



جامعة بجاية  
Tasdawit n Bgayet  
Université de Béjaïa

Faculté des sciences humaines et sociales

Département sciences sociales

# Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de master en psychologie

Option psychopathologie et psychosomatique

THEME

**Le trauma et fonctionnement psychosomatique  
Chez les diabétiques.**

**Réalisé par:**

**BENALLAOUA Nabila**

**BENCHALAL Ali**

**Encadré par :**

**LEKHEL SAMIR**

**Année universitaire 2017-2018**

# REMERCIEMENT.

*Avant tous on remercie dieu le tous puissant qui nous a accordé santé, courage et patience pour accomplir ce travail.*

*Un merci particulier à monsieur **LEKHEL** Samir pour son aide, ses orientations, et ses conseils.*

*Et un grande merci pour madame **sahraoui** la présidente de notre spécialité psychopathologie et psychosomatique.*

*On tient à remercies également tous les enseignants de licence et master pour leurs précieux conseils.*

*Merci à ceux qui prennent le temps d'évaluer notre travail, mesdames et monsieur les nombre de jury.*

*On remercie aussi le personnelle de service médecine interne de **Benmerad ELMEKI** hôpital de amizour, en particulier la psychologue **BEN IDIRE** pour sa disponibilités et sa coopération.*

*Merci aussi à tous les patients.*

*Enfin, nous dirions **MERCI** à tous ceux qui ont contribués de près ou de loin à la réalisation de ce travaille.*



# *Dédicace.*

*Je dédié ce travail :*

*A ma très chers mère, pour son grande amour, son sacrifice, et son encouragement que dieu la protégé et la garde de bonne santé.*

*A la mémoire de mon ange gardien, mon chère père que je garde toujours dans mon cœur.*

*A mes adorable frère Nadjim et Rahim et Mourad et leurs famille Malika et Souad.*

*Et qui j'oublierai Jamie mes sœur Fatima et Linda. Et leur marie Fatah et el 'Hassan*

*Surtout mes neveux et mes nièces : Massi, Fawzi, Amine, Anas, Adam, Sissa et à la petite Serine.*

*Et aussi à la mémoire de la fille de ma sœur Assia Hada.*

*Et pour un homme qui très chers à moi Mohamed.*

*A ma meilleure amies Ryma et Anis, mina, cylvia, Sonia.*

*A tout la famille **BENALLAOUA**.*

*NABILA.*



**DÉDICACE**

**JE DÉDIE CE MODESTE TRAVAIL À :**  
**MES CHERS PARENTS, QUE NULLE DÉDICACE NE PUISSE**  
**EXPRIMER MES SINCÈRES SENTIMENTS, POUR LEUR PATIENCE**  
**ILLIMITÉE, LEUR ENCOURAGEMENT CONTENU, LEUR AIDE, EN**  
**TÉMOIGNAGE DE MON PROFOND AMOUR ET RESPECT POUR**  
**LEURS GRANDS SACRIFICES.**

**MES FRÈRES**

**MA CHÈRE KARAM**

**A MES AMIES**

**QUE DIEU NOUS GARDE**

**ALI**

# Sommaire

<b>Introduction générale</b> .....	1
Problématique et hypothèse .....	3

## Partie théorique

### Chapitre I : traumatisme psychique

#### Introduction

.....	7
-------	---

<b>1. Histoire de traumatisme</b>	
.....	7

<b>2. Définition de de traumatisme psychique</b> .....	10
--	----

<b>3. Les déférents concepts du traumatisme</b> .....	10
---	----

<b>4. L'évènement traumatique</b> .....	12
---	----

<b>5. Etiopathogenie du traumatisme psychique</b> .....	12
---	----

<b>6. Les facteurs psychiques de la survenue de traumatisme</b> .....	13
---	----

<b>7. Symptôme de traumatisme psychique</b> .....	14
---	----

<b>8. Stress et trauma</b> .....	17
----------------------------------	----

<b>9. La clinique de traumatisme</b> .....	18
--	----

<b>10. Evolution de traumatisme</b> .....	19
---	----

<b>11. Le diagnostic de traumatisme selon DSM 5</b> .....	19
---	----

<b>12. Neurophysiologie de traumatisme</b> .....	29
--	----

13. Prise en charge .....	32
<b>Conclusion</b> .....	35

## **Chapitre II : le fonctionnement psychosomatique**

### Introduction

.....	36
-------	----

1. définition des maladies psychosomatique.....	36
2.Évolution des idées .....	37
3. le corps et l'esprit.....	38
4. concepts de la théorie psychosomatique.....	39
5. Etiopathogenie.....	43
6. Le diabète .....	45
7. aspect thérapeutiques .....	49
Conclusion .....	56

