant le trajet aller ou de retour entre, sa résidence principale, une résidence secondaire ou tout autre lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordres familiaux, ou d'aller vers un restaurant, ou le travailleur prend habituellement son repas. Dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou déterminé pour un motif indépendant dicté par l'intérêt personnel et étranger, qui relève essentiellement de la vie courante ou indépendante de l'employeur. (B. Michel, 2004, p.9).

Donc L'accident de trajet est un accident survenu, pendant le trajet d'aller et retour entre le lieu de travail et le lieu de missions.

3.2 Les accidents du travail mortel immédiat ou différé

Suite à des complications issues d'accidents. Dans ce cas, ce sont les ayants droit qui reçoivent les rentes viagères, suivant des règles précises définies par des textes réglementaires. C'est l'employeur de la victime, qui doit déclarer l'accident présumé d'origine professionnelle, à charge de vérifier ultérieurement sa recevabilité comme accident de travail. (N. Morgossian, 2003, p.3).

3.3 Les accidents de travail sans arrêt de travail

Qui sont généralement bénins, et qui peuvent être pris en charge sur place, à l'infirmerie de l'entreprise, de préférence et qui ne nécessitent que quelques heures de repos ou de soins, ces accidents ne sont pas à déclarer obligatoirement, mais doivent être consignés sur des registres spéciaux. Il s'agit de petites blessures (coupures, égratignures, chocs et traumatismes bénins), de très légères

intoxications et de petites protections de production agressives sur la peau occasionnant des brûlures très superficielles. (N. Morgossian, 2003, p.3).

3.4 Les accidents du travail avec arrêt de travail

De quelque jour, à plusieurs mois, il s'agit d'incapacités temporaires indemnisées en fonction de la durée de l'arrêt du travail, ce sont des accidents plus graves, nécessitant des soins médicaux ou hospitaliers prolongés et intensifs ainsi qu'un repos de plusieurs jours au moins. Une fracture des os, une entorse, des brûlures, importantes, mais qui pouvant être soignées sans laisser de séquelles permanentes, sont considérées comme des incapacités temporaires et réparées comme telles. (ibid).

3.5 Les accidents du travail avec incapacité permanente

Correspondant, à des lésions définitives et des séquelles susceptibles de réduire, la capacité de travail, en fonction de la gravité des dommages corporels, il existe plusieurs taux d'incapacité permanente, se traduise par des indemnisations (rentes) suivant un barème défini par des textes réglementaires (un doigt coupé, une jambe déformée, un poumon partiellement abimé) font l'objet d'indemnisation dont les montants sont variables. (ibid).

3.6 De l'accomplissement d'un acte de déroulement dans un intérêt public au de sauvetage d'une personne en danger

Un passant qui répond aux cris de secours au cours d'un incendie est atteint de graves brûlures en intervenant pour sauver des vies humaines, ces derniers bénéficient d'une réparation au titre de l'assurance accident du travail même s'il n'a pas la qualité d'assurance social. (Procédure de travail relative aux formalités de déclaration des accidents du travail N° 11DPR (AS AT) du 3 Aout 2008, p.5)

4. Les victimes d'accident du travail

Les victimes sont classées habituellement selon la gravité de leur blessure. Les termes les plus communément utilisés dans les statistiques des accidents du travail sont : tuées, blessés graves et blessés légers. Les définitions nationales de ces termes sont divergentes d'un pays à l'autre. Les pays de l'Europe se basent sur les définitions de la banque données d'accident de la route IRTAD (International Road Traffic Accident Data base) de l'OCDE (Organisation de Coopération et de développement économique). La victime « hospitalisé » a aussi été introduite dans la banque IRTAD

pour couvrir les victimes d'accident admises pour soins à l'hôpital, exclusion faite des tuées (B. Laumon, 2000, p.86).

Les victimes peuvent être classées en deux catégories :

4.1 -Les personnes tuées : Selon la conviction de Vienne, la définition d'une personne tuée est « toute personne qui été tuée au moment de l'accident ou qui est morte dans les 30 jours qui ont suivi cet accident ». « Certains pays comme la France considèrent comme tué sur la place ou mort dans les 6 jours qui suivent l'accident ». (Ibid, p.87).

4.2 -Les personnes blessées : Une personne blessée est définie comme toute personne qui n'a pas été tuée, mais qui a subi une ou plusieurs blessures graves ou légères résultant de l'accident (M. Haddak, 2005, p.14).

À travers ce qu'on a exposé, on peut dire que l'exercice de l'activité professionnelle expose à des risques d'accident de travail, qui ne manque pas de dangerosité physique et somatique, d'une part, et des pathologies psychiques telles le traumatisme psychique, due à un terrain pathogène d'autre part, c'est à dire qui se manifeste par ses risque accidentel, dans le premier cas, la relation de cause à effet peut être établie de manière tangible selon une corrélation directement somatique, «objectivée » et répertoriée administrativement ce qui est rassurant pour le fonctionnaire du système de santé publique. Dans le second, la subjectivité ou l'ambiguïté du diagnostic domine à travers une combinaison de facteurs qui ne peut se permettre d'exclure la dimension psychologique.

5. Les éléments constitutifs de l'accident du travail

Généralement dans l'ensemble des activités sociales, la formation est alors, un premier niveau en décrivant les circonstances ambiantes juste avant l'accident. Les variables "poste de travail", le temps du travail », "lieu de travail", "type de travail" et "activité physique spécifique" permettent de décrire les circonstances dans lesquelles s'est produit l'accident :

5.1 Poste de travail

Le concept de poste de travail "habituel", s'entend au sens restrictif du terme : poste de travail fixe dans un atelier, magasin, bureau et, plus généralement, "unité locale" habituelle de travail (locaux de l'unité locale de l'employeur).

À l'opposé, le concept de "occasionnel" s'utilise au sens large et couvre à la fois les emplois pour lesquels le poste de travail est "mobile" et les situations véritablement occasionnelles pour les personnes travaillant habituellement sur un poste de travail fixe ainsi que les affectations temporaires. (N. Morgossian, 2003, p.3).

5.2 Le temps du travail

C'est le temps, pendant lequel le salarié est à la disposition de l'employeur, et doit se conformer à ses directives, sans pouvoir évoquer librement à des occupations personnelles. (B. Michel, 2004, p.69).

5.3 Type de lieu

Il s'agit de l'environnement général, lieu ou local de travail où s'est produit l'accident. Il décrit l'environnement géographique où se trouvait la victime, qui y travaillait, ne faisait que passer ou bien, qui y était simplement présente (dans le cadre de son travail) au moment de l'accident. C'est le lieu géographique, ou l'entreprise se trouve, mais aussi le lieu où s'exerce le travail subordonné, «*C'est les locaux de l'entreprise dans le quels l'accident survient* ». (ibid).

5.4 Type de travail

Il s'agit de l'activité générale, de la tâche de la victime au moment de l'accident. Ce n'est pas la profession de la victime, ni à l'inverse son activité physique spécifique précise à l'instant même de l'accident. Ceci concerne une description du type de travail, au sens large, c'est à dire la tâche que la victime effectuait sur une certaine période de temps jusqu'à l'instant de l'accident. (ibid).

6. Les facteurs déterminants des accidents du travail

Les accidents du travail en Algérie, empruntent leur origine à plusieurs facteurs humains, organisationnels et techniques.

6.1 Les facteurs humains

Les qualités personnelles du travailleur influencent largement sa prédisposition aux accidents du travail.

• Le sexe

Les accidents du travail en Algérie, touchent en majeure partie les hommes avec 92 % des cas enregistrés en 2006. Cette situation résulte de la nature des travaux occupés par les hommes, qui sont généralement plus risqués et dangereux, que ceux des femmes. Les 8% de femmes sont des enseignantes, secrétaires et beaucoup plus des femmes de ménage. Il existe des métiers réservés pour les hommes, et d'autres par contre dominés par les femmes. (F. Abadlia, 2007).

• L'âge

Les accidents du travail, sont plus fréquents chez la tranche d'âge allant de 40-50 ans avec 20,4%, en moyenne des accidents du travail déclarés. Selon l'inspection du travail, c'est la tranche d'âge la plus dominante, précisément dans le domaine du bâtiment et travaux publics. En dehors de la tranche d'âge 40-50 ans, les accidents sont relativement faibles surtout chez les travailleurs de moins de 20 ans avec 1,8%, qui regroupent généralement les apprentis et manœuvres, qui exécutent les tâches les moins risquées, et sont des jeunes affectés des centres de formation professionnelle vers les entreprises, et ne représentent pas une masse importante des travailleurs. (ibid).

• L'expérience

Les travailleurs à expérience élevée, plus ils maîtrisent le travail plus ils négligent, certaines mesures et condition de sécurité. Les travailleurs à expérience dépassant les 16 ans, maîtrisent mieux leur travail et les risques, qui leur sont liés grâce à l'expérience et le sens de la responsabilité, qu'ils développent avec l'âge. Par ailleurs, d'après Hémon D ; l'ancienneté génère un effet « de dose » d'exposition sur le travailleur, celui-ci se trouvant régulièrement exposé aux accidents agents nocifs, par la durée et l'intensité de l'exposition aux facteurs de risque définissent le type, la fréquence et la gravité des maladies développées.(D. Hemon, 1979, p.319).

• La formation professionnelle

Les manœuvres affichent, une hausse continue de la fréquence des accidents du travail, du fait de l'importance de leurs effectifs (puisque ils sont sollicités dans les différentes branches et domaines d'activités). Ces travailleurs reçoivent généralement, des formations courtes destinées à leur faire apprendre les principes de leurs métiers, qu'ils apprennent parfois sur le terrain (par application). (S.M, Amari et A. lamara Mahamed, 2007, p.18).

Les formations professionnelles, des instituts et des centres de formation professionnelle, en Algérie ne prévoient malheureusement pas des programmes de formations sur l'hygiène, et la sécurité au travail. Le défaut de formation augmente et les risques menaçant ces travailleurs qui ignorent leurs dangers.

Ce qui montre la relation de cause à effet, entre le profil de qualification professionnelle de la force du travail, et la fréquence accidentelle se rapportant au niveau de formation professionnelle. (J. Bouras, 1995, p.15).

6.2 Les facteurs psychophysiologiques

Les statistiques nationales des accidents de la CNAS confirment, que le nombre d'accidents est très relativement, élevées après 2 et 3 heures successives de travail. Cette phase correspond au rendement accru, et au dynamisme élevé des travailleurs. Ainsi, on peut conclure que la fréquence des accidents est très relative au rythme du travail, et la capacité physiologique des travailleurs, ou la fatigue rend les travailleurs moins attentifs, moins rapides et moins prudents, comme le confirme le BIT. Cette répartition converge, avec celle des accidents selon l'heure de l'accident, c'est-à-dire, la période allant de 2 à 3 heures de travail correspond aux horaires de 10 à 12 heures, et ceux de 15 à 16 heures. (F. Abadlia, 2007).

Ainsi, les accidents du travail se produisent, suite à l'épuisement des énergies des travailleurs, lors de leurs rendements maximaux, et de leurs dynamismes accrus au travail, et aux conditions de vie attachées à la reproduction de la force de travail, comme le niveau de satisfaction qualitative, et quantitative des besoins correspondants (alimentation, loisir, logement, transport, soins médicaux). (J. Bouras, 1995, p.86).

6.3 Les facteurs organisationnels

La concentration élevée des travailleurs, dans la branche interprofessionnelle, qui représente plus de 60% du total des travailleurs affiliés à la CNAS en 2007. La dangerosité du travail, dans les secteurs bâtiment, métallurgie et travaux publics ; L'absence d'une politique de prévention, dans la majorité des entreprises du secteur BTP. En effet, en 2005, 65% des travailleurs ne disposent d'aucun moyen de protection individuelle. (H. Hamani, 2006, p.3).

6.4 Les facteurs techniques

Plusieurs éléments techniques influencent la fréquence accidentelle en Algérie. Selon les données de la CNAS, le principal facteur technique à l'origine des accidents de travail, sont les chutes de hauteurs qui occasionnent plus de 20% en moyenne des accidents avec interruption du travail.

La proportion élevée, des chutes avec dénivellation, est relative au développement de la branche bâtiments et travaux publics, caractérisée par ce risque. Quant aux accidents aux mortels, ils ont causé essentiellement par les véhicules avec près de 36% en moyenne des décès ce en raison de leur degré élevé de gravité. Le risque « chute de hauteur » ou « chute avec dénivellation » est le risque le plus persistant sur les lieux de travail, selon étude effectuée par la CNAS aux 2 décès, les pieds viennent en seconde position (31%), en 2006. (F. Abadlia, 2007).

7. la classification des accidents du travail

7.1 Les qualifications des accidents

Plusieurs conditions sont donc nécessaires pour la qualification d'accident du travail :

- il doit s'agir d'un accident, c'est-à-dire d'un évènement d'apparition soudaine et brutale ;
- il doit exister une lésion corporelle, quelle que soit son importance ;
- l'accident doit survenir par le fait ou à l'occasion du travail. La victime doit être placée sous la subordination juridique d'un employeur et l'accident survenir soit au cours de la réalisation du travail, soit à l'occasion de celui-ci (accident lors d'un déplacement professionnel ou d'une mission). (R. Rak, 1999, p.3).

7.1.1 La matérialité de l'accident

L'accident doit être, causé par un élément matériel bien déterminé (électricité, élément chimique, etc.). (ibid, p.4).

7.1.2 Le préjudice corporel

Le risque professionnel ne vise que les accidents corporels portant atteinte à la santé ou à l'intégrité physique du travailleur. L'évènement soudain subi par l'assuré doit avoir de conséquences sur l'organisme de la victime, puisque la lésion corporelle. (C. Durand, 1978, p. 92)

7.1.3 Le lien de causalité entre le fait accidentel et le préjudice corporel

C'est le rapport, entre l'accident et la lésion constatée. Cette responsabilité incombe à la médecine conseil de l'organisme de sécurité social. La preuve d'imputabilité de l'accident aux lésions, peut être établie par des témoins, mais à défaut de témoins, il est possible de reconnaître la matérialité de l'accident, si la preuve est administrée d'une relation entre la lésion ou l'affection, dont souffrent la victime et les circonstances de l'accident. (B. Michel, 2004, pp.79-80).

L'accident sera retenu, lorsqu'il aggrave un état pathologie préexistant, dont une preuve est exigée. Ce qui exclut l'évolution spontanée, d'un état propre à l'individu, antérieur mais dont le travail n'a joué aucun rôle. En cas de décès de la victime, la caisse, pour rechercher la relation entre l'accident et le Décès, peut demander une autopsie de la victime. C'est le rapport entre l'accident et la lésion décrite, le problème sera soumis au médecin conseil de la sécurité social. (B. Michel, 2004, pp.79-80).

7.1.4 Classifications des accidents du Travail selon la législation Algérienne

L'accident du travail

Est défini aux articles 6, 7 et 8 et loi n° 83/13/ du 2 juillet 1983, relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, modifiées et complétées par l'ordonnance n° 96/19 du juillet 1996.

Art 6, est considéré comme accident du travail, tout accident ayant entraîné une lésion corporelle, imputable à une soudaine, extérieur et survenu dans la cadre de la relation de travail.

Art 7, ('modifié par l'article de 2 de l'ordonnance) , est également considéré comme accident du travail l'accident survenu au cours : mission à caractère exceptionnel ou permanent accomplie hors de l'établissement conformément aux instructions de l'employeur de exercice ou à l'occasion d'un mandat électoral.

Art 8, (modifié par l'article de 3 de l'ordonnance)est ; en outre, considéré comme accident du travail, même si l'intéressé n'a pas la qualité d'assuré social l'accident survint au cours d'activités sportives organisées par employeur.

De l'accomplissement d'un acte de dévouement dans l'intérêt public ou de sauvetage d'une personne eu danger.

Art 9, la lésion se produit ou le décès survenant ; soit au lieu et au temps du travail, soit en un temps voisin de l'accident, soit au cours du traitement consécutif à l'accident, doivent être considérés, sauf preuve contraire, comme résultant du travail. (Art, n° 83, 1983).

Art 12, est assimilé à un accident du travail, l'accident survenu pendant la trajet effectué par l'assuré pour se rendre à son travail ou en revenir, quel que soit le mode de transport utilisé à condition que le parcours n'ait pas été ; sauf urgence ou nécessité cas fortuites ou force majeure ; interrompu ou détourné.

Le parcours ainsi garanti est compris entre, d'une part, le lieu du travail, et d'autre part le lieu de résidence ou un lieu assimilé, tel que celui où le travailleur se rend habituellement, soit pour prendre ses repas, soit pour des motifs d'ordre familial. (Art 12 de la loi n° 83/13).

8. Les droits d'accidentés et la protection de la victime

Les soins sont gratuits, la caisse règle directement praticiens ; auxiliaire médical, fournisseurs, établissement de soins, la prise en charge en accident du travail des soins se termine le plus souvent avec la guérison de l'accidenté du travail. Les indemnités journalières, pendant les arrêts de travail, sont servies le premier jour d'arrêt ; sans distinction entre les jours ouvrables et les jours fériés, classés sur le salaire de la dernière paie antérieure à la date de l'accident. Une pension fixée à la victime d'un accident du travail, en cas de gravité, et si le médecin détermine l'incapacité de la victime de suivre son travail. (Procédure de travail relative aux formalités de déclaration des accidents du travail N° 11DPR (AS AT) du 3 Aout 2008, p.8).

Le droit du travail interdit le licenciement d'un salarié victime d'un accident au travail à moins qu'il ait commis une faute grave ou pour un motif non lié à l'accident les accidents du travail et les maladies professionnelles qui font l'objet d'une cotisation spécifique géré dans le cadre de l'assurance maladie, des frais médicaux, pharmaceutiques ou chirurgicaux reste à la charge de l'assuré. En cas d'accidents mortels, des rentes sont due au conjoint et à l'enfant à chargé. (ibid)

9. Les effets des accidents du travail

Les effets induits, par les accidents du travail, se situent à différents niveaux des processus, qui lient la victime à son environnement professionnel, social et familial. A considéré le nombre d'accidents mortels, graves et invalidants ou entraînant une incapacité physique, les pertes subies par l'économie nationale en prestations sociales, et sanitaires s'avèrent être considérable.

