

**Université Abderrahmane MIRA**

**Faculté des Sciences Humaines et Sociales**

**Département des Sciences Sociales**



**MEMOIRE DE FIN DE CYCLE**

**En vue d'obtention de diplôme de fin de cycle**

**De Master II en psychologie Clinique**

**Thème**

**Le vécu psychique des accidentés de la  
Route  
« Quatre cas »**

***PRESENTE PAR :***

***Mr. SELMANE MOHAMED***

***M<sup>r</sup>. SACI MOHAND TAYEB***

***ENCADRE PAR :***

***Mme HADARBACHE LAMIA***

**Année universitaire 2013 / 2014**

## Remerciements

Ce modeste travail est le fruit d'un effort de plusieurs personnes qu'on, veut remercier vivement :

En premier lieu, on tient à remercier le bon dieu qui nous a aidé à faire ce travail, notre promotrice Madame Hadarbache Lamia, pour sa disponibilité remarquable, ses conseils précieux et pour son orientation durant notre recherche, pour améliorer notre niveau sur le plan scientifique et méthodologique.

En deuxième lieu, on tient à remercier l'ensemble du personnel du CHU Khellil Amrane y compris la psychologue madame KAHINA, pour son orientation et ses qualités humaines, nos sujets de recherche pour leur collaboration, ainsi l'ensemble du personnel de la direction de la sûreté nationale de la wilaya de Bejaia.

En fin, on tient à remercier nos amis Alilou et Nabil et tous ceux qui nous ont aidé de près ou de loin pour réaliser cette recherche.

# Dédicace

Je dédie ce modeste travail

-A mes parents pour leur soutien indéfectible et leur encouragement  
durant la réalisation de mon étude

-A mes frères « Saïd ,Yacine »

-A mes chères sœurs « Kamir, Ouahchia, Hakima, Karima et Linda » pour leur  
soutien et pour leur contribution

-A mes amis « Nassim, Fawzi, Ali , Nabil et Kahina »

# **Dédicace**

Je dédie ce modeste travail

-A mes parents pour leur soutien indéfectible et leur encouragement  
durant la réalisation de mon étude

MOHAMED



## Sommaire

<b>Introduction générale.....</b>	<b>2</b>
-----------------------------------	----------

### **Partie théorique**

#### **Chapitre I : Les accidentés de la route**

Préambule.....	6
1-Définition de l'accident.....	6
2-Définition de l'accident de la route.....	6
3-Définition de la route.....	7
4-Définition de l'accidentologie.....	7
5-Définition de victime.....	7
6- Les accidents de la route en Algérie.....	7
7-Les types des accidents de la route.....	8
8- Les causes des accidents de la route.....	8
9-La prévention routière.....	8
10-Tableaux récapitulatif des accidentés de la route de la wilaya de Bejaia.....	11
11-La prise en charge des accidentés de la route.....	16
Conclusion du chapitre.....	17

#### **Chapitre II : Le vécu psychique**

##### **-L'angoisse**

- Préambule.....	19
1-Le vécu psychologique.....	19
2-Définition du vécu psychique.....	19
3-Définition de l'angoisse.....	20
4-La différence entre l'angoisse et d'autres concepts connexes. ....	21

5-Les théories psychanalytiques de l'angoisse.....	21
6- Les symptômes de l'angoisse.....	22
7-L'angoisse et ses variétés.....	25
8-La classification de l'angoisse.....	25
9-La prise en charge de l'angoisse.....	26
<b>-Le traumatisme psychique.....</b>	<b>28</b>
- Préambule .....	28
1-Aperçu historique du traumatisme psychique.....	28
2-Définition du concept de traumatisme.....	29
3-Définition du trauma.....	30
4-Stress et traumatisme.....	31
5 Les déferents concepts de trauma.....	31
6-Tableau clinique de syndrome-psycho traumatique chronique.....	31
7-Les symptômes du traumatisme psychique.....	32
8-Les causes de traumatisme.....	34
9-Evolution et clinique de trauma.....	36
10-La notion d'après-coup .....	37
11- Les théories psychanalytiques du traumatisme psychique.....	38
12- La prise en charge de traumatisme psychique.....	42
Conclusion de chapitre.....	44
<b>Problématique et hypothèses.....</b>	<b>46</b>
 <b>Chapitre III : Méthodologie de la recherche</b>	
Préambule.....	51
1-Définition des concepts et leur opérationnalisation.....	51

1-1Définition des concepts .....	51
1-2Opérationnalisation des concepts .....	52
2-La démarche de la recherche et la population d'étude.....	53
2-1La pré-enquête.....	53
2-2 La méthode clinique.....	53
<b>3- Les techniques utilisées et leur analyse.....</b>	<b>56</b>
3-1Le test le Rorschach .....	58
3-2Les sollicitations latentes des planches.....	63
<b>4-Analyse des outils de recherche.....</b>	<b>65</b>
1-L'analyse de l'entretien semi-directif.....	65
2-L'analyse de protocole du Rorschach.....	65
3-La méthode d'analyse du Rorschach.....	65
4-L'indice d'angoisse dans le Rorschach.....	66
5-Le traumatisme psychique au Rorschach.....	69
Conclusion de chapitre.....	71

## **Partie pratique**

<b>Chapitre IV: Données et analyse et analyse des résultats.....</b>	<b>74</b>
1- Présentation et analyse de chaque cas .....	74
2- L'analyse du cas de Nora .....	74
3- L'analyse du cas de Lhadi .....	81
4- L'analyse du cas de Imad.....	90
5- L'analyse du cas du Omar.....	98
6- Discussion des hypothèse.....	108
<b>Conclusion générale.....</b>	<b>113</b>

## **Bibliographie**

## **Annexes**



## *Introduction générale*

## **Introduction générale**

La sécurité routière fait partie des grands chantiers du domaine de la santé publique.

Les accidents de la route sont responsables des pertes humaines et des séquelles entraînant des incapacités avec détérioration des conditions de vie.

En Algérie, conscient du réel problème que posent les accidents de la route, les pouvoirs publics ont essayé depuis les années 80 de réduire l'ampleur de ce phénomène et de ses conséquences en utilisant différents moyens à savoir la réglementation et les différentes formes de prévention. Si on parle des statistiques, c'est près de deux millions de personnes qui vivent un handicap du aux accidents de la route selon l'office nationale des statistiques(ONS).

En outre, selon les chiffres avancés et récentes par la direction sociale, la wilaya de Bejaia compte 16166 handicapés qui sont victimes des accidents de la route.

Les accidents de la route laissent des séquelles dans la vie des victimes, soit des séquelles corporelles ou bien psychiques, ces cicatrices psychiques telles que l'angoisse, la détresse, des cauchemars, l'évitement et des hyperactivités neuro-végétatives...etc., sont englobées dans le terme de syndrome post-traumatique. Le trauma n'est pas seulement effraction, invasion et dissociation mais aussi est un déni de la réalité, les chercheurs doivent se concentrés d'avantage sur les études de trauma, pour connaître la nature du vécu psychologique de ces accidentés de la route, et améliorer leur état de santé, dans le but d'assurer une meilleure prise en charge psychologique, car l'accident peu causé des troubles psychique durable et incurable. De notre part, on a fait une étude dans ce domaine intitulée « le vécu psychologique des accidentés de la route ». Notre recherche s'inscrit dans une approche psychanalytique qui permet une étude approfondie de trauma, et de bien comprendre la psychologie des victimes. a travers les études qui ont été faites par S. Freud, L. Croq, F. Lébigot<sup>5</sup> ...etc.

Pour bien mener notre recherche, notre mémoire se subdivise en Quatre chapitres. Dans le premier chapitre, on a abordé les accidentés de la route en définissant les concepts et donnant des statistiques sur les accidents de la route.

Dans le deuxième chapitre, on a parlé sur le vécu psychique et on a donné des définitions les deux variables étudier le traumatisme psychique et l'angoisse. et on 'a posé la problématique et les hypothèses.

Le troisième chapitre, on l'a réservé au cadre méthodologique qui se constitue des définitions des concepts, les outils d'investigation et la démarche utilisée.

Le quatrième chapitre est consacré à l'analyse des outils de recherches, l'entretien et le test projectif de Rorschach et on conclut par une conclusion générale comme synthèse de notre travail.

Notre objectif dans cette recherche c'est de comprendre le vécu psychique des accidentés de la route.

# **Partie théorique**

***Chapitre I***  
***Les accidentés de la route***

**Préambule**

L'accident routier est le résultat d'une combinaison de facteurs divers, véhicule- environnement visage, d'autre système de sécurité doivent être analysé du regard d'un plus grand nombre de facteur à savoir la technique de conduite, les comportements du conducteur, les causes relatives à l'environnement les différentes mesures de prévention.

Ce chapitre comprend la définition de concepts clés, les types d'accidents, leurs causes, et leur prise en charge.

**1-Définition de l'accident**

Selon le petit l' Larousse (2008), c'est un terme qui désigne « un événement imprévu malheureux on dommageable»(le petite Larousse, 2008)

**2-Définition de l'accident de la route**

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) l'accident de la route est définit comme toute accident qui s'est produit sur une route ouverte à la circulation des usages de la route dans lequel au moins un véhicule en mouvement est impliqué et provoqué des dommages corporels et ou matériels . Les usagers sont des composantes parmi d'autres, du flux du trafic.

Il peuvent être soit une personne nom protéger comme le piéton ou le passage d'un véhicule à deux routes, soit une personne nom protégée, comme le conducteur ou le passage d'un véhicule à moteur (S.Masmoudi,2004 ,p 04)

**3-Définition de la route**

Le petit Larousse (2008) définit la route comme « un terme latin, via rupta-qui signifie-voie frayée» C'est aussi « la voie carrossable aménagée hors agglomération » et un espace a parcourir, itinéraire à suivre pour aller d'un endroit à un autre. (le petite Larousse, 2008)

**4- Définition de l'accidentologie**

Elle appuie sur l'étude détaillée d'accident cette discipline récente à pour objet d'analyser l'étiologie (science des causes) et la conséquence d'un accident pour les véhicules implique leur occupants et plus généralement pour l'ensemble des usages de la route. Elle privilégie une approche pluridisciplinaire qui associe notamment, des médecins, des ingénieurs, des biomécaniciens, des staticiens, des psychologues.

L'accidentologie intègre ainsi, outre les paramètres physiques du comportement dynamique du véhicule, le facteur humain. En effet, il se dégage des analyses que l'accident, est le plus souvent lié à la conjonction de défaillances humaines. (M. Peden, R. Scurfield, 2004, p17)

**5-Définition de la victime**

On appelle victime un tué, un blessé grave, un blessé léger par suite d'un accident. (S. Abdoul Aziz, 2005, p 27)

**6-Les accidentés de la route en Algérie**

L'hécatombe continue sur les routes algériennes qui sont devenues un immense tombeau à ciel ouvert. Tous les jours, des dizaines de familles sont endeuillées, alors que des centaines de blessés sont handicapés à vie.

Ainsi, durant le premier semestre 2013, 633 personnes ont trouvé la mort et 22,332 autres ont été blessées dans 12,879 accidents de la route, indique un bilan du commandement de la gendarmerie nationale.

La wilaya de M'silla vient en tête pour ce qui est du nombre de décès avec (65) morts, suivie Sétif 58 morts selon la même source, le facteur humain reste la principale cause des accidents. (www.Algérie.com)

## **7-Les types d'accidents de la route**

Il existe deux type d'accidents de la route ; les accidents matériels et les accidents corporels.

**7-1- Les accidents corporels** ; ce sont des accidents qui manifeste par dommages corporels (blessés) (tués).Il peut s'agir d'un accident de piéton ou d'un accident entre deux véhicules accident. Un accident corporel ; est un accident qui s'est produit sur une route ou sur ouvert à la circulation publique ou y fut son origine a provoques au moins une victime.(S,Masmoudi-2004 ,p04)

## **7-2-Les accidents matériels**

Sont ceux se rapporte à la même définition des accidents et qui n'ont pas eu pour conséquence des victimes tuées ou blessées, mais qui se manifeste seulement par des dommages matériel. (Ibid, p05)

## **8-Les causes des accidents de la route**

Les accidents sont souvent dus par la combinaison de multiples facteurs comme l'indique G. Norman « un accident est rarement du à une cause unique ,il réside dans le comportement du complexe conducteur -milieu-véhicule du cours de quelques instants précédent » (S .Abdou l'Aziz,2005,p 34)

### **8-1- Les causes liées au véhicule**

Le facteur humain et la cause principale des accidents de la routes, mais il faut également avoir à l'esprit que la quasi –totalité des blessures sont dues à des contacts avec des éléments des véhicule implique dans les accidents. Leur garantie dépend des caractéristiques des véhicules est des équipements de sécurité .Ces causes occupent une place nom négligeable dans la survenu des accidents. Des statistiques nord Américain (National Mighway trafic Safety Administration) et Française (prof Sicard ) évaluent à 7% le nombre d'accident de la voie publique imputable ,Le national Safety council des USA estime à 2/5

le nombre des véhicules potentiellement dangereux. si le progrès technique a réduit le nombre d'accident imputable aux vices de fabrication et augmenté très notablement la sécurité des usages. (Ibid., p36)

### **8-2La vitesse**

Le dépassement de limitation de vitesse est un comportement de masse puisque c'est le cas de 60% des automobilistes et des conducteurs de poids lourd et e 65% des motocyclistes ,tous réseaux confondus à les dépassements de plus de 10 km /h de la vitesse limité autorisés sont encore nombreux aux encirons de 30% pour les véhicules. (P,Gayrard, 2002,P 20)

### **8-3La consommation de drogue**

Au plan épidémiologique, il apparait l'alcoolé reste la principale cause d'accidents graves ou mortels entre 30 à50%, Cas selon les études. La présence de drogues illicites est retrouvée, selon les études française et étrangère, dans 10 à 18% des cas. Une étude nationale, mené dans le cadre du dépistage de drogues illicites chez les conducteurs impliqués dans un accident mortel. (Ibid,p 47)

### **8-4Les causes liées à l'usager**

Le conducteur est sans doute l'élément primordiale du complexe c'est, luit qui , à tout moment doit s'adapter si certaines paramètre change du niveaux des deux autres facteurs (véhicule-milieu )par exemple conducteur règle sa vitesse par apport

-Au profil du la route

-au revêtement de la chaussée

- aux la condition climatique

-à l'état des pneumatiques ou des freins de son véhicule

-à la zone traversée (agglomération ou campagne)

Les statistiques mondiales accablent l'homme de la responsabilité De 80-95%  
Des accidents de la voie publique (M,Peden,R,Scurfield,2004,p40)

### **9-La prévention routière**

Les accidents de la route sont prévisibles et peuvent être évités ou réduits par la prévention, plusieurs pays ont réussi à réduire le nombre d'accident et de blessés en prenant des mesures appropriées compris ,en adoptant et faisant appliquer les lois sur les limitations de vitesse, la conduite en état d'ivresse ,l'utilisation des ceintures de sécurité et des dispositifs de retenu pour enfantait et le port du casque ,et en disposant une éducation à ce sujet ,en formulant et en mettant en application des politiques de transport et d'aménagement du territoire visant à rendre les déplacement , moins nombreux ,plus courts et plus surs.(OMS,2008)

### **10-Tableau récapitulatif des accidents e la route de la wilaya de Bejaia.**

**Tableaux n°1** : donnés sur les accidentés de la route en Bejaia.

l'année	Nombre d'accident	Nombre de blessée	Nombre de décès
2010	394	484	<b>24</b>
2011	402	520	20
2012	412	542	13
2013	664	559	18

**SOURCE** : donnée de la sûreté nationale de la wilaya de Bejaia

On constate une augmentation des accidents de la route de l'année 2010 à 2013 ... de 394 accident en 2010 à646 accidents en 2013, cet accroissement est

très rapide surtout du l'année 2012 à 2013 de 412 accident en 2012 à 646 accident en 2013. Mais malgré l'application de la loi N°=03 /09 du 22 juillet 2009 le nombre d'accident ne cesse pas d'augmenter, ce qui engendre des économiques et humaines

**Tableau N 2° ;** statistique réalisée par les donnés de sûreté nationale de la wilaya de Bejaia

	Nombre d'accident				Blessés				Morts			
	2012		2013		2012		2013		2012		2013	
	Nombre	%	Nombre	%	nombre	%	nombre	%	nombre	%	nombre	%
00 <sup>h</sup> - 06 <sup>h</sup>	30	7%	35	8%	90	10.5%	66	7.5%	8	7.5%	10	18%
06 <sup>h</sup> - 09 <sup>h</sup>	55	14%	40	9%	130	16%	81	9%	6	7.5%	12	10%
09 <sup>h</sup> - 12 <sup>h</sup>	80	20%	55	12.5%	170	21%	99	11%	15	16%	10	11.5%
12 <sup>h</sup> - 14 <sup>h</sup>	120	24%	60	15%	230	27%	146	16%	33	22%	14	12.5%
14 <sup>h</sup> - 18 <sup>h</sup>	100	23%	110	24.5%	170	20%	232	26%	30	30%	19	19%
18 <sup>h</sup> - 00 <sup>h</sup>	50	12%	150	31%	40	5.5%	274	30.5%	8	17%	22	29%
	435		450		895		830		100		87	

La répartition des accidents par heure de la journée (les données de la sûreté, nationale), montre un moyen du nombre d'accidents allant de 8% de minuit à 6h du matin à de midi à 14h. Le taux le plus important été enregistré entre 14h à 18h. De même, on a enregistré un taux important de 31% dans la période 18h à 00h, cela peut s'expliquer par l'état des conducteurs du fait que cette période correspond à la période de sortie en soirées.

L'analyse des données et tableaux nous amène à déduire que les tendances horaires sont différentes entre 2012 et 2013, nous remarquons une différence significative durant les premières heures de la journée. On a plus d'accidents de minuit à 9h du matin. Cela peut s'expliquer par la circulation intense particulièrement de minuit à 6h du matin des poids lourds. Ce n'est pas le cas pour la période de 12h00 à 14h00. Ou l'on a enregistré un taux d'accidents plus élevé, cela étant, car cette période correspond à l'heure de pointes (sortie des élèves des étudiants des travailleurs).

Le plus grand nombre d'accidents a été enregistré entre 14h et minuit, il n'y a pas de différences significatives dans la répartition des accidents. Mais c'est à ce moment-là qu'on a enregistré le plus grand nombre d'accidents. Cela peut s'expliquer par les heures de pointe pour la 14h à 18h ou l'on assiste à une

circulation intense et à la tombée de la nuit pour la période au-delà de 18h. Ce qu'on rend la conduite et la maîtrise du véhicule de plus en plus compliquée.

Tableau N°3 : Répartition des victimes par classe d'âge et par sexe au niveau de la wilaya de Bejaia

Nombre des victimes (conducteurs- piétons-voyageurs) année 2012								
Age	Blessés				Tués			
	Masculin		Féminin		Masculin		Féminin	
	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%
moins 04 ans	15	2%	08	4%	03	4%	01	8.5%
De 05 à 09	19	3%	12	6%	01	1.5%	00	00
De 10 à 14	23	4%	09	5%	01	1.5%	00	00
De 15 à 19	51	7%	12	6%	02	3%	01	8.5%
De 20 à 24	101	14%	25	13%	09	13%	02	16.5%
De 25 à 29	117	17%	16	9%	15	22%	03	2.5%
De 30 à 34	92	13%	27	14%	12	17.5%	01	8.5%
De 35 à 40	68	10%	15	8%	01	1.5%	00	00
De 40 à 45	46	6%	14	7%	07	10%	01	8.5%
De 45 à 50	56	8%	15	8%	02	3%	01	8.5%
Plus de 51 ans	116	16%	38	20%	16	23%	02	16.5%
Total	704	79%	191	21%	69	85%	12	15%
	895				81			

La répartition des victimes par classe d'âge et par sexe montre qu'il ya des catégories de population plus exposées que d'autre aux danger des accidents de la route .Les statistique disponibles au niveau de la wilaya de Bejaia en « 2012 »,montre que les enfants âgés de moins de 15ans représente respectivement 4% de blésés et de tués .Cela peut s'expliquer par la vulnérabilité de l'enfant de fait de aille ,car il peut être dissimuler par des véhicules en stationnement et il a du mal à distinguer l'horizon . Distingué mal les bruits et les arrives difficilement à localiser de quel coter arrive les véhicules. Il à aussi beaucoup de mal à évaluer les distances et identifier si un véhicule est à l'arrêt ou mouvement .En l'absence des parents, aucune baisse ne peut être espérée pour cette tranche d'âge.