## **Partie pratique**

### **Chapitre III : méthodologie de la recherche**

Introduction .....	57
1. limites de recherche .....	57
2. Déroulement de la recherche.....	57
3. Raison du choix du thème.....	59
4. la méthode de recherche .....	59
5. présentation du lieu de recherche .....	60
6. Croup d'étude et ses caractéristiques .....	61
7. les techniques et outils de recherche .....	62
8. Difficulté rencontrée lors de recherche .....	69
9. Attitude de la recherche .....	70

<b>Conclusion.....</b>	<b>70</b>
------------------------	-----------

## **CHAPITRE IV : présentation, analyse et discussion des résultats**

<b>I : présentation et analyse des résultats.....</b>	<b>71</b>
---	-----------

## **Chapitre V : discussion des hypothèses**

<b>I .Discussion des hypothèses.....</b>	<b>83</b>
--	-----------

<b>Conclusion .....</b>	<b>86</b>
-------------------------	-----------

## **Bibliographie**

## **Annexes**

## Liste des abréviations :

<b>DSM V</b>	<b>Manuel Diagnostique et Statistique Des Trouble Mentaux quatrième version N°5</b>
<b>OMS</b>	<b>Organisation Mondiale De La Santé.</b>
<b>ESPT</b>	<b>Etat De Stress Post Traumatique</b>
<b>CIM 10</b>	<b>classification international des maladies dans sa 10<sup>eme</sup> révision et qui traduit en français en 1993.</b>
<b>TPS</b>	<b>trouble psychosomatique</b>
<b>PTSD</b>	<b>Post-traumatique Stress Discorder.</b>

**Liste des tableaux :**

<b>Numéro du tableau</b>	<b>Titre</b>	<b>Pages</b>
<b>Tableau N°1</b>	<b>récapitulatif de la population d'étude.</b>	<b>60</b>
<b>Tableau N°2</b>	<b>Récapitulatif des résultats du traumaq du ces de « M »</b>	<b>72</b>
<b>Tableau N°3</b>	<b>Récapitulatif des résultats du traumaq du cas « Nadia »</b>	<b>76</b>
<b>Tableau N°4</b>	<b>04 Récapitulatif des résultats du traumaq du cas du « moussa »</b>	<b>79</b>
<b>Tableau N°5</b>	<b>Récapitulatif présentent la synthèse des cas</b>	<b>82</b>
<b>Tableau N°6</b>	<b>: tableau récapitulatif des résultats de la recherche</b>	<b>83</b>

## **Liste des annexes :**

**Annexe n°1 : guide d'entretien.**

**Annexe n°2 : le questionnaire d'évaluation de traumatisme (traumaq).**

# **Introduction générale**

### Introduction

Souffrances imaginaires ou vraies maladies. Après être longtemps restées le domaine réservé des médecines parallèles, les maladies psychosomatiques intéressent aujourd'hui les plus grands scientifiques. Maladies de peau, mal de dos, hypertension... les preuves s'accumulent sur les liens entre le corps et l'esprit.

La maladie peut-elle être l'écho d'un état d'angoisse ou de détresse morale. Selon certains scientifiques, un choc psychologique est à même d'effondrer nos défenses naturelles et de déclencher une affection : Les maladies psychosomatiques se caractérisent par des symptômes physiques qui affectent un organe ou un système physiologique et dont les causes sont principalement émotionnelles. La maladie se fait l'écho d'un état d'angoisse ou de détresse morale. En clair, un choc psychologique (décès, divorce, séparation, accident, perte d'emploi, ...) est à même d'effondrer nos défenses naturelles et de déclencher une affection. Comme disait Freud "le psychique fait alors un saut dans l'organique".

Les maladies psychosomatiques illustrent le lien qui existe entre le système nerveux et le système immunitaire. Lorsque le moral est soumis à rude épreuve, le physique ne tarde pas à montrer des signaux de détresse. Les raisons sont aujourd'hui connues : sous l'effet du stress, traumatisme psychique, l'organisme produit des hormones corticoïdes qui abaissent les défenses immunitaires. Si le stimulus extérieur est de courte durée, l'organisme rétablit les choses de lui-même. Par contre, si son intensité est forte, répétitive et de longue durée, les défenses immunitaires s'abaissent, ce qui expose inmanquablement aux affections.