9.1 Les effets humains

Le fardeau des accidents de travail, entraîne plusieurs handicaps et incapacités de travail, voire même des décès. Nous distinguons les conséquences des accidents du travail à caractère immédiat. Les accidents du travail se distinguent, entre accidents bénins ou avec de légères séquelles, et des accidents graves, voire mortels. Selon la CNAS, les dégâts humains s'aggravent de plus en plus. (F. Abadlia, 2007).

Bien que, les accidents du travail bénins sont captés, la majeure partie des accidents, leurs part par rapport à l'ensemble des accidents enregistrés à baisse, en faveur des accidents graves ayant passé de 20% en 2007. De plus, les accidents mortels ont doublé durant la même période. Le développement des techniques, et des technologies ayant intensifié les risques professionnels encourus. Sur ce point, l'OPREBTPH signale que, plus de 30% des accidents enregistrés dans la branche bâtiment, et travaux publics en 2007, sont dus aux chutes en hauteur, qui sont responsables de plus de 50% des décès, de cette branche. (ibid).

Selon les données de la CNAS ; les accidents bénins, et graves sont occasionnés plus de 35% des lésions aux sièges de mains. Quant aux décès, ils sont causés essentiellement, par les atteintes aux sièges multiples avec près de 30%, et les atteintes de la tête avec plus de 20% en moyenne. (ibid).

9.2 Les effets économiques

Les accidents du travail occasionnent de multiples, et grave conséquences, La CNAS a enregistré en 2007 plus de 43 000 accidents, dont plus de 9 000 sont grave et près de 1 000 sont mortels. Ces accidents, ont occasionné plus de 1.7 million de jours, du travail perdus et plus de 110 000, de taux d'incapacités permanentes de travail. L'effet d'opportunité économique et sociale désigne l'effet de perte de capacité de production des décédés, et des blessés des accidents de travail ; Ainsi, les accidents de travail constituent une grande entrave pour le développement économique du pays, et une lourde charge pour la victime (ou sa famille), la sécurité sociale et la nation toute entière. (F. Abadlia, 2007).

9.3 Les effets sur le salarié

C'est avant toute autre chose, l'obligation d'informer son employeur, puis peut-être bénéficier d'un arrêt du travail. Donc le versement d'indemnités journalières peut- être enfin un handicap, plus

important qui donnera lieu au versement d'une rente, ou imposera une rééducation. (B. MICHEL et C. ANGLO, 2004, p.318).

10. Les modèles qui analysent les accidents du travail

10.1 Modèle du processus

Ce modèle est à caractère mathématique, il considère l'accident comme l'aboutissement d'une séquence d'événements, qui se succède dans le temps. Ainsi, ce modèle vise à rendre compte de l'évolution des conditions, qui amènent à un accident. (H. W, Heinriche, 19950, p. 11).

10.1.1 La théorie des dominos

Selon Heinrich, une blessure accidentelle résulte généralement d'une chaîne d'événements, qui se produisent dans un ordre fixe, logique et invariable dans le temps. (ibid).

Les événements, sont liés de sorte que chaque événement dépend de celui qui le précède, et est la cause de celui qui succède, leur enchaînement est comparé à celui d'une rangée, de dominos mis debout de sorte que la chute en cascade de toute la rangée. L'utilisation de ces modèles, conduits à rechercher en postulant la constance du rapport à réduire l'occurrence des événements même sans conséquences et en postulant la constance du rapport, entre les étages des pyramides. Cette théorie, selon Heinrich une blessure : est l'aboutissement naturel d'une suite d'événements, qui surviennent invariablement dans un ordre fixe et logique. L'un dépend de l'autre et viennent après lui, constituant une séquence, qui peut se comparer à une rangée de dominos placés debout, et dans un tel alignement, que la chute du premier entraîne la chute de toute la rangée. Les dominos sont ainsi dénommés, selon Heinrich: Les dominos au nombre de cinq sont dans l'ordre :

1. L'hérédité et l'environnement social.
2. Les inaptitudes personnelles.
3. Les actions ou conditions dangereuses.
4. L'accident.
5. La blessure. (ibid).

10.1.2 L'hérédité et environnement social

Certains indésirables traits de caractère ont du passer par vois héréditaire, par exemple : l'imprudence, obstination entêtement, ténacité, avaricieuse, dureté, surdité, etc. De plus, l'environnement de la personne peut développer ou créer d'indésirables traits de caractères, ou bien entrer en interférence avec l'éducation. Ces différents facteurs donnent naissance à la faute individuelle. (H.W, Heinrich, 1950, p.11).

10.1.3 La faute individuelle (les inaptitudes personnelles)

Les fautes humaines, acquises ou héritées sont les suivantes : maladresse, négligence, violence, emportement, nervosité, excitabilité, irresponsabilité, ignorance des mesures de sécurité, etc. Ces caractères constituent approximativement les raisins de survenance des actes dangereux, en plus des risques mécaniques et/ou physiques. (ibid).

10.1.4 L'action dangereuse

L'activité individuelle, est présumée dangereuse du fait de plusieurs facteurs : l'individu se trouve dans des situations soumis à de lourds chargements, le commencement du machinisme sans avertissement, enlèvement des moyens de protection, risques mécaniques et/ou physiques (matériels défectueux, processus d'opérations non surveillé, absence de lignes de surveillance ou bien une faible portée de ces lignes). Tous ces facteurs contribuent à l'augmentation de probabilité de survenance d'accidents. (ibid).

10.1.5 L'accident

Événement survenant à une personne, ou frappant cette personne par objet en mouvement, caractérisé par les blessures qui en résultent. (ibid, p.12).

10.1.6 La blessure

Factures, lacération, écrasement, etc. Sont généralement les blessures résultantes directement de l'accident du travail par conséquent, l'action de prévention des accidents de travail ne peut être gouvernée qu'au niveau d'une des composantes du cheminement de survenance d'accident. Comme il est difficile, de porter modification à l'environnement social ou aux caractères individuels héréditaires, l'intervention préventive ne peut être portée, que sur les actions ou pratiques dangereuses, afin d'en éviter la survenance d'accident du travail. (ibid, p.20).

Selon Heinrich, de même qu'il suffit d'enlever un seul domino de la rangée, pour interrompre la succession de chutes, de même la suppression de l'un des cinq facteurs empêcherait l'accident et ses conséquences, le domino clé à enlever étant le troisième. Bien qu'Heinrich, n'ait présenté aucune statistique à l'appui de sa théorie, celle-ci n'en constitue, pas moins un point de départ utile pour la discussion et les recherches futures. (H.W, Heinrich, 1950, p.20).

10.2 Modèle d'accident du travail par action

Lagerlöf (1976) quant à elle, présente un modèle de l'accident orienté par l'action qui aborde l'étude de l'accident dans une perspective de système sociotechnique largement ouvert.

Elle considère en effet, que bien que l'individu puisse être tenu pour responsables de ses actes, on ne peut aborder le processus de décision individuel, sans tenir compte des contraintes du système qui influence, ses choix et l'oblige parfois à prendre des risques. Son modèle s'élabore donc, autour des risques présents dans l'environnement physio-technique de travail (mode opératoire, machines, installation physique, produit manipulés,...etc.), de la conduite de l'individu dans une situation à risques, et des systèmes de contrôle susceptible d'affecté le comportement, et l'individu. (J. Lucbernard, C. Lemane, 2000, p. 47).

En effet la décision de l'opérateur, peut être influencée par les risques liés à l'environnement physico technique de travail, et par un certain nombre de facteurs de contrôle liés à l'entreprise elle-même (structure organisationnelle système de contrôle, système de rémunération) au groupe de travail (normes de groupes consternent l'attitude vis-à-vis du risque, du port des équipements de protection ou la cadence de travail) ou à l'environnement, externe de l'entreprise (lois, réglementation, directives gouvernementales, système d'indemnisation des accidents, marche du travail). (ibid).

10.3 Modèle sociologique

L'anthropologie sociale a montré que, le comportement de l'individu au travail est fortement influencé, par le contexte social dans lequel il œuvre. D'après Piganiol C ; la satisfaction au travail ne peut se réaliser, que si le travail concrétise les désires et attentes du travailleur (situation stable, bon salaire, possibilité de promotion, etc.). Le comportement des travailleurs est en général le reflet des conditions, du cadre et de l'ambiance de travail. (C. Piganiol, 1980, p.38).

L'étude de l'accident de travail, consiste en l'étude des réseaux de facteurs considérés sous leurs aspects humains, techniques et organisationnels, Si l'on adopte une approche globale, l'accident n'est plus qu'une conséquence parmi d'autre, de l'état d'inadaptation ou de dysfonctionnement du système productif. (C. Piganiol, 1980, p.38).

11. Accident du travail et conséquences psychologiques (traumatisme psychique)

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

11.1. Rapport de la honte et de culpabilité au traumatisme psychique

Le traumatisme peut représenter une situation désorganisatrice à laquelle le sujet doit faire face, avec plus ou moins de possibilités de résistance, d'élaboration, de dépassement. Le traumatisme peut aussi être considéré comme une situation paradigmatique à l'origine du développement psychique. Toute épreuve de séparation, d'altérité, de réalité, est une épreuve traumatique, ou microtraumatique, qui impose un travail psychique maturatif, et conduit à une croissance mentale. (C. Albert, F. Alain, 2009, p.33).

On peut ainsi considérer des variations de gradients du traumatisme, sur une ligne qui va des situations les plus ordinaires de rencontre avec la réalité, avec le monde, nécessaires au développement psychique de tout sujet, jusqu'aux situations les plus toxiques, désorganisatrices, antagonistes avec toute croissance mentale. Il en est de même pour les effets de culpabilité et de honte, et pour le travail de la culpabilité et de la honte. La honte et la culpabilité entretiennent trois types de rapport avec le traumatisme :

- la honte et la culpabilité peuvent être à l'origine du traumatisme, en ceci que ces affects perturbent, harcèlent le moi, lui imposent un travail ou le désorganisent ;
- la honte et la culpabilité peuvent être considérées comme des effets du traumatisme, des affects générés par l'impact du traumatisme, qui représentent des traces de l'expérience traumatiques ainsi que la manière dont le moi est affecté par l'expérience ;

– la honte et la culpabilité, enfin, peuvent être considérées comme des modes de traitement du traumatisme. La honte et la culpabilité imposent un travail psychique, réalisent elles-mêmes un travail psychique qui traite le traumatisme et ses effets. (C. Albert, F. Alain, 2009, p.34).

11.2. Traumatisme, travail de la culpabilité

Si dans les contextes traumatiques on peut en général assez facilement avoir accès à la culpabilité, il en est souvent autrement pour la honte. On observe d’abord une culpabilité actuelle, post-traumatique : culpabilité de ne pas avoir pu éviter le traumatisme, d’en être à l’origine. Cette culpabilité est consciente. Elle se connecte à d’autres culpabilités, plus anciennes, plus ou moins inconscientes. On peut parler d’un véritable travail de la culpabilité dans les contextes traumatiques. La culpabilité impose un travail psychique, et elle réalise elle-même un travail psychique. On peut en effet observer, parmi les formes conscientes de culpabilités, le déploiement de ce que l’un de nous a appelé des « fantasmes de culpabilité » (Ciccone, 1999), c’est-à-dire des scénarios reconstruits dans lesquels le sujet se désigne comme coupable du traumatisme qu’il subit. Et cela, même si le sujet sait qu’il n’y est pour rien. En effet, celui-ci se demandera malgré tout : « Qu’est-ce que j’ai bien pu faire pour que cela m’arrive ? ». (ibid, p.97).

Ces fantasmes ont une double fonction : d’une part, atténuer l’impact traumatique du traumatisme (le sujet devenant actif là où il subit passivement), et, d’autre part, rendre possible et rendre compte d’un mouvement d’appropriation (le sujet devenant sujet d’une histoire étrangère qui s’impose à lui). (ibid ; p.98).

12. Les études antérieures sur les accidents du travail

Le lecteur intéressé par un tour d’horizon plus large sur les contributions de la psychologie au traitement des problèmes de sécurité trouvera des développements intéressants dans les écrits qui retracent l’évolution des travaux psychologiques sur les accidents (Favaro, 1989 ; Leplat, 1982 ; Laflamme, 1988 ; Monteau et Pham, 1987). Qu’il suffise de rappeler que dans ces travaux psychologiques sur la sécurité, on part d’études qui considèrent l’accident comme un phénomène simple résultant d’une cause unique ou prépondérante, d’origine humaine ou d’origine technique, à des études qui appréhendent l’accident comme un phénomène complexe résultant de l’interaction entre plusieurs facteurs s’inscrivant dans un système.(J-L. Bernaud, et C. Lemoine, 2007, p.289)

Les premières recherches, très centrées sur l’individu, sont notamment marquées par des études de psychologie différentielle qui visent à isoler les caractéristiques individuelles (sensorielles,

cognitives, psychomotrices, personnalité, etc.) qui prédisposent aux accidents et à concevoir des tests psychologiques permettant de détecter la présence de ces traits chez les travailleurs ou les candidats à un emploi, dans cette perspective, la prévention consistera à éloigner les individus les plus enclins aux accidents des installations et des situations de travail dangereuses. (J-L. Bernaud, et C. Lemoine, 2007, p.289)

L'apport de la psychologie à l'étude des accidents est d'autant plus important qu'on « imagine mal un accident où l'activité d'un homme ne soit pas impliquée, cet homme n'étant d'ailleurs pas forcément la victime ou l'agent immédiat. En effet, l'environnement technique – au sens large – qui participe à la genèse de l'accident, n'est-il pas lui-même le fruit d'activités humaines ? » (Leplat, 1982, p. 623).

13. Les réactions immédiates au moment de l'accident

13.1 Réactions physiologiques et comportementales immédiates

La réaction peut-être un état de sidération anxieuse ou au contraire d'agitation anxieuse. C'est donc la période des réactions émotionnelles avec son cortège de manifestations neurovégétatives diverses : sueurs, tremblement, pâleur, tachycardie. Ces manifestations laissent en général intacts les automatismes de suivre : soumission aux ordres, aux prescriptions, exécution des gestes de métier (C. Empereur, 2002, p.12).

Et plus que la trilogie : peur intense, impuissance et horreur, définie par le DSM-IV, les auteurs européens insistent sur l'effondrement du narcissisme, l'aperception du chaos et le sentiment d'impuissance pour désigner le vécu du sujet lors de la confrontation à l'événement (L. Crocq, 1996, pp. 363-276).

13.2 Des sentiments éprouvés au moment de l'accident

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

- La stupeur et l'impuissance, car entre la perception visuelle et le choc, émerge un sentiment très violent d'impuissance face à l'inévitabilité.
- La colère à l'égard des travailleurs ou des usagers qui ne respectent pas les recommandations d'usage exigée par les circonstances ainsi que les voyeurs ou spectateurs qui ne font que regarder.

- La rupture du lien social et l'isolement sont souvent évoqués dans le vécu d'un accidenté qui ressent comme un soulagement l'arrivée des secours, la venue rapide des gens qui aident, le besoin de parler à quelqu'un, car tout de suite, il est envahi par l'inévitable sentiment de culpabilité (C. Empereur, 2002, p.49).

13.3 Les besoins fondamentaux

Le besoin de sécurité et de retrouver un lieu à soi : l'accidenté n'a qu'une hâte : rentrer chez lui.

Le besoin de réassurances et de soutien. Par rapport aux réactions physiques et psychologiques, le besoin de réconfort moral est souvent apporté par le spécialiste ou les gens qui y sont présents et surtout le psychologue qui mieux que tout autre, comprend et le pourquoi de ce choc psychologique.

Le besoin d'appartenance à une collectivité d'amis, de collègues qui comprennent et même qui ont une situation identique, va rompre l'isolement ; on a tellement besoin de retrouver quelqu'un des plus proches, des siens, qui fait sentir l'appartenance à une famille ou à une collectivité. Lors de la reprise, c'est souvent l'appréhension réactivée par le passage sur le lieu de l'accident associée à des images mentales qui le hantent. (ibid ; p.12).

14. prise en charge des accidents du travail en Algérie

Il comporte deux volets ; une prise en charge sur le lieu de l'accident et pendant le transport et une autre sur les structures de soins hospitalières, la phase prés-hospitalier ; c'est la protection civile.

L'appel SAMU est reçu au niveau de la permanence par le médecin qui est le chef de service ou un autre médecin qui empêche les secours lorsque il ya une disponibilité de l'ambulance, la prise en charge des accidentés de la route commence dès le transport des blessés qui ce fait par une ambulance médicaliser dont l'équipage est constitué par un médecin, un infirmier et un chauffeur. La phase hospitalière ; dans le cadre de la prise en charge des citoyens, la médecine de proximité est organisée selon les schémas suivants :

-les centres de santé

-le palier concerne les polycliniques ou existe un plateau technique.

Ces deux paliers qui forment ce qui est appelé « les structures des extra hospitaliers ont une intervention appréciable dans la prise en charge des accidentés du travail. (S. Abrouk, 2004, p.10).

Synthèse du deuxième chapitre

Le fardeau des accidents de travail, entraîne plusieurs handicaps et incapacités de travail, voir même des décès si ce que le monde a récolté à travers l'accroissement économique et la proportion élevée du marché de travail. En Algérie, malgré la mise en place d'un arsenal juridique et d'un dispositif organisationnel, destiné à prévenir les risques professionnels, et améliorer les conditions d'hygiène et de sécurité au travail, les vies humaines en professionnel ne sont pas protégées. Les effets des accidents du travail se situent à différents niveaux des processus qui lient la victime à son environnement professionnel, social et familial.

En conclusion, ce chapitre nous a permis de comprendre que l'événement traumatique a des effets sur le fonctionnement du sujet, qui manifeste des réactions multiples face à cette situation. Les connaissances retenues dans ce chapitre seront pour nous un matériel qui servira de support dans l'analyse des entretiens des cas de notre groupe de recherche.

Partie pratique

Chapitre III

La méthodologie de la recherche

Préambule

Cette recherche, que nous avons effectué sur le traumatisme psychique chez des victimes d'accidents de travail, ne consiste pas uniquement à quantifier des données relatives à ces attitudes, mais nous cherchons également à déceler l'effet de certaines variables, tels que la nature de l'accident et la nature de la réaction du sujet sur l'apparition de cette pathologie, afin de mieux discerner les populations à risque.