Les catégories de 20à45 ans occupent la première position en nombre de blessés et de tués avec respectivement des taux de 71% du totale .Ce qui peut s'explique, pour la tranche d'âge de 20 à 24 ans ,par les comportement dangereux, l'enfantillage des conducteurs adolescent et le sou est estimation du risque par les piéton de cette catégorie d'âge. Pour celle allant de 25à 45 ans le taux important peut s'expliquer par les déplacements intensifs des conducteurs et des autres usages de la route du fait qu'elle représente l'âge travaille. Pour la ranche d'âge de 30 ans à 34 ans, le faible taux de blessés 11% par rapport aux taux de tués 19% démontrés les fragilités de cette catégorie de victime à sortir indemne d'un accident.

La répartition des accidents par sexe montre que la grande partie des victimes est de sexe masculin. En effet, 84% blessés et 85% des tués sont de sexe masculin .Cela peut s'expliquer par le nombre de conducteurs de sexe masculin qui est beaucoup plus important les conducteurs de sexe féminin et par la nature de route et de véhicule qu'utilise chacune de ces catégories.

**11-La prise en charge des accidentés de la route**

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 hospitalier, la phase pré-hospitalier ; c'est la protection civile. L'appel SAMU est reçu aux niveaux de la permanence par le médecin qui est le chef de service ou un autre médecin qui empêche les secours lorsque il y a une disponibilité de l'ambulance, la prise en charge des accidentés de la route commence

dès le transport des blessés qui se fait par une ambulance médicalisée dont l'équipage est constitué par un médecin, un infirmier et un chauffeur.

La phase hospitalier ; 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 où existe un plateau technique. Ces deux paliers qui forment ce qui est appelé « les structures des extra hospitalier ont une intervention appréciable dans la prise en charge des accidentés de la route.

(S, Abrouk, 2004, p10)

**Conclusion du chapitre**

La gravité des accidents sur les routes n'est plus à démontrer.

Les nombre mesures prises depuis 2001 en vue de lutter contre l'insécurité routière n'ont pas réalisé les objectifs attribués à des dernières mesures de 2009 qui ont été mise en application à partir de mars 2010 dans le but d'améliorer la sécurité routière en Algérie.

Malheureusement ces accidents causent des dommages corporels, mais aussi psychique, c'est à ce dernier point qu'on va s'intéresser, dans le deuxième chapitre.

]

***Chapitre II***  
***Le vécu psychique***

**I-L'angoisse****Le préambule**

Dans le vécu psychique des accidentés de la route, on trouve L'angoisse qui est un problème majeure qui touche ces personnes, alors afin de cerner notre thème, doit expliquer son manifestation chez cette personne .Ce chapitre comprend des définitions des concepts et les théories psychanalytique de vécu psychique ainsi, les symptômes et la prise en charge.

**1- Le vécu psychologique**

Tous les jours, des milliers de personnes sont tuées ou blessées sur nos routes, des hommes et des femmes et des enfants qui marchent ou se déplacent dans la route.

Il sent déçu, choquée, dévalorisée, et aussi perdre leur image idéale, et fantasmée. Des moments de peur d'angoisse, d'anxiété de culpabilité, tous ces troubles vécus par les accidentés de la route influencent négativement sur la santé psychique et physique des personnes.

Nous essayons dans ce chapitre de déterminer le vécu psychique et des Accidentés de la route, mais nous avons limité notre recherche à l'étude d'angoisse et celle du traumatisme psychique.

**2-Définition de vécu psychologique**

Définition du dictionnaire « petit Larousse »(2008) de terme vécu est :

« Ce qui s'est passé ou qui semble se passer réellement une histoire vécue »

Et « expérience réellement vécue, ensemble de faits, des événements de la vie réelle » Définition du même dictionnaire des termes « psychologique » est :

« Relatif à la psychologie, aux faits psychiques » et « qui agit sur le psychisme »

### **3-Définition de l'angoisse**

L'angoisse est le propre de l'homme, l'adulte, projetant ses propres

Sentiments sur le bébé, considère qu'elle commence à la naissance, apprendre comme le premier danger : puis il se poursuit, sous des formes diverses tout au long de notre vie. Elle se manifeste par des troubles physiques et psychiques difficilement supportables, Elle fait donc souffrir dans le corps comme dans l'esprit. ( P . Marsan ,2005 p 176)

En accord avec S. Freud, nous pouvons dire qu'elle est de l'ordre de vécu et sans objet, l'angoisse un est assimilée de l'énergie libres, se décharge. L'idée de décharge met en évidence mouvement sensoriel moteur qui est perçu par le sujet dans son action et dans sa sensation corporelle, elle entre dans le registre plaisir / déplaisir.

L'angoisse, phénomène fondamentale de toute névrose, a été dissociée par S.Freud des 1895 comme étant prédominante dans la névrose d'angoisse et considère comme un échéque du refoulement et la mise en place de symptôme.

Avant 1926 S . Freud considère l'angoisse est alors difficile. Partirez de cette date, lui-même élabore une nouvelle théorie qui détermine cette fois la névrose comme conséquence à l'angoisse.

L'angoisse devient une réaction de Moi devant la pollution et est à l'origine de la formation des symptômes et d'origine infantile,( I.le Goff.2009. pp 31-32 )

Selon Pierre Janet en 1845 – 1959 L'angoisse est un malaise physique et psychique né de sentiment de l'imminence d'un danger caractérisée par une crainte profonde de et diffuse qui peut aller de l'inquiétude à la panique, et par des sensations pénible de resserrement épigastrique du ventre et de la gorge.

( P . Marson , 2005 , p 176 )

**4-La différence entre l'angoisse et d'autres concepts connexes**

**4-1 Le stress :** Le stress est défini d'après F. Radat (1998) comme : un processus physique nom pathologique qui est développé par l'organisme en réaction à des événements internes ou externe pour pouvoir s'adapté à la situation. ( F.Radat , 1998 p 13)

**4-2 L'anxiété :** est alors une réponse psychologique au stress qui peut devenir pathologique quand elle atteint un caractère chronique » ( Ibid)

**4-3 La dépression :** on désigne sous le thème de « dépression » un état de tristesse pathologique. s'ajoutent un état particulier de distance avec le monde comportant une perte de l'affectivité habituelle et un ralentissement psychomoteur , handicapant , s'ajoute des idées noire . ( G.Debry et 2010 .P 77)

**4-4 Effroi :** Réaction à une situation de danger ou à des stimulations externes très intenses qui surprennent le sujet dans un état de non – préparation, tel qu'il n'est pas même de s'en protéger ou de les maîtriser.

(J. Laplanche. J.B. Pontalis, 1968 ,p 128)

**5 Les théories psychanalytiques****5-1 La première théorie de l'angoisse**

Pour S . Freud l'angoisse est basée sur les pulsions, c'est-à-dire sur les factures internes qui provoque l'angoisse, et pour Pierre Janet, il a donné une explication purement physique de l'angoisse. Donc l'angoisse influence sur le coté physique et psychique de l individu, qui peu être provoqué par des facteurs internes et externes. (J.Bergeret et all, 1995, p 78 )

## **5-2 La deuxième théorie de l'angoisse**

Dans cette théorie Freud considère que l'angoisse est comme une véritable fonction de Moi. C'est un signal de déplaisir qui permet de mobiliser toutes les énergies disponibles pour lutter contre la motion pulsionnelle issue du ça.

En effet Freud considère que le Moi est le siège réel de l'angoisse et la conception antérieure qui voulant l'énergie de la motion refouler soit automatiquement transférée en angoisse est repoussée. (Ibid )

Pour Mélanie Klein elle décrit deux formes d'angoisse qui correspondent à deux positions, ce sont deux modalités relationnelles de sujet face au monde extérieure. La première position, le Schizo –paranoïde. C'est celle de l'enfant d'avant 4 à 5 mois, ou plus tôt son reflet répétitif, avec l'angoisse de morcellement, de dévoration vis à vis de mauvais objet, qui est le représentant des pulsions de mort.

La deuxième position c'est dépressive, le reflet répétitif d'après 4 mois correspondant à l'angoisse dépressive. L'objectif affectif est reconnu l'angoisse correspondant à la culpabilité que l'enfant éprouve vis-à-vis de son agressivité. On a alors affaire à une angoisse de perte de l'objet idéalisé.

(intervention orale de Mme Huyuet ,1984 – 1985 , p 60 )

## **6 - Les symptômes d'angoisse**

La névrose d'angoisse comporte des crises sur un fond constitutionnel

D'instabilité émotionnelle. Et lorsque cette crise est importante, le tableau clinique se décompose en éléments somatiques et psychiques.

**1- Les éléments somatiques**

Selon « Gendrot » et « Racamier » (1955) par leur étude, on distingue :

**1-1 Les symptômes respiratoires**

D'abord, on observe la dyspnée, qui est de tous les types et de tous les degrés elle va de la respiration bloquée ou supérieure à la crise asthmatiforme.

Pour certains auteurs comme Gendrot 1953, on observe aussi des accès de toux le hoquet, le bâillement, les crises dysphoniques ou même aphoniques.

**1-2 Les symptômes cardio – vasculaire**

On observe des crises parfois douloureuses de la palpitation, de tachycardie, et parfois même d'arythmie, les douleurs précordiales décrites comme brûlures, gonflement, élancement ou striction irradiation, diversement et évocatrice de l'angor pectoris dont on décrit crises Vasco- constrictive ou congestive généralement accompagnées de paresthésies.

**1-3 Les symptômes urinaires**

Ce sont les crises de strangurie, de ténesmes vésicaux, la polyurie, et la pollakiurie.

**1-4 Les symptômes neuromusculaires**

Les symptômes euro – musculaire, se caractérise par les crises de tremblement, de fibrillation et plus particulièrement palpébrale, et les crises douloureuses pseudo – rhumatismales :

**1-5 Les symptômes sensitive – sensoriels et cutanés**

On distingue, les hyperesthésies et les paresthésies diverses, et les crises de bruit, d'horripilation ou de sueurs profuses, les douleurs lancinantes, le

bourdonnement l'oreille les sensations de mouches volantes ou de vision brouillée....etc.

## **2- Les symptômes psychiques**

Trois aspects fondamentaux caractérisent cet état affectif :

### **2-1 Péjoration imaginaire de l'existence :**

Elle s'exprime par une angoisse qui crie et entretient une série de sentiments paralysants et pessimistes. Cette angoisse est vécue comme un cauchemar obsédant (déréelle) qu'elle semble au sujet provenir d'un drame intérieure d'un conflit inconscient dont il perçoit l'exigence et le caractère artificiel.

### **2-2 l'attente de danger**

Découragement, crainte « troubler » ou terreur, peur de passé exprime par le regret et le remords, peur de présent exprimée par le doute , et la peur de l'avenir aussi par les menaces, et les pressentiments. Et toutes ces peurs peut les regrouper en « antophobie » (des idées automatiques anticipatoires).

**2-3 Le désarroi ;** il est caractérisé par la désorganisation de capacité de sujet à ordonner ses perspectives. Le sujet ressent à l'égard de danger une obscure sollicitation, une attirance cruelle, une fascination dans laquelle il se met en ambivalence de la situation vécue comme menaçants et comme une menace désirée (H.Ey et al, 1989, pp366-367)

L'angoisse est classée parmi les troubles de l'anxiété généralisés. Selon le DSM IV-TR les symptômes de cette dernière sont :

1-Agitation ou sensation d'être survolté ou à bout

2-Fatigabilité

3-Difficultés de concentration ou trou de mémoire

4-Irritabilité

5-Tension musculaire

6-Perturbation de sommeil (difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou sommeil agité et non satisfaisant). (DSM IV, 2000, p549)

Selon le dictionnaire de psychologie, l'angoisse s'accompagne de modification névrotique, comparable à celle qu'on observe dans les choc émotionnels comme les palpitations, sueur tremblement, vision brouillée etc. (N .Sillamy, 2003,p22).

### **7-L'angoisse et ses variétés**

**7-1 L'angoisse de séparation** : elle s'exprime à travers des réactions affectives dans les quelles nous ressentons et pouvons dire nos sentiments en relation avec la personne dont nous nous sentons séparés, par exemple, sentiment d'être abandonné et seul, triste, fâché ( J-M . Quinodoz , 2002 ,p17 )

La première angoisse : « La position dépressive » selon Mélanie Klein et de « l'étrange » selon Spitz

**7-2 L'angoisse anale** c'est une angoisse composite qui soit à une pulsion, à un interdit et à un risque de perte d'objet

**7-3 L'angoisse au stade phallique** : c'est une angoisse de perte qui apparait au mouvement de la découverte de la différence des sexes, moment ou s'établit liquation phallus (puissance)

L'angoisse de castration : elle marque l'accès au désir génital et à la relation triangulaire de personnes totales et sexuées.( J- Bergeret , 2008 .PP 183 .184 )

### **La classification d'angoisse :**

Selon les structures suivantes : on a trois types d'angoisse sont différenciées selon les trois structures pathologiques : Chez les névrosés, elle provient de la relation triangulaire et prend la signification d'angoisse de castration.

Chez le sujet état limite (border line) elle provient de la relation anaclitique et génère l'angoisse de perte. Chez les psychotiques, elle provient de mort et est reconnue sous l'angoisse de morcellement. (I. Le Goff, 2009, p31)

### **9-La prise en charge de l'angoisse**

IL existe des méthodes recouvrant l'angoisse : la réassurance ; l'hypnose, les anxiolytiques surtout, et les antidépresseur de plus en plus ;et également des méthodes découvrant l'angoisse et ses causes.

#### **9-1Les thérapies cognitive-comportementales**

Elle visent à clarifier les circonstances de survenue des troubles, identifier les pensées irrationnelles afin de les faire évaluer et de les modifier par les réorganisations des attitudes inadaptées « sans tenir compte du passé du sujet » . Elle associent la technique de relaxation , les exposition répétées a des situation , évitées jusque à la , son relaxation et en face du thérapeute et une restriction cognitive de l'interprétation catastrophique. (Académie des sciences et lettre de Montpellier, 2006, pp 367 - 376)

#### **9-2La thérapies comportementales**

La thérapie comportementale conçoit que l'angoisse est déclenchée par une expérience passée d'un conditionnement. Le traitement consiste à exposer au sujet la chose qui luit fait angoisser et de faire défendre cette situation. par exemple, une personne a été mordue par un chien dans son enfance dans une nuit obscurcisse et pour cela il a construit un lien entre l'obscurité et la morsure de chien dans la réalisation de la même douleur, et la vision de l'obscurité devient semblerait déclenchée chez lui des inquiétudes. L'effort porté sur le thérapeute comportementaliste semble à briser ce conditionnement on utilisant les moyens de la thérapie comportementale : comme la relaxation, la réduction de patient en présence de stimuli déclenchant l'angoisse. ( Ibid, p143)

**9-3 La thérapie psychanalytique**

La psychanalyse a pour but d'aider les patients, les candidats à identifier les conflits inconscients, sous-jacent aux conduites générant l'angoisse et à préciser les traumatismes précoces, premières expériences interpersonnelles, dans le cadre de transfère médecin – patient. Pour la psychanalyse le principe de traitement par l'hypno-thérapie consiste à accéder à ces processus inconscient, puis de faire en sorte qu'ils s'arrêtent. ([http://. psychanalyse – en-mouvement. Net data/artfr. XML .Academ](http://.psychanalyse-en-mouvement.Net/data/artfr.XML) ) .

**10-Le traitement de médicamenteux**

Consiste à la prescription d'un ensemble de substance qui sont destinés a combattre l'angoisse et l'anxiété qui sont appelés les tranquillisants ou anxiolytiques et on distingue les benzodiazépines et parmi eux le valium et turista et ....etc. ( Académie des sciences et lettre de Montpellier ,2006 , pp 367,376) .

**11-Le traitement environnemental**

Consiste à modifier les facteurs environnementaux désagréables comme le changement des relations professionnelles, et faire des activités sportives ainsi que des sorties et de renforcer les activités professionnelles.

(عبد العزيز الشربيني 1977 ص 120)

**Conclusion**

Dans ce chapitre, on constate que l'angoisse chez les accidentés de la route , est un concept complexe qui influe sur l'état psychique de ces victimes en provoquant des sentiments de déplaisir et malaise interne et une des adaptation ce qui nécessite une intervention interdisciplinaire pour minimiser la souffrance de ces sujets.

## **II. Le traumatisme psychique**

### **Préambule**

En vue de clarifier et d'expliciter le concept de traumatisme psychique, on a décidé de commencer par un aperçu historique et, après, on passera à la définition de ce concept. On suivra cette architecture en raison de l'existence d'une multitude d'appellations qui désignent le traumatisme psychique à l'instar de : psycho trauma et les difficultés lors de la classification des personnes traumatisantes.

### **1-Aperçu historique**

Les premiers témoignages relatifs aux réactions psycho traumatiques datent de deux mille avant Jésus-Christ et révèlent la souffrance des sumériens de Basse-Mésopotamie à la suite de la destruction de Nippur.

L'histoire sera ensuite émaillée d'observations ponctuelles de troubles post-traumatiques mais il faudra attendre le début de 19<sup>ème</sup> siècle pour qu'ils suscitent l'intérêt du monde médical (en 1809, première description d'une névrose traumatique par Philippe Pinel, aliéniste Français, dans son traité pour l'humanisation du traitement des aliénés).

La seconde moitié de 19<sup>ème</sup> siècle verra cet intérêt s'accroître. Les scientifiques Français et Anglais se penchent alors sur les réactions post-traumatiques manifestées à la suite d'accident ferroviaires et en 1884, Herman Oppenheim, un neurologue Allemand, les regroupe sous le vocable de « névrose traumatique ».

Tout au long du 20<sup>ème</sup> siècle, l'intérêt pour les troubles traumatiques connaîtra un essor progressif et continu. Les guerres, particulièrement les deux conflits mondiaux ainsi que la guerre de Vietnam, se révéleront un terrain particulièrement fertile d'études théoriques et d'expérimentations pratiques. Sigmund Freud, Pierre Janet, Sandor Ferenczi et Otto Fénichel notamment

enrichissent les connaissances par leurs réflexions sur les processus psychiques en jeu dans les réactions traumatiques. Il initie également les premiers traitements psychothérapeutiques (hypnothérapie, psychanalyse), en particulier des séquelles de traumatismes anciens. L'armée, quant à elle, instaure des soins immédiats et la « psychiatrie de l'avant » voit ainsi le jour pendant la guerre russo-japonaise de 1904-1905. Progressivement, psychiatres et psychologues du monde entier élaborent de nouvelles techniques appropriées tant à réduire les réactions aiguës qu'à prévenir les séquelles à long terme des événements traumatiques. Ils affinent les procédures et les adaptent aux différentes populations de victimes (militaire, pompiers, policiers, victimes d'attentat, de violences sexuelles, de torture, population tout venant, etc.).