## Introduction générale

---

Chaque individu va réagir à sa façon, suivant sa capacité à gérer son stress et à canaliser ses angoisses.

De notre part, nous envisageons investir ce domaine avec la présente recherche qui s'intitule l'effet des événements traumatique sur le déclenchement des maladies somatique chez l'adulte,

Pour mener à bien cette démarche nous avons tracé un plan de travail et scindé le mémoire en quatre chapitre .dont deux sont théorique et deux autre sont pratiques.

Nous commençons par une introduction générale suivie de deux chapitres théoriques.

Le premier chapitre est consacré à l'étude du traumatisme psychique dans lequel sont traitées les définitions du traumatisme ainsi qu'une présentation de diverses classifications comme celle de DSM-V

Le deuxième chapitre est consacré à l'étude des maladies psychosomatique avec des définitions et ces défirent concept.

Le troisième chapitre. Nous l'avons réservé au cadre méthodologique qui englobe la définition de concept, la population et lieu de l'étude la démarche et le technique de recherches.

Le quatrième chapitre est consacré à l'analyse des entretiens, bien évidemment suivit de l'échèle du « *questionnaire de traumaq* » et la discussions de nos hypothèses.

Nous terminerons notre travail par une conclusion générale ou nous mettrons en valeur ce que nous avons dégagé de ce travail.

# Problématique et hypothèses

### Problématique :

Notre monde moderne est de plus en plus exposé à la violence. Il peut s'agir de la violence attenante aux catastrophes naturelles, technologiques ou accidentelles, de guerre (bombardements de villes), ou enfin « de société » (émeutes, mouvements de foule générant des paniques). Il peut s'agir aussi de la violence exercée délibérément et individuellement par un individu ou un petit groupe d'individus contre une personne ou un petit groupe de personnes : agression physique ou verbale, viol, hold-up, prise d'otages. Toute cette violence peut provoquer des morts et des blessures graves, et aussi des « blessures psychiques », si on sait que tout blessé physique peut aussi être un blessé psychique, par le choc émotionnel immédiat et les perturbations psychiques durables que l'événement a déterminées au sein de son psychisme. On s'accorde à donner le nom de « traumatisme psychique » ou « Trauma » à ce phénomène de choc émotionnel grave qui se manifeste par une effraction subite des défenses du psychisme et détermine des perturbations profondes au sein de ce psychisme. L. Crocq

Depuis plus d'un siècle, le traumatisme psychique comme notion et comme réalité clinique a fait l'objet d'un grand nombre de publication. Le succès des premières élaborations théoriques de Freud sur la question a contribué à étendre les domaines de son application, de la séduction hystérique aux traumatismes de guerre, puis à toutes situations de catastrophe impliquant pour le sujet un effet de choc. (Crocq L, 2012)

Le rapport à l'image traumatique va évoluer rapidement avec le temps, lors de ses premières apparitions dans le sommeil ou dans la journée. Elle n'empêche pas que se développe, à son insu le plus souvent, un attachement du sujet pour l'horreur qu'il porte en lui. La culpabilité est toujours présente et, elle aussi, se renforce avec les manifestations de la répétition. (Vaiva G, Lebigot F et al, 2005)

Le traumatisme psychique qui est une notion très vaste et qui a été objet de plusieurs recherches. Son évolution dans l'histoire l'a portée de « névrose traumatique » et plus tard trouble psychique de combat jusqu'à l'avènement du DSM qui lui consacre le terme de « Post-traumatique Stress Disorders ».

Pour **Marty. F 2001**, le traumatisme est issue de la survenue par surprise d'un élément extrême qui vient faire effraction dans l'organisation défensive du moi, brisant le système du pare-excitation, risquant de provoquer un effondrement des défenses qui montrent à cette occasion leur faiblesse pour lutter contre l'impact de cet événement lors du viol, le traumatisme est aggravé par le fait que le mal est infligé par un autre être humain.

Pour **Rothbaum. B 2012**, un traumatisme est un événement émotionnelle très douloureux, durant lequel l'intégrité physique et/ou psychologique d'un individu a été menacée et/ou effectivement atteinte, laissant l'individu dans un sentiment de terreur et d'impuissance

Le traumatisme est un choc violent susceptible de déclencher des troubles somatiques et psychologiques

Il existe une association fréquente entre les troubles psychotraumatiques et de nombreux troubles d'allures somatiques avec asthénie physique et psychique, difficultés sexuelles (impuissance, frigidité...) conversions, céphalées, troubles fonctionnels digestifs, ulcère, aménorrhées, troubles psychosomatiques (asthme, ulcère gastrique, hypertension, eczéma, psoriasis, diabète), plainte somatiques diverses.