Ainsi, dans ce chapitre, on va présenter la démarche suivie, et les outils utilisés, l'entretien et le questionnaire traumaq ; suivez de la façon d'analyse de ces deux outils qui nous permet de détecter le syndrome psychotraumatique et son degré, pour ce faire, nous allons entreprendre comme toute recherche assujettie à la méthodologie une démarche méthodologique qu'on va présenter dans ce chapitre.

1. Définition des concepts et leur opérationnalisation

Le concept est un élément de base dans toute recherche, car il organise la réalité en retenant les caractères distinctifs des phénomènes, il sert aussi comme guide de la recherche et d'après cette définition, nous allons présenter les concepts que nous utiliserons dans nos hypothèses et questionnements, qui sont :

1.1. Définition des concepts

1.1.1 Accident

« Événement imprévu malheureux ou dommageable ». Le mot « *accident* » désigne un événement imprévu qui empêche l'achèvement d'une activité et qui, selon le cas, englobe ou n'englobe pas les blessures corporelles et les dommages matériels. (Larousse, 1998, p.33).

1.1.2 Travail

Le mot « *travail* » désigne une activité de l'homme, appliquée dans le but de la satisfaction des besoins personnels et des besoins de la société. Travail est une activité plus au moins pénible, source d'efforts et de satisfaction ordonnée à la production des choses utiles. (M. Grawitz, 2000, p.408).

1.1.3 Définition des accidents de travail

« Un accident est, juridiquement, un événement qui provient d'une action violente, soudaine, extérieure à la volonté de la victime, et qui a pour effet d'entraîner des lésions corporelles ». (J. Lagadec, 1996, p.9).

L'accident de travail est non seulement celui qui survient du fait du travail lui-même, mais aussi celui dont le travail à fournir l'occasion. Ainsi, tout accident survenu pendant la durée du travail ou sur le lieu du travail, à un moment où le salarié était sous l'autorité de son employeur, est présumé être un accident du travail. Il n'en est pas ainsi lorsque le contrat est suspendu, notamment en période de congé ou de grève. (ibid).

1.1.4 Définition du traumatisme psychique

« Le traumatisme psychique est une blessure émotionnelle profonde qu'on pouvait observer, parfois, chez ceux qui avaient échappé de peu à la mort ». (F. Lebigot, 2005, p. 09).

1.2. Opérationnalisation des concepts

1.2.1 Travail

- L'employeur et l'employé
- La sécurité et la prévention au travail
- Les maladies professionnelles
- Inspection du travail
- Congé
- L'ancienneté est la période d'emploi
- Le syndicat
- Rémunération (argent).

1.2.2 Les accidents de travail

- **Les fractures** ; toute solution de continuité d'un os, par suite d'un traumatisme ou d'apparition spontanée. (J. Quevauvilliers, 2007, p. 209).

- **Hémorragie;** Écoulement d'une plus ou moins grande quantité de sang hors des vaisseaux sanguins, par suite d'une rupture accidentelle ou spontanée de ceux-ci. (J. Quevauvilliers, 2007, p. 232)

- **Luxation;** Déplacement anormal permanent d'un organe, spécialement celui des surfaces articulaires des os. (ibid, P. 290)

- **Coma;** perturbation de la vigilance, non réversible par des stimulations et entraînant un amoindrissement ou une abolition des réponses observables, verbales et motrices, d'un sujet aux sollicitations du monde extérieur. (ibid, p. 118)

- **Amputation ;** 1. Ablation chirurgicale d'un membre ou d'un segment de membre, par section de ses parties osseuses. Lorsque le plan de section du membre passe par une cavité articulaire, on parle de désarticulation. 2. Par extension, ablation chirurgicale d'un organe, d'un viscère ou d'un tissu. (ibid, p. 25)

- **Trauma ;** lésion produite sur un territoire limité de l'organisme par une action violente extérieure. (ibid, p. 475)

1.2.3 Traumatisme psychique

-Hypervigilance (être toujours sur ses gardes)

-Cauchemars et terreurs nocturnes

-Attaques de panique, anxiété et phobies

-Réactions de sursaut excessif

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

-Amnésie et manque de mémoire

-Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement

-Irritabilité ou accès de colère.

2. La démarche de la recherche

2.1. La méthode clinique

La méthode clinique est la méthode la plus utilisée en pratique clinique et vise « *non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ces problèmes* », celle-ci cherche à répondre aux exigences de la singularité des cas permettant d'effectuer une bonne analyse diversifiée des contenus (Huber, 1993).

Notre étude relève de la démarche clinique qui privilégie certains outils tels l'entretien clinique et le questionnaire le traumaq, vu leur importance dans l'étude et leur complémentarité, ce qui nous a permis de recueillir le maximum de données possibles sur le thème d'étude ; Aussi cette démarche est plus appropriée à notre recherche, car elle nous a permis de décrire l'effet de l'accident du travail sur la victime, et d'approfondir l'exploration sur nos sujets de recherches.

Le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenue actuelles et passées (Histoire de sujet, organisation de la personnalité, relation avec autrui et le mécanisme de défense). Comme il permet aussi de regrouper un grand nombre de données issues de méthodes différentes, entretien ,tests projectifs, échelles cliniques afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale en référence à lui –même son histoire et à son contexte de vie. (H. Benony, 2003, p.125).

Il est clair que le but de la démarche clinique c'est de comprendre l'état psychique de l'individu à partir de son histoire en arrivant à ses relations actuelles, c'est pour cela que notre choix s'est porté sur cette méthode, il faut préciser que le clinicien n'applique pas la méthode clinique uniquement dans des situations pathologiques, mais aussi pour des fins de recherche.

2.2. La pré-enquête

Avant d'aborder le sujet de l'enquête qui va nous permettre de recueillir des informations sur l'effet de l'accident du travail sur la victime, il nous a semblé nécessaire de définir l'étape préparatoire de celle-ci, qui est une phase indispensable par laquelle doit débiter toute investigation scientifique, à savoir la pré-enquête.

L'approche du terrain est très importante pour toute recherche scientifique, du moment qu'elle constitue une source de données et d'informations telle une base pour vérifier et affiner nos

hypothèses de travail et enrichir et préciser la problématique, car « la pré-enquête est la première approche du terrain, à partir de laquelle il sera possible de reformuler les hypothèses, de chercher et d'analyser les indicateurs et construire les instruments d'observation. » (H. Chauchat, 1990, p.19).

Dés janvier 2015, on a débuté notre pré-enquête en se dirigeant vers l'Établissement Hospitalier spécialisé en rééducation fonctionnelle d'Ilmaten, commune de Fenaia de la wilaya de Bejaïa, au nous avons pris contact avec le psychologue de l'Établissement, à l'aide d'un agent de sécurité qui est de notre région, finalement le psychologue nous a informés que malheureusement, cet Établissement ne dispose pas du groupe de recherche, convenable à notre thème d'étude, puis on s'est orienté vers un cabinet privé de rééducation fonctionnelle situé à Ihadadden dans la wilaya de Bejaïa, où nous avons laissé notre numéro de téléphone au réceptionniste pour nous programmés un rendez vous avec un accidenté de travail, mais on n'a reçu aucun appel, donc on est allé à Khellil Amrane au service orthopédique pour s'adresser à la psychologue de service, mais cette dernière était à en congé de maternité.

Alors le 17 mars 2015, nous avons décidé de changer de wilaya et d'aller vers l'EPH de Azazga de la wilaya de Tizi Ouzou, à notre arrivé sur les lieux, on s'est dirigé vers le service de chirurgie générale, pour s'adresser au psychologue de service ou l'un des infirmiers nous a orienté vers le cinquième étage chez le bureau de l'ancienne psychologue qui est plus expérimentée.

2.3 Présentation du lieu de recherche

Pour pouvoir présenter notre lieu de recherche, on a demandé la fiche technique de l'Établissement au niveau de l'administration, chez le chef de bureau des évaluations et statistiques, afin d'avoir à notre disposition les informations nécessaires sur notre terrain de recherche.

Notre étude est effectuée dans un Établissement Public Hospitalier d'Azazga (EPH) MEGHNEM LOUNES, qui est d'une capacité de 272 lits, c'est un établissement classé à la catégorie B, situé sur un axe routier important (**Route nationale N° 12**) à une distance de 40 km du chef-lieu de la wilaya de Tizi-Ouzou. L'hôpital a une superficie de : 26622m²

2.3.1 Circonscription géo-sanitaire

L'EPH d'Azazga couvre 03 daïras soit 185 453 habitats (RGPH), daïra d'Azazga et Bouzeguene et Mekla, mais aussi les daïra limitrophes : (Azzefoun- Adekar- Ouagunoun).

2.3.2 Ressources humaines

Medical : 99 effectifs, paramédical : 323 paramédicaux, administratif : 39 administratifs

2.3.3 Capacités de l'Établissement

. Plateau technique

Bloc Opératoire – Laboratoire – Radiologie Centrale – Pharmacie

. Services médicaux de l'établissement

Il se compose de plusieurs services :

Chirurgie générale, médecine interne, gynécologie obstétrique, pédiatrie, urgences médico-chirurgicales, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, épidémiologie, puis des médecins généralistes, spécialiste, des psychologues, et le groupe des soignants et infirmières dans chaque service, on trouve aussi un chef de service et un médecin-chef.

Le service chirurgie générale où on a effectué notre stage assure la prise en charge des malades qui présentent des fractures simples et complexes, tumeur osseuse, réputer, luxation, traumatisme du rachis, ce service dispose de 50 lits techniques et de deux unités (hospitalisation hommes, hospitalisation femmes), il accueille aussi des accidentés de travail de diverses natures.

Dans cet hôpital, on a vu un cas qui nous a sévres comme sujet à notre recherche c'est le cas D, car on n'a pas pu trouvée des victimes d'accident du travail, qui reste plus d'un mois hospitalisé, c'est ce qui nous a obligés de se déplacé vers les lieux de résidences des deux cas B et C, pour mené notre enquête, et enfin pour le cas A, on a effectué l'enquête dans son lieu de travail, et ce la en aménageant des endroits plus tranquilles pour nos entretiens cliniques et la passation du Traumaq.

2.4 Le groupe de recherche

2.4.1 Les critères d'homogénéité retenus

1 -L'âge : tous les cas sont des adultes, leur âge est 25 ans et plus ; par ce que cette tranche d'âge (adulte) convient mieux à nos outils de recherche à savoir l'entretien clinique et le questionnaire Traumaq.

2 -Le sexe : nous avons choisis le sexe masculin par ce que la quasi-totalité des victimes d'accidents du travail dans le secteur de BTPH est de sexe masculin, donc il est plus facile d'accéder aux groupes de recherche.

3 -Le type de travail : tous les cas sont des victimes d'accidents de travail dans le secteur public (bâtiment, et travaux public et hydraulique BTPH).

4-La persistance des symptômes à valeur traumatique : Les symptômes à valeur traumatique cités dans la définition et l'opérationnalisation des concepts de « traumatisme psychique» doivent durer plus d'un mois chez les sujets de notre recherche, et cela en se référant au DSM IV.

2.4.2 Les critères non pertinents pour la sélection des cas

1 -La situation matrimoniale : marié, divorcé, célibataire

2 -Le niveau socioculturel et d'instruction : il n'est pas pris en compte, car être victime d'accident du travail touche tous les niveaux.

3 -La langue : pour la langue, il parle soit en français soit en arabe ou bien en kabyle

Tableau du groupe de recherche choisi en fonction des critères de sélection

Groupe de recherche	Age	Niveaux d'instruction	situation matrimoniale	profession	Évaluation de son état de santé physique	Ancienneté de l'accident (depuis quand)
Cas A	31	Non scolarisé	Célibataire	Conducteur De pompe à béton	Vivant avec complication	6 Mois

Cas B	42	2 Année secondaire	Marie	Gardien	Vivant avec complication	6 Ans
Cas C	44	4 Années moyen	Marie	Maçon	Vivants sons complication	2 Ans
Cas D	48	6 Année secondaire	Marie	Conducteur de pompe à béton	Vivant avec complication	2 Mois

Tableau N° 2 : Les caractéristiques du groupe de recherche

Nous avons constitué un groupe composé de 04 cas, avec lesquels on a travaillé dans l'anonymat en changeant leurs prénoms, dont le consentement nous a été accordé par les sujets eux-mêmes, car on leur a expliqué qu'il s'agit d'un travail de recherche pour l'obtention du diplôme de master en psychologie clinique. La sélection de ces cas s'est faite de manière aléatoire ; nous remarquons que l'âge varie entre 31 et 48 ans et trois cas sont scolarisés et aussi mariés, alors deux sujets sont conducteurs de pompe à béton, dont trois vivent avec des complications physiques et toutes ces victimes ont été accidentées entre les années 2009 et 2015.

3. Les techniques utilisées

3.1 L'entretien clinique de recherche

Dans notre recherche, on a opté pour l'entretien clinique de recherche qui consiste en la technique de choix pour accéder à des informations subjectives (histoire de vie, représentations, sentiments, émotions, expérience) témoignant de la singularité de la complexité d'un sujet.

L'entretien clinique de recherche ou ce que certains auteurs appellent l'entretien exploratoire qui est utilisé dans le but « *de mettre en lumière les aspects du phénomène auquel le chercheur ne peut penser spontanément et de compléter les pistes de travail suggérées par ses lectures* » (A. Blanchet. 1992. p43).

Maisonneuve définit l'entretien clinique comme « *une situation où apparaissent les interactions essentiellement verbales entre deux personnes en contact direct avec un objectif préalablement posé, au moins pour l'une d'entre elles* » (J. Maisonneuve, 2002).

Pouvant être utilisé seul ou associé à des tests psychologiques, à des échelles cliniques ou à l'observation directe, l'entretien clinique peut faire partie des outils cliniques utilisés pour le recueil de données durant les procédures de recherche (H. Bénonny et K. Chahraoui, 1999).

L'entretien permet donc de recueillir des informations plus personnelles concernant le sujet, et de comprendre la dynamique et le fonctionnement psychique propre à une personne particulière, c'est pour cela que notre choix s'est porté sur cet outil, et ce en raison du fait qu'il convient mieux à notre thème d'étude.

3.2 L'entretien semi-directif

Au cours de notre recherche, on a utilisé un entretien de type semi-directif qui convient à notre recherche il est défini comme suit « *comme la situation où le clinicien pose quelques questions simplement pour orienter le discours sur certains thèmes, cette structuration peut se préciser jusqu'à proposer un véritable guide d'entretien; les thèmes abordés par le clinicien sont préparés à l'avance, elle s'adapte à l'entretien, la structure d'un guide d'entretien reste simple* » (C. Chiland, 1983, p.11).

L'entretien semi-directif il est en partie semi dirigé, la consigne de départ est fixée, puis les divers thèmes du guide d'entretien sont introduit en fonction du déroulement de celui-ci, s'ils ne sont pas abordés spontanément par le sujet. (J. Maisonneuve, 2002).

Il permet à la personne interviewée d'approfondir, et de clarifier elle-même ses attitudes à l'égard des problèmes posés, ce qui a motivé notre choix pour cet outil de recherche dont ses objectifs visent le développement des connaissances, d'un domaine choisi par le chercheur en trouvant réponse aux hypothèses de sa recherche et de son thème, que le chercheur produit de sa propre initiative où il se trouve en position de demande.

- Le guide d'entretien

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

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

Il est défini comme un « *ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interview* » (Blanchet et Gotman, 1992).

Nous avons opté pour l'entretien semi-directif, car il permet de recueillir le plus d'informations possibles sur le sujet ce qui permettra, après analyse des données de pouvoir répondre aux questionnements posés. Pour le mener en pratique, on a utilisé un guide d'entretien composé de quatre axes dont :

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

Axe I : Cet axe présente l'ensemble des questions liées à la période antérieure à l'accident. (**Avant l'accident**)

Axe II : Cet axe présente l'ensemble des questions liées au moment de l'accident et aux réactions psycho-physiologiques immédiates de l'accidenté de travail. (**Pendant l'accident**)

Axe III : Cet axe présente l'ensemble des questions liées au moment post-accident en termes de symptomatologie persistante. (**Après l'accident**)

Axe IV : Regard vers l'avenir composé de quatre questions, l'objectif de ce dernier axe est de connaître la manière de projection de l'avenir (le pessimisme ou l'optimisme), ce qui permet de découvrir si l'accidenté est toujours submergé par l'événement traumatique ou bien non. (**La projection dans l'avenir**). Pour le guide d'entretien au complet (voir Annexe N°1).

3.3 Questionnaire d'évaluation du traumatisme « Traumaq »

Pour effectuer notre travail de recherche et faciliter la confirmation de nos hypothèses, nous avons choisi un outil psychométrique « Le traumaq » qui est constitué à partir d'une approche intégrative permettant d'envisager une analyse globale du traumatisme psychique proposant par la même occasion une aide à l'évaluation du syndrome post-traumatique en s'intéressant aux symptômes généralement observés ainsi qu'à ceux fréquemment associés.

Ce questionnaire s'intéresse exclusivement au traumatisme psychique consécutif à un événement grave potentiellement mortel. Le sujet a vécu, a été témoins, ou bien a été confronté à un ou des événements, durant lesquels des personnes ont été gravement blessées, menacées de mort, ou carrément mortes, ou bien durant lesquels sa propre intégrité physique ou celle des autres a été menacée.

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

Le Traumaq évalue également des symptômes fréquemment associés, notamment l'état dépressif et les somatisations, est également pris en compte le « vécu traumatique » est également pris en compte, plus particulièrement la honte, la culpabilité, l'agressivité et les répercussions sur la qualité de vie. (C. Damiani, M. Perira, 2009, p.09)

Donc, ce questionnaire nous a permis après analyse des résultats de répondre à nos questions relatives aux thème de notre recherche et de confirmer ou infirmer notre hypothèse. Pour le questionnaire le Traumaq au complet (Voir Annexe N°2).

Étant donné, et à partir de la théorie sur l'accident de travail, nous avons conclu que ce dernier est potentiellement un événement traumatique, le questionnaire « Traumaq » convient parfaitement à notre recherche et à notre objectif.

4. Analyse des techniques utilisées

4.1 Analyse de l'entretien semi-directif

« Comme chaque recherche est une expérience unique qui emprunte des chemins propres dont le choix est lié à de nombreux critères » (Reuchlin , 1983) .

Et vu la nature de notre thème, nous avons opté pour un type d'analyse inspiré des techniques d'analyse qualitative qui est définie comme *« une démarche discursive de reformulation, d'explication ou de théorisation de données d'enquête, dont la logique participe à la découverte et à la construction du sens »* .(Baillé, Mucchielli, 2005, p.5).