Dernier pas décisif du vingtième siècle, en 1980, suite aux séquelles traumatiques durables manifestées par les vétérans du Vietnam, le DSM III, introduit dans sa nosographie un trouble psychiatrique nommé « Post-traumatique Stress Disorder » et généralement signalé par l'acronyme PTSD (traduit en Français par état de stress post traumatique ou ESPT). Ce syndrome, bien que largement critiqué et critiquable aura cependant permis de faire connaître la notion de traumatisme psychique à un large public. A mon sens, son plus grand mérite aura été de « normaliser » les réactions post-traumatiques trop longtemps attribuées à une vulnérabilité individuelle et en conséquence, considérées comme l'attribut des faibles. ([www.essentia.fr](http://www.essentia.fr))

## **2-Définition du concept du traumatisme**

La définition officielle du traumatisme utilisée par les psychologues et les psychiatres consiste à dire qu'il est causé par « un événement hors du commun et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la

Plupart des individus ». Cette définition<sup>1</sup> englobe les situations suivantes : « une menace sérieuse pour la vie Ou l'intégrité physique, un danger ou un malheur important pour ses enfants, son conjoint, d'autres parents

Proches ou des amis, une destruction soudaine de son domicile ou de son quartier, la découverte de .Quelqu'un de gravement blessé ou mort dans un accident ou des suites d'une agression physique. (L, Perucchi, 2008, P 02)

### **3-Définition du traumatisme**

Le terme « traumatisme », apparu à la fin du 19 siècle, fut forger à partir du grec *trauma* « blessure » pour nommer un phénomène psychique qui n'avait jusque' alors retenu l'attention ni des médecins ni d'autre spécialités : « le traumatisme psychique est blessure émotionnelle profonde qu'on pouvait observer, parfois, chez ceux qui avaient échappé de peu à la mort » (Lebigot, F,2005,p10)

### **4-Stress et traumatisme**

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

De peu à la mort. Le mot « stress » employé dans le langage neurophysiologique au début du XXe siècle, servait à désigner l'ensemble des réactions physiologiques puis également psychologiques de l'organisme humain ou animal face à une menace ou une situation imprévue.

Ces deux termes, réservés naguère au vocabulaire médical, sont passés, maintenant, dans le domaine public. Est qualifié de stressant ou traumatisant tout événement douloureux ou simplement contraignant qui vient un temps bouleverser nos existences et perturber nos émotions. (F, Lébigot, 2005, p 9-10)

## **5 -Les différents concepts du traumatisme**

### **5-1Traumatisme**

Selon le dictionnaire Larousse (2003), le mot « événement » Vient du latin « Evenir », ce qui se produit, arrive ou apparaît .or l'événement ,selon H .So

Peut être qualifié d'heureux, de malheureux, d'inattendu d'exception ou de commun. Donc il ne concerne pas uniquement les situations négatives de la vie mais touche également aux événements heureux tels que les réussites,.....etc.

(H, Bloch, 280)

**5-2Effroi ; c'est** la situation de sujet au moment de traumatisme, il correspond à l'envahissement par le néant, il ya un moment généralement fugace mais pas toujours, ni affecte ni représentations. Le sujet perçoit un vide complet de sa pensée.(Ibid,288)

### **5-3La névrose traumatique**

Type de névrose ou l'apparition des symptômes est consécutive à un choc émotionnel liée à une situation ou sujet a senti sa vie menacée.

Elle se manifeste, au moment du choc, par une crise anxieuse paroxystique pouvant provoques des états d'agitation.de stupeur ou de confusion mentale. Le traumatisme agit comme élément déclenchant et prend une une part déterminant dans le continu même du symptôme qui apparait comme une tentative répétée pour liées et abrégirai le trauma.(www,Géopsy.com )

## **6-Tableau Clinique de syndrome psycho traumatique chronique**

Le syndrome psycho -traumatique chronique survient chez des sujets qui ont été soumis à un événement potentiellement traumatisants et que l'ont réellement vécu comme un trauma. Son tableau clinique se répartit sur trois volets : les reviviscences anxiogènes de l'événement (pathognomoniques), l'altération de la

personnalité (pathognomoniques) , et les symptômes non spécifiques que l'on peut observer aussi dans d'autres pathologies).(L .Crocq, 2007 , p37)

### **7-Les symptômes de traumatisme psychique**

Le traumatisme n'est pas une maladie ; c'est un état de malaise, un signe de quelque chose en nous qui nécessite notre attention. Si les signes restent inattendus ensuite ils se transformeront en symptômes du traumatisme. Voici les symptômes précoces qui s'expriment en même temps, ou peu après le traumatisme (1.ere phase) :

- Hyper vigilance (être toujours sur ses gardes)
- Visions intrusives ou flash back
- Sensibilité extrême à la lumière et au son
- Emotivité excessive
- Cauchemars et terreurs nocturnes
- Humeur instable : réaction de rage, accès de colère, honte
- Capacité réduite à gérer le stress
- Sommeil difficile

Plusieurs de ces symptômes peuvent s'exprimer dans la seconde phase autant que dans la troisième. Cette liste n'a pas de but diagnostique. Elle constitue un guide qui vous aidera à comprendre comment fonctionnent les symptômes traumatiques. Ceux qui surviennent généralement dans la seconde phase sont :

- Attaques de panique, anxiété et phobies
- Sensation d'avoir l'esprit « vide » ou mise à distance
- Réactions de sursaut excessives
- Sensibilité extrême au son et à la lumière
- Hyperactivité
- Réactions émotionnelles excessives
- Cauchemars et terreurs nocturnes
- Comportement d'évitement (éviter certaines situations)

- Attirait pour les situations de danger
- Pleurs fréquents
- Humeur instable : réaction de rage, accès de colère, honte
- Activité sexuelle diminuée ou excessive
- Amnésie et manque de mémoire (L,Perucchi,2008,p97)

### **8-Les symptômes de syndrome poste traumatique**

On parle de syndrome de stress post traumatique(ESPT) lorsque les symptômes durent plus d'un mois (ils débutent souvent plusieurs semaines après l'événement).La durée des troubles peut être de quelques mois à plusieurs années. Sans traitement, le temps n'apporte aucune amélioration.

Dans environ la moitié des cas, une guérison complète survient en trois mois alors que de nombreux autres sujets ont des symptômes qui persistent plus de douze mois après le traumatisme.il convient de traiter l'état de stress post traumatique car :

- 30% des personnes souffrant d'un stress post traumatique risquent de développer une dépression.
- 25% présentent des troubles anxieux (attaque de panique, trouble obsessionnel compulsif, anxiété généralisée, phobies...)
- 50% consomment de l'alcool, des médicaments ou de la drogue abusivement ou développent bon nombre d'évitements liés au traumatisme.

Dans 20% des cas, le comportement des victimes est organisé et dominé par le vécu de l'expérience traumatique.

Des flash-back, particulièrement pénible parce qu'impossible à contrôler, jalonnent la vie du sujet. Celui-ci revit en (images, odeurs, etc.)

Lorsque une personne souffre de ESPT, la durée des symptômes est très longue, les taux de rémissions spontanés sont très faible et certains symptômes peuvent perdurer tels que des cauchemars. Prenons trois exemples :

-50% de femmes ayant subi une agression (viol, braquage) continuent à remplir les critères diagnostiques 10ans plus tard.

-Dans le cas de transplantations cardiaque ou hépatique, 15% des échecs sont dus à l'intervention elle-même. Mais le risque de rejet est trois fois plus important dû au syndrome post-traumatique. Notons que le rejet entraîne la mort dans les trois ans suivant l'intervention.

-Un an après un accident de la route, 20%des personnes développent un ESPT. 37% développent dépression, phobie, trouble de l'alimentation.

A cela s'ajoute toute une série de symptômes physique, psychosomatiques et ou comportementaux plus ou moins graves tels que : les trouble de sommeil ,les troubles de conduites alimentaires ,palpitation , nausée ,dégout , vertige ,trouble panique, comportements d'évitement ,fatigue, hypertension ,ulcère à l'estomac et les troubles de la mémoire. De plus, le stress post traumatique entraine une altération du fonctionnement social, professionnel et mène à de sérieuses difficultés conjugales et familiales.

De plus, le stresse poste traumatique entraine une altération du fonctionnement social, professionnel et mène à de sérieuses difficultés conjugales et familiales.

( L,Perucchi ,2008 ,p 4)

### **9-Les Causes du traumatisme**

Un traumatisme est un traumatisme, indépendamment de ses causes. Il est insignifiant si quelqu'un trouve traumatisant le même événement. Par exemple, des bruits soudains forts comme des tonnerres ou des cris furieux des adultes, peuvent traumatiser les enfants.

Naturellement, les tonnerres et les cris constituent rarement un danger de vie ; mais quand on parle de traumatisme, c'est la perception du danger à constituer l'élément principal. Dans des conditions normales, une voiture bruyante ce n'est pas un élément de menace. Mais pour quelqu'un qui a été traumatisé de guerre, un bruit étrange d'une voiture peut évoquer une situation passée de danger pour sa propre vie. Les causes des traumatismes ont peut les distinguer en deux catégories principales:

1. Les événements qui sont traumatisants pour tout le monde

- la guerre
- abus émotif, physique ou sexuelle dans l'enfance
- avoir subit ou assisté à des actes de violence
- viol ou tentative de viol
- lésion ou maladie dévastent
- la mort d'un personne proche

2. Les événements communs, douloureux, inattendus qui peuvent devenir traumatisants et que souvent on sous-évalue

- accidents de voiture de légère importance
- intervention médical ou dentaire invasive
- chutes et lésions de moyenne importance
- catastrophes naturelles (tremblement de terre, tornado...)
- maladie, surtout avec la fièvre haute
- intoxication
- abandon, surtout en cas des enfants
- accouchement (soi pour la mère que l'enfant)
- exposition aux températures extrêmes (froid, chaude)
- immobilité prolongée, surtout pour les enfants.(Ibid,p07)

## **10-Evolution et clinique du trauma**

On distingue trois phases dans la pathologie psycho-traumatique : la phase immédiate, la phase post-immédiate et la phase différée, le plus souvent chronicisé. Seule la phase immédiate, ou « réaction émotionnelle immédiate » (qui dure de quelques heures à une journée) peut être dénommé stress, si l'on veut établir une comparaison avec la nosographie anglo-saxonne (encore que cette dernière étende la durée de l'état de stress aigu au-delà de la première journée, jusqu'à quatre semaines). Sur le plan sémiologique, il peut s'agir d'un stress adapté, grevé seulement de ses symptômes d'accompagnement, qui sont parfois gênants (pâleur, sueur, tachycardie, spasme viscéraux, tension anxieuse, etc.). Il peut s'agir aussi d'un stress dépassé, dans ses formes de sidération, d'agitation, de fuite panique et d'action automatique ; et ce stress dépassé débouchera le plus souvent (mais pas toujours car on a vu des stress dépassés évoluer sans séquelles) sur un syndrome psycho-traumatique durable. Mais certains stress apparemment adaptatifs s'avèrent ensuite avoir été secrètement traumatiques, car recouvrant une expérience vécue d'effraction et de non-sens, et débouchant plus tard une névrose traumatique. Il n'y a donc pas correspondance étroite entre les deux oppositions stress adapté versus stress dépassé et absence de séquelles versus survenue de séquelles. Ces considérations font apparaître avec évidence la distinction entre stress et trauma, concepts qui ne relèvent pas de même registre ; et le recour, chez les anglo-saxons, au terme de « stress traumatique »

(Traumatique stress) est un aveu implicite de cette distinction.

D'où l'importance primordiale de la deuxième phase, dite post-immédiate, qui est une phase d'évolution et de surveillance ; ou bien on voit le stress s'éteindre « que de stress » parfois non sans décharge émotionnelle différées, psychique ou neurovégétatives, ou bien on voit émerger des signes d'installation

d'une névrose traumatique durable, dans la phase de latence qui, quoiqu'on en dise, n'est pas silencieuse; euphorie exagérée du sujet heureux d'en avoir été « quitte pour la peur » mais fasciné par ce qu'il vient de vivre, ou attitude de retrait dans la perplexité anxieuse déjà dépressive, premières reviviscences, et premières ruminations mentales, inutile de préciser que cette phase post-immédiate requiert une surveillance attentive de la part du clinicien, et s'il faut une intervention thérapeutique ou préventive; c'est la période de choix pour un bilan psychologique d'événement, ou débriefing.

Quant à la troisième phase, celle des séquelles différées, voire chronicisées, on ne peut en aucun cas la dénommer stress, puis son tableau clinique est différent de celui de stress (même une partie de ses symptômes, à savoir les reviviscences, sont vécues sur le registre de l'orage neurovégétatif, ressemblant en cela aux manifestations physiologiques du stress et puisque le stress ne correspond qu'à la réaction initiale de l'agression. Pour la troisième phase,

Les cliniciens francophones proposent le terme de « syndrome psycho-traumatique différent » terme qui recouvre toute la gamme des cas observés à cette phase; aussi bien les pathologies psycho-traumatiques transitoires (s'éteignant au bout de quelques mois), que des syndromes durables répondant aux critères exigés pour le diagnostic d'état de stress post-traumatique chronique (du DSM-IV), que d'authentiques névroses traumatiques (avec altération, tellement a été intense et bouleversante l'expérience traumatique initiale de déréalisation et de dépersonnalisation. (L, Croq, 2001, p5-6)

### **11-La notion d'après-coup**

« Se dit la dimension de la temporalité et de la causalité spécifique de la vie psychique et qui consiste dans ce fait que les impressions ou des traces mnésiques peuvent n'acquiescer tout leur sens, toute leur efficacité que dans un temps postérieur à celui de leur première inscription »

Dès ses premières ouvertures, S. Freud relève que des expériences vécues sans effet immédiat notable peuvent prendre un sens nouveau dès lors qu'elles sont organisées, réinscrites ultérieurement dans le psychisme. C'est même à partir d'un tel schéma qu'il faut concevoir le traumatisme. Le plus souvent, un scène vécue précocement d'une façon assez neutre pourra avoir la valeur de traumatisme lorsque, par exemple, un second événement, vécu après puberté, aura donné à cette première scène un sens nouveau, déclenché un affect sexuel déplaisant. Il est à noter que l'abandon de la théorie du traumatisme comme cause essentielle de la névrose ne supprime pas l'importance de la notion d'après-coups, bien au contraire. Même si, en effet, il y a une sexualité infantile, ne dispose d'emblée de sa perception définitive du registre sexuel. Freud établit ainsi, à propos du cas de l'homme aux loups, que celui, ayant été témoin, à un an et demi d'un coït entre ses parents, ne le comprit qu'à quatre ans, « grâce à son développement, son excitation sexuelle et sa recherche sexuelle ». C'est à cet effet que cette « scène primitive » prit pour lui toute son efficacité psychique, déterminante dans son fantasme et dans son symptôme.

(Larousse, 1999, pp 87)

## **12- Les théories psychanalytiques de traumatisme psychique**

### **12-1 théorie de S. Freud sur le trauma**

Freud, élève de Charcot, compare l'événement traumatisant à

« Un corps étranger qui, rompant la barrière de défense « pare-excitation » dont se protège l'organisme demeurait ensuite au sein de cet organisme, provoquant des efforts vainement réitérés, d'assimilation ou d'expulsion. »

Il s'agit là du point de départ de sa théorie du traumatisme psychologique, et, en même temps de sa théorie de l'inconscient.

Le moi de Freud possède certaines qualités, en particulier il est « un organe vivant ». Il le compare à une « vésicule vivante » protégée des agressions du monde extérieur par sa couche superficielle de défense qui filtre les stimuli. Sont traumatiques toutes les excitations externes assez fortes pour faire effraction dans le pare-excitation.

Le traumatisme psychique, ou trauma, est une expérience aiguë d'effraction et de débordement des défenses du moi. Freud en fait une affaire d'économie libidinale : relativité du trauma dans un rapport de forces opposant l'excitation de l'événement et l'état de la barrière de défenses qui le subit. Le trauma représente une quantité excessive d'excitations que le corps et le psychisme ne peuvent métaboliser.

Freud s'interroge sur le mystère soulevé par les cauchemars de répétition dans lequel le névrosé traumatique revit la scène traumatisante.

« Cette répétition obstinée du désagréable contrevient au principe « hédonique » du rêve. »

le petit enfant s'habitue à l'absence de sa mère en reproduisant de manière ludique et répétitive la scène transposée de cette absence suivie de sa réapparition, atténuant ainsi sa détresse et substituant un rôle actif au rôle passif .»La mise en jeu de cette compulsion de répétition aurait pour but de faire naître

« un état d'angoisse propice à appréhender la représentation du danger pour « rattraper » en quelque sorte le défaut d'angoisse protectrice qui s'est produit lorsque, dans la réalité, la survenue du danger a surpris le danger. Ce qui fait trauma, c'est donc la surprise et l'effraction des défenses. »

La compulsion de répétition conduit Freud à présupposer l'existence d'une immobilité, d'une stagnation et à la mort qu'il identifie comme la pulsion de mort. (S, Freud, 1920, p57)

### **12-2 Le model de François Lebigot**

Lebigot, psychanalyste issu de l'école Lacanienne, fait référence aux modèles psychopathologiques de Freud et de Lacan :

Dans la surprise et dans l'effroi, une image, celle de la mort, fait irruption dans l'appareil psychique... cette image va constituer un véritable « corps étranger interne », sans possibilité de nouer des relations avec les représentations de l'Inconscient. D'où son incapacité à se modifier, à s'inscrire dans le temps, à se constituer en souvenir. Elle restera un pur phénomène de mémoire, avec les qualités d'un événement présent fidèle à l'événement premier jusque dans les moindres détails... Le traumatisme provoque de l'effroi qui n'est ni l'angoisse, ni le stress, ni la peur. Le plus souvent ce moment d'effroi est très bref : une fraction de seconde. Il peut être suivi d'un bref soulagement d'avoir échappé à la mort, et d'un retour rapide à l'état « normal ». L'effraction traumatique, en installant l'image de la mort au cœur du psychisme entraîne « la fin de l'illusion d'immortalité ». Cette illusion est nécessaire à la vie : chacun de nous sait qu'il va mourir, mais au fond il n'y croit pas, il vit comme s'il était immortel.

Le sujet est littéralement habité par la mort. La fin de l'illusion d'immortalité fournit le socle des symptômes : angoisse permanente, attaques de panique, phobies, troubles du caractère, états dépressifs, suicides, passages à l'acte meurtriers, maladies psychosomatiques.

La mort peut jaillir à tout moment, venir des objets ou des autres.

Lebigot caractérise le trauma psychique en quatre points :

- une rencontre avec le réel de la mort
- un moment bref prenant souvent la personne par surprise : le stress et l'angoisse protègent la personne du trauma jusqu'à un certain point,
- un moment d'effroi : l'affect qui accompagne le trauma n'est ni la peur, ni l'angoisse mais l'effroi,
- une perception : le trauma résulte toujours d'une perception ou d'une sensation, jamais d'un discours.(F, Lebigot,1998,p94)

### **12-3 Le model de S, Ferenczi**

Ferenczi se démarque du schéma économique freudien, il présente :

« Une psychologie de la commotion psychique comme vécu d'effondrement narcissique des sentiments d'invulnérabilité... et comme expérience d'anéantissement du sentiment de soi. »

La conséquence immédiate du traumatisme c'est l'angoisse et la première réaction à un choc serait toujours« une psychose passagère »

(S, Ferenczi,1974,p80)

### **12-4 Le model de Claude Barrois**

Barrois fait une différence entre le trauma et le traumatisme :

- Le trauma : c'est la blessure, l'effraction psychique de ce qu'appelle Freud le système « pare-excitation ». Le trauma vient de l'étymologie grecque qui signifie « blessure avec effraction ».
- Le traumatisme : ce sont les conséquences sur l'organisme entier de cette blessure. C'est à dire les mécanismes de défense mis en place par l'organisme

après l'effraction. Ce processus qui se met en place, à la suite de l'effraction, se prolonge dans la durée. Il apparaît comme une construction ultérieure, une organisation pathologique qui se met en place.