On parle de maladie psychosomatique lorsqu'un événement ou un facteur psychologique intervient dans le déclenchement, le déroulement ou la phase de résolution d'une maladie.

Une maladie est dite psychosomatique lorsqu'aucune cause organique n'a été trouvée. D'origine émotionnelle, elle aurait été découverte depuis la haute Égypte, mais n'a été réellement acceptée qu'après la découverte de l'inconscient à l'époque

de Freud, celui qui a soutenu l'interaction entre le psychique et l'organique. Aujourd'hui, plusieurs affections sont provoquées ou aggravées par un trop-plein émotionnel lié au stress, au deuil, ou encore à l'angoisse.

Le trouble psychosomatique (TPS) se définit comme un trouble somatique dont la dimension psychologique est prépondérante dans sa survenue et dans son évolution. On appelle maladies psychosomatiques l'ensemble des troubles, syndromes ou symptômes ayant une base psychologique avérée. Dans la définition restrictive du trouble psychosomatique, il s'agit d'une maladie comportant une altération organique. Une définition plus large inclut certains troubles dits fonctionnels tels que les conversions, les somatisations, les douleurs et le stress.

De nombreuses pathologies apparaissent comme liées aux frustrations, aux traumatismes et aux conflits ; un déséquilibre psychique va ainsi se traduire par des symptômes corporels. Le trouble psychique initial n'est généralement pas la cause directe de ces pathologies, mais il forme un facteur de risque.

Dans certains cas, douleurs ou inflammation notamment, la contrariété psychique semble être la cause directe du trouble. On pourrait aussi concevoir la psychosomatique comme une sorte de « rapport de force » entre le physique et le mental pour conquérir leurs parts de marché respectives en matière de maladie...

Les douleurs et symptômes qu'une personne atteinte d'une maladie psychosomatique ressent sont bien réels. L'évolution vers une maladie grave somatique est tout à fait possible

Pour mettre la lumière à cette souffrance on a postulé une question essentielle sur laquelle nous allons essayer de répondre à travers cette étude :

### **Question générale :**

-Est ce qu'un événement traumatique peut provoquer une maladie psychosomatique ?

**De cette question on peut se poser la question partielle suivante :**

-Est-ce que l'apparition de la psychosomatique est conditionnée par l'intensité du traumatisme psychique ?

**De ses deux question ils nous sont possible de postulé l'hypothèse suivante :**

### **Hypothèse générale :**

Sous certaines conditions, un événement traumatique est en mesure de provoquer une pathologie de type psychosomatique.

L'un des moments les plus remarquables dans la vie d'un sujet est l'arrivée d'un événement traumatique, qui va donner un autre sens à son parcours, et peut fragiliser son état psychique ainsi la seule défense qu'il lui reste est le soma, le sujet va développer des maladies psychosomatiques.

### **Hypothèse partielle :**

L'apparition du trouble psychosomatique est liée à l'intensité du traumatisme psychologique vécu.

# Chapitre I

## Traumatisme psychique

**Introduction :**

Le mot « traumatique » vient de grec qui veut dire « action de blesser ».

Le terme de « trauma » qui été emprunté par la médecine aux XVIe siècles pour désigner une « lésion ou une blessure produit par un agent extérieur agissant mécaniquement ». Dès la fin des XIXe siècles et au début du XXe, le terme fait son apparition en psychologie, puis en psychanalyse avec un sens sensiblement différent.

De ce chapitre en vue de clarifier et expliciter le concept de traumatisme psychique on a décidé de commencé notre chapitre par un aperçu historique puis en passe à la

Définition de ce concept. et aussi qu'une présentation des déférentes classifications de traumatisme comme **DSM 5**.

**1. Historique :**

Le mot « *traumatisme* » apparue à la des XIXe siècles. Fut forgé à partir de grec trauma « blessure » pour nommer un phénomène psychique qui n'avait jusque alors retenu l'attention ni des médecins ni de qui conque : « le traumatisme psychique » blessure émotionnelle profonde qu'on pouvait observer, parfois chez eux qui avait échappé de peu à la mort.

Hérodote, dans le livre IV de son histoire, évoque le cas d'Epizélos, lors de la bataille de marathon, en 450 avant J.-C. ou ce valeureux avait présent un cas de conversion hystérique traumatique sous la forme d'une cécité face à la frayeur lorsque son camarade fut tué à ses côtés.