De son côté, Bardin, estime que l'analyse des contenus « Est un instrument d'investigation applicable à des messages de nature très différente Diffusion de masse, entretiens cliniques ou matériaux d'enquête » (L. Bardin, 2003, p.14).

D'après l'utilisation des techniques de recherche déjà citées, on peut résumer la méthode d'analyse du contenu des entretiens selon la succession des étapes suivantes : on analyse les données de l'entretien clinique de chaque cas, compte tenu des hypothèses de notre recherche en suivant les axes posés dans le guide d'entretien, et nous avons investis les axes du guide d'entretien et nous les avons interprétés cliniquement en se référant aux trois approches théoriques adoptées dans notre recherche.

4.2 Analyse du TRAUMAQ

Nous vous proposons le questionnaire Traumaq qui regroupe les difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un événement traumatique, les réponses à ce test permettront de déterminer si le sujet souffre d'un syndrome post-traumatique ou non.

Les outils psychométriques actuels sont généralement construits à partir de la classification du DSM. Or, en raison de certaines réserves, les auteurs ont préféré envisager le traumatisme psychique de façon beaucoup plus globale. Outre les symptômes généralement observés (le syndrome pathognomonique de répétition, les évitements phobiques, les symptômes neurovégétatifs), le Traumaq évalue également des symptômes fréquemment associés, notamment l'état dépressif et les somatisations. Il est également pris en compte le « vécu traumatique » et plus particulièrement la honte, la culpabilité, l'agressivité et les répercussions sur la qualité de vie. (C. Damiani, et M. Perira, 2009, p.9)

Le questionnaire TRAUMAQ permet de recueillir un grand nombre d'informations de façon à réaliser un bilan complet, ces informations se présentent sous forme de rubriques sur les deux premières pages du questionnaire. (ibid, p.10).

Les informations recueillies dans la deuxième partie sont de nature qualitative et destinées à compléter le bilan clinique, les échelles utilisées sont des échelles en neuf points qui permettent d'apprécier le délai et la durée des troubles depuis l'événement. (ibid, p.17)

Les items du questionnaire ont été rédigés par des psychologues cliniciens et des psychiatres spécialisés en victimologie, les items et les échelles ont fait l'objet d'études pré-expérimentales afin de supprimer les ambiguïtés et les items non pertinents. (ibid, p.13)

4.2.1 Objectifs du TRAUMAQ

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

-Contribuer à la recherche épidémiologique.

-Participer à la validation thérapeutique.

-Ainsi, intégrer à la pratique du clinicien, le questionnaire TRAUMAQ peut apporter une aide au diagnostic. Il peut aussi être un outil de recherche en vue d'études épidémiologiques ou de contrôle de l'effet d'un traitement psychothérapeutique (C. Damiani, et M. Perira, 2009, p.9)

4.2.2 Contenu du questionnaire

Le questionnaire est composé de deux parties :

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

Partie 2 : mesure du délai d'apparition et de la durée des troubles décrits (échelle facultative). Elle donne des informations complémentaires qui peuvent être utiles au clinicien, à l'expert ou au chercheur. (ibid, p.10)

4.2.3 Population concernée

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

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

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

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

Sont exclus :

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

-Les enfants victimes.

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

-Les proches des victimes. (C. Damiani, et M. Perira, 2009, p.10)

4.2.4 Étalonnage normalisé en cinq classes

Afin de faire apparaître les différents niveaux de gravité du syndrome post-traumatique et compte tenu des distributions des notes brutes aux différentes échelles et pour la note totale (proches des caractéristiques de distribution normale), un étalonnage normalisé en cinq classes a été construit pour les notes brutes par échelle et pour la note totale de la partie1 Tableau N°3. Le choix du nombre de classes correspond au niveau de lisibilité idéale pour l'utilisateur du questionnaire. (C. Damiani, et M. Perira, 2009, p.22)

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

Tableau N° 3 : Conversion des notes brutes en notes étalonnées par échelle

Dans ce tableau (Tableau N°3) représentatif de la conversion des notes brutes en notes étalonnées, nous remarquons qu'il est constitué de plusieurs échelles, qui sont hiérarchisées en ordre alphabétique de A jusqu'à J et des notes étalonnées d'un jusqu'à cinq, et par la suite chaque échelle

correspond à une note étalonnée.

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

Tableau N°4: Conversion de la note brute totale de la partie en note étalonnée et en niveau d'intensité.

Ce tableau (Tableau N°4) nous montre comme son titre l'indique la conversion des notes obtenues à l'aide du tableau précédent, ce tableau est constitué en cinq classes d'un jusqu'à cinq, et que chaque classe correspond à une note brute cliniquement évaluée, pour faire ressortir à la fin l'intensité et le niveau du traumatisme psychique dont souffre ou pas le sujet

5. Le déroulement d'enquête

L'enquête se veut un outil d'étude permettant d'obtenir des informations correspondant aux objectifs afin d'évaluer ou de changer par la suite une situation donnée.

L'enquête qu'on a menée au sein de l'Établissement Public Hospitalier d'Azazga auprès du service « **chirurgie générale** » a duré deux mois, entre le 23 mars 2015 et la fin du mois de mai 2015, elle nous a permis de récolter des informations concernant les caractéristiques des victimes d'accident de travail.

Dans ce qui suit, nous allons présenter les étapes qui nous ont permis de collecter les informations, ainsi que les conditions de leurs déroulements, en tenant compte de l'objectif visé, et la réalisation des entretiens s'est faite durant la matinée, car l'après-midi le service est complètement embouteillé par les visiteurs des malades, ce qui peut entraver le déroulement de notre enquête.

Afin d'effectuer nos entretiens cliniques de recherche et faire passer le questionnaire Traumaq, sur notre groupe de recherche. Pour certains cas tel que les B et C nous étions obligés de nous déplacer vers leur lieu de résidence, pour effectuer nos entretiens suivis du questionnaire Traumaq, et pour le cas A, notre enquête s'est déroulée à son lieu de travail au niveau d'un chantier qui se situe à la daïra d'adeker, wilaya de Bejaïa, et enfin pour le cas D, après deux mois de son hospitalisation nous avons effectué un entretien clinique de recherche qui s'est déroulé dans la salle de traumatologie, au niveau du service de chirurgie générale, de l'EPH d'Azazga.

Pour la collecte des informations, nous avons procédé par les deux étapes suivantes :

La première étape est la réalisation des entretiens cliniques de recherche avec chaque victime d'accident de travail, et pour la deuxième étape qui consiste à la passation du questionnaire Traumaq, ses deux étapes a été faite simultanément pour les trois cas (ABC), car ils sans pas d'accord pour effectuer un deuxième entretien sous prétexte d'avoir des choses a faire, mais pour le cas D qui se trouve à l'hôpital nous a accordé son consentement pour le voire deux fois, et la passation de ses deux outils a duré une heure pour tous les cas. On a utilisé la langue kabyle pour tous les cas durant notre enquête par ce que ; les sujets on des difficultés à comprendre la langue française.

Malgré que notre groupe de recherche est relativement restreint, mais cela n'a pas empêché le recueil d'informations et des données très utiles pour l'élaboration de notre étude.

6. Difficultés et contraintes de la recherche

Comme dans chaque recherche, il existe plusieurs obstacles et différentes difficultés qui entravent le chemin du chercheur. Dans ce qui suit, nous allons illustrer celles que nous avons rencontrées :

Nous avons eu des difficultés pour réunir notre groupe de recherche, car l'accident de nos sujets doit dépasser un mois, ce qui est difficile a obtenir au sein des hôpitaux, puisque les victimes d'accident de travail, une fois qu'ils ont leurs soins somatiques, seront libérées par leur service admit, une autre raison a entravé notre travail, c'est la réticence de certains sujets à participer à cette étude, à cela s'ajoute le manque de documentation (ouvrages, mémoires de fin de cycle, thèses de doctorat sur notre thème de recherche), et aussi l'absence des études antérieures sur notre thème de recherche, ainsi que la plus part de nos sujets se plaigne du nombre d'items que notre questionnaire contient, et enfin une raison de plus qui est liée aux grèves qui nous a empêchés d'avancer dans notre recherche, par le délai trop court pour la réalisation de cette enquête et la préparation pour les examens du premier semestre.

Synthèse du troisième chapitre

Ce chapitre méthodologique nous permet d'assurer une meilleure organisation de notre travail de recherche, de comprendre le déroulement de la démarche clinique et de connaître la nécessité de la méthode clinique dans la recherche en psychologie clinique. Dans ce qui va suivre, on va s'intéresser à la présentation des cas, et à l'analyse de nos résultats et la discussion de notre hypothèse.

Chapitre IV

Présentation, analyse et discussion des résultats

I. Présentation et analyse des cas

1. Cas de monsieur A

1.1 Présentation du cas A

Le cas A est un homme âgé de 31 ans, huitième de sa fratrie, sans niveau d'instruction et célibataire, il est un conducteur d'engins et de pompe à béton. Depuis 5 mois, il a eu un accident de travail causé par une pompe à béton, qui date du 25 janvier 2015, ce dernier lui a laissé une séquelle ; la jambe gauche au niveau du talon jusqu'ou Tibia est gravement cicatrisé avec une incapacité de bouger ses orteils. L'accidenté on le connaît à titre privé, c'est ce qui nous à permis de programmer un rendez-vous avec lui, au niveau du chantier de la daïra d'Adekar ou s'est déroulé notre entretien.

1.2 Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi-directif

Avant de commencer l'entretien, il convient de noter que le sujet était très dynamique, en bonne humeur, rigolant et coopératif dans la discussion, il a hâte de débiter l'entretien, il vérifiait à chaque fois si on a compris ses réponses.

L'analyse qualitative du contenu de l'entretien semi-directif, révèle d'abord, au moment de l'accident, et en se référant à L. Crocq, (2007) que le sujet a vécu l'accident sur le mode du trauma, par sa réaction de stress dépassé qui s'est manifesté par l'agitation, ou notre cas a libéré sa tension anxieuse dans une décharge motrice sauvage et désordonnée. On a repéré ça à travers les propos suivants : « imi- iddeksagh addar-iw deg la pompe ghlighd al qaa tekhibidagh am oyazid, », « quand j'ai tirée ma jambe dans la pompe je me suis tombé sur terre, je me suis enroulé comme une poule » puis la victime demanda de secours en hurlant Mouloud qui est le chef de chantier : « ma jambe est coupée », on signale l'existence en apparence d'une blessure narcissique ressentie par le sujet à travers sa crainte de devenir handicapé, qui selon Freud une blessure narcissique se manifeste par le caractère perceptif des événement traumatique qui endommage le corps, et affecte la représentation de l'image du corps, ainsi que les assises narcissiques de la personne, le cas A est donc vécu l'événement avec frayeur agitation, et horreur et une atteinte à l'intégrité physique du sujet, qui correspond au **critère A du DSMIV**.

Dans d'autres expressions, le cas A, nous a permis de détecter un flash dissociatif, qui selon Marmar (1997) représente la manifestation de certains signes comme l'impression de temps ralenti, la perte du fil des idées qui peut confirmer la dissociation péri-traumatique, et les paroles de notre

sujet le valide : « hossagh am akken dassegas, ih ! » « j'ai senti comme une année s'est écoulé » il ajoute aussi : « ulach ayen tkhemimegh deg karoyiw », « je ne pense à rien » selon Laplanche et Pontalis l'effroi se manifeste par l'absence d'affects et de représentations, ou le sujet perçoit un vide complet de sa pensée, le cas est complètement submergé par la rencontre avec le réel de la mort, ou la personne a vu sa mort, ce que C. Barrois, (1998) appelle « *la fin de l'illusion de l'immortalité* », qui est justifiée par le syndrome pathognomonique qui se manifeste par les rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse que le **DSM IV** indique **critère B2**, le cauchemar le replaçait exactement dans la scène traumatique, et les dires du cas A l'illustre : « chaque la3cha tergogh l'accident ni ayen ikhedmegh ayen idenigh, aken it3achegh ittargogh », « chaque nuit je rêvait de cette accident, tous ce qui j'ai fait et ce que j'ai dit, tels que je l'ai vécu j'ai le rêvait » la fonction hédonique du rêve qui a pour but la réalisation du plaisir, est compromise dans ce cas par l'introduction de la pulsion de mort.

Mais à ce syndrome viennent s'ajouter très vite d'autres symptômes, tels que les souvenirs répétitifs et les impressions subites que l'événement allait se reproduire (provoquant parfois des sursauts et des illusions) dont souffre le sujet comme il a évoqué en disant « tkhayalagh l'accident, am asa dighde di lbus chwiya ken yetargigi odariw doqsaghd », « j' hallucine mon accident, comme aujourd'hui dans le bus soudainement ma jambe tremble et je sursaute » ce qui correspond aux **critères B 1-2-3 du DSM IV (B1et B2** souvenirs et rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse, **B3** impression ou agissements soudains comme si l'événement traumatique allait se reproduire) et le sujet continu a compléter le tableau clinique du syndrome psychotraumatique par ses conduites d'évitement des conversations associées à l'accident qui relèvent des **critères C-1 du DSM IV**(évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale), on nous révélant cela « qaragh iwid iyedihedren af l'accident 3awed a sujet. », « je dit à ce qui me parle sur mon accident de changé le sujet » sur ce fond le sujet persiste cette manifestation symptomatiques neurovégétatives, tels l'irritabilité ou l'accès de colère qui est illustré par cette phrase « ih ! Toujours dimenghi dyema ghafe walo », « ah ! toujours des ennuis avec ma mère pour rien » et la réaction de sursaut exagérée déjà évoquée et c'est les **critères D 2-5 du DSM IV**.

Cependant, le sujet n'a pas pu accepter l'accident, c'est ce qui traduit, les ruminations mentales ou le cas n'arrête pas de dire « zar ken adariw amek yeqol », « regarde ma jambe comment est devenu » l'atteinte corporelle suite à l'accident représente une véritable atteinte à l'intégrité physique du sujet et une véritable blessure narcissique chez la victime.

1.3 Synthèse de l'entretien clinique semi-directif

Après avoir analysé le contenu de l'entretien clinique de recherche avec le cas A, nous constatons que le sujet A, souffre d'une symptomatologie relevant probablement du traumatisme psychique, qui est dévoilé à travers plusieurs signes cliniques tels que, sa réaction d'agitation et d'effroi qui se qualifie d'inadapté face à la scène traumatique, ainsi que les émotions qui lui étaient attachées, il est aussi envahi par les reviviscences, qui la pose a développé des conduites d'évitement, à cette symptomatologie s'ajoute la réactivation neurovégétative, et une symptomatologie dépressive pour compléter le tableau clinique du syndrome psychotraumatique.

1.4 Présentation et analyse des données du Traumaq

Monsieur A, lorsqu'il était victime d'accident, il s'est blessé à la jambe gauche, il aura 5 mois d'arrêts de travail (Interruption temporaire de Travail ITT) en raison de ses blessures, le sujet avait vécu plusieurs événements auparavant, mais moins importants que cet accident, lors de la passation du questionnaire, le cas A souriant et communicatif, accepte de participer à notre recherche et répond à nos interrogations clairement et son discours était logique et cohérent.

1.4.1 Première partie : Les réactions immédiates et les troubles psychotraumatiques

Échelles	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total
Notes brutes	20	12	11	15	14	8	1	10	8	6	104
Notes étalonnées	4	5	4	5	4	4	2	3	3	4	4

Tableau N°5 : Tableau récapitulatif des résultats du traumaq du cas A

Il entame le questionnaire, en répondant aux questions de l'échelle A à laquelle, il obtient une note brute de 20 étalonnée de 4 « pendant l'événement », exprimant par là, sa rencontre avec le réel de la mort vécue avec une très forte intensité de frayeur et d'angoisse, où il avoue être senti dans un état second avec des manifestations physiologiques, telle que l'accélération des battements de cœur avec une augmentation de la tension, ayant l'ultime conviction de mourir et un ressenti d'être seul abandonné par les autres (items, A-1, A-2, A-3, A4, A6, A7).

Depuis l'évènement, les réponses de monsieur A, sont étalonnées de 5 et de 12, pour la note brute enregistrée à l'échelle B, qui signifie la présence du syndrome pathognomonique intense, qui se manifeste par les cauchemars répétitifs, et des difficultés d'en parler de l'évènement qui s'accompagne d'une très forte angoisse au moment des flashbacks. (**B1, B2, B3, B4**), ces réponses aux quatre échelles qui suivent sont étalonnées d'une note de **4**, pour les notes brutes suivantes (**C=11, E=14, F=8**), alors que l'étalonnage de 5 et pour la note brute de l'échelle **D=15**. En effet monsieur A présente un fort trouble de sommeil, et d'un état d'angoisse d'insécurité et des conduites d'évitement phobiques qualifiées de très fort (**items D3, D2, D3, D4, D5**), à l'hypervigilance et l'hypersensibilité et l'irritabilité (**item E1, E2, E3**) qui sont d'une très forte intensité.

Quant aux réactions psychosomatiques et physiques présentées telles que les palpitations, tremblements et difficulté respiratoire, ainsi qu'une variation du poids remarquée par sa perte de poids qui diminue à vue d'œil (**item F1, F2**), et qui représente une très forte intensité. Cependant, aucun trouble addictifs n'est à signaler, de même pour les troubles cognitifs où la note brute de l'échelle **G** est de 1, étalonnée de **2** ne fait remarquer qu'une faible difficulté à se concentrer (**item G1**) sans perte de mémoire ou difficulté d'attention.

L'échelle **H** a la note brute de **10** et **I** a celle de **8**, ces deux échelles sont toutes deux étalonnées d'une note de **3** ; rapportant une forte intensité des troubles dépressifs chez le cas A, qui est souvent manifestée par un manque d'énergie et d'enthousiasme et d'humeur triste, des crises de larmes viennent accompagner son quotidien depuis son accident (**H1, H4**), ainsi qu'une colère violente et de la haine sur ce qui s'est passé, il est clair que monsieur A éprouve un sentiment de culpabilité sur la survenu de son accident, et ne supporte plus les changements de sa vie, ce qui peut être constaté à travers les réponses de l'échelle I (**items I1, I5, I6**). À l'échelle J on a enregistré une note brute de **6** étalonnée de **4** qui est élevée, le sujet nous a avoué qu'après l'accident, il avait cessé de voir ses amis de la même fréquence qu'auparavant et il avait rompu des relations avec quelques proches, il ressent qu'il est incompris par ces proches, il se sent malgré leur soutien, abandonné.