- Le fait traumatisant : c'est tout ce qui menace l'individu dans la continuité de sa vie psychique, voire physique.

« Le traumatisme psychique naît de la collusion entre une situation extérieure de danger extrême et de l'état psychique intérieur. »

Chez Lacan et Barrois nous retrouvons la même notion de confrontation à la mort, mort physique ou mort psychique, à l'origine des symptômes.(C,Barrois,1998,p78).

## **13-La Prise en charge des traumatismes psychiques**

### **13-1Approche psycho dynamique**

Pour soigner le traumatisme, Freud avait renoncé à l'abréaction à visée cathartique, c'est-à-dire à une expression émotionnel et verbale de la scène traumatique visant à en déconnecter les affectes. IL en déplorait le résultat éphémère. En effet, parler, évacuer l'émotion ne suffit pas. S'il faut parler, encor faut-il que l'écoute proposée soit réparatrice .Il ne s'agit de pas de faire parler pour parler sans but .Face au surcroit d'excitation, il ne s'agit pas d'abréagir, mais de contenir. Nous insistons sur la fugacité des effets de la décharge, voir de l'hémorragie abréactive sans reprise réflexive. Il ya alors un risque de reproduire tous simplement la situation d'agression originelle et que la victime reste fascinée et que la victime reste fasciné par la scène .La mise en mots doit favorise la prise de distance et emboucher un première travail de figurabilité, par ce que dans un première temps, la nouveauté et la violence d'une douleur est telle qu'elle ne sait encore ou se pose. Le Moi est hors jeu.

Aussi, les entretiens psychologiques, qui se situent, dans le meilleur des cas, au plus près de l'événement traumatique ont une valeur préventive. Ils pourront contribuer à réduire la souffrance psychique, prévenir la cristallisation des symptômes et une désorganisation plus massive encore, en évitant que l'événement reste dans l'impensable, le non sens et la non inscription.

( F. Marty et al ,2001, paris, dunod,p112)

### **13-2 Traitement médicamenteux**

Le but de ces traitements médicamenteux est de réduire les symptômes caractéristiques, d'améliorer la résilience au stress ainsi que la qualité de vie.

Les IMAO non sélectifs indiqués dans un large champ de troubles en psychiatrie, ils possèdent une efficacité reconnue dans la dépression, le trouble panique, la phobie sociale et le TOC. Plusieurs études ont en revanche été réalisées depuis les années 1980 et témoignent d'une efficacité réelle de ces IMAO non sélectifs dans le traitement des PTSD.

L'équipe de Southwick (1994) a repris l'ensemble des travaux publiés essais contrôlés, ouverts ou reports de cas-concernant pour la plupart des populations de vétérans Américains ou Israéliens traités par phénelzine.

L'amélioration clinique de l'ESPT grâce à cette substance est généralement satisfaisante chez la majorité des patients puisque, chez 82% d'entre eux, une atténuation marquée du syndrome de répétition et des troubles du sommeil est observée. L'efficacité n'est en règle générale que peu significative en ce qui concerne les conduites d'évitement l'hyper-vigilance, l'hyperactivité neurovégétative ou les troubles associés du registre anxieux dépressif.

( M,de clerq,F,Lebigot,2001,p299)

Les antidépresseurs de type inhibiteur de la recapture de la sérotonine (IRSS) sont le traitement de 1ere intention du fait de leur efficacité sur le « cœur » des symptômes tout en ayant des effets indésirables modérés ; en effet, ils sont actifs sur les symptômes d'anxiété et de troubles du sommeil ainsi que sur les phénomènes d'hyper vigilance.

En troisième lieu, se sont les antidépresseurs tricycliques qui sont prescrits du fait de leur efficacité sur les phénomènes d'intrusion et les symptômes d'anxiété et de dépression. Par contre, leur efficacité est moindre sur l'évitement et l'émoussement affectif.

Les antidépresseurs peuvent être associés aux benzodiazépines. Tous Ces traitements sont, le plus souvent associée à une psychothérapie pour une efficacité optimale (G,Vaiva,F,Lébigot,2005,p70)

### **Conclusion**

Enfin , on peut dire que le traumatisme psychique liée aux accidentés de la route est l'un des concepts les plus complexe à étudier à avoir l'étiopatogenie la définition ainsi la classification et les conséquences sur la vie du sujet ,ce qui demande une collaboration des spécialistes ;psychologue psychiatre ,la famille à fin d'assurer une meilleure prise en charge pour faire face aux sentiment de culpabilité et la honte et pour ne pas développer une pathologie plus tard.

*Problématique*  
*Et*  
*Hypothèses*

## **La problématique**

Tous les jours, des milliers de personnes sont tuées ou blessées sur nos routes, des hommes des femmes ou des enfants qui marchent ou se déplacent à bicyclette ou à moto pour se rendre à l'école ou au travail en encore qui jouent dans la rue ou qui font de longs voyages ne rentreront jamais chez eux et laisseront des familles et des communautés brisées.

(M.Peden,R.Scurfiel dall,2004 ,p09)

Les accidents de la route anéantissent des milliers de vies humaines et causent des tragédies sociales en engendrant des pertes économiques et financières fortement importantes. La route en terme de phénomène d'accident provoque chaque années plus de 1,2million de décès et 20 à 50 millions de traumatisé .Ces chiffres sont encore plus élevés dans les pays à faible revenus.

( B ,Lylia, B , Naima , 2011 )

Les accidents de la route comprennent, les accidents de voiture ou du bus et de train et d'avion .ils constituent un problème de santé en Algérie car ils sont responsables des atteintes physiques comme handicap et psychique comme le traumatisme psychique. (M. Peden ,R .Scurfield ,2004 ,p 09 )

Les accidents de la route sont donc source de blessures physique, mais aussi psychiques .parmi ces dernières, notre travail s'intéresse à l'angoisse et au traumatisme psychique.

Le premier auteur à avoir introduit le concept de trauma est un psychiatre Allemand, HERLMAN, OPPENHEIM en 1884, il considérait que l'agent traumatisant provoque une réaction d'effroi qui induirait un ébranlement psychique ou affectif. On a aussi S. Freud a partir de 1920 il a Développé sa théorie de névrose traumatique dans les années vingt. pour lui le trauma est un processus de choc dynamique et énergétique .pour S. Freud le traumatisme

comme un événement qui en espace de peu de temps , va apporter dans la vie psychique un t'el surcroit d excitations que sa suppression ou son assimilation normale devient une tache impossible ,ce qui a pour effet des troubles durable dans l'utilisation de l'énergies .( M . De Celercq et F .Lébigot. 2001 p 29 )

Une étude évaluant les survivants d'un accident de la route ayant occasionné la mort de sept (7) personne retrouve une prévalence de 16 % de l'état de stress post traumatique six mois plus tard. (S. Morgan ,2012 .p54)

Les études de KASSELER, SOMMEGA, BROMET HUGHES et NELSON on 1995 montre que l'événement traumatique le plus fréquent par les hommes est l'accident de la route 25% sur la vie entière et le deuxième plus fréquent, pour les femmes 13%. (A . Sequem , sa Bour , 2013 , p104 )

Dans la littérature, les accidents de chemin de fer sont pris pour exemple de psycho traumatisme.

C'est dans cet angle la, que L. Crocq estime que les séquelles psycho-traumatiques de l'accident de la circulation ne sont pas différentes de celles d'un accident de la route. (L.Crocq ,2006)

Dictionnaire de psychologie définit le traumatisme psychique comme un état de choc violent susceptible de déclencher des troubles psychique et somatiques. Souvent, à la suite d'une émotion intense ou d'un traumatisme crânien du a un accident grave ou une catastrophe soudain (tremblement de terre incendie),les sujets présentent un ensembles psychologique dont les principaux sont l'irritabilité, l'asthénie, des cauchemars.....etc.

La présence et la sévérité des blessures , l existence de décès pendant l'accident jouent un rôle important , ainsi que le sentiment d'impuissance pendant l'accident , l'intensité de la perception de la menace de mort, le sentiment d'injustice ressenti ensuite dans les démarches judiciaires , la

persistance de troubles somatiques et les problèmes financiers liés à l'accident aggravent le pronostic. (A. Sabous, 2013, p104)

Un accident de la route constitue donc un événement violent qui peut laisser des troubles psychiques durables, et des symptômes comme l'anxiété.

(L. Croq, 2006)

L'anxiété est une sensation pénible de malaise profonde, déterminée par l'impression diffuse d'un danger vague, imminent, devant lequel on reste désarmé et impuissant. (N. Sillamy, 2003, p 22)

On définit généralement l'anxiété comme un affect pénible en relation soit avec une situation traumatisante actuelle, soit avec l'attente d'un danger lié à un objet indéterminé. (J. Bergeret, et al, 1995 p 256)

S. Freud donnera la formulation la plus élaborée et la plus satisfaisante de sa théorie de l'anxiété, qui apparaît comme une véritable fonction de Moi. C'est comme un signal de déplaisir qui permet de mobiliser toutes les énergies disponibles afin de lutter contre la notion pulsionnelle issue du ça, laquelle reste d'ailleurs isolée en face de cette mobilisation du Moi. En effet le Moi, seul et organisé, le ça ne l'est pas et ne met donc pas toutes les forces disponibles au secours de la motion refoulée. Donc, d'emblée, il a affirmé que le Moi est également le siège de l'anxiété et la conception antérieure, qui voulait que l'énergie de la motion refoulée soit automatiquement transformée en anxiété est repoussée. (J. Bergeret, 2008, p 80)

Dans notre étude, c'est l'approche psychanalytique qu'on va adopter comme cadre de référence à notre recherche, étant donné que cette théorie s'intéresse au traumatisme psychique interne et individuelle du sujet.

Notre travail, vise à travers l'entretien clinique semi directif et le test projectif Rorschach, à démontrer la conséquence psychologique d'un accident de la route à savoir l'angoisse et le traumatisme psychique.

Pour mettre la lumière sur la souffrance psychologique des accidentés, On a posé les questions suivantes :

1-Qu'elle est la nature du vécu psychique des accidentés de la route ?

C'est-à-dire comment ces accidentés ont vécu l'événement ?

2-Quelle effet laisse-t-il sur le psychisme de ces personnes ?

Pour répondre à ces questions, on a formulé les hypothèses suivantes:

- Les accidentés de la route, souffrent de traumatisme psychique.
- Les accidentés de la route, présentent une angoisse élevée.

## ***Chapitre III***

### ***Méthodologie de la recherche***

## **Le préambule**

Dans ce chapitre on va définir les étapes de la réalisation de notre sujet de recherche qu'est «le vécu psychologique des accidentés de la route ».Notre choix du thème était une tentative de connaître la nature de vécu psychologique de ces accidentés de la route ainsi que les séquelles et les traces laissées dans la vie psychique de ces accidentés, pour bien mener notre recherche, on s'est appuyé sur l'entretien clinique semi-directif et on a utilisé un test projectif « le Rorschach ».Ces moyens nous ont permis de recueillir des informations sur les personnes et de réunir des informations sur les personnes et de connaître le vécu psychique de ces dernières.

## **-Définition des concepts et leur opérationnalisation**

### **1-Définition des concepts**

**1-2Définition La route** ; une voie de communication terrestre.par cours .trajet-(Dictionnaire la petite l'arousse.2008)

**1-3Définition de l'accidenté** ; qui possède des irrégularités dans son relief.

(w .w.w.Linternaute .com dictionnaire)

### **2-Définition le vécu psychologique**

La définition du dictionnaire « petite l'arousse»(2008) du thème vécu est « ce qui est passé ou qui semble être passé réellement. Une histoire vécu »et « expérience réellement vécu ensemble de faits des événements de la vie réelle »

Définition de même dictionnaire du thème « psychologique » « relatif à la psychologique, aux faits psychique» et « qui agit sur le psychisme »

**2-1 Définition de l'angoisse**

On définit l'angoisse généralement comme « un affect pénible en relation soit avec une situation traumatisante actuelle, soit avec l'attente d'un danger lié à un objet indéterminé » (J. Bergeret et al, 1995, p 256)

**2-2 Définition de traumatisme psychique**

Selon A. Freud est « l'essence d'une situation traumatique tient à détresse éprouvée par le Moi en enfance de l'accumulation de l'excitation qu'elle soit d'origine interne ou externe » (A. Freud, 1964, p 205)

**2-0 Opérationnalisation des concepts****2-1 Accidentés de la route**

**-Les fractures** ; est une solution de continuité d'un segment osseux selon leur cause.

**-Hémorragie** ; c'est un écoulement abondant de sang hors des vaisseaux. Peut être hémorragie interne ou externe.

**- luxation** ; c'est un déplacement permanent de deux surfaces articulaires qui ont perdu plus ou moins complètement les apports qu'elles affectent normalement l'une avec l'autre.

**-Coma** ; c'est de perdre complètement la conscience

**2-2 Le vécu psychique**

Dans notre travail on a décidé de se focaliser sur deux variables qui sont « l'angoisse » et « le traumatisme psychique »

L'angoisse ; dans laquelle on trouve les sentiments pénibles et la crainte et aussi les symptômes neuro-végétatifs comme la tension musculaire, le

tremblements et nausées, sueurs, boule dans la gorge ,palpitation ,vertige ,diarrhées .....ect

### **2-1-Le traumatisme psychique : souvenir répétitifs et envahissants**

-Les cauchemars à répétitions

-Flash-back

-Evitement liées à l'accident comme l'endroit de l'accident,les personnes en rapport avec l'accident

-Difficulté dans le sommeil

-Les problèmes de concentration

- Un sentiment pessimiste sur l'avenir de la victime

-reviviscence de l'accident

### **3-La démarche de la recherche et population d'étude**

Avant de définir la démarche à suivre il est essentiel de parler de notre pré-enquête.

**3-1La pré-enquêtes ;** est un élément très important dans toute recherche car elle nous permet de collecter les données sur notre terme .Et elle nous aide aussi à formuler les hypothèses .Et quand on a sélectionné notre population d'étude ça nous permet de vérifier les hypothèses de notre thème de recherche intitulé « le vécu psychologique » des accidentés de la route » qui se caractérise par un traumatisme psychique du aux accidents et aux chocs inattendus pour les enquêtes effectuées auprès des accidents de la route elles ont été faites après l'accord de ces sujet de participer à cette recherche.

**3-2la méthode clinique :** C'est une observation approfondie d'un individu, l'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les

clinicien y font souvent référence, c'est une méthode pratiquée déjà par les premières psychopathologues comme Freud et Janet. 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, échelle clinique) afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale en référence à lui-même, son histoire et à son contexte de vie. (CH, Benory(h), 2003, p 125)

#### **4- La présentation de lieu de recherche**

On a effectué notre recherche au sein du Centre Hospitalo-universitaire (CHU) khellil Amrane, situé à AMRIW qui se compose de plusieurs services (secrétariat, urgence, pédiatre, médecine interne, neurochirurgie, orthopédie, et une salle d'échographique, salle de radiologie, puis des médecins généraliste, spécialiste, des psychologues...etc). Le groupe des soignants et infirmière dans chaque service, on trouve un chef de service et un médecin chef.

Le service d'orthopédie où on a effectués notre stage assure la prise en charge des malades qui présentent des facteurs simples et complexes, tumeur osseuse, réputer, luxation, traumatisme du rachis...etc.

#### **5-La population d'étude**

##### **5-1-la sélection de notre population d'étude**

**5-2-critères d'homogénéité - L'âge** ; tous les cas sont des adultes, leur âge est 22 ans et plus ; car c'est facile de travailler avec eux surtout ce qui concerne la passation du test Rorschach.

**-la langue** ; pour la Langue, il parle soit en français soit en arabe ou bien en kabyle.

**-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.

**6-les critères non pertinents pour la sélection des cas**

**-le sexe ;** dans notre recherche on a négligé le critère sexe dans la sélection des cas .

**-le niveau socioculturel ;** c'est un critère aussi qui n'est pas respecté de notre part on n'a pas pris en considération le niveau d'éducation et la situation sociale, puisque l'accident de la route peut toucher tous les

Membres de la société.

**7-Tableau n°5 récapitulatif des caractéristiques de notre population d'étude**

Nom	Age	Etat civil	Niveaux d'instruction	profession	Evaluation de son état de santé
OMAR	24 ans	Célibataire	3A Année université	étudiant	Vivant sans complication
NORA	60ans	Divorcé	2année primaire	Femme au foyer	Vivant avec complication
IMAD	23ans	Célibataire	4année moyens	Pâtissier	Vivant sans complication
LHADI	22ans	Célibataire	2année universitaire	étudiant	Vivant avec complication

### **-Les techniques utilisées et leur analyse**

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

### **-L'entretien semi- directif**

À la cour de notre recherche , on a utilisé un entretien de type semi –directif qui convient à notre recherche et notre investigation est définit comme suit « comme la situation ou le clinicien pose quelque question simplement pour orienter le discours sur certaine 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 ,p11)

Dans ce type d'entretien le clinicien dispose d'un guide d'entretien qui contient plusieurs questions préparées à l'avance ou il s'est inspiré du questionnaire.

### **- le guide d'entretien**

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

**-Les informations personnelles sur le sujet**

- Quel âge avez-vous ?
- Quel est niveau d'instruction ?
- Etes- vous marié ou célibataire ?
- Quelle est votre profession ?

**-Avant l'événement**

- Vous n'avez des problèmes de santé auparavant ?
- Avez-vous déjà fait un accident de voiture ? si oui, quelle âge avez-vous à ce moment là ?
- Aimez-vous faire des aventures ou prendre risque ?

**-Pendant l'événement**

- vous étiez combien dans le véhicule ?
- vous étiez conducteur ou passager ?
- vous avez essayé d'éviter l'accident ?
- Oue est ce que vous avez éprouvé à ce moment là ?
- Qu'est ce que vous avez fait à ce moment là ?
- Vous avez l'impression d'être incapable de réagir ? De bouger ?

**-Après l'événement**

- Est – ce que vous faites des cauchemars ?
- Avez –vous perdu l'appétit ?

-Est- ce que vous pouvez décrire ce qui s'est passé ?

-Votre accident est dû à quoi ?

-Qu'est ce que vous avez perdu à cause de cet accident ?

-Qu'est ce que vous avez craint ?

-Vous évitez de monter dans la voiture, dans le bus ?

-Vous avez perdu vos centres d'intérêt ?

### **-La vision vers l'avenir**

-Qu'elle est votre vision de l'avenir ?

-Qu'est ce que vous pensez à faire quand vous serez guéri ?

-Vous voulez reprendre le travail ?

-Vous pensez que vous prouver récupérer avec le temps ?

-Qu'est ce que vous pensez au congé de malade ?

-Pensez-vous revenir comme avant ?

## **2-Le test utilisé le Rorschach**

### **2-1Historique du Rorschach**

Hermann Rorschach née a Zurich en 1884 dans une famille Suisse, germanique, il hésite entre une arrière artistique et des études plus scintiphique.il termine les études en 1910, tout sa s'est fait dans des hôpitaux psychanalytique ( asile de waldau) .