En 1809, Pinel expose des cas clinique de névrose de la circulation, chez les soldats de la révolution de l'Empire.

En 1859, Henry Dunant, fondateur de Croix-Rouge, assistant à la bataille de Solferino décrit l'état psychique (stupeur, agitation, tremblements) des agonisants et des blessés.

Lors de guerre de sécession américain (1861-1865), Da Costa décrit « *cœurs du soldat* » ce qui ressemble fortement à nos attaques de panique actuelle, avec une exacerbation des symptômes cardio vasculaire.

Charcot en 1885 dans ses leçons sur les maladies du système nerveux portant sur sept cas d'hystérie masculine, d'éclair que ces symptômes sont dus à un choc traumatique provoquant une dissociation de la conscience et dont le souvenir reste inconscient.

En 1888, Oppenheim décrit sous le terme de « *névrose traumatique* », une symptomatologie clinique présentée par les victimes d'accident de chemin de fer et constitué par le souvenir obsédant de l'accident, des troubles de sommeil avec agitation, des cauchemars de reviviscence, une phobie conséquente du chemin de fer, ainsi qu'une labilité émotionnelle. Il impute l'étiologie de cette névrose traumatique l'effroi « *shreck* » ressenti par les sujets qui provoquent un ébranlement psychique « *tellement intense qu'il laisse une altération psychologique durable* » (Crocq, 2000)

L'année 1889 Pierre Janet avait soutenu sa thèse de doctorat sur l'automatisme psychologique dus pour la plus part à un traumatisme psychique. Janet explique qu'après un choc émotionnel, les sensations perçues, les images, etc.... sont stockés dans le subconscient, et s'y comportent

comme un corps étranger provoquent des reviviscences (sensation, images, pensées et gestes) non élaborés et automatique...

Quatre ans plus tard en 1893 Freud donne sa communication préliminaire, Freud reprend à son compte l'hypothèse de Janet concernant le choc émotionnelle l'effraction dans le psychisme, le corps étranges et le phénomène de dissociation du conscient.

En 1968 le DSM II retire de son catalogue nosographique le traumatisme psychologique.

En 1980, la nosographie américaine DSM (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders), qui se revendique athéorique, a proposé le vocable d'« état de stress post-traumatique » pour remplacer le diagnostic de « névrose traumatique » des nosographies européennes, récusé à cause de sa connotation freudienne. Mais

S'affranchir d'une hypothèse pathogénique (la psychanalyse) pour se subordonner à une autre (l'hypothèse neurobiologique) ne résout pas le problème. D'où l'opportunité de bien définir les deux termes de stress et de trauma, qui sont couramment utilisés et parfois associés dans le discours des cliniciens, et de délimiter clairement les conditions de leur utilisation.

En 1994 dans le DSM IV une nouvelle entité diagnostique était introduit, il s'agit de celle d'état de stress aigues, en 1992 et apparue en anglais la classification internationale des maladies, « CIM 10 » dans sa 10<sup>ème</sup> révision et qui traduit en français en 1993.

Cette classification propose sur trois :

1-la réaction aigue a un facteur de stress.

2-la modification de la personnalité après une expérience de catastrophe.

3-l'état de stress post traumatique.

Le traumatisme est donc un choc émotionnel important, généralement lié à une situation où une personne, ou un groupe de personnes, a senti sa vie en danger et qui met en péril son équilibre psychique.

## 2. Définition de traumatisme psychique

Le mot « *traumatisme* » vient du mot grec ancien *traumatismos* qui signifiait action de blesser ; et *trauma* signifiant blessure .appliqué à la pathologie chirurgicale.il signifie transmission d'un choc mécanique exercé par un agent psychique extérieur sur une partie de corps et y provoquant une blessure ou contusion transposé à la psychopathologie il devient traumatisme.

On peut donc définir le traumatisme psychique ou trauma comme « *un phénomène d'effraction du psychisme, et de débordement de ses défenses par l'excitation violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité physique ou psychique d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur* » (Crocq.2007)

## 3. les différents concepts du traumatisme.

### 3.1. L'effroi :

Le mot « *effroi* » est la traduction choisie par le psychiatre et les psychanalystes français du terme allemand « *Schreck* ».

L'effroi est état du sujet moment de traumatisme il correspond à cet envahissement par le néant, que nous avons vu à propos de la rencontre avec le réel de la mort. Il Ya Alor un moment généralement fugace mais pas toujours, ni affect ni représentation .le sujet perçoit un vide complet de sa pensée, ne ressenti rien, en particulier ni peur ni angoisse