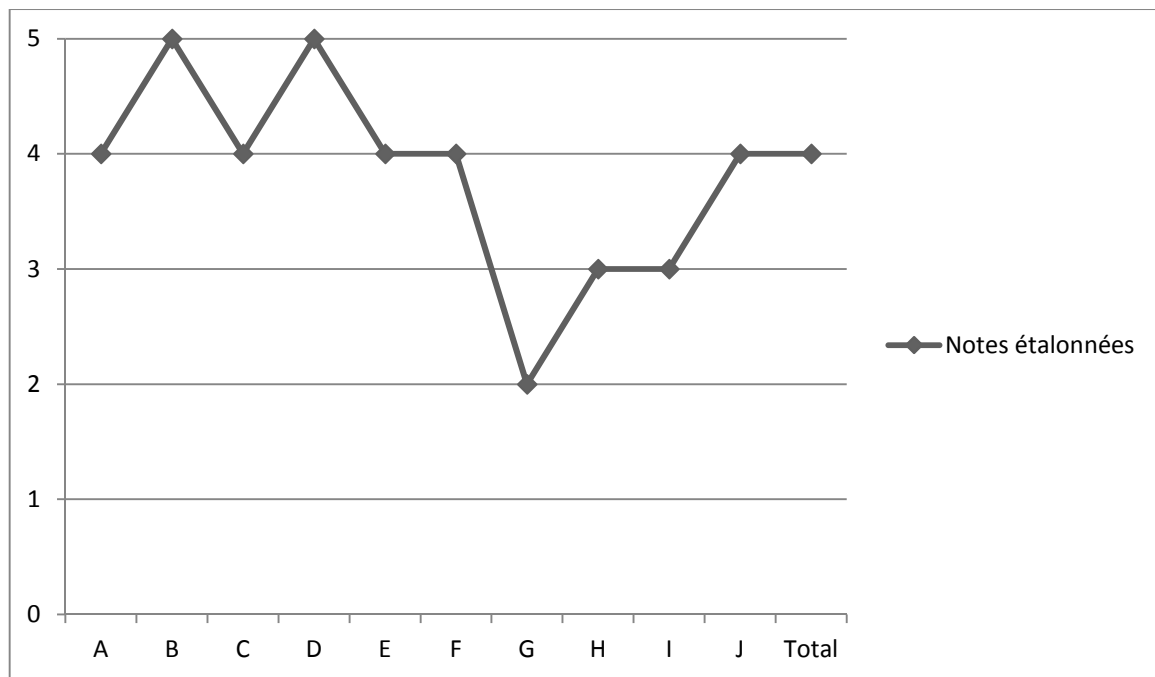


Figure 1 : Représentation graphique du profil cas A : syndrome psycho traumatique intense

Cette figure nous montre une représentation spécifique du profil cas A, comme son titre l'indique ce graphe met en évidence un **syndrome psychotraumatique intense**, par la note brute totale de **104** illustrée déjà dans le tableau précédent, elle est très élevée et étalonnée de **4** qui est selon le tableau de conversation de la note brute totale en note étalonnée et en niveau d'intensité du manuel Traumaq, est classé dans la deuxième classe qui correspond, au traumatisme intense.

1.4.2 Deuxième partie : Délai d'apparition et durée des troubles

Les signes traumatiques sont apparus immédiatement après l'événement et dure jusqu'à ce jour : les souvenirs, les images reproduisant l'événement, et les crises d'angoisse et d'anxiété, qui sont accompagnées de sentiments de honte ou de culpabilité sont toujours d'actualité, pour les troubles du sommeil et l'isolement social, ils se manifestent depuis le jour de l'accident, mais cesse après 45 jours. Seuls les troubles addictifs et les difficultés de concentration ainsi que les envies de suicide n'ont pas surgi.

1.4.3 Synthèse des données du Traumaq

Monsieur A présente un syndrome psychotraumatique intense, par la note brute totale 104 étalonnée de 4, ce cas présente des fortes réactions immédiates, physiques et psychiques pendant l'accident échelle A, et une note maximale à l'échelle **B** et **D** étalonnée de **5** qui signifie une très forte présence des troubles du sommeil échelle C, et un syndrome de répétition, avec un trouble

anxieux et un état d'insécurité et des évitements phobiques, avec un état d'insécurité qualifié de fortes **échelles D**, et des réactions psychosomatiques, physiques et les troubles addictifs échelle F, ainsi que les troubles dépressifs à **l'échelle H**.

1.5 Synthèse du cas A

En constatant l'installation progressive du traumatisme psychique par l'existence du syndrome de répétition et l'altération de la personnalité par le blocage des fonctions de filtration qui se manifeste par l'incapacité du sujet à différencier les stimuli anodins des stimuli dangereux, ce qui provoque l'adoption d'un état d'alerte permanent avec tous les troubles qui peuvent l'accompagner, exemple des troubles du sommeil et des conduites d'évitement, et les symptômes dits « non spécifiques » tels anxiété, phobies et troubles des conduites irritabilité, et ça, en se basant sur L, Crocq,(2000).

Avec un **score brut de 105** qui est étalonné par une **note de 4**, et qui permet une évaluation clinique de celle d'un traumatisme intense, caractérisé par la note étalonnée de **5 aux échelles B, D** et d'une **note étalonnée de 4** pour les **échelles A, C et E, F, J**, qui révèle de très fortes réactions telles que la peur de mourir, troubles de sommeil et les cauchemars, comportement d'évitement, anxiété, irritabilité, perte de contrôle de soi, réviviscences, des réactions physiques telles que : les palpitations, sueurs ; ainsi, le sujet A ressent qu'il est incompris par les autres, et il est submergé par le sentiment d'abondant, sans pour autant avoir des idées suicidaires et chercher à s'isoler.

2. Cas de monsieur B

2.1 Présentation du cas B

Monsieur B âgé de 42 ans, atteint un niveau d'instruction de deuxième année secondaire et père de deux filles, gardien d'une école primaire. Il y a 6 ans, il a été victime d'un accident de travail au niveau d'un chantier, où il a subi une chute libre d'un étage, son accident est survenu en octobre 2009, cet accident lui a laissé une séquelle ; une tuméfaction de la jambe droite au niveau du talon qui le déforme, son état de santé s'est dégradé en raison des blessures qu'il présente au niveau de la jambe. À l'aide d'un étudiant qui nous a servi comme intermédiaire entre nous et l'accidenté, on a pris un rendez-vous avec la victime au niveau de sa demeure familiale, où s'est déroulée notre entretien.

2.2 Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi-directif

Nous avons constaté chez le cas B qu'il est timide, fuit du regard, fait un recours à l'expression du corps par la gestuelle et les mimiques, calme et souriant, vigilant et collaborant dans l'entretien, Il répondait avec des phrases très courtes qui traduisent une inhibition et une rigidité. Cependant, ce drame a engendré chez lui un choc, du fait de son accident.

L'analyse du contenu de l'entretien avec le cas B nous a permis, de détecter l'absence apparente de toutes pathologies psychique ou somatique avant son accident, ce qui nous a facilité par la suite de repérer l'existence ou pas, d'une pathologie générée par cet accident, notre sujet de recherche nous a donné de courtes réponses sur ces pratiques de loisirs, ce qui qualifia son état psychique de « *normale comme tous les gens* », comme il a dit.

On remarque qu'au moment de l'accident la réaction de monsieur B se qualifie de stress dépassé, exprimé par le comportement d'automate qui est selon L. Crocq, (2007) un mode de réaction immédiate inadaptée, ou le sujet semble avoir un comportement normal : ils obéissent aux ordres ; sans bousculade ni panique, mais leurs gestes sont saccadés, répétitifs et inutiles, et c'est ce qui convient aux propos de la victime : « ghlighd 3agdagh, après yousad ghorri chef de chantier yaboyi el bureau iy chaudiyi adariw, quimagh akken yiwin wass ur rohegh aretbib ». « je suis tombé puis j'ai crié, après le chef de chantier ma donnée les premiers soins dans son bureau, j'ai resté une journée sans faire la visite d'un médecin » Ainsi, on détermine que ce cas est complètement inondé, par le sentiment qu'il allait mourir, qui est exprimé par les dires suivants : « imir ni nwich motaghe dayen » « à ce moment j'ai cru que je vais mourir » qui le conduit après à un état second ou monsieur B perd le fil de contact avec la réalité, qui est illustré par ses propos : « ur a3limagh ara andallgh », « je me rend pas de compte au je me suis » cependant il est nécessaire de signaler la rencontre du sujet avec le réel de la mort et la fin de l'illusion d'immortalité, ainsi qu'une désorientation et une perte de repères.

Monsieur B pendant toute la nuit de l'accident, se trouvait réduite à une phase animale, où il ne se percevait plus comme être humain, et perd toute notion d'humanité, une défaillance narcissique conduit le cas dans cette démentions déshumanisante, désobjectivante, et une atteinte de l'image de soi, c'est ce qui explique ses propos : « ur hossagh ara del3abd alami dazaka ni, imir llighe del hayawan », « je me suis pas sentie comme un être humain, jusqu'au lendemain, avant j'étais comme un animal » et ce qui complexifie cette situation c'est le vécu d'abandon où le sujet n'a pas pu intégrer dans son psychisme ce ressenti, car il n'a pas reçu les soins pour ses blessures

physiques, ni un soutien psychologique, ce qui favorise l'émergence des sentiments de détresses, d'horreur et d'impuissances, repérées à travers les verbalisations suivantes : « hossagh imaniw, dawhid, damezyan ». « j'ai senti seule, abandonnée, et petit »

L'expérience de néantisation, a entraîné monsieur B dans une série de symptômes, ou le cas et obnubilé par le souvenir de l'événement qui provoque chez lui un sentiment de détresse, cette fixation aux images traumatiques correspond au **critère B1** du **DSM IV**, à noter l'expansion de ses critères **C1-2**, concernent l'évitement des stimuli évocateurs, à cette occasion notre cas nous a informé qu'il éprouvait une crainte de se rendre sur les lieux de l'accident, et de même pour les situations qui lui font rappeler son accident en disant : « tivitiyagh ak ayen yes3an l3alaqa dlaccident ni », « j'évite tout chose qui a un rapport avec cette accident » le sujet qualifie son environnement d'insécurisant se qui le rend plus méfiant qu'auparavant et très vigilant, on a pu repéré ça à travers ses propos suivants : « thadaragh imaniw mlih , même imara dsobagh deg lcar tsoboghde ghaf oder ni isehen aken ». « je suis très vigilant, même quand je descends dans le bus je m'appuis sur la jambe qui est sain »

Cela nous amène à considérer un blocage des fonctions de filtration, puis nous retrouvons le blocage des fonctions de présence qui se traduit par la perte d'intérêt pour les activités antérieurement motivantes, ou ses loisirs ne procure pas son enthousiasme comme avant l'accident, et des sensations de fatigue et d'épuisements, ainsi que des crises de larmes qui règnent sur l'expression faciale, pour donner une appétence à un épisode dépressif, qui isole le cas de contact avec les autres, ce qui permet le blocage des fonctions libidinales qui fait qu'après le traumatisme, le sujet se sent dans l'incapacité de renouer des relations avec autrui et de les aimer car il s'est senti abandonné par les autres lors du traumatisme, et cela on se référant sur L, Crocq, (2000), et pour donnée une vignette clinique sur ce que nous avons évoqué, les phrases suivantes de monsieur B le confirme : « wlache leplisire am ossen i3eddan, 3ayogh mlih machi amezikh ni », « il n'y a pas de plaisir comme avant, je me fatigue trop ce n'est pas comme avant » il ajoute aussi : « tawden iyid imetawen ghaf l'accident, tura jebdagh imaniw mlih ghaf medden », « j'ai des crises de larmes à-propos de mon accident, maintenant je suis très méfiant envers les gens » donc le sujet présente un retrait social et une symptomatologie dépressive.

2.3 Synthèse de l'entretien clinique semi-directif

D'après l'entretien clinique qu'on a effectué avec le cas B, nous avons constaté qu'il présente un traumatisme psychique, qui se manifeste par sa réaction immédiate inadaptée et après l'accident le

cas B développent, des comportements d'évitement suite à un syndrome de répétitions, et un trouble dépressif qui l'entraînent dans l'incapacité d'investir l'autre.

2.4 Présentation et analyse des données du Traumaq

Monsieur B, répond au questionnaire le jour même de l'entretien, il mentionne qu'il avait interrompu son travail depuis un mois en raison de ses blessures (Interruption temporaire de Travail ITT), et qu'il n'avait jamais vécu d'événement marquant auparavant, lors de la passation du questionnaire, le cas B insiste sur l'anonymat ; le secret de son identité et de ses réponses aux questions du test.

2.4.1 Première partie : Les réactions immédiates et les troubles psychotraumatique

Échelles	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total
Notes brutes	19	2	0	9	7	5	2	9	8	6	67
Notes étalonnées	4	1	1	3	3	3	2	3	3	4	3

Tableau N°6 : Tableau récapitulatif des résultats du trauma du cas B

Monsieur B obtient une note brute de **19** et étalonnée d'une note de **4** à l'échelle **A**, qui englobe les réactions physiques et psychiques pendant l'évènement, manifestant par une très forte frayeur et angoisse qui le projette dans un état second, qui est accompagné d'intense manifestation physique (tremblement, suee et accélérations des battements de cœur), d'impression de mourir et d'un très fort sentiment d'abandon par les autres, avec un vécu d'impuissance.

Depuis l'évènement, ses réponses aux deux échelles **B** et **C** sont étalonnées de **1**, en effet, le cas **B** ne présente pas de symptômes pathognomoniques, à l'exception de **B1** qui signale de forts souvenirs reproduisant l'évènement s'imposant au sujet, on remarque aussi l'absence des troubles de sommeil.

Les échelles **D**, **E**, **F** et **H**, **I** sont majoritairement étalonnées par une note de **3**, pour l'échelle **D**, il résulte d'une note brute de **9**, qui révèle une très forte conduite d'évitement soit des lieux ou des situations qui évoquent l'accident, et un état d'insécurité très fort sans la présence d'anxiété, et des crises d'angoisse, monsieur B est devenu plus méfiant qu'auparavant, il souffre d'une forte manifestation d'irritabilité avec des crises de nerfs ce qui traduit la note brute de **7** à l'échelle **E**.

Alors que la note brute **5** à l'échelle **F**, représente une faible symptomatologie en matière de réactions physiologiques lors d'exposition à des situations qui rappellent l'évènement, le cas B ne présente aucun signe de détérioration de santé physique, mais il a enregistré une très forte consommation de certaines substances, a l'échelle **H** avec une note brute de **9** révèle chez monsieur B une forte intensité de manque d'énergie suivi d'impression de lassitude, d'épuisement et des crises de larmes, qui lui infligent un très fort sentiment de culpabilité et l'impression de ne plus être comme avant, pour l'échelle **G** la note brute **2** correspond aussi, à la note étalonnée de **2** signalant une faible présence de troubles cognitifs.

L'échelle **J** à la note brute de **6** étalonnée de **4**, ce qui nous permet de nous rendre compte de la qualité de vie, de monsieur B ; en effet, une fois l'évènement passé, le cas B ne tenait plus à rencontrer ses amis avec la même fréquence qu'avant son accident et s'isole de plus en plus, car il ressent qu'il est incompris et abandonné par les autres, malgré le soutien qu'il a trouvé auprès de ses proches, monsieur B n'éprouve plus le même plaisir à faire des loisirs qu'auparavant, mais se sent concerné par les événements qui touchent son entourage.

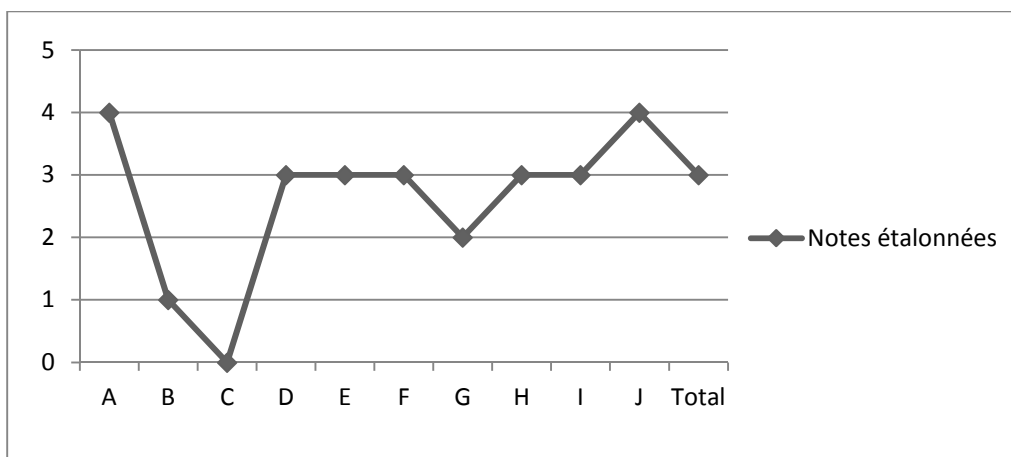


Figure 2 : Représentation graphique du profil cas B : syndrome psycho traumatique moyenne.

Nous observons à travers ce graphe une illustration du profil du cas B, qui présente **un syndrome psychotraumatique moyen**, enregistré par l'obtention d'une note totale étalonnée de **3** qui est classé dans la troisième classe qui correspond, au traumatisme moyen, selon le tableau de conversation de la note brute totale en note étalonnée et en niveau d'intensité du manuel Traumaq.

2.4.2 Deuxième partie : Délai d'apparition et durée des troubles

Nous constatons d'après les résultats obtenus par le questionnaire trauma que l'évènement qu'est l'accident de monsieur B, a entraîné chez lui, des réactions immédiates qui apparaissent le jour

même de l'accident, mais d'autres ne sont apparues qu'après une semaine de l'événement. Quand à la durée de ces réactions qui s'intensifient à des périodes, elle diffère, entre le premier mois et qui cesse après le deuxième mois, alors qu'il y a des réactions qui persistent dans le temps, et ce changement est soumis à l'état psychique et physique de la victime.