C'est une convergence de différents faits qui vont amener la découverte du test les dont personnel(artistique et personnel) de Rorschach, les expositions ,les dessins et l'idées projective de avec la reprise de vieilles méthodes e

divination PISTER qui demande à ses patients de faire des gribouillages pour l'interprétation .

L'aider de faire les taches, ne vient pas de Rorschach ,elle sont déjà utilisé dans l'ère du temps(Binet pour étudier le temps) en 1912 .

Rorschach fait sa thèse sur les hallucinations Symons Hens a fait ses études en 1917, il utilise 08 taches testées au prés de 1000 enfants dans le but d'étudier l'imagination mais il a étudié seulement le contenu des réponses.

A partir de 1918, Rorschach élabore une centaine de planches qu'il teste sur ses sujets, ses étudiants. Il sélectionne progressivement 15 planches. Il fait un rapport sur le travail d'expérimentation et recherche un éditeur, il obtient un contrat d'édition et celui-ci conserve 10 planches et change les couleurs. Les noires sont dévalées. C'était donc l'année de 1920 que ce test a été crée. (www.Geopsy.com)

## **2.2La situation Rorschach**

Le sujet en situation projective est invité à parler tout aussi librement sauf que ses réponses doivent être associées à partir du matériel du test , ce qui constitue une première contrainte dans la prise en compte de la réalité externe , perceptive du stimulus et par ailleurs , il ne dispose que d'une séance pour la passation , il ya donc liberté et contrainte. Le psychologue adopte une attitude de neutralité bienveillante ; il ne suggère pas, il n'interprète pas, il ne juge pas (il n'ya pas de bonnes ou de mauvaises réponses) .

La situation projective est susceptible de solliciter des conduites qui impliquent un fonctionnement transitionnel dans la mesure où elle se définit par une double modalité des conduites psychiques mobilisées : référence au réel constituée par la matérialité du test ; recours à l'imaginaire, à l'illusion dans l'attribution projective de qualité à l'objet test. Pour les phénomènes transférentiels en

situation projective ils sont d'une double perspective : d'abord comme mécanisme de déplacement permettant l'expression de contenu et de procédures inconscientes à travers la médiation du matériel fourni ; ensuite dans la réactivation, en cours de passation, de modalités relationnelles particulières dont les références latentes sont inconscientes et généralement attachées aux imago parentales.(C.Chabert,2004,p 38)

### **2-3La pratique du Rorschach**

Le Rorschach permet d'étudier toutes les catégories (enfant, adolescent, adulte). Lors de la consultation le clinicien donne au sujet la consigne suivante : « je vais vous montrer dix planches vous me direz tout ce à quoi elles vous font penser, ce que vous pouvez imaginer à partir de ces planches ».

Le patient est invité à parler librement sauf que ses réponses doivent être associées au matériel du test (C .Chabert,2004,p28) .

Le Rorschach permet de repérer la manière dans laquelle le sujet appréhende la réalité extérieure, et la nature de cet accrochement à la réalité il s'agit d'un accrochage normal ou pathologie ainsi sa relation avec la vie fantasmatique interne, en se basant sur le principe de plaisir et le principe de la réalité, entre le désir et la défense, et leur comptabilité. On analyse les représentations, la qualité des relations, ainsi la vie pulsionnelles à partir des réponses kinesthésiques (agressives –libidinales) les investissements et la variation des objets externes (N .Rausch.,de traubenberg, coll,1978,p 270)

On présente le test au sujet, ce qui nécessite qu'on soit clair sur pour quoi on le fait passer .expliquer les buts de l'évaluation.

Pour la consigne on choisit les deux célèbres celle de Hermann Rorschach « Qu'est ce que ça pourrait être ? » et celle de C .Chabert. En notant tout ce que le sujet dit, les silences, les soupirs les manifestations comportementales,

signifiant, agitation, tendre la planche dans les mains, attendre que le sujet la prenne.

Pour l'enquête, elle sert à faire préciser les modalités perceptives, les réponses par le sujet, sans en préciser d'autres, afin de coter le protocole. Attention de ne pas induire.

« j ai besoin de voir les choses comme vous les avez vues »

« Je vais vous les remontrer et vous allez me montrer dans quelle partie vous voyez »

Pour la cotation, c'est une codification, c'est à dire une transformation de ce que dit le sujet en signe, traduction en symbole permettra, après un travail de synthèse l'interprétation.(Ibid.)

### **3-Les caractéristiques manifestes des planches et leurs indices**

Une lecture descriptive du matériel Rorschach est très difficile, voir impossible les dix planches proposées ont été créées à partir de taches noires colorées, réparties symétriquement par rapport à un axe verticale, obtenues comme L'analyse descriptive du matériel a été tentée par Nina Rausch de Traubenberg (1970-1990) dans la mise à jour des qualités perceptives et présence d'éléments chromatiques soutiennent deux dimensions fondamentales du stimulus ; une dimension structurale dans la construction formelle de la tache (compacte, fermée, bilatérale, ouverte) une dimension sensorielle liée à la couleur .(planches noires, gris, rouge, pastel)

#### **3.1..Dimension structurale**

**Les planches I, IV, V, VI, IX** se présentent comme des taches compactes favorisant une approche perceptive globale et unitaire .Elles favorisent la projection d'image rendant compte à d'une représentation de soi en référence directe avec la notion d'identité unitaire ou confuse différenciées clairement ou non par rapport à l'environnement.

Les **planche** II,III,VII, sont construite en configuration bilatérale. Elle favorise l'évocation de représentations de relations dans les modalités les plus diverses, spéculaires, soutenues par une articulation essentiellement narcissique ou l'autre est le double du sujet et son reflet, ou conflictuel, sous tendus par des mouvements objectaux en termes libidinaux et ou agressifs.

**La planche** VIII est particulière à la fois compacte dans sa masse centrale et bilatérale sur les cotés elle caractérise sur tout par l'apparition des couleurs, pastel. On trouvera y aussi bien des associations en référant à la représentation de soit et aux représentations.

**La planche** X est elle aussi, tout à fait singulier ; elle est, en effet, très éparpillée, les taches différentes occupent curieusement l'espace de la planche, avec une double caractéristique relevant à fois d'une forte fragmentation et de points de contact entre les défient fragment ,les particularités se condensent à la foi avec la présence de plusieurs couleurs et avec le font qu'il s'agisse de la dernier planche, terme de la passation spontanée . (C, Chabert, 2004 ,p 49)

### **3-2Dimension sensorielle, et les caractéristiques chromatiques**

**la planche** I,IV,V,VI, sont des planches dites « planche noires »ou encor « achromatique » formation discutable, car l'association des couleurs gris ,noir et du font blanc sur lequel elle se détache est très déterminante chez certaine sujet sensibles à l'espace sensibles à l'aspect sombre immédiatement connoté d'affectes anxieux ou dépressif .Les planches II,III, dites « rouge » combinent l'organisation bilatérale et l'apparitions de rouge ,stimulant l'émergence de mouvements pulsionnels intégré ou nom à des scénarisons relationnels sexuel .et/ ou agressif . le rouge appelle des affectes forts, parfois violant et les représentations qui sont susceptible qui d y être associes .Les planche pastel (VIII,IX,X,) engagent des mouvements agressifs liés à la teneur même de ces couleurs passées et aux infléchissement progressifs liées à la passation. La

**planche VII** est à part sur la planche chromatique, elle est gris claire. Et ouverte sur un large espace blanc. Il est probable que cette forme creuse soit à l'origine de ses sollicitations latentes, privilégiés du féminin maternel. (ibid,p50) .

#### **4-Les sollicitations latentes des planches**

**La planche I.** Situe le sujet face au teste, ce qui peu lui faire revivre l'expérience d'un première contacte avec un objet inconnu cette planche sollicite des images évocatrices des relations précoce avec le premier objet.

**La planche II** construite autour de lacune intermusculaire , en configuration bilatérale et trichromatique(rouge ,blanc ,noir),est appréhendée dans ses représentations les plus archaïque ,comme un tout éclaté ;la lacune médiane est ressentie comme un vide interne, faille corporelle fondamentale .La planche II renvoie plutôt à une problématique de l'angoisse de castration.

**La planche III** met surtout l'accent sur le processus d'identification sexuel, sa bisexualité manifeste (personnage pou vus de sein et de penis rend par fois difficile un choix fermement déterminé, les conflits peuvent apparaitre, le sujet

Se sentant travaillé entre des tendances contradictoires sans possibilité de résolution de ce déchirement interne.

**La planche IV** ne met pas d'emblée l'accent sur la représentation du corps elle est plutôt évocatrice d'images de puissance ;sa « massivité » sa construction ,ses qualités sensorielles en fan une planche à symbolisme phalisque ,sans préjuger du caractère masculin ou féminin de cette référence .dans les meilleures des cas ,la puissance phallique est associées à une image masculine a qui a peu

Justifiées l'interprétation de la planche IV comme « planche paternelle »

**La planche V** est considérée comme celle de l'identité et de la représentation de soit .elle renvoie à une problématique d'identité au sens psychique de terme, à

la notion de « self » plutôt que simplement du schéma corporel. Cela explique son extrême sensibilité à toute forme de fragilité narcissique, manifestation dépressive liées à la mésestime de soi, ou affirmation mégalomaniacque de toute puissance.

Enfin, cette planche reste celle de l'évidence de la banalité « chauve - souris »

**La planche VI** est classiquement considérée comme porteur du symbolisme sexuel. Cependant, si la démentions pénienne phallique est dominant (démentions supérieur ; « stylo » « totem » « épée », la bisexualité caractérise cette planche puisque qu'elle également une sensibilité passive ,réceptive ,associées à des images sexuelles féminin. « En particulier dans sa partie inférieure « fourrure » « sexe de femme »

**La planche VII** n'a jamais démenti sa résonance essentiellement maternelle, justifiée « objectivement » par sa configuration en creux par l'étendu de l'interprétation du blanc et de gris. On découvre toute les modalités possibles des relations à l'image maternelle, des plus archaïque aux plus évoluées ; symbiotiques

Ou fusionnelles.

Relation d'objets marqués d'analité ou d'oralité, sentiment de bien-être.

**Les planches pastel VIII,IX,X** citent l'émergence d'émotions et d'affectes et permettent par la de saisir le type de rapport que le sujet établit avec son environnement. Il est difficile pour tant de dégager l'appel spécifique de la planche ; les réactions sont y Très diverses , me favorisant pas le regroupement thématique.

Cependant on reconnaitre que la planche « VIII » reste la planche des « contacte avec le monde extérieure », que la planche IX

Favorise les références maternelles précoces.(la planche II utérine »que la **planche X** enfin peut être considéré comme planche d'individualisation et de séparation . (ibid ,pp 50-53)

### **-Analyse des outils de recherche**

**1-L'analyse de l'entretien semi – directif** dans notre recherche, nous avons fait la méthode qualitative.et ce pour but de traiter et d'interpréter les données de cet entretien.

Selon Paillé et Muchielli(2005) L'analyse qualitative est « une démarche discursive de reformulation d'explication ou de théorisation d'un témoignage, d'un expérience ou d'un phénomène » (P,Mucchélli, 2005,p 05)

De sont coté, Bardin ,2003 estime que l'analyse des contenu

« Est un instrument d'investigation applicable à des messages de nature très différentes »

Diffusion de masse, entretien cliniques ou matériaux d'enquête »

(L .Bardine, 2003,P14)

**2-L'analyse de protocole du Rorschach** nous présenterons le psychogramme et son analyse du cas ; pour arriver à faire une conclusion générale du cas, nous utiliserons les résultats de l'analyse de l'entretien et l'analyse de psychogramme du rorschach. ( Ibid ,p241)

### **3- La méthode d'analyse de Rorschach**

Nous avons adopté la méthode de C .Chabert qui se base sur la méthode de Nina Rauch.de Traubenberg dans ces travaux.

Sur le plan qualitatif et quantitatif.

-Les modes d'appréhension

-Les déterminants

-Les facteurs relevant de la dynamique conflictuelle les réponses Kinesthésique.

-Les réactions sensorielles.

Concernant la cotation des réponses dans le protocole Rorschach, on va utiliser le livret de cotation de Cecil beizmann.et l'analyse des protocoles on s'est basé sur la méthode de Chabert. (C .Chabert, 2005, p 18)

#### **4-L'indice d'angoisse dans le Rorschach**

**La planche IV** est une planche sombre et compacte dont la tonalité émotionnelle est presque toujours dysphorique. Elle provoque souvent des réactions d'angoisse, c'est la planche dite : « planche de l'autorité » qui renvoie au niveau latent au registre du pouvoir et de la puissance du côté de l'autorité ou de la toute puissance fantasmatique.

On a aussi la reconnaissance de la qualité du stimulus dan une inscription mystique « figure de monstre » avec une charge d'angoisse souvent très perspective (dévorant) et l'intégration de la charge d'angoisse qui est plus menaçante « un ogre assis sur un tronc ».

La nature de l'angoisse les manifestations de l'angoisse apparaissent au cours de la passation sur le mode verbale ou non : elles peuvent être clairement exprimées par la réponse donnée ou se donner à voir à travers les postures (posture, ou distance du matériel, la critique de la situation du matériel. (www.psy.univ-lyon 2 .fr. )

Au niveau plus évolué, la planche II renvoie préférentiellement à une problématique de l'ordre de l'angoisse de castration : le dbl est ressenti comme trou, blessures, parfois contre investi par la valorisation de la pointe médiane interprétée comme symbole phallique. Les références féminines sont fréquentes (règles, gestation, naissance, fantasme sexuel,).(D,Anzieu,C,Chabert,1961, p 7)

**-Les réponses estompage**

-E dysphorique manque de confiance en soi , tristesse, tendance à l'angoisse.

-E gris clair (fréquents) expriment l'angoisse flottante.

-E gris foncé indiquent une réaction à l'angoisse par l'activité motrice.

**- Les réponses claires obscures (clob)**

Dysphorique d'angoisse ex : (« de la neige sale » « une tête de mort ») .

ClobF : maîtrise insuffisante des réactions d'angoisse.

**-Les réponses humaines**

Hd/anat : angoisse majeure concernant le vécu corporel. (préoccupation hypocondriaque, angoisse de des intégrations) et aussi le ( sexe ,sang ) % positif si  $> 12$  IA= ( Sang+Anat+Sex+Hd+) 100 /R= positif si  $>12$  et négative si  $<12$  .

**5-Angoisse pathologique : selon Bohm****5-1Les Caractères généraux du protocole**

-Appauvrissement de la production

-coarctation

-succession soit trop rigide, soit relâchée, soit incohérente

-éléments interprétatifs

**5-2 Facteurs spécifiques**

-modes d'appréhension : diminution des G triade

d'incertitude intérieure : Dd,DbI,Do(cf .Loosli-Usteri)

-Déterminants : F- (baisse de la qualité des réponses)

K peu nombreux et de mauvaise qualité

FE nombreux et dysphorique

-Clob

-C isolées et explosives, choc c ou noire,

-Choc vide

-Contenus:

-Nombreuses symétries

-Anatomie nombreuse et de mauvais Qualité

-Mauvaise originalité, interprétations sexuelle, dépressives

-Hd et Ad supérieur à H et A

**Selon Violet-Conil et Cavinet**

-Clob

-Choc au noir

-Chocs aux vides

-E élevé dysphorique

-F-,c isolées explosive Hd , Ad, réponses sexuelles ,symétrie

**Selon Zulliger** : il faut ajouter aux signes proposés par Bohm :

-Diminution des Ban

-Verbalisation particulière (manque d'assurance inquiétude, anxiété) -

Critique objective et subjective

-perplexité

(D .Anzieu,C.Chabert ,1961,PP119-120)

### **-Indice d'angoisse dans le Rorschach**

IA= ( Sang+Anat+Sex+Hd+) 100 /R= positif si >12 et négative si <12 .

### **6-Le traumatisme psychique au Rorschach**

Le phénomène de choc en serait équivalent atténué paradigme d'événement traumatique, il s'avère également le révélateur particulièrement démonstratif de ladite puissance d'évocation symbolique de chaque planche.

Ce phénomène de choc a été identifié de prime abord par Rorschach à propos de l'impact de la couleur, avant qu'il ne s'avère que toute particularité des données était susceptible d'en provoquer également. Rorschach le décrit tel un passage à vide où le sujet ,sous l'impact des données reste comme interdit à quia ou le bec dans l'eau, empêché quant à proposer une interprétation .Quand on sait par avance qu'une personne a subi dans sa vie des faits incontestablement traumatisants qu'il s'agisse par exemple d'accidents ayant provoqué de graves brûlures ou de violence sexuelle, on sera attentif à des indices tout d'une probable évocation de leurs traces que de l'éventuelle poursuite d'un travail d'élaboration de celle-ci, à l'occasion et à la faveur de faire œuvre en quoi consiste la tâche du sujet au Rorschach .C'est en tenant compte de tout ceci qu'il devient possible de saisir la portée significative des réponses obtenues au test de la part des personnes traumatisées(production recueillies par F,Febo) ( www. Szondiforum .org)

Les chocs sont des réactions de « stupeur affective »(Rorschach), de perturbation émotionnelle profonde provoquée chez les sujets par des particularités de certaines planches .Cette perturbation entraîne une désorganisation de la pensée rationnelle et du contrôle qu'elle exerce sur la

personnalité Pour admettre l'existence d'un choc, il faut la présence d'environ 5 des signes suivants :

-Baisse du rendement quantitatif(R) ou qualitatif F+ à une planche par rapport aux autres planches ;

-Augmentation sur compensatrice du nombre des réponses ;

-Changement dans le mode d'appréhension : le sujet cesse de donner des G ou des D pour fuir dans le blanc (Ddl) ou au bord de la tâche(Dd)

-I régulation de la succession :

-Absence de réponses couleur aux planches en couleurs ;

Absence des réponses habituelles à une planche, notamment des Ban ;

-Appauvrissement du contenu ; G primaire ;

-Augmentation du temps de latence ;

-Manipulation agitée de la planche ; hésitation ; silence ; dénégation ; refus ;

-Exclamation émotionnelle de désapprobation ou d'approbation de la planche ;

-Remarque critique ou autocritique ;

-Réponses bizarres, infantiles ;-Réponse exprimant symboliquement les problèmes du sujet . (D.Anzieu, C.Chabert, 1961,pp 97-100).

**Conclusion du chapitre**

Dans ce chapitre méthodologique on a présenté le lieu de notre recherche, la démarche suivie, et l'outil utilisés tel que l'entretien et le test projectif Rorschach .On a exposé aussi la façon d'analyse de ces deux outils qui nous permet de détecter le vécu psychique de chaque cas, et leur angoisse .ainsi la collecte des données sur les sujets pour dévoiler la qualité du traumatisme psychique de chaque sujet.

# **Partie pratique**

# **Chapitre IV Données et analyse des résultats**

## Données et analyse des résultats

### -Présentation et analyse de chaque cas

#### 1 -Données et analyse de l'entretien semi-directif

##### Le cas de Nora

Nora âgée de 60ans, femme au foyer, son mari est décédé ça fait dix-huit ans, elle a eu un enfant avec lui puis elle est remariée et elle a eu 3 filles .Elle est divorcée, elle est venue à l'hôpital pour faire une opération au niveau du son épaule gauche, à cause d'un accident de la circulation, ça fait à peu près six mois (d'après ses dires)

Nora vit seul avec ses filles dans des conditions un peu difficile, et ce qui a aggravé la situation c'est l'accident qu'elle a fait quand on lui a demandé de nous parler de l'accident elle nous a dit « je ne via pas m'en souvenir par ce que ce n'est pas quelque chose de bien » on voit ici une attitude de fuite et évitement, elle avait des larmes aux yeux ce indique qu'elle est encore sous choc et est émotive.

Elle était tout le temps angoissée et à chaque fois elle nous dit ; « je veux guérir yak ? « je vais guérir ? » pour l'accident elle nous a dit « c'est vraiment choquant »elle nous parle avec une grande tristesse, et quand on a lui demandé de nous parler sur son état de santé elle nous a dit « je suis toujours angoissée par ce que j'ai peur de devenir handicapée »ici l'angoisse est liée à l'unité corporelle.

Elle rajoute « je fais des réveils nocturnes (doukoussagh laacha) des sursauts ».

« J'évite d'entendre le son de véhicule surtout les freins secs, je déteste monter dans les bus » c'est-à-dire qu'elle évite toutes les choses lui rappelant l'événement.

Pour sa vision de l'avenir elle a toujours de l'espoir dans la vie « j'espère que je vais voir que le bien ».

Nora était collaboratrice malgré quelques silences dans son discours qui sont dus au choc subi.

**2- L'entretien clinique semi-directif de Nora**

Nora a subi un traumatisme intense, on le voit dans ses dires « c'est choquant » et dans ses comportements « avoir des larmes aux yeux », son angoisse était intense mais liée à son intégrité corporelle « la crainte de devenir handicapée » elle est toujours dans une attitude d'évitement de toute chose lui rappelant l'événement. Nora était collaboratrice malgré quelques silences dans son discours.

**3- Donnée et analyse du Rorschach de Nora**

**Le tableau n°5 : le protocole de Nora**

Planche	T.L	Texte	Enquête	Cotation
I	10''	1- C'est une chauve souris. 21''	(toute la planche) par ce qu'elle a les ailes	GF+ Ban
		2-c'est un être humain devisé en deux.	Par ce qu'il a la tête(le rouge supérieure)il a aussi la bouche les yeux, la partie centrale blanche est devisé (toute la planche)	G/DF-H

II	35''	1',35''		
III	32''	3-deux moutons qui sont de face, le rouge je ne lai pas compris.  1',32''	(toute la planche) le milieu je lai pas compris, la partie inférieure ça ressemble au pied d'un mouton »	GF-+A
IV	4''	4- c'est un rat.  1',02''	(toute la planche) par ce qu'il ya la forme d'un rat »	GF+-A
V	8''	5- c'est un papillon.  2',13''	(toute la planche) par ce qu'il ya la forme d'un papillon » la partie latérale c'est des ailes.	GF+Ban
VI	39''	6- c'est un éléphant.  7- c'est un Corp. d'un gros animale.	(toute la planche) c'est la forme, la partie supérieure c'est la bouche.  « (toute la planche)par ce qu'il ya la bouche, le nez.	GF-A  GF-A

		56''		
VII	7''	8- deux filles qui sont entrain de joué.  2',19''	(toute la planche) par ce qu'il ya les cheveux, la tête	GKH
VIII	16''	9-c'est l'Europe. 10- deux ras qui grimpent. 11- deux drapeaux.  1',43''	« (toute la planche) à cause des couleurs. « coté latérale rose c'est les deux rats. « le vert médiane ça ressemble à aux drapeaux.	GCGéo  DkanABan  DCF éléme
IX	11''	12- c'est un estomac.  1',18''	« (dans le rose inférieure. Rose de trois tiers « par ce que ça ressemble à des cœurs (toute la planche) (deux reins ou bien deux fois)	DCAnat  GF-+ Anat

X	12''	6- c'est la gorge 53''	Par ce que ça ressemble a la gorge d'un homme	DF-Anat.

**4 - Enquête limites**

Chercheure : Est-ce que ça ne ressemble pas à autre chose ?

Le sujet : « deux moutons » par ce que ça ressemble à des moutons.

Chercheure : Est-ce que ce ne sont pas des être humain ?

Le sujet : non

**5- Le choix préférentiel**

-IX + par ce que ça ressemble à homme, les coulures ça me pelaient

-X + par ce que ça ressemble à un homme qui va guérie.

- IV - par ce que ça ressemble à la peau d'un rat.

- VI - par ce que ça ne plait pas

**6-Tableau n°6 psychogramme de Nora**

Planche	Appréhension	Déterminant	Contenu
R=1 3	G%=76,92%	F+=2	A=7
T .T =14,26	D%=38,46%	F- =5	Ad=0
T.p.R=61	Ddl=0	F+- =2	A%=53,84%
	Dd=0	∑F=9	H=3

T.L.moyen=17,4		F%=69,23%	Hd=0
RC%=38,46%		F%	H%=23,07%
T,R,T=1K / 3ΣC		élargie=92,30%	Elémen=1
F C = 1K/0ΣE		F+%=23 ,07%	Fragment=0
		F+%	Ana=0
		élargie=50,%	Géo=1
			Sexe=0
			Abst=0
			Ban=3
			H%=26,66%
			A%=46,66%

**7-Analyse qualitative de protocole le rorschach de Nora**

**-L'impression générale** la productivité est R= 13, elle est inférieure à la norme qui est considérée comme un indice du traumatisme le récit est donné dans un temps de 14,26 qui est aussi inférieur à la norme, et le temps de latence qui est dans la moyenne.

**-Les modes d'appréhension**

On remarque dans le protocole de Nora que le G% est supérieur à la norme (20-30%) il atteint 76,92% ce qui explique sa vision globale de la réalité extérieure. Pour le D% il est inférieur à la norme (60-68%) il atteint 38,46%. Ce qui montre qu'elle ne prend pas en considération les détails (vision globale) on remarque aussi l'absence de Dd et Dbl dans ce protocole

### **-Les déterminants**

On remarque que le F% est dans la moyenne (50-70%) qui veut dire que le sujet voit la réalité dans son côté formel, il atteint 69,23% et le F+% inférieur à la moyenne (80-85%) ce qui signifie une mauvaise interprétation et mauvaise perception de la réalité extérieure, on constate aussi que le F% élargi est très bas de la moyenne (80%).

### **-Les contenus**

A% est de 53,84% qu'est dans la norme qui veut dire que le sujet donne des réponses animales dans les normes. Pour les H% il est supérieure à la norme (23,07%) ça peut être expliqué par une problématique de s du soit.

### **-Les facteurs relevant de la dynamique conflictuelle**

Type de résonance intime  $T.R.T = 1K/3\sum C$  est de type extratensif puisque parce que K est inférieure à C pures tonalités émotionnelle ouvert  $FC = 1K/O\sum E$ .

### **-Les réponses kinesthésiques**

Elle sont trop pauvre  $K=1$  on peut dire que c'est un signe de traumatisme, il n'est pas dans la norme et même dans la troisième planche il n'a pas cité la kinesthésie ex ( $KH=0$ ,  $(kan=0)$ ). Pour les Anat il avait donné 3 réponses, qu'est un indice du traumatisme éfraction dans le corps. Pour les réponses couleurs elle n'a pas donné la couleur rouge dans la troisième planche qui indique un choc au rouge, face à la couleurs. Est dans la dernière planche, elle n'a pas signalé la couleurs et qui nous donne un indice de traumatisme.

### **-Indice d'angoisse dans le Rorschach de Nora**

IA= (Hd+Anat+Sex+Sang)% 100/R=23,07% > positif

-Appauvrissement de la production R=13

- K peu nombreux=1

- Diminution des Ban

- Des réponses bizarres dans la planche VIII (c'est l'Europe)

### **8-Traumatisme psychique dans le Rorschach de Nora**

Nora a subi un traumatisme intense on voit ça dans ses réponses qui sont courtes, et sont attitude d'évitement. Les silences caractérisant son discours. On a aussi les larmes qu'elle avait aux yeux quand elle racontait l'accident subi on a aussi les signes potentiellement traumatique, comme les réveils nocturnes et le troublement du sommeil. - On a aussi des réponses Anat. qui indique l'angoisse.

On a remarqué qu'elle n'a pas donné de réponses humaines ni de couleur rouge dans la troisième planche qui montre le choc subi.

Pour le Rorschach, il est caractérisé par T.R.P qui est supérieure à la moyenne. Une productivité inférieure à la moyenne et une baisse des  $dF_{\pm}$  R=13 la présence des réponses bizarres pour la planche IIIIV, on a aussi observé de réponses humaines pour la planche III, et des réponses couleurs deux planches en couleurs notamment la IIIIV, IX et planche X. Et les couleurs rouges dans la troisième planche.

### **9-La conclusion de Rorschach de Nora**

Pour le cas de Nora, on a constaté que son indice d'angoisse est positif IA=23,07%. on détecte l'angoisse de Nora dans sa qualité des réponses, et la productivité qui est 13 bas de la norme, et la diminution des banalités et le Ana,

qui indique une angoisse concernant le vécu corporel. Et pour le traumatisme de Nora on le voit dans l'absence des réponses couleur et la réponse humaine pour la planche III. On peut dire qu'elle a subi un traumatisme plus ou moins intense.

### **10-Conclusion du cas de Nora**

Enfin après la combinaison entre les résultats du l'entretien et le syndrome post traumatique intense, ce qui conduit à dire que cet accident était comme un choc, et la présence d'une angoisse liées à son intégralité physique et la crainte de perdre un objet.

### **1-L e cas de Lhadi**

Lhadi âgé de 22ans, étudiant en deuxième années universitaire, c'est le cadet de sa famille célibataire, il a deux sœurs. Il a fait un accident de moto ça fait presque six mois. C'est un jeune calme, qui est timide et qui ne parle pas beaucoup (l'entretien s'est déroulé dans le bureau du psychologue de la résidence universitaire), il était d'accord pour répondre à nos questions et à lui passer le test du Rorschach.

Il n'avait au qu'un problème de santé auparavant, il nous parle avec une voie basse, on a lui demandé de nous parler de l'accident et après un silence de sa part il a commencé à parler.

Lhadi déclare « je vis toujours l'événement » qui veut dire qu'il est toujours sous le choc, il se décrit angoissé et il rajoute « j'ai pensé directement à la mort ». On a remarqué ici l'existence d'une angoisse de mort et quand il a dit « j'ai peur de perdre ma jambe » ici cette expression indique une angoisse par rapport à son intégrité physique .qu'il redoute de perde. Lhadi rajoute « pour la moto je l'ai vendu »ici on voit une attitude d'évitement pour ne pas penser ou

se souvenir de l'accident en se débarrassant de la chose qui lui rappelle l'accident

Lhadi se culpabilise en déclarant « la superette est proche de notre maison, je ne sais pas comment je ne me suis pas déplacé à pieds » il se met à chercher des explications pour donner un sens à l'événement.

On a constaté que cet accident est toujours présent dans la pensée de Lhadi. En ce qui concerne ses études il n'a pas eu le premier semestre on constate ici l'impact du choc subi par Lhadi sur sa vie, on décrit un tableau clinique composé essentiellement du troubles du sommeil, les réveils nocturnes qui sont des indices du trauma.

On a remarqué aussi qu'à chaque fois qu'il parle regarde sa jambe et l'a touche comme si il a peur de la perdre ou encore pour se rassurer de son intégrité corporelle.

On conclut à l'angoisse permanente de perdre un organe corporel et de ce fait son unité somatique.

Pour sa vision de l'avenir, il était optimiste « je marche bien mais pas à longues distance mais avec le temps je vais guérir complètement ».

## **2-conclusion de l'entretien de Lhadi**

Pour lui l'accident est toujours là, quand on a essayé de parler de ce qui s'est passé il est resté un bon moment silencieux qui est un signe du choc subi, et de la sidération encore présente, Lhadi est très angoissé par rapport à son intégrité physique ,on conclut à l'angoisse permanente de perdre un organe corporel.

## 3-Rorschach de Lhadi.22ans

Tableaux n°7 protocole de Rorschach de lhadi

Planche	T.L	Texte	Enquête	Cotation
I	16''	1- c'est un papillon. 2-c'est un insecte. 38''	-(toute la planche) par ce qu'il ya les ailes, la queue. (la partie médiane du haut en bas)il a les ententes.	GF+Aban DF+A
II	Refu s	-Refus	Refus	Refus
III	14''	3-C'est deux hommes qui travaillent. 47''	(toute la planche) par ce que c'est la forme des hommes, qui ramènent du l'eaux	GKHBan
IV	19''	4- c'est un papillon. 54''	(toute la planche) par ce que il a la forme d'un papillon.	GF+A
V	8''	5- c'est une chauve souris. 20''	(toute la planche) La position des ailes, les pieds, les oreils,il vole (GKanA)	GF+Aban
VI	15''	6-c'est un oiseau. 7- c'est une	(toute la planche) Je lai vu dans les films.	GKanA

		torture volante. 2',10''	« les ailes du gauche à droite »	
VII	7''	8- deux filles qui sont face face. 46''	(toute la planche)par ce qu'il ya deus têtes. Les cheveux attachés.	GF+H
VIII	27''	9- c'est le ventre de l'homme. 10- les intestins » 41''	(toute la planche) par ce que ça ressemble, c'est l'intérieure de l'homme. « par ce que ça ressemble aux intestins »	GF-Anat  GF-Anat
IX	Refus	Refus	Refus	Refus
X	47''	11- un penice . 12 -ventre (grand axe médiante) 1',14''	« par ce que ça ensemble au pénice. « je l'ai vu dans les photons à l'école moyenne »	Df-sex  DF+-Anat

**-Le choix des planches : le choix +**

**IV**; « par ce que le papillon est quelque chose de bien, c'est brillant. »

**V** ; « car c'est un animale simple, ce n'est pas dangereux »

**Le choix –**

**II** ; « car je lai pas compris, ce n'est pas clair »

**IX** ; je ne saï pas ça n'a pas de sens.

**5- L'analyse quantitative**

**Le psychogramme de lhadi.22ans**

**Tableaux n°8 psychogramme de lhadi**

Synthèse	Appréhension	Déterminant	Contenu
R=12	G=9	F+=6	A=6
T .T=5',50''	G%=75%	F-=3	A%=50%
T.p .R=29'',16	D=3	F+- =1	Ad=0
T .l.moyen=19,12''	D%=25%	$\sum F=10$	H=2
T		F%=83,33%	H%=16,16%
T.R.I=1K/1,5C		F%élargie=91,66%	Hd=0
F,C=1K/OE			

RC%=33,33%		F+%=66,66%	Elém=0
F%=83,33%		F+élargie=70%	Ana=3
F%élargie=91,66%		K=1	Sexe=1
F+%=66,66%		Kp =0	Abst=0
F+élargie=70%		Kan=1	Ban=4
		Kob =0	Sang=0
		FC=0	
		CF=0	
		C=0	
		FE=0	
		EF=0	
		F,clob=0	
		Clob=0	
		C,clob=0	

		E=0	
--	--	-----	--

## 6-Analyse qualitative de Lhadi

### -L'impression générale

La productivité est R= 12, il est très bas à la moyenne(20-30) ce qui montre la pauvreté fantasmagique de sujet et son mode d'imagination, et Le temps total qui est très bas de la norme (20'-30') il atteint (5',50'') ce qui indique une angoisse, pour le temps de latence il est dans la norme, et le temps par réponse est dans la norme 29,16 %

### -Les modes d'appréhension

On constate dans le protocole de Lhadi que le G% atteint 75% il est très supérieur à la moyenne (20-30%) ce qui explique sa vision globale du monde extérieur, pour le D% il atteint 25% il est inférieur à la moyenne (60-68%) ce qui signifie que le sujet garde distance du matériel il s'intéresse pas aux détails on remarque aussi l'absence des Dd et Dbl.

### -Les déterminants

On voit dans ce protocole que le F% est supérieur à la norme (50-70%) il atteint 83,33% ce qui montre l'intérêt du sujet pour la forme des planches, pour le F+% il est en bas de la norme (80-85%) il atteint 65% ce qui montre la mauvaise interprétation de la réalité extérieure, pour le F% élargie est dans la norme (plus de 80%) il atteint 91,66%.

### -Facteurs relevant de la dynamique conflictuelle

Le type de résonance intime TR  $I=1K/1,5\sum C$  il est extratensif, pour FC=1K/0E, pour les kinesthésies on remarque une pauvreté des K=1 comme indice du trauma subi , pour les H on a seulement 2 peut indiquer une problématique

d'identification ,pour les A on a 6 nombre supérieur aux H ce qui indique la projection sur des images animales .

### **-L'indice d'angoisse de Lhadi**

$$IA=(Hd+Sex+Anat+sang+) 100\% / R= 33,33\%$$

$$AI=33,33\%>12 \text{ positif.}$$

IA=33,33% on remarque qu'il est supérieur à 12% donc il est positif l'angoisse de Lhadi dans le Rorschach est indiqué par le refus des planches II et IX et par la présence aussi des réponses Anat. qui indiquent une effraction dans le corps, et une angoisse concernant le vécu corporel et une angoisse de désintégration.

-K et k peu nombreux

-Absence des réponses clob, couleurs

-pauvreté des contenus

-Absence des réponses couleurs aux planches couleurs.

### **7-Traumatisme psychique de Lhadi au Rorschach**

L'hadi a subi un traumatisme on le constate dans ses réponse, l'accident était comme la fin du monde. Il était comme une catastrophe, cet accident a perturbé Complètement Lhadi d ailleurs il n'a pas arrivé à faire sortir son semestre, ses postures pendant le récit de l'événement, on constate aussi la présence du trouble du sommeil, les attitudes de fuite et le silence durant l'entretien qui sont des signes du traumatisme subi. Pour le Rorschach il est caractérisé par une faible productivité R=12 et un temps total qui est très bas de la norme on a aussi l'absence des réponses couleurs aux planches en couleurs, le refus de la II et la IV planche absence de la couleur rouge pour la III planche, manipulation agitée de la planche V.

**8-Conclusion du Rorschach de Lhadi**

Lhadi souffre d'une angoisse intense liée à l'accident, pour l'indice d'angoisse il est positif (IA=33,33%). L'indice d'angoisse de Lhadi dans le Rorschach est indiqué par le refus de la II et la IV planche, la présence des réponses anat qui signifie effraction dans le corps, il souffre aussi d'une angoisse de désintégration

Pour le traumatisme de Lhadi il est intense caractérisé par une faible productivité (R=12) et l'absence des réponses couleurs aux planches en couleurs, le refus des planches II et IV.

**9-Conclusion du cas de Lhadi**

Donc, après l'analyse de l'entretien et du test on a constaté que l'accident a provoqué chez Lhadi une angoisse intense et permanente liée à l'intégrité physique de perdre un organe et qui s'est manifestée à partir de ses dires, le refus des planches pour le traumatisme on le constate dans ses attitudes de fuite ses silences, et ses réponses et la baisse de la productivité, malgré cette angoisse et ce traumatisme Lhadi a toujours espoir dans la vie.

**1-Le cas de Imad**

Imad âgé de 23 ans, diplômé en pâtisserie, célibataire, il a un niveau de 4 année moyenne, c'est l'aîné de sa famille, il a une seule sœur. Quand il a 3 ans il avait un problème aux poumons mais maintenant il n'a au qu'un problème de santé. Il a fait un accident de voiture ça fait presque 3 mois, il a cru qu'il a une blessure légère mais quand il a consulté un spécialiste, il lui a dit qu'il faut faire une opération, il est venu à l'hôpital pour prendre rendez- vous, on lui a demandé de lui faire un entretien et de lui passer le test Rorschach et il a accepté.