2.4.3 Synthèse des données du Traumaq

Monsieur B présente un syndrome psychotraumatique moyen, par la note brute totale **67** étalonnée de **3**, qui présente des très fortes réactions immédiates, physiques et psychiques et une note très élevée à l'**échelle J**, qui traduit une très forte diminution de la qualité de vie du sujet, avec un état d'insécurité, et des conduites d'évitement phobiques à l'**échelle D**, et une réactivation neurovégétative avec irritabilité **échelle E**, ainsi que la présence des réactions psychosomatiques à l'**échelle F** et des troubles dépressifs **échelle H**.

2.5 Synthèse du cas B

Enfin, à la lumière de la présente analyse, les résultats de monsieur B à l'entretien clinique de recherche, et au questionnaire traumaq nous arrivons à dire que le cas B, souffre d'un syndrome psychotraumatique moyen, détecté par la présence d'un vécu d'impuissance et d'horreur face au réel de la mort, ce qui relève de **critères A1, A2 de DSM IV**, et qui révèle la manifestation de réactions psychosomatiques, comportement d'évitement, et perte d'intérêt pour certaines activités ce qui valide les **critères C1, C2, C4 de DSM IV**, et aussi la présence des font une note brute de **67** qui est étalonnée de **3** et qui correspond à un traumatisme moyen, caractérisé par un étalonnage fort aux **échelles A et J** à travers la note **4** et un étalonnage moyen pour les **échelles D, E, F, H, I**, dont une note étalonnée de **3**, ce qui marque la présence d'un vécu d'impuissance et d'horreur face au réel de la mort, ce qui relève des **critères A1, A2 de DSM IV**, et qui révèle la manifestation de réactions psychosomatiques, comportement d'évitement, et perte d'intérêt pour certaines activités ce qui valide les **critères C1, C2, C4 de DSM IV**, et une réactivation neurovégétative avec irritabilité **échelle E**, avec une forte diminution de la qualité de vie du sujet **échelle J**, et des troubles dépressifs **échelle H**, qui le conduit à une tendance à s'isoler et à se culpabiliser, et qui apparaissent après son accident et durent jusqu'à aujourd'hui depuis déjà 6 ans.

3. Cas de monsieur C

3.1 Présentation du cas C

Monsieur C a 44 ans, acquit le niveau d'instruction de quatrième année moyenne et père de deux filles et un garçon, maçon et coffreur, il a été victime d'accident de travail au niveau d'un chantier, où il a fait une chute libre d'un échafaudage de 3m de hauteur, et cet accident remonte à deux ans, c'est-à-dire qu'il est survenu en novembre 2013, cet accident passe sans séquelles à signaler. L'accidenté on le connaît à titre privé, c'est ce qui nous a permis de programmer un rendez-vous avec lui, au niveau de sa demeure familiale où s'est déroulé notre entretien.

3.2 Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi-directif

Avant d'entamer l'entretien, nous avons remarqué que monsieur C semblait être pressé d'en finir tout en s'excusant d'avoir des engagements. Face à cette attitude de fuite en avant, il nous a été au préalable évident de lui introduire une discussion afin d'assurer sa participation et de gagner sa confiance, après cela, certes qu'il s'est montré de bonne humeur, mais on souligne qu'il était aussi bref dans ses réponses qui sont suivies par des moments de silence, et ce qui est plus remarquable à ajouter dans ce sens, c'est le recour à l'inhibition avec une tendance de refus, ce qui signe l'évitement du conflit et la rigidité de l'expression.

L'analyse du contenu de cet entretien permet d'abord de tracer certains traits et de les suivre, à travers le premier axe on a pu remarquer, que monsieur C ne souffre d'aucune maladie somatique à contrariant, il présente des troubles anxieux, et il le révèle en disant : « tqeliqagh mlih ! mlih ! », « je suis quelqu'un de très anxieux » mais il s'épanouit par ses pratiques de loisir comme faire l'apiculteur. Il éprouvait auparavant des obsessions d'être comme victime d'accident, car il a déjà vécu des événements terrifiants comme cet accident, monsieur C s'est exprimé en disant : « achhel les accidents ikhedmaghe am tiguï » « combien d'accident que j'ai fait comme celle là ».

On a constaté que monsieur C souffre d'une culpabilité sous-jacente, qui s'est manifestée par un pré-sentiment de tomber de l'échafaudage que la victime exprime par les propos suivants : « 3almagh addeghlig, nighass goliw iwacho ara zegragh ar dihin loken addeghlighe, hop ghlighde », « j'ai l'intuition que tombe, et je me dit pourquoi je doit passé a ce couté si je tombe, Hop j'ai tombé » lors de sa chute il a essayé de s'accrocher des madriers, mais sans intérêt, ce qui signifie son état d'éveil et la prise de conscience et sa réaction adaptée, mais on arrivant sur le sol monsieur C a complètement changé d'attitude en adoptant un profil de réaction inadaptée, qui s'est manifesté par

des hurlements suivit des craintes intenses d'avoir des hémorragies internes, et une sensation de vivre un temps figé, qui relève des signes de dissociation péri traumatique selon Marmar (1997) .

Monsieur C s'est bien vu mourir, c'est ce qui le conduit à faire ses dernières prières pour finir par ça, c'est le recours aux religieux, il a été submergé par l'angoisse, donc le sujet traduit sa rencontre manquée avec la mort par cette réaction que L. Crocq (2007) qualifie d'agitation stérile, ou il précipite l'arrivée de la protection civile pour l'évacuer, monsieur C illustre sa en disant : « imi idebdagh alqaa, t3aguidagh dobzegh ogadagh l'hémorragie achco ulache kra idevanene, chahdagh en cas motagh », « quand j'ai arrivé sur terre, j'ai crié et j'ai craint d'avoir une hémorragie car il n'y a pas de signes, et j'ai fait mes prières on cas je meure » cependant en s'étayant au **DSM IV**, le sujet répond aux **critères A1 et A2**.

Après l'accident monsieur C souffre de certains symptômes, tels que les révisions qui persistent avec différents degrés d'intensité et l'impression soudaine comme si l'événement traumatique allait se reproduire, ce qui le pousse à des tremblements et des sensations d'avoir de la chair de poule, qui nous oriente aux **critères B3 et B5 du DSM IV**, le sujet l'exprimait en disant : « ima aradmektigh l'accident, tcho3bonagh tar3i3ichagh », « quand je rappelle l'accident, je tremble » puis s'ajoute d'autres symptômes tels que l'évitement des endroits qui éveillent ses souvenirs traumatiques, mais à une faible fréquence, on a constaté ça à partir des propos suivants : « tivitiyaghe chwiya imedqan ni ma3na obligé ad yekhdem umdene », « j'évite les ses lieu, mais l'homme est obligé de travaillé » et on fait allusion aux **critères C2 de DSM IV**, et que pour O. Fenichel en 1945 les qualifie de blocage des fonctions de filtration, qui se manifeste par l'incapacité du sujet à différencier les stimuli anodins des stimuli dangereux, ce qui explique les conduites d'évitement.

À cela s'ajoute l'attitude d'hypervigilance vis-à-vis plusieurs activités, suivie des réactions de sursaut qui traduisent une activation neurovégétative mentionnée au **DSM IV** par **D4** et **D5**, mais sans pour autant de voir son avenir bouché ou ses qualités de travail se dégrader.

3.3 Synthèse de l'entretien clinique semi-directif

L'entretien clinique avec monsieur C, aboutit au résultat, que l'accident était éventuellement un traumatisme psychique pour le cas, par les symptômes psychotraumatiques tels que ses réactions immédiates inadaptées, mais aussi l'existence d'un syndrome pathognomonique et le recourt aux conduites d'évitement, ainsi que les symptômes neurovégétatifs comme l'hypervigilance.

3.4 Présentation et analyse des données du Traumaq

Monsieur C, répond au questionnaire le jour même de l'entretien, il mentionne qu'il avait interrompu son travail depuis un mois en raison de ses blessures (Interruption temporaire de Travail, ITT), mais il avait déjà vécu un événement auparavant qui le profondément marqué, ou monsieur C a failli perdre son poigné gauche par une machine qui date du premier mai 2008, lors de la passation du questionnaire, le cas C insiste sur l'anonymat ; le secret de son identité et de ses réponses aux questions du test.

3.4.1 Première partie : Les réactions immédiates et les troubles psychotraumatique

Échelles	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total
Notes brutes	16	5	2	10	10	2	3	5	6	2	61
Notes étalonnées	3	2	2	4	4	2	3	3	3	3	3

Tableau N°7 : Tableau récapitulatif des résultats du trauma du cas C

Durant l'accident, monsieur C a enregistré la note brute **16** étalonnée de **3** sur l'échelle **A**, il a eu la conviction qu'il allait mourir en raison de la violence de l'événement, et il a réagi face à sa chute par des hurlements (**item A6**), le sujet a eu extrêmement peur, ce qui traduit le score élevé étalonnée de **3** (**item A1**), paralysé par des réactions physiologiques massives (**item A4 et A5**), sa surprise par l'accident le submerge par une forte angoisse qui fait ressurgir un sentiment d'impuissance (**item A2 et A8**).

Depuis l'accident, monsieur C a un niveau faible de reviviscences et il y a d'absence de cauchemars, mais il est envahi par des difficultés d'en parler de l'accident, car il est angoissé dès qu'il évoque la scène traumatique (**B3et B4**), pour les items de l'échelle **C** il n'a aucun trouble de sommeil, à l'exception de la fatigue ressentit au réveil (**item C5**).

En revanche, monsieur C s'estime devenu anxieux avec des crises d'angoisse dans un état permanent d'insécurité et d'hypervigilance avec une très forte méfiance, car il a des difficultés à maîtriser ses crises de nerfs (**items D1- D2-D3, et E1-E2-E4**), il sursaute au moindre bruit contrairement auparavant, à l'échelle **F** notre sujet obtient la note étalonnée de **2** qui représente une légère manifestation, mais avec le qualificatif de fort à (**item F5**), il fait signaler une appétence pour les conduites additives.

Monsieur C trouve des difficultés à se concentrer et à mobiliser son attention au travail et présente certains troubles cognitifs (**item G1 et G2**), il manifeste chez lui quelques signes dépressifs légers tels que le manque d'enthousiasme et d'épuisement, marqués par une humeur triste et des crises de larmes avec une légère tendance à s'isoler et à refuser les contacts, ce qui est constaté à **l'échelle H (item H2-H3 et H5-H8)**, avec une note brute de **6** étalonnée sur **3** à **l'échelle I**, il y figure un fort sentiment de responsabilité sur la façon dont l'accident s'est déroulé, et s'est ce qu'implique le ressenti de culpabilité étayé d'une légère colère vis-à-vis de soi et d'événements (**item I1-I2 et I5-I6**), cependant à **l'échelle J**, la qualité de vie de monsieur C semble non affectée, il ne ressent ni honte ni abandonnée par les autres.

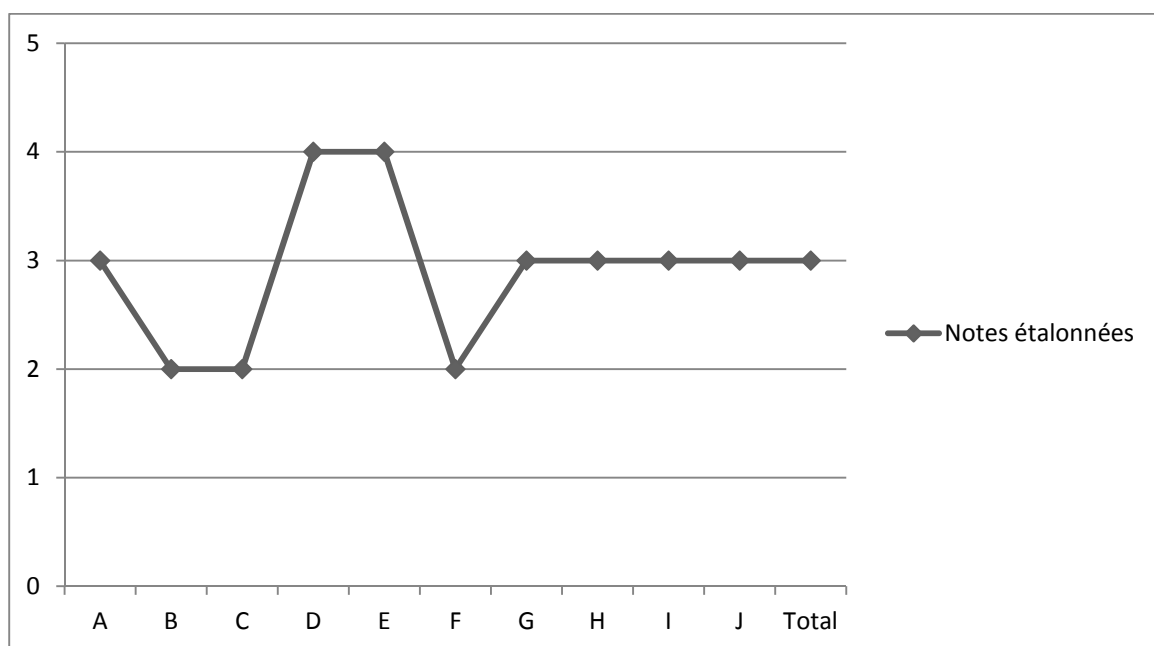


Figure 3 : Représentation graphique du profil cas C : syndrome psycho traumatique moyen

Cette illustration graphique, montre la présentation graphique du profil du cas C, une note totale étalonnée de **3** représente selon le tableau de conversion de la note brute totale en note étalonnée et en niveau d'intensité du manuel Traumaq, un **syndrome psychotraumatique moyen** qui est classé dans la troisième classe qui correspond, au traumatisme moyen.

3.4.2 Deuxième partie : Délai d'apparition et durée des troubles

D'après les résultats recueillis par le questionnaire trauma nous avons consigné, que monsieur C a réagir face à son accident par une activité symptomatique, qui apparait pratiquement entre le premier jour et le troisième jour après l'accident, et qui persiste dans le temps actuel du sujet, tels les troubles

anxieux et les conduites d'évitement et aussi les troubles cognitifs, mais aussi d'autres comme les symptômes pathognomoniques de répétition au bout de deux mois disparaissent chez notre sujet.

3.4.3 Synthèse des données du Traumaq

Monsieur C présente un syndrome psychotraumatique moyen, par la note brute totale 61 étalonnée de 3, avec une présence d'une très forte réaction immédiate, physique et psychique et une note très élevée ou deux **échelles D** et **E** qui traduit une très forte anxiété avec un état d'insécurité, et des conduites d'évitement phobiques, et une réactivation neurovégétative avec irritabilité **échelle E**, et des troubles cognitifs **échelle G**.

3.5 Synthèse du cas C

Enfin après l'analyse de l'entretien clinique et du questionnaire le trauma, il convient de dire que monsieur C, souffre d'un traumatisme psychique moyen, repéré par sa réaction inadaptée face à son accident, et par la présence du syndrome de répétition et un état anxieux qui sévit, ainsi que la manifestation des troubles cognitifs et l'évitement phobique, qui montre l'installation progressive de la pathologie traumatique.

4. Cas de monsieur D

4.1 Présentation du cas D

Monsieur D a 48 ans, a le niveau d'instruction de sixième année primaire et père de deux filles et un garçon, conducteur de pompe à béton, il a été victime d'un accident de travail au niveau d'un chantier, où monsieur D a subi une très grande charge électrique, qui lui a coûté l'amputation de la jambe droite, ainsi que des brûlures au niveau des poignés et des orteils, il est admis à l'EPH de Azazga le jour même de l'accident qui date du 18 mars 2015, au niveau du service de chirurgie générale où s'est déroulée notre entretien, au le cas D à un mois et demi d'hospitalisation après son accident.

4.2 Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi-directif

L'entretien avec Monsieur D, s'est déroulé au bord de son lit, au niveau de l'hôpital d'Azazga, à noter qu'au cours de l'entretien, nous avons constaté une euphorie de la part de ce sujet qui s'est exprimé par des sourires exagérés et son recours aux rigolades, sachant que la victime souffre d'une

détérioration générale de son état physique, cette euphorie qui est en fait une défense maniaque qui masque une grande frustration et une profonde détresse.

Selon k. Abraham (1998), « *l'euphorie chez les mutilés permet de penser qu'au niveau imaginaire, la tolérance que les mutilés manifestent à l'égard de leur mutilation était due au sentiment de s'être acquittés d'une dette envers la mort ou la menace de castration* », monsieur D déplorait le fait de n'avoir pas bénéficié d'un statut de victime et de n'avoir pas été un salarié assuré, pour revendiquer ses droits. Le problème de la victimisation secondaire aggrave les blessures psychiques, parfois plus importantes que les blessures physiques.

L'analyse du contenu révèle d'abord, que monsieur D ne souffrait d'aucunes maladies somatiques ni pathologie psychique, il signale que son parcours semblait être malheureux par la pauvreté dont il souffre, mais ses dires nous dévoile son recours à l'idéalisation du père, et de ce vécu par une attitude mégalomane et ses mots suivants le confirme « dilhife igderabane ur dekiragh ara derbah, irebayagh baba nezmar il hife », « c'est la misère qui nous a élevée ce n'est pas fortunée, mon père nous a éduqué on peut affronter la misère » selon Freud le sujet s'identifie à un père idéal alors une intériorisation d'image idéale du père lui procure un courage morbide pour affronter les malheurs de la vie quotidienne.

Au moment de l'accident monsieur D a réagi face à cette électrocution à travers deux moments, le premier en se référant à F Lebigot (2001), et qui s'est manifesté par la perte de connaissance du sujet qui traduit ce mécanisme de défense que le sujet met en œuvre pour se protéger des effets de l'effraction traumatique suite à cette situation insoutenable, car monsieur D est dans l'incapacité d'affronter le réel de la mort.

Un deuxième moment qui est marqué par le réveil brutal du sujet, par une très forte sensation du tremblement provoqué par l'électricité qui envahit son corps, et qui le conduit à pousser l'échelle accrochée, de sa jambe au fil électrique pour se libérer de cette charge électrique, à ce moment ce qui est intéressant c'est le côté saisissant du moment de l'effroi suite au face-à-face avec la mort, le cas D a témoigné d'un complet silence perte d'émotion et absence d'angoisse qui passe à ses propres yeux pour une manifestation de courage, avec arrêt de la pensée .