Imad était angoissé, triste et inquiet pour sa santé on peut dire qu'il est sous un double choc, le premier choc c'est l'accident, il déclare a cet effet « l'accident c'était une catastrophe » le deuxième c'est l'opération qu'il va faire ce qui a

aggravé la situation de plus avec un sentiment de déplaisir « je me sens pas bien » il rajoute « ce n'était pas efficace » on conclut que l'événement était toujours là. On a aussi constaté les signes potentiellement traumatiques dans ses dires « j'ai des flashes qui me passent sur l'accident » et rajoute « je suis devenu nerveux, je ne mange pas comme avant ».

Après on a remarqué qu'il se culpabilise, en déclarant « je suis entrain de payer les fautes que j'ai commises »

Imad malgré tout ça il avait espoir à la vie « je sais que je vais guérir, je peux récupérer » après il nous a dit avec une grande confiance en soi « c'est tout le monde qui fait les accidents » en essayant de banaliser la situation car il était éprouvé par le récit de l'événement et il avait besoin de savoir qu'il n'y a pas que lui qui a vécu ça, c'est pour se remettre dans la communauté humaine et ne pas se sentir exclu de cette dernière.

## **2-conclusion de l'entretien de Imad**

IMAD a subi un traumatisme psychique, qui est dû à l'accident on dramatisant la situation (c'est une catastrophe) avec une présence d'une angoisse et inquiétude pour sa santé, et l'opération était comme deuxième choc, on remarqué des signes potentiellement traumatiques comme les flashes qui lui passent, IMAD essaye de banaliser la situation pour se remettre dans la communauté humaine, il a communiqué bien avec nous durant l'entretien

## 3-Le Rorschach de Imad 23 ans

Tableaux n°9 de Rorschach de Imad

Planche	T.L	Texte	Enquête	Cotation
I	47''	1- c'est une abeille, c'est un poisson. 2-c'est un poisson.  1',08''	(toute la planche) par ce que ça ressemble à une abeille dans le visage »  « toute la planche »par ce que il ya la forme d'un poisson »	GF+-A  GF-A
II	Refus	Refus	Refus	Refus
III	12''	2- C'est une araignée.  27''	(toute la planche)par ce que la partie inférieure rassemble à sa toile(toile d'araignée)	GF-A
IV	1',10''	3- tête d'animale à cause des yeux et les dents.  2',17''	(partie inferieure) animale vit dans l'eau, c'est la forme de la tête d'animale, par ce que il ya la tête et les dents.	DF+-Ad

V	30''	4- c'est une chauve souris. 44''	(toute la planche) ce qu'il ya la tête et les ailes et les pieds.	GF+Aban
VI	50''	5- poisson qui vit dans la mère, c'est la trembleuse. 1',40''	(toute la planche) par ce que ça ressemble à la trembleuse, c'est la forme.	GF-A
VII	20''	6- c'est un front d'un homme, de Cheguevara . 2',30''	(toute la planche) par ce que ça ressemble à Cheguevara »	GF+-Hd
VIII	21''	7- c'est es poumons 32''	« c'est le rose et le rouge inférieure »	DF-Anat
IX	1''	9- c'est des poumons déchirés. 1',17''	(toute la planche) par ce que c'est la forme des poumons devisé au milieu (rose et orange en bas)	GF-Anat
X	41''	10- c'est un papillon. 56''	(toute la planche) par ce que il ya les deux entenes verts	GCF+A

**4-L'enquête au limite** la chercheuse « Est-ce que ça ressemble pas à quelque chose d'autre ? »

Le sujet ; « c'est une araignée par ce que ça ressemble à l'araignée ».

La chercheuse ; « ça ne ressemble pas à des êtres humains »

Le sujet ; « nom, pas à mon avis »

### 5- le choix des planches

Planche + par ce que ça ressemble à un hélicoptère, j'aime l'hélicoptère

Planche + j'aime les papillons, c'est un bon papillon.

Planche – par ce que ça ressemble à la trembleuse, poisson qui pique comme le courant électrique.

Planche – par ce que ça ressemble à un monstre, que j'ai vu dans les films, dans les plages qui mangent les hommes.

### 6- L'analyse quantitative, Imad, 23ans

**Tableaux° 9 le psychogramme de Imad**

Synthèse	Appréhension	Déterminant	Contenu
R=10	G=8	F+=2	A=5
T.T=14,51''	G%= 80%	F- =5	A%=50
T.p.réponse=1,41''	D=2	F+- =3	H%=10%
T.p.moyen=25,77''	D%=20%	F=10	Ad=1
RC%=30%	Dd=0	F%=100%	H=0

<p>T.R.T=0K/1ΣC</p> <p>F .com =0K/OΣE</p>	<p>Dbl=0</p>	<p>F%élargie=100%</p> <p>F+% = 35%</p> <p>F+%élargie=35%</p> <p>K=0</p> <p>Kob=0</p> <p>FE=0</p> <p>EF=0</p> <p>E=0</p> <p>FC=0</p> <p>CF=0</p> <p>C=0</p> <p>F,clob=0</p>	<p>Hd=1</p> <p>Eleme =0</p> <p>Ana=2</p> <p>Abstr=0</p> <p>Ban=1</p> <p>Sang=0</p> <p>A%=50%</p> <p>H%=10%</p> <p>Refus=1</p>
---	--------------	--	---

**7-L’analyse qualitative de Imad 23ans**

**-L’impression générale**

La productivité est très bas de la norme (20-30) elle atteint 10(R=10)avec un temps total de 14’,51’’ qui est aussi inférieur à la norme(20-30’) ce qui indique l’intensité du traumatisme subi , et un temps par réponse de 32’’,44 qui est dans la norme(inferieur à 60’)

On a aussi le temps de latence qui est supérieur à la norme (10''-20'') il atteint 25,77 qui est un signe de trauma subi

### **7-Les modes d'appréhension**

Le protocole de Imad est caractérisé par un G% qui est très supérieur à la norme(20-30%)il atteint 80% ce qui signifie que le sujet appréhende la réalité extérieure dans sa globalité, le D% atteint 20% qui est très bas de la norme(60-68%)pour les Dd et Dbl on a remarqué une absence de ces modes.

#### **-Les déterminants**

Pour le F% il est supérieur à la norme(50-70%) il atteint 100% toutes les réponses sont déterminées par la forme qui veut dire que le sujet voit la réalité de son coté formel pour le F+% il est de 35% il très bas de la norme(80-85%) déterminé par la mauvaise perception du monde extérieur, le F%élargi il est dans la norme pour les C il a donné une seule réponse couleur ce qui signifie le choc aux couleurs.

#### **-Facteurs relevant de la dynamique conflictuelle**

Type de résonance intime  $TRI=Ok/1\sum C$  il est extratensif tonalité émotionnelle ouverte, pour les kinesthésies on remarque absence des K même pour la III planche ce qui signifie la stupeur affective.

#### **-L'indice d'angoisse de Imad**

IA= 30% supérieur à 12% donc il set positif .Parmi les indices on a :

-La baisse du rendement des réponses R=10

-Absence de réponse couleurs aux planches couleurs

- Augmentation du temps de latence 25''
- Absence de réponse clob
- Refus de la II planche
- Absence des réponses habituelles (la III planche)
- Manque des Ban

**- Indice d'angoisse ;**

$$IA=(Hd+Sex+Anat+sang+) 100\% / R=30\%$$

$$IA=30\% > 12 \text{ positif .}$$

### **8-Traumatisme psychique au Rorschach Imad**

Pour le cas de Imad on peut dire qu'il a subi un double choc, le première c'est l'accident qu'il a fait le deuxième choc c'est l'opération qu'il va faire le trauma de Imad est intense on voit ça dans les sentiments de déplaisirs et de tristesse, l'accident était comme une catastrophe pour lui, on constate que l'événement est toujours présente dans la pensée de Imad, on remarque aussi la présence des signes du traumatisme comme la perte d'appétit, les flashes, on a aussi l'hésitation et l'évitement de parler sur l'accident.

Dans le Rorschach de Imad, on remarque que le traumatisme est intense caractérisé par un nombre de réponse très bas  $R=10$ . Et le temps latence qu'est supérieure a la norme qu'est un signe de traumatisme. Est une baisse des  $F+$ , absence des couleurs aux planches en couleurs, notamment la III planche, le refus la deuxième planche, absence de réponse habituelle comme la réponse humains dans la III planche.

**9-Conclusion du Rorschach de Imad**

Imad souffre d'une angoisse plus ou moins intense IA=30%. qui est une angoisse positive caractérisée par la baisse du rendement quantitatif refus de la planche II et une absence de réponse de Ban et clob et des répons humain pour la planche III pour le traumatisme de Imad, on peut dire qu'il a subi un choc traduit par la nature des réponse données caractérisée par appauvrissement quantitatif et une augmentation des temps de latence, l'absence des réponse couleurs et absence de la couleur rouge pour la planche III .

**10-Conclusion du cas de Imad**

Après l'analyse de l'entretien ainsi du test, on a constaté que Imad est angoissé pour son état de santé .l'accident lui a causé un choc intense, avec une présence des signes traumatiques, mais malgré ce qui s'est passé il a confiance en soi pour surmonter cette situation.

**1-Le cas d'Omar**

Omar âgé de 24 ans, étudiant en troisième années, c'est un fils unique, célibataire, il a fait un accident de voiture ça fait à peu près deux mois, ce qui lui a causé une blessure légère au niveau du visage.

(L'entretien et le test ont été fait au bureau du la psychologue clinicienne au sein d'une résidence universitaire)

Il n'est jamais entré à l'hôpital maintenant il est guéri complètement, quand à l'entretien il a accepté volontièrement de participer.

Pour Omar l'accident était comme un choc , on a remarqué ça dans son visage triste et à partir de ses dires «je suis choqué, c'est difficile de voir ton père blessée ».pour ses réponse ,on a constater une attitude d'évitement quand on a lui demander de nous parlé sur l'accident « je ne peu pas me souvenir, mais je vais essayer » .on a aussi remarqué l'intensité du choqe dans son

comportement « J'ai abandonné mes études pendant un mois » « je suis devenu, nerveux, je mange peu, je dors peu » ce sont des signes de traumatisme subi.

Il était angoissé, et à la fin on a constaté un sentiment de culpabilité, quand il a dit « dés aujourd'hui je ne vais pas laisser mon père conduire, je sais que j'ai fait une faute »

Après il nous a dit « mais normal » en essayant de justifier son comportement. Pour l'avenir, OMAR était optimiste il était inquiet pour l'état de santé de son père. Il rajoute « c'est le destin » on voit ici une référence à la morale religieuse pour pouvoir tenir le coup et donner sens à l'événement.

### 2-conclusion de l'entretien

Pour OMAR l'accident était comme un choc qui a beaucoup influencé sur son comportement et sa vie. On a constaté ça dans ces attitudes de fuite et d'évitement et les signes potentiellement traumatiques comme la perte d'appétit et le trouble du sommeil, l'angoisse accompagnant le récit de l'événement malgré ça il était collaborateur avec nous .

### 3 - Rorschach de Omar

Tableaux n°10: Protocole de rorschach d'Omar

Planche	T.L	Texte	Enquête	cotation
I	24''	1-c'est un oiseau, chauve sourie. 2-les anciens maquisards.  1',28''	(toute la planche) « le côté latéral, c'est les ailes ». « C'est la forme »	GF-Aban  GF-H
II	15''	3- les dessins de Tassili,	« la tête, noir	

		Hoggar, concernant l'histoire d'Algérie. . 4-IL sont un rapport avec le corps humain. 1',51''	supérieur, les main les jambes »	DF-Géo  GF-H
III	11''	5- deux animaux, deux oreilles. 1',56''	Le rouge c'est les pieds, le cobe noir, c'est la bouche »	DF-A
IV	41''	6-c'est un monstre, gorille des films. 1',19''	« toute la planche, partie inférieure) c'setles pieds,(partie supérieure c'est la tête,les main »	GF+- (H)
V	08''	7-animal volant, la tête, les oreilles, les ailes.  42''	(Partie,inferieure) c'est les pieds, la haut c'est la tête, coté latéral, c'est les pieds »	GKAnat
VI	55''	8- c'est un manquin de défiler de mode.  1',08''	(toute la planche) parti supérieure, c'est la tête, coté latéral c'est les pieds.	GF-H
VII	08''	9-deux personne de dessin, animé féminin.  59''	(toute la planche) la partie supérieur, c'est la tête, les cheveux.	GF+H
VIII	57''	10-deux animaux, quelque	(rose latéral, la tête,	

		chose qui ressemble à un lion, les deux dessins sont symétriques. 2',26''	la patte avant, la patte arriere.la partie inférieure, c'est la queue.	DF+A
IX	Rien	Rien	Refus	Refus
X	50''	11-c'est la bouche d'un crocodile ouvert. 1',17''	(médiane) rose latéral	DF-Ad

**4- Le choix des planches ;**

III+ : elle est bien présentée, dessin en lui-même

VII + : c'est la beauté du dessin en lui même

. IV- : par ce qu'il est méchant, c'est sont gros corps

VI - : par ce que Jaime pas la mode.

**5- L'analyse quantitative**

**Tableaux n°11 Le psychogramme de Omar**

Synthèse	Appréhension	Déterminant	Contenu
R=11	G=6	F+=5	A=4
T.T=13,1''	G%=54,54%	F-=5	Ad=1
T .p.R=1,31''	D=5	F+- =1	A%=45,45% H=3
T .L.moyen=29,88''	D%=45 ,45%	∑F=11	

<p>T.R.T=0k /0ΣC</p> <p>F.COM=0k/0E</p> <p>RC%=18,18%</p>	<p>Dbl=0</p>	<p>F%=81,81%</p>	<p>Hd=0</p>
	<p>Refus=1</p>	<p>F%élargie=54,54%</p> <p>F+%=68,18%</p> <p>F+%élargie=41,66%</p> <p>K=0</p> <p>Kp=0</p> <p>Kan=1</p> <p>Kob=0</p> <p>FC=0</p> <p>CF=0</p> <p>C=0</p> <p>FE=0</p> <p>EF=0</p>	<p>H%=27,27</p> <p>Element=0</p> <p>Anat=1</p> <p>Géo=1</p> <p>Sex=0</p> <p>Ban=1</p> <p>Sang=0</p>

		E=0	
		F ,clob=0	
		Clob= 0	

## 6 -L'analyse qualitative du Omar

### -L'impression générale

La productivité (R=11)n remarqué dans le protocole de OMAR que la productivité est inférieure à la moyenne (20-30) et un temps totale de 13,1'' qui est aussi inférieure à la moyenne(20-30).pour le temps par réponse il est supérieure à la norme(inferieur à 60),on a aussi le temps latence moyenne qu'est supérieur à la norme de (10''-20'') qui est signe du choc

### -Les modes d'appréhension

Le G% sont supérieure à la norme (20-30) qui veut dire que le sujet appréhende la réalité dans ça globale, et les D% aussi sont inférieures à la norme qui veut dire que le sujet garde toujours distance du matériel.

### -Les déterminants

Le pourcentage des F est supérieur à la norme (50-70) qui veut dire que le sujet appréhende la réalité extérieure dans son aspect formel.

Les F+% très bas de la norme (80-85%) qui signifie une mauvaise interprétation perceptive du monde extérieur. Pour F% élargie il est supérieur à la moyenne 90% inférieur de 80%) la norme indique un rapport insuffisant à la réalité et une ingérence des aspects affectifs.

### -Facteur relevant de la dynamique conflictuelle

Type de résonance intime  $TRT=0K/O\Sigma C$  il est type carotique caractérise le sujet par retracement de la personnalité des intérêts vitaux et des investissements psychique.

La formule complémentaire  $FC=0K/O\Sigma E$  ; on a remarque une absence de kinesthésie humaine, qui montre une problématique d'identification et des investissements du coté relationnel et l'existence d'un seul k mineur dans la V planche, pour les H on a seulement 2 dans la VI et la VII planche avec un pourcentage de 30% .Qui montre la capacité de sujet à s'identifier à une image humaine, et (H) représentation humaine déréelle porteuse d'une problématique d'identité chez le sujet.

### **7-Traumatisme psychique de Omar**

Omar a subi un traumatisme psychique ou moins intense , on le constate dans ses posture des ces gestes durant l' entretien ,les silences l'hésitation ,puis il déclare directement qu'il était choqué, il a aussi une d'hépervigilance , ses réactions quand on parle de l'accident ,on constate aussi le traumatisme de Omar dans ses comportements comme l'abondons des études ,la nervosité , manque d'appétit qui sont des vertiges du traumatisme psychique.

Dans le Rorschach de Omar on peut dégager le traumatisme psychique par une baisse de productivité  $R= 11$  et un temps latence qu'est et une absence des réponses couleurs et l'absence des couleurs habituelles notamment pour la planche III et la planche V et le refus de la planche IV puis une manipulation agitée de la planche X.

### **8-Conclusion du Rorschach d'Omar**

Omar souffre d'une angoisse intense  $IA=10\%$  qu'est négative liée a son vécu psychologique et angoisse liées à l'état de santé de son père qui caractérise

par l'abaissement des réponses R, et le type de résonance intime carotique, et absence de réponse clob et les réponses habituelle.

Pour le traumatisme il est plus ou moins intense, on le constate dans ces réponses caractériser par une baisse productivité et un temps de latence qui 13,31'' et une absence des réponses couleurs et la manipulation agitée de la planche.

### **9-Conclusion du cas de Omar**

Enfin, après l'analyse de l'entretien et du test on peut dire que Omar a subi un traumatisme lié à l'accident, et la présence de traumatisme indiquer par ses comportement de désadaptés et on conclut à une angoisse liées à l'effraction dans le corps et l'état de santé de son père.

### **10-Indice d'angoisse de Omar**

IA=10%, il est inférieur à 12% donc il est négatif.

-On a abaissement des R(R=10)

-Type de résonance intime carotique (selon Bohm)

-Absence de clob

-Refus de la planche 09

-Absence des réponses couleurs aux planches couleurs (indice du choc)

-Diminution des Ban (selon zulliger)

-Absence de réponses habituelles (pour la planche V il n'a pas cité le papillon, la chauve souri, pour la III planche il n'a pas cité les humains (signe du choc)

-Augmentation du temps de latence (signe du choc)

**Indice d'angoisse**

**IA=(Hd+Sex+Anat+sang+) 100% / R=9<12 négative .**

# **Discussion des hypothèses**

### Discussion des hypothèses

Nous arrivons enfin à la discussion des hypothèses présumées dans ce chapitre, que nous présentons de la manière suivante ;

#### Hypothèse 1 :

Les accidentés de la route souffrent du traumatisme psychique ,d'après l'analyse du contenu de l'entretien et de test de tout les cas ,on peut dire que les accidentés de la route souffrent d' un traumatisme psychique qui se diffère d'un cas à un autre ce qui confirme donc notre hypothèse, commençant par **le cas de Nora** qui a subi un traumatisme intense indiqué par ses réponses durant l'entretien ,et les larmes qu'elle avait aux yeux , les silences dans son discours avec la présence des signes cliniques comme les réveils nocturnes, l'abaissement du rendement quantitatif et qualitatif . Pour le Rorschach on note une absence de réponse couleurs.

Pour **le cas de Imad** le degrés du traumatisme est aussi intense on le constate d'après ses dires durant l'entretien, on peut dire qu'il est choqué en double( l'accident et l'opération ) et on a constaté aussi la présence des signes potentiellement traumatiques comme la perte de l'appétit et la nervosité, pour le Rorschach le choc se manifeste par le nombre des réponses très bas(R=10), l'absence des réponses couleurs dans certaines planches , augmentation du temps de latence et abaissement des F+.