Nous savons que Freud pensait que l'angoisse pouvait faire barrage à l'effraction traumatique, d'où l'importance qu'il accordait à l'effet de surprise, C'est ce qu'on a constaté dans les expressions suivantes « imi iyedewat sar3agh après holfagh tzelzilaghe 3ada okighd après tab3aghde tselomte ni iyecrochine deg odariw, chehdagh, ...dilmoment ni orhelfagh sekhra olach ghafayen tkhemimeghe

urogadagh ara. ». « quand j'été touché par l'électricité j'ai perdu connaissances, après j'ai senti un tremblement dans mon corps je me suis libéré de l'échelle qui s'est accrochée à ma jambe, j'ai fait mes prières, à ce moment je n'est senti rien ni pensée ni peur »

Après l'accident monsieur D souffrait de cauchemars terrifiants qu'il qualifie de celle des dessins animés, ce qui montre aussi une régression et un refuge du cas a travers les dessins animés, en disant « am les cauchemars ni llimiki. » « comme les cauchemars des dessins animée », ce qui figure selon Freud la compulsion a la répétition et une sur dominance des pulsions de mort qui exclut l'activité du principe de plaisir, et pour Fenichel, il considère que ces manifestations de répétitions sont des « essais de décharges différées », c'est-à-dire qu'ils ont un rôle actif de tentative de guérison.

Ces rêves répétitifs correspondent aux **critères B2** du **DSM IV**, mais à ces rêves, viennent s'ajouter très vite d'autres symptômes tels que l'asthénie physique et psychique, ainsi que des troubles du sommeil qui se manifestent le plus souvent par des difficultés d'endormissement, et des réveils nocturnes fréquents, qui replongent le sujet dans un état d'anxiété et de la perte de sécurité et enfin de l'euphorie, ce tableau clinique qu'on a exposé correspond à celui donné par O. Fenichel (1997), où il décrit les symptômes des névroses traumatiques, par la présence de blocage et l'affaiblissement de certaines fonctions du moi, ainsi que les insomnies et les complications névrotiques secondaires.

Monsieur D a une bonne vision sur son avenir, il souhaite qu'il soit plus fleurissant qu'avant pour lui et ses enfants, car il a déjà souffert, mais il ne veut pas que ses enfants passent par son chemin miséreux, ce qui nous révèle une détresse et une certaine atteinte des assises narcissiques, il a pu envisager une carrière qu'il va poursuivre lorsqu'il sera guéri, celle de l'élevage bovins.

4.3 Synthèse de l'entretien clinique semi-directif

Pour monsieur D, l'accident était potentiellement un traumatisme psychique qui a apporté des modifications à sa personnalité, tels que l'état anxieux vis-à-vis différentes choses et le trouble du sommeil, sans oublier sa réaction d'effroi face à son accident qui se suit d'une effraction traumatique qui génère éventuellement le syndrome pathognomonique.

4.4 Présentation et analyse des données du Traumaq

Monsieur D, est victime d'accident de travail, la nature de l'événement se qualifie d'électrocution, l'accidenté présent comme séquelles actuelle la jambe droite amputée, avec des brulures de

différentes membres, il a un délai indéterminé d'arrêt de travail (Interruption temporaire de Travail ITT), avec une (Incapacité permanente partielle IPP), en raison de ses blessures, le sujet n'a jamais vécu d'évènement auparavant, los de la passation du questionnaire, monsieur D, était souriant et coopératif.

4.4.1 Première partie : Les réactions immédiates et les troubles psychotraumatiques

Échelles	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total
Notes brutes	6	3	9	7	4	6	2	9	3	2	51
Notes étalonnées	1	2	3	3	2	3	2	3	2	3	2

Tableau N°8 : Tableau récapitulatif des résultats du trauma du cas D

Monsieur D a enregistré la note brute **6** étalonnée d'une note de **1** à l'échelle **A**, qui représente une faible réaction physique et psychique pendant l'évènement, à l'exception des (**items A6 et A8**) qui présentent la note étalonnée de **3** qualifié de très forte, ou le sujet a eu la conviction de mourir et qui génèrent un très fort sentiment d'impuissante, et les repenses du cas D aux quarte échelles **B, E, et G, I** font la même note étalonnée de **2** ce qui traduit une légère symptomatologie psychotraumatique qui se manifeste, par des difficultés de parler de l'évènement avec des cauchemars (**tems B2- B3**), une très faible symptomatologie à l'échelle **E**, c'est-à-dire l'absence d'hypervigilance et des comportements agressifs, ainsi qu'un faible taux des troubles cognitifs tels que la mémoire et la concentration à échelle **G**, et l'absence de culpabilité et de honte à l'échelle **I**.

Quant aux échelles **C, D** et **F, H** et **J**, dont la note est étalonnée sur **3**, elles expriment l'augmentation des troubles du sommeil ou le sujet souffre de réveils nocturnes, et de l'impression de ne pas dormir (**items C3et C4 échelle C**), et pour l'échelle **D** (**items D2-D4**) qui reflète de fortes crises d'angoisse avec un état d'insécurité, une forte note est enregistrée pour les réactions psychosomatiques, physique et les troubles addictifs, comme la variation de poids et la détérioration de l'état physique général, ainsi que la consommation de certaines substances (**items F2-F3-F5**), cependant monsieur D présente quelque signes dépressifs à échelle **H**, comme le manque d'énergie et d'enthousiasme et la sensation de fatigue avec épuisement qui est souvent suivi des crises de larmes et un humeur triste (**items H2-H3-H4**), il ressent qu'il est incompris par les autres et aussi il a l'impression d'être moins concerné par les évènements qui touchent son entourage échelle **J** (**items J5 et J11**), ces impression non pas changé fondamentalement sa qualité de vie.

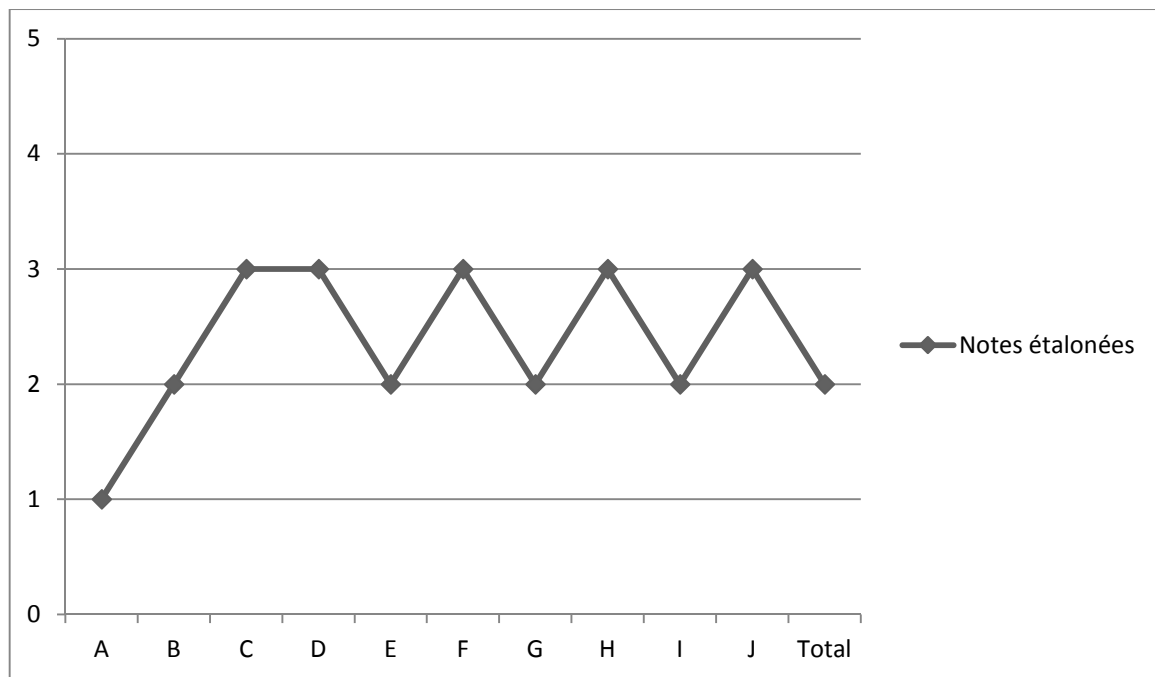


Figure 4 : Représentation graphique du profil cas D : syndrome psycho traumatique léger

Pour cette figure elle représente le profil du cas D sous forme d'un graphe, comme son titre l'indique, ce graphe met en évidence un **syndrome psychotraumatique léger**, par la note brute totale de **51** illustrée déjà dans le tableau précédent, étalonné de **2** qui est selon le tableau de conversation de la note brute totale en note étalonnée et en niveau d'intensité du manuel Traumaq, cette note est classée dans la deuxième classe qui correspond, au traumatisme léger.

4.4.2 Deuxième partie : Délai d'apparition et durée des troubles

D'après les résultats recueillis par le questionnaire trauma, nous avons consigné que monsieur D, a éprouvé des symptomatiques qui sont majoritaires manifestés immédiatement après l'accident, certains symptômes ils ont duré quelque semaines et se sont progressivement atténués pour disparaître tels que les flashes et les reviviscences, mais d'autres persistent à l'heure actuelle comme les troubles du sommeil et les troubles addictifs.

4.4.3 Synthèse des données du Traumaq

Monsieur D présente un syndrome psychotraumatique léger par la note brute totale **51** étalonnée de **2**, avec une présence des troubles du sommeil **échelle C**, avec un état d'insécurité qualifié de forte **échelle D**, et des réactions psychosomatiques, physiques et les troubles addictifs **échelle F**, ainsi que les troubles dépressifs à l'**échelle H**.

4.5 Synthèse du cas D

À partir des données obtenues à l'aide de l'entretien clinique et du questionnaire le Traumaq, on peut synthétiser et dire que le cas D présente un traumatisme psychique léger, et que monsieur D a vécu son accident sur le mode du trauma par sa réaction d'effroi, se qui signale l'infraction psychique qui est concrétisée par le tableau clinique du syndrome psychotraumatique.

II Discussion de l'hypothèse

Après l'analyse des entretiens clinique de recherche et du questionnaire le Traumaq, nous arriverons à la discussion de notre hypothèse présumée, qui viennent répondre aux questions de notre problématique, l'objectif de cette présente recherche, est de tenter d'expliquer l'existence et la manifestation du traumatisme psychique chez des victimes d'accident de travail.

En effet, à travers l'analyse de contenu des entretiens clinique de recherche, nous établirons une discussion de notre hypothèse en lumière des entretiens, pour pouvoir répondre au questionnement de notre problématique, en confirmant successivement notre hypothèse qui porte l'intitulé suivant : « **La confrontation physique à un accident de travail engendre un traumatisme psychique.** »

Les accidentés du travail souffrent du traumatisme psychique, d'après l'analyse du contenu de l'entretien, on peut dire que les accidentés du travail présentent une symptomatologie traumatique, qui se diffère d'un cas à un autre ce qui confirme donc notre hypothèse.

D'après l'entretien effectué avec le **cas A**, on a constaté qu'il présente un syndrome psychotraumatique, à travers sa réaction immédiate inadaptée face à l'accident, et le vécu d'effroi, ainsi que le flash dissociatif, et le syndrome de répétition, à qui s'ajoute la manifestation symptomatique neurovégétative, et ses conduites d'évitement, et les ruminations mentales qui traduit, une éventuelle atteinte des assises narcissiques du cas A.

Pour le **cas B**, on note l'existence d'un traumatisme psychique, qui est révélée par le contenu de l'entretien, ou monsieur B était complètement submergée par la surprise de l'accident, sans y avoir été préparé, qui a généré une effraction psychique et un échec du pare-excitation qui se manifeste par la réaction immédiate inadaptée, et après l'accident le cas B développent, des comportements

d'évitement suite à un syndrome de répétitions, et un trouble dépressif qui l'entraînent dans l'incapacité d'investir l'autre.

Passant au **cas C**, durant l'entretien nous avons constaté que l'accident du cas C, a été un traumatisme psychique qui est confirmé, par les manifestations suivantes : tels que ses réactions immédiates inadaptées, mais aussi l'existence d'un syndrome pathognomonique et le recoure aux conduites d'évitement, ainsi que les symptômes neurovégétatifs comme l'hypervigilance.

À présent, passant au **cas D**, l'accident était un traumatisme psychique qui a apporté des modifications à sa personnalité, tels que l'état anxieux vis-à-vis de différentes choses et le trouble du sommeil, sans oublier sa réaction d'effroi face a son accident qui se suit d'une effraction traumatique qui génèrent éventuellement le syndrome pathognomonique. Ce qui nous permet de confirmer la présence d'un syndrome psychotraumatique.

A travers une analyse de contenu du questionnaire le Traumaq, nous établirons une autre discussion de notre hypothèse de recherche, afin de la confirmé ou de l'infirmé.

Groupe de recherche	Note brute du trauma	Note étalonnée du trauma	Niveau d'intensité
Cas A	104	4	Traumatisme fort
Cas B	67	3	Traumatisme moyen
Cas C	61	3	Traumatisme moyen
Cas D	44	2	Traumatisme léger

Tableau N°9 : Tableau récapitulatif des résultats de la recherche

Après avoir accompli une passation individuelle du questionnaire Traumaq à notre groupe de recherche, nous avons obtenu après cotation les résultats illustrés dans ce tableau récapitulatif des résultats de la recherche, ce tableau est établi à partir de la conversion des notes brutes obtenues par les cas figurés dans le tableau, ces notes nous permet aussi de noter les remarques suivantes :

Pratiquement aucun score brut n'est répété quelque soit l'intensité du traumatisme, pour le cas A il obtient une note brute de **104** étalonnée de **4** qui traduit un traumatisme fort, et pour le cas B il

enregistre la note brute **67** étalonnée de **3** qualifie de traumatisme moyen, le cas C à une note brute de **61** qui est étalonnée de 3 signifie un traumatisme moyen, et en fin le cas D récolte une note brute **44** étalonnée de **2** qui exprime un traumatisme léger.

Le score le plus bas est de **44** est obtenu par le cas D, par opposition au score le plus élevé qui est **104** obtenus par le cas A.

Échelle	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total
Cas A	4	5	4	5	4	4	2	3	3	4	4
Cas B	4	1	1	3	3	3	2	3	3	4	3
Cas C	3	2	2	4	4	2	3	3	3	3	3
Cas D	1	2	3	3	2	3	2	3	2	3	2

Tableau N°10 : Tableau récapitulatif des notes étalonnées du groupe de recherche

Ce tableau représente les notes étalonnées de chaque cas à chaque échelle du questionnaire Traumaq, qui représente les différents troubles et réactions qui peuvent être engendré par un évènement traumatique, et pour notre recherche c'est l'accident de travail qui représente cet évènement, on remarque au premier abord, qu'il existe des manifestations qui relève du même trouble tels qu'aux échelles **G, H I** et **J**, pour tous les cas, et on remarque une divergence des notes étalonnées sur différentes échelles comme les échelles suivantes ; **A, B, C, D, E,** et **F** dont les quatre cas illustrés dans le tableau.

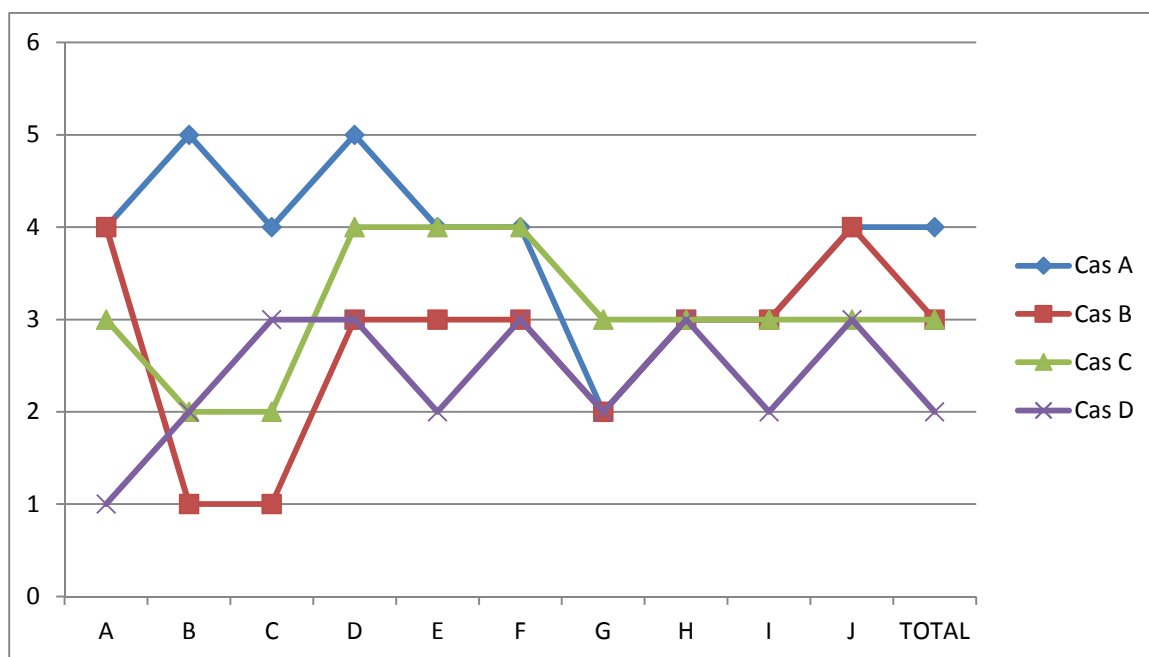


Figure N°5 : Représentation graphique du profil du groupe de recherche

À partir de ce graphe qui représente les notes étalonnées de chaque cas du groupe de recherche, nous pouvons remarquer certains croisements entre certaines lignes, qui peuvent être interprétées par la même intensité de manifestation des troubles ; tel que les réactions immédiates, physiques et psychiques pendant l'événement entre le cas A et B, et les troubles dépressifs pour tous les cas, ainsi que pour le vécu traumatique qui comporte la culpabilité, honte et attente de l'estime de soi et aussi les sentiments de colère que tout les cas présente, en remarque une diminution de la qualité de vie chez tous les cas.

Nous observons à travers le graphe, une illustration d'un même pic élevé à la note des **échelles H**, qui représente la même intensité des troubles dépressifs, malgré le bon soutien qu'ils lui sont apportés par leur famille et conjoint en particulier, on remarque aussi que les notes les plus faibles étalonnées et celles du cas B à l'**échelle B** et **C** et le cas D à l'**échelle A**.