Pour **le cas de Lhadi** , Le degré du traumatisme est très élevé on le constate dans ses réponses durant l'entretien il vit toujours l'événement, l'accident a perturbé complètement Lhadi il n'arrive pas à s'adapter parce qu'il pense toujours à l'événement, pour le Rorschach, sa productivité est inférieure à la moyenne avec un temps de latence qui est supérieur à la moyenne et on a aussi le refus des planches II et IV et absence de couleurs rouge pour la III planche. Pour **le cas de Omar**, le traumatisme est plus ou moins intense caractérisé par

ses attitudes de fuite et ses comportements dés adaptatifs avec la présence des signes cliniques du traumatisme comme le manque d'appétit, pour le Rorschach de Omar le traumatisme est indiqué par une baisse productivité (R=11) et un temps de latence qui est inférieur à la moyenne, refus de la planche IV et la manipulation agitée de la planche V

### **Hypothèse 2 :**

#### **Les accidentés de la route présentent une angoisse intense.**

A la lumière d'analyse des résultats de chaque cas on constate que tous les sujets présentent une angoisse qui se diffère d'un cas à un autre, ce qui confirme notre hypothèse.

Par exemple pour **le cas de Nora**, elle présente une angoisse intense liée surtout à son intégrité physique (IA=23,07) l'angoisse de Nora est indiquée dans ses réponses durant l'entretien ces larmes le prouvent, elle est toujours angoissée pour son état de santé et l'avenir de ses filles, pour le Rorschach l'indice d'angoisse est positif se manifeste dans l'appauvrissement de la productivité, baisse de qualité des réponses, la présence des réponses bizarres (réponse 9), la présence des réponses anat. concernant le vécu corporel.

Pour **le cas de Lhadi** son angoisse se manifeste dans ses réponses courtes et les silences son angoisse est liée à son intégrité physique par la peur de perdre un organe son indice d'angoisse est positif (IA= 33,33%) parmi les indices d'angoisse dans le Rorschach on a l'appauvrissement de la productivité, le refus de la IV et la II planche, présence des réponses anat, qui indique une effraction dans le corps

On a aussi **le cas de Imad** qui souffre d'une angoisse plus ou moins intense liée à son état de santé et une angoisse qui est due au récit de l'accident, son indice d'angoisse est positif (IA=30%) on le remarque aussi dans l'abaissement de la

productivité, refus de la II planche, absence de réponses habituelles (réponse 2) il n'a pas cité les humains et absence de réponses couleurs.

Enfin, pour **le cas de Omar** son angoisse est liée à l'état de santé de son père avec un sentiment de honte et de culpabilité pour son indice d'angoisse il est négatif (IA=9%) caractérisé par une faible productivité, type de résonance intime coartique, absence de réponses habituelles (la planche V et la planche III) et augmentation de temps de latence.

### CONCLUSION

De ce qui précède, on constate que nos hypothèses sont confirmées, ce qui mène à dire que l'arrivée d'un événement inattendu provoque un traumatisme psychique chez les accidentés, accompagné des manifestations cliniques, notamment l'angoisse de cet accident. On souligne par ailleurs que les quatre cas ne présentent pas la même angoisse et ne manifestent pas les mêmes degrés de traumatisme psychique.

# **Conclusion générale**

### Conclusion générale

Notre étude réalisée, nous a permis d'enrichir nos connaissances acquises durant notre formation universitaire et de comprendre la réalité psychique des accidentés de la route et ça malgré les difficultés rencontrées durant la recherche effectuée.

Pour nos connaissances théorique cette étude, cette étude était comme opportunité pour connaître la nature du vécu psychologique des accidentés de la route en étudiant le traumatisme psychique et l'angoisse à savoir les définitions les différentes théories psychanalytique qui l'explique et la prise en charge notamment les travaux de S. Freud et J.Bergeret sur l'angoisse et les travaux de L. Crocq et F.Lebigot sur le traumatisme avec leurs différents signes cliniques.

L'analyse du contenu des entretiens et du test de notre population d'étude nous a permis de dire que ces accidentés de la route présentent un traumatisme psychique plus ou moins intense et une angoisse soit liée à l'intégrité physique ou bien une angoisse due au choc subi pendant l'accident.

En effet, on a déduit que tous ces sujets présentent un sentiment de culpabilité et recoure à la morale religieuse ou bien déni de la réalité en banalisant la situation de l'accident. Il convient de souligner que ces accidentés de la route, cherche toujours des conditions favorables pour l'adaptation à leur situation. Cette dernière dépend de certaines conditions comme l'équilibre psychique des sujets et l'intensité du traumatisme, ainsi la capacité la mentalisation. Sans oublier le rôle joué par la famille, les centres spécialises pour assurer une meilleure prise en charge de ces victimes.

Notre recherche et malgré les difficultés rencontrées et les lacunes qu'elle contient, elle est un début pour d'autre recherche et les résultats obtenus restent relatifs, nos résultats sont non absolus.

Donc, on a constaté que dans ce genre de phénomène, les victimes des accidents de la route peuvent développer des pathologies complexes telles que la dépression et une mauvaise qualité de l'image du corps, chez les blessés des accidents de la route, qui seront un terrain de recherche pertinent pour les études ultérieures





## **La liste bibliographique**

## **Bibliographie**

### **Ouvrage en Français:**

- 1-Abrouk.S . « **Caractéristiques et prise en charge des accidentés de la voie publique aux niveau des services d’urgence** » .INSP, 2004.
- 2-.Anzieu . D et Chabert .C. « **Les méthodes projectives** ».Paris, Dunod , 1987 .
- 3-Anzieu .D. « **les méthodes projectives** ». Paris, puf , 1961.
- 4-Barrois.C. « **Les névroses traumatiques** ».Paris, Dunod ,1998.
- 5-Berjeret .J , et al « **Psychologie pathologique, théorie et clinique** ». Paris, Masson, 1995.
- 6-Bergeret J .et al « **théorie comportementale** » 1995
- 7-Beizmann . C. « **Le livret de cotation des formes dans le Rorschach** ». Cpa,1996.
- 8-Bardin. L. « **L’analyse de contenu** ». (11<sup>ème</sup> Edition). Paris, puf, 2003.
- 9-Chabert . C. « **Psychanalyse et méthodes projectives** ». Dunod , paris, 2004.
- 10-Crocq .L. « **Les traumatismes psychiques** ». Masson, 2007.
- 11-Chiland.C. « **Entretien clinique** ». Paris, Quadrige manuel, 1983.
- 12-Chahraoui . Kh et Hervé. B. « **Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique** » Ed Dunod, paris, 2003.
- 13-DSM IV-TR. « **Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux** ». Ed Masson, 2000.

14-D.Clercq . M et Lebigot. F. « **Les traumatismes psychiques** ». Ed Masson, Paris , 2001.

15-DORON , J « **La methoe du cas en psychologie Clinique et en psychopathologie** ».Paris, 1990.

16-François. L et Vaiva. G. « **psycho traumatismes prise en charge et traitement** », Ed Masson, Paris ,2005

17-Freud. S. « **Introduction à la psychanalyse** ».Ed Payot, Paris, 1953.

18-Ferenczi. S. « **Réflexion sur les traumatismes** »Ed Payot, Paris, 1974.

19-Freud.A.1964 « **Le traumatisme psychique** ».in l'enfant, dans la psychanalyse-collection connaissance e l'inconscient.

20-Lebigot,F « **traité les traumatismes psychique clinique et prise en charge** ». Dunod , Paris.2005 .

21-Grawitz. M. « **Méthodes des sciences sociales** » Ed Paris, 2006.

22-Gayrard. P. « **Accident de la route des handicaps et des décès évitable** ». 2002.

23-L ,François « **le débriefing psychologique individuel** » in communication aux asises de L.I.N.A.V.E.M.1995.

24-Laplanche et Pontalis. « **vocabulaire de la psychanalyse** ».Paris,PUP,1994 .

25-Loosli,Usterim.(M). « **Manuel pratique du test Rorschach** » Hermann, Paris, 1969 .

26-Marty,F.etal« **figunes et traitements du traumatisme** » éd ,Dunod ,paris,2001 .

27-Mucchie , LLi « **l'analyse qualitative en science humains et sociales** »Paris,Armand colin

.28-Masmaudi,S « **la violence routière ,étude analytique des accidents de la route en Algérie** »Mémoire de fin d'étude d'inspecteur des transports terrestres .Ecole National de transport Terrestre Batna,2004 .

29-Perucchi,L,studio di terapie a mediazione corporea,san Biagio 15,CH-6600 Muralto,2008.

30-Pedent,M et Scurfield,R et al « **le rapport mondiale des traumatismes dûs aux accidents de la circulation** »

31-Rausche de Traubeberg(N) et coll. « **la pratique du Rorschach** » .1970.

32-Rauche de Traubenberg(N) et Sanglade(A) . « **Réprésentation de soi et relation d'objet au Rorschach** »Paris,vol 34,revue de psychologie appliquée. Paris,1984

### **Ouvrage en Arabe :**

- عبد العزيز الشربيني، 1977، "كيف تتغلب على القلق المشكلة و الحل"، دار النهضة العربية للطباعة و النشر بيروت.

### **Thèses**

1-A.Sow, « **Etude épidéméologique des accidents de la route a l'hospital Gabriel Toure** » 2004-2005 .

2-L.Isabelle « **passage à l'acte et angoisse paroxystique** » thèse de doctorat en psychologie, sous la direction : de professeure Loick.Mvillebru, Université renne S 2 , 2009 .

## **Rapport et documents**

1-Direction de la sûreté nationale de la wilaya de Bejaia : « **Bilant annuels de la sûreté nationale de la wilaya de Bejaia** » Ed 2010 à 2013.

2- OMS : Rapport mondiale sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation 2004.

## **Conférence**

1-Académie des sciences et lettres de Montpellier ,séance 28 /11/2005 ,conférence 3924 ,Bull,36(2006) .

2-Journée d'étude en Algérie :Etats des lieux et perspectives « Mise en place d'un référencie de gestion des risques deux roues motorisé en Algérie »  
Dr.Bahmed Lyliya,Bencherif Naima.Bejaia ,2011 .

## **Dictionnaire**

1-Le petit Larousse, paris, 2008.

2-Norbert ,Sellamy « dictionnaire de psychologie »édition L'arousse,2003.

3-B,Henriette et C,Roland « Le grande dictionnaire de la psychologie »Larousse Bordas.1999 .

## **Site internet :**

1-www .szondiforum .org /consulté le 6/05 /2014 . a 22h15

2-http:www.Algerie .com .consulté le le 20/04/2014 à 15h00

3-http:www.Géopsy .com /cour psycho /Rorschach.pdf. Consulté le 25/04/2014 à 17h30.

## *Annexe I*

1-Nombre d'accident et de victime dans la wilaya de Bejaia de l'année 2010 à 2013

L'année	Nombre d'accident	Nombre de blessés	Nombre de décès
2010	394	484	24
2011	402	520	20
2012	412	542	13
2013	646	559	18

2-Les victimes des accidents de la route selon le sexe et la situation de l'accident dans la wilaya de Bejaia de l'année 2010 à 2013

La catégorie	Blessés				Décès			
	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013
Conducteur(H)	17	202	217	222	04	07	06	06
Conducteur(F)	02	02	04	04	00	00	00	00
Voyageur(H)	80	107	89	84	01	02	01	03
Voyageur(F)	28	46	49	40	01	01	00	00
Piéton(H)	129	109	112	140	14	09	05	09
Piéton(F)	75	54	71	69	04	01	01	00
Total	484	520	542	559	24	20	13	18

3-Les victimes des accidents de la route selon l'âge et le sexe dans la wilaya de Bejaia

Sexe / âge	Victime (H)	Victime (F)	total	Blessés (H)	Blessés (F)	total
Moins de 5 ans	00	00	00	13	07	20
5 à 10	00	00	00	26	17	43
10 à 15	01	00	01	15	08	23
15 à 20	00	00	00	47	15	62
20 à 25	04	00	04	93	11	94
25 à 30	01	00	01	59	12	71
30 à 35	02	00	02	29	05	34
35 à 40	00	00	00	41	08	49
40 à 45	01	00	01	23	04	27
45 à 50	02	00	02	24	03	27
50 à 55	00	00	00	14	10	24
55 à 60	00	00	00	06	01	07
60 à 65	01	00	01	12	02	14
65 à 70	02	00	02	09	03	12
70 à 75	00	00	00	06	05	11
Plus de 75	04	00	04	18	03	21
total	18	00	18	445	114	559

4-Nombre d'accidents de la route selon les heures et les jours de la semaine dans la wilaya de Bejaia

Heures / Jours	00h à 06h	06h à 09h	09h à 12h	12h à 15h	15h à 18h	18h à 21h	21h à 00h	total
samedi	06	05	07	10	12	03	08	51
dimanche	02	05	10	15	11	12	12	67
lundi	07	09	20	09	16	06	05	72
mardi	03	06	10	14	12	07	15	67
mercredi	05	10	10	16	08	15	10	74
jeudi	06	04	06	08	11	13	07	55
vendredi	06	02	07	14	21	11	09	60
total	35	41	70	86	81	67	66	446

## Les causes principales des accidents de la route

### 1) Le facteur humain

Nature des irrégularités	2010	2011	2012	2013
Conduite en état d'ivresse	28	20	31	19
Conduite sur l'effet de drogue	00	00	00	00
Conduite sans permis de conduire	00	02	10	05
Non respect de la vitesse réglementaire	83	69	66	88
Non respect de plaques stop	09	09	01	04
circulation en sens inverse	04	03	01	02
Non respect des feus tricolores	01	01	00	00
Dépassement dangereux	20	37	36	33
Cascade dangereuse	28	33	36	25
Utilisation du téléphone portable et la radio	03	00	00	00
Non utilisation des passages piétons	142	10	02	00
Refus de la priorité	28	31	23	21
Non respect de la distance de sécurité	16	14	19	19
Les arrêts dangereux	00	00	00	00
Non respect des panneaux signaux	00	00	00	00
Perte de contrôle	00	12	25	29
Utilisation du coté gauche de la route	00	00	04	03
Dépassement dans la ligne continue	00	00	00	00
Changement de direction sans signalisation	00	03	00	01
Non attention de conducteur quand il sort de son arrêt	00	04	05	08
Inattention des conducteurs dans les quartiers	00	07	02	00
Lumière éblouissante	00	00	00	00

Non prise de précaution de la part de conducteur quand il essaye de revenir en arrière	00	10	05	08
Non prise de précaution lors du passage du conducteur de moto	00	01	00	00
Non prise de précaution de la part des piétons lors du passage de la route	00	99	89	103
Jouer au milieu de la route	00	00	00	01
Marcher sur le bord de la route	00	04	01	03
Non prise de précaution de la part du conducteur	00	04	37	65
Une charge excessive sur les deux cotés du camion	00	01	00	00
Autre (tout les cas non énumérés ci –dessus	05	00	00	00
Total	367	374	393	437

2) Le facteur lié au véhicule :

Nature des irrégularités	2010	2011	2012	2013
Manque de voyant d'état	//	01	00	00
Manque de clin auto	//	00	00	00
Manque de feux de freinage	//	01	00	01
Manque de feux de route	//	02	02	00
Manque de lumière de convergence	//	01	00	00
Freins inefficaces	08	13	09	03
Cadres trous et d'éclatement	01	00	02	00
Eclairage illégale	//	00	00	00
Charge non garantie	//	00	00	00
Sur charge	//	01	01	00
Un défaut dans le routeur	//	01	00	00
Autres	00	00	00	00
Total	09	20	14	04

### 3) Le facteur lié à l'environnement

Nature des irrégularités	2010	2011	2012	2013
Manque de feux de circulation	00	00	00	00
Distorsion de la route	//	01	00	01
Trou sur la route	07	03	00	02
Barriere routière	00	00	00	00
La configuration n'est pas adaptée pour la route	00	00	00	00
Passage d'animaux	00	00	00	00
Brouillard dense	00	01	00	01
Pluit	09	01	02	00
Neige	00	00	00	00
Glace	00	00	00	00
Tempêtes sablières	00	00	00	00
L'éblouissement du soleil	02	01	00	00
Route glissante	//	01	03	01
Route invalide	//	00	00	00
Autres	00	00	00	00
Total	18	08	05	05

## 4- Lieu de l'accident

Désignation	Nombre d'accident			
	2010	2011	2012	2013
Route nationale	//	143	143	133
Route wilaya	//	21	10	12
Route communale	//	191	223	267
Intersection	//	27	18	20
Bretelle	//	00	00	01
Passage à niveau des trains	//	02	00	03
Passage à niveau des tramways	//	00	00	//
A coté d'un établissement d'enseignement	//	07	03	05
A coté d'un établissement de santé	//	02	00	01
Virages	//	01	03	01
Montagnes	//	00	00	//
Passages protégés	//	01	00	//
Sur les ponts	//	02	00	01
A l'intérieur des tunnels	//	04	01	02
Décentes	//	01	01	//
Autres	//	00	00	//
Total	//	402	412	446

## 5-Les conducteurs impliqués dans les accidents de la route

### 1- Selon l'âge et le sexe

Age Sexe	Moins de 18 ans	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-69	Plus de 70	Total
Masculin	16	124	123	176	112	60	21	07	640
Féminin	00	02	04	10	04	02	00	00	22
Total	16	126	127	186	116	62	21	07	662

### 2- Selon la catégorie des conducteurs

Catégorie des conducteurs	masculin	féminin	Total
Conducteurs professionnels	107	00	107
Conducteurs ordinaires	532	22	554
Conducteurs étrangers	01	00	01
Total	640	22	662

## ***Résumé***

Notre recherche aborde la question de « vécu psychologique des accidentés de la route » le but de cette étude est de connaître la nature du vécu psychique des accidentés de la route, ainsi que d'explorer la présence ou non d'un traumatisme psychique et d'anxiété.

Dans notre étude, on s'est appuyé sur la méthode d'étude du cas, et l'entretien semi-directif et le test du Rorschach, notre recherche s'inscrit dans une approche psychanalytique, qui s'est porté sur quatre cas.

.Les résultats obtenus d'après l'analyse de l'entretien semi-directif et du test Rorschach de nos cas, nous ont permis de dire que nos hypothèses sont confirmées pour la majorité .

Nous avons conclu que les accidentés de la route, souffrent du traumatisme psychique et d'une anxiété d'anxiété élevés.

**Mot clés :** le vécu psychique, accidentés de la route, traumatisme psychique, l'anxiété, Rorschach.

## ***Summary***

Our research addresses the issue of "psychological experience of road accidents" aim of this study is to know the nature of the psychological experience of road accidents and to explore the presence or name of psychic trauma.

In our study we relied use the method of case study and clinical semi-structured and maintenance Rorschach test, our research is part of a psychoanalytic approach, which is focused on five cases.

The results obtained from the analysis of semi-structured interview and the Rorschach test of our cases., we were able to say that our assumptions are confirmed for the majority.

We concluded that these accident victims suffer from psychological trauma and high anxiety. Keyword: the psychological experience, accident victims, psychological trauma, anxiety, Rorschach.

## **Liste des abréviations**

**OMS**: Organisation Mondiale de la Santé.

**ONS** : Office Nationale des Statistiques.

**G** : réponses globales.

**D** : réponse détaillée.

**Dbl** : grand détaille dans le blanc.

**F+** : réponse de forme correcte.

**F-** : réponse de forme erronée.

**F+-** : réponse de forme confuse.

**K** : réponse kinestisique humaine.

**Kan** : réponse kinestisique animale.

**TRI** : type de résonance intime.

**F.C** : formule complémentaire.

**A** : réponse animale.

**Ad** : réponse petit détaille animal.

**H** : réponse humaine.

**Hd** : réponse petit détaille humaine.

**Anat** : réponse anatomique.