À partir de tous ces résultats, nous pouvons distinguer la répartition de ces quatre cas sur trois niveaux d'intensité de traumatisme psychique qui son répartis comme suite : un traumatisme intense et enregistrer pour le cas A, en suit un traumatisme moyen et signaler pour les cas B et C, et finalement un traumatisme léger pour le cas D, c'est à travers cette distinction qu'on arrive a dire que notre hypothèse qui porte l'intitulé suivant : « **La confrontation physique à un accident de travail engendre un traumatisme psychique** », est confirmée par l'existence du traumatisme psychique à différent niveau d'intensité.

Synthèse de discussion

De ce qui précède, on constat que les accidentés du travail présente un syndrome psychotraumatique, ce qui confirme notre hypothèse accompagnée des manifestations cliniques du psychotrauma, on souligne par ailleurs que les quatre cas ne présentent pas le même niveau d'intensité de traumatisme psychique.

Conclusion

Nous arrivons au terme de notre travail qui porte l'intitulé suivant « **Le traumatisme psychique chez les victimes d'accident de travail** », que malgré certaines lacunes qui tiennent notamment aux difficultés rencontrées, ce travail était pour nous l'occasion de découvrir et d'approfondir nos connaissances acquises dans notre cursus universitaire, et comme opportunité pour connaître l'effet psychologique de l'accident de travail sur le psychisme des victimes.

Pour ce faire, nous nous sommes appuyés sur l'approche du traumatisme psychique qui intègre le point de vue psychanalytique, symptomatologique et descriptif (école anglo-saxonne), et intégratif (école francophone), offrant un aspect global et un arrière-plan théorique intégratif à notre recherche, sur le plan théorique, cette recherche nous a permis de comprendre le traumatisme psychique, et la description clinique du syndrome psychotraumatique, et de mieux comprendre les concepts connexes (névrose traumatique, stress, effroi, trauma)

Par ailleurs, la présente étude nous permet de découvrir les travaux se rapportant au traumatisme psychique, comme ceux de Luis Crocq, qui s'intéressent à l'effet d'un événement traumatique sur le sujet et au traumatisme en général, ce à quoi s'ajoutent les travaux de François Lebigot qui se basent sur l'étiopathogénie du traumatisme psychique, ainsi que les différentes méthodes de traitement de cette pathologie.

Concernant l'analyse des quatre cas présentés et en fonction des résultats obtenus à travers notre étude on souligne les répercussions de la confrontation d'un sujet à un accident de travail qui génèrent éventuellement une effraction traumatique, qui produisent par la suite un tableau clinique qui correspond au syndrome psychotraumatique. Les facultés défensives de certaines victimes d'accident de travail se trouvent dépasser face à la rencontre avec le réel de la mort, qui expose le sujet à la fin de l'illusion de l'immortalité, et qui représente une blessure narcissique pour les victimes traumatisées.

Il nous semble important de souligner à la fin de cette étude que les accidentés de travail souffrent d'un traumatisme psychique, de différent niveau d'intensité ce qui nécessite pour les victimes une prise en charge psychologique immédiate, pour pouvoir évacuer et libérer cette charge émotionnelle, ainsi qu'un suivi psychologique pour les aider à sortir d'un syndrome post traumatique.

Enfin, nous espérons à partir de notre travail de recherche contribuer à l'apport d'une certaine lumière sur le traumatisme psychique chez des victimes d'accident de travail.

Ce travail nous a permis aussi de réfléchir sur les facteurs qui peuvent entrer en jeu pour favoriser l'apparition ou non du traumatisme psychique suite à un accident de travail, et quelles sont les

Conclusion

différentes comorbidités générées par le traumatisme psychique ? Ces questions peuvent constituer une idée de départ pour les futures recherches sur le traumatisme psychique chez des victimes d'accident de travail.

Liste bibliographique

La bibliographie

Ouvrages

- 1-Bardin L. **L'analyse de contenu**, 11^{ème} édition, Paris, Puf, 2003.
- 2-Barrois C. **Les névroses traumatiques**, 2^{ème} édition, Paris, Dunod , 1998.
- 3-Bernard J L. Lemane C. **Traité de psychologie du travail et des organisations**, 2^{ème} édition, Dunod, Paris, 2000.
- 4-Bernard M. Crozet V. **Gestion des ressources humaines**, 7^{am} édition, Paris, Dunod, 2008.
- 5-Bénony H. Chahraoui KH. **L'entretien clinique**, Paris, Puf, 1996.
- 6-Bénony H. Chahraoui KH. **Méthode, évaluation et recherche en psychologie clinique**, Paris, Dunod, 2003.
- 7-Blanchet A. **L'enquête et ses méthodes : l'entretien**, Paris, Nathan, 1992.
- 8-Bouatta C. **Les traumatismes collectifs en Algérie**, Casbah, Alger, 2007.
- 9-Bühl M. Cacelletta A. **Accident de travail, Maladie professionnelle**, 2^{ème} édition, Delmas, Paris, 2004.
- 10-Chahraoui K. Bénony H. **Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique**, Paris, Dunod, 2003.
- 11-Chauchat H. **L'enquête en psychosociologie**, 2^{ème} édition, Paris, Puf, 1990.
- 12-Chiland C. **Entretien clinique**, Paris, Quadrige manuel, 1983.
- 13-Ciccone A, Ferrant A. **Honte, Culpabilité et traumatisme**, Paris, Dunod, 2009
- 14-Crocq L. **Les syndrome de répétition dans la névrose traumatique**, Paris, Odile Jacob, 1992.
- 15-Crocq L. **Les victimes psychiques**, Paris, Odile Jacob, 1994.
- 16-Crocq L. **Stress, Trauma et syndrome psychotraumatique**, Paris, Odile Jacob, 1997.
- 17-Crocq L. **Intervention de l'équipe psychiatrique lors des catastrophes**, Paris, Odile Jacob, 1998.
- 18-Crocq L. **Les traumatismes psychiques de guerre**, Paris, Odile Jacob, 1999.
- 19-Crocq L. **Le traumatisme psychique dans la pensée**, Paris, Odile Jacob, 2000.
- 20-Crocq L. Liliand D. **Traumatismes psychiques prise en charge psychologique des victimes**, Paris, Masson, 2007.
- 21-Damiani C.Pareira-fradim M, **Manuel traumaq**, Paris, ecpa, 2006.
- 22-Declercq M, Lebigot F. **Les traumatismes psychiques**, Paris, Masson, 2001.

La bibliographie

- 23-DSM IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux**, Paris, Masson, 2000.
- 24-Durand C. Le travail enchainé, Collection sociologie**, Paris, Seuil, 1978.
- 25- Ferenczi S. Réflexion sur les traumatismes**, Paris, Payot, 1974.
- 26-Freud S. (1895), Etudes sur l'hystérie**, Paris, Puf, 1971.
- 27-Freud S. (1920), Au delà du principe de plaisir**, Paris, Payot, 1968.
- 28-Freud S. (1926), Inhibition, Symptôme et angoisse**, 9^ém^e éditions, Paris, Puf, 1990.
- 29-Freud S. (1939), Moise et le monotheisme**, Paris, Gallimard, 1980.
- 30-Hémon D. Relation dose-effet en pathologie industrielle, Approche épidémiologique**, Paris, Flammarion, 1979.
- 31-Heinrich H W. Industrial Accident Prevention**, McGraw-HILL Book, New York, 1950.
- 32-Hulaud I. Lefranc S. Thème sanitaires et sociaux. 2^ém^e édition**, Paris, Laisons, 2006.
- 33-Lebigot F. Declereq M. Les traumatismes psychiques**, Paris, Masson, 2001.
- 34-Lebigot F. Traiter les traumatismes psychiques clinique et prise en charge**, Paris, Dunod, 2005.
- 35-Lopez G. Rappels théoriques, psychothérapie des victimes**, Paris, Dunod, 2002.
- 36-Morgossian N. Guide pratique des risques professionnels**, Paris, Dunod, 2003.
- 37-Piganiol C. Technique et politiques d'amélioration des conditions de travail**, Paris, E.S.F, 1980.
- 38-Plantaire F. Etat de stress post-traumatique**, Paris, Masson, 2003.
- 39-Rak R. Accidents du travail guide pratique médico-administratif et juridique**, paris, MMI, 1999.
- 40-Sabouraud-Séguin A. Traitement cognitivo-comportemental du stress post-traumatique**, Paris, Dunod, 2002.
- 41- Simonet E. Daunizeau B. La prise en charge psychothérapeutique**, Paris, Dunod, 2002.
- 42-Souki H. Définitions des concepts et sémiologie des troubles psychiques post-traumatiques**, Algérie, Primtal Sarl, 2002.

Articles et revues

- 43-Abrouk S. Caractéristique et prise en charge des accidents de la voie publique au niveau des services d'urgence**, INSP, 2004.

La bibliographie

- 44-MUNOZ J.L'**accident du travail de la prise en charge au processus de reconnaissance, Presse universitaires de Rennes, 2002.
- 45-Abadlia F.** CNAS, **statistique des accidents du travail et des maladies professionnelles**, Alger – 30 lotissement de val d'Hydra, lot N° 50 –Hydra, 2007.
- 46-Abadlia F.** **Accidents de travail, circonstances et prise en charge**, Région de boumerdés-Algérie 2007.
- 47-CNA (statistique national des accidents du travail et de maladies professionnelles)**, Alger 30lotissement de val Hydra, lot n° 150-Hydra 2009.
- 48-Lebigot F.** (1998), **Le débriefing individuel du traumatisé psychique**, In dossier documentaire du séminaire de formation des formateurs, sous la direction de Crocq L. et Vitry M. Algérie, UNICEF, 2000.
- 49-LNPRP statistique national des accidents du travail et de maladie professionnel**, Alger, 2009.
- 50-Leplat J.** 1982. **Psychologie et étude des accidents**, In psychologie du travail, perspective actes du II^{ème} congrès de l'association de psychologie du travail de langue française, Paris, Eap, 1990.
- 51-Hamani H.** **Programme de réduction des accidents du travail**, les défis du management, OPREBTPH Alger septembre 2006.
- 52-Trudel J. Larouche V.** **Lesaccidents du travail classification des modèles et valeur et utilité**, monographie n° 22, Ecole de relation Industrielles, Montréal 1989.
- 53-Abed alah A.** **Procédure de travail relative aux formalités des déclarations des accidents du travail**, n° 11 dpr5asat° SDU 3 Aout 2008.

Dictionnaires

- 54-Baraquin, Dugué J et all, Dictionnaire de philosophie**, Paris, Armand Colin, 1995.
- 55-Quevauvilliers J.** **Dictionnaire médical de poche**, 2 éditions en couleurs, Paris, Masson, 2007.
- 56-Lewis L.** **Larousse de la langue française**, édition Larousse Paris, 2002.
- 57-Lagadec L.** **Le nouveau guide pratique de droit**, Jean, 2eme édition, Paris, 1996.
- 58- Le petit larousse couleurs**, édition entièrement nouvelle, Paris, 1998.
- 59- Grawitz M.** **Lexique sociales**, Paris, édition Dalloz, Paris 2000.
- 60-Laplanche J. et Pontalis J-B.** **Vocabulaire de la psychanalyse**, 2^{ème} édition, 1996.

La bibliographie

Thèses

61-Benharkat I. Le deuil face à la mort violente d'un proche étude des réactions de deuil, mémoire de magister en psychologie clinique, Université Mentouri de Constantine, 2004 – 2005.

62-Decam L. De la névrose traumatique à l'état de stress post-traumatique : étude d'une population de consultants aux urgences psychiatriques, thèse de doctorat en médecine diplôme d'Etat, université Joseph Fourier, 2011- 2012.

63-Decam L, de la névrose traumatique à l'état de stress post-traumatique : étude d'une population de consultants aux urgences psychiatriques, université Joseph Fourier, Grenoble, octobre 2012.

Communications

64-Amari S M. lamara M A. Les risques d'accidents du travail et maladies professionnelles, Communication à la journée d'études, CNAS-INPRP, 25- 30 Décembre 2007.

Rapports

65-CNAS rapport annuel des accidents du travail.

Annexes

Annexe n° 1

Le guide d'entretien

Les données personnelles

Quel âge avez-vous ?

Quel est votre niveau d'instruction ?

Quelle est votre situation professionnelle ?

Quelle est votre situation familiale ?

Depuis quand date votre accident ?

Axe I : Avant l'accident

- 1- Pouvez-vous nous décrire votre santé somatique et mentale avant l'accident?
- 2- Est-ce que vous souffrez d'une maladie somatique ou psychique avant votre accident ? Si, oui précisez ?
- 3- Comment était votre état psychique avant l'accident ? Décrivez-le ?
- 4- Avez-vous pensé auparavant être victime d'un accident ? Si oui ou non, pourquoi ?
- 5- Pouvez-vous nous parler sur vos pratiques de loisir avant votre accident ?

Axe II : Pendant l'accident

- 6- Pouvez-vous nous parler de votre accident ?
- 7- Racontez-nous comment est survenu cet accident ?
- 8- Parlez-nous de ce que vous avez fait sur le coup ?
- 9- Quelles étaient vos pensées à ce moment-là ?
- 10- Au moment de l'accident, quelles sont les réactions physiques que vous avez éprouvées ?
- 11- Pouvez-vous nous décrire votre perception du temps au moment de l'accident ?
- 12- Qu'est ce que vous avez ressenti à ce moment-là ?

Axe III : Après l'accident

- 13- Avez-vous constaté des changements en vous ? Dans votre personnalité ?
- 14- Souffrez-vous de problèmes de santé mentale depuis l'accident ? Si oui, lequel ?
- 15- Comment vous percevez votre corps après l'accident ? Pourquoi ?
- 16- Est-ce qu'il vous arrive de rêver de l'accident ? Si oui, à quelle fréquence ?
- 17- Avez-vous bénéficié d'une intervention chirurgicale ? Si oui, laquelle ?
- 18- Avez-vous bénéficié d'un arrêt de travail ? Si oui, pour quoi et combien de temps ?
- 19- Est-ce qu'une enquête judiciaire sur votre accident à été entreprise ? Si oui, quelles sont les conclusions ?
- 20- Avez-vous des problèmes somatiques depuis l'accident ? Si oui, lesquels ?
- 21- Parlez-nous sur la qualité de votre vigilance ?
- 22- Est-ce qu'il vous arrive d'éviter les activités, les endroits, qui vous rappellent de l'accident ? Si oui, à quelle fréquence, et pour quoi ?
- 23- Qu'est ce que vous ressentez quand vous pensez à l'accident ?
- 24- Quelle a été la réaction de vos proches à votre accident ?

Axe IV : la projection dans l'avenir

- 25- Racontez-nous comment envisagez- vous l'avenir ?
 - 26- Qu'est ce que vous pensez faire quand vous serez guéri ? Pourquoi ?
 - 27- Que pensez-vous de la qualité de votre travail avenir ?
- Durant notre entretien ya t-il des éléments qu'on n'a pas abordé et dont vous voulez en parler ?

Questionnaire d'évaluation du traumatisme

Traumaq

Questionnaire d'évaluation du traumatisme

Carole Damiani
Maria Pereira-Fradin

- Passation individuelle
Collective
Victime directe de l'événement
Témoin

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

Informations concernant l'événement :

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

* Nature de l'événement

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

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

¹ ITT = Interruption Temporaire de Travail

² IPP = Incapacité Permanente Partielle

Renseignements généraux concernant la période antérieure à l'événement :

Situation familiale

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

Nombre d'enfants (préciser leur âge) : _____

Situation professionnelle

Etudiant(e)

Salarié(e) : plein temps temps partiel

Sans emploi : homme ou femme au foyer chômage congé parental

en stage formation congé maladie retraité(e)

Etat de santé

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

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

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

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

Date : _____ Durée : _____

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

Non Oui Nature : _____

Date : _____

Renseignements concernant la période postérieure à l'événement :

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

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

Date de la première séance : _____

Nombre de consultations (à ce jour) : _____

Traitement médical : Non Oui Lequel : _____

Durée : _____

PREMIERE PARTIE

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

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

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

Pendant l'événement

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

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

Depuis l'événement

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

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

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

Intensité (ou fréquence) de la manifestation



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

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

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

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

Intensité (ou fréquence) de la manifestation

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

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

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

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

DEUXIEME PARTIE

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

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

Délai d'apparition des troubles depuis l'événement

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

Durée des troubles

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

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

Résultats au TRAUMAQ

Cotation des échelles de la première partie

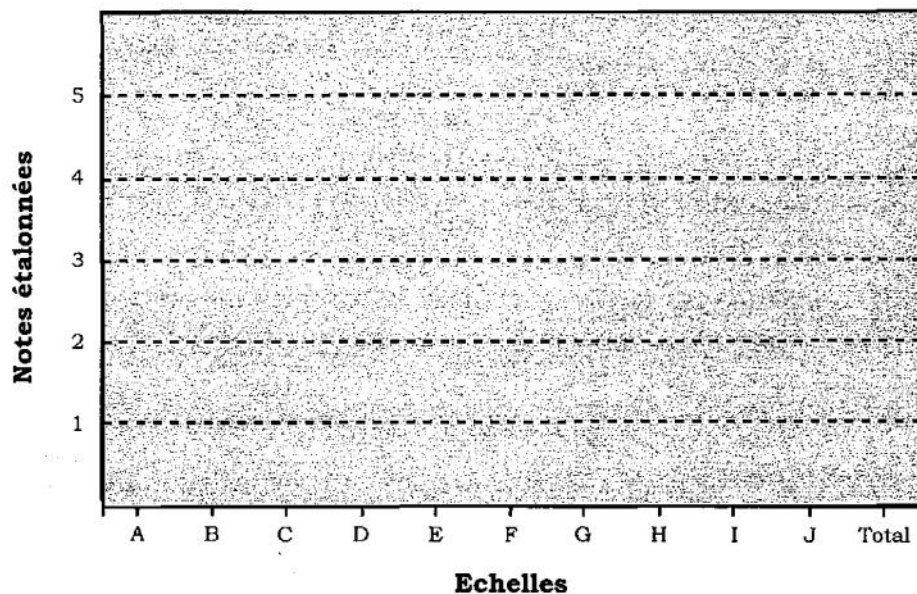
Les notes brutes des échelles A à I correspondent à la somme des points attribués aux items.

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

Conversion des notes brutes en notes étalonnées

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

Profil



Code : 5500 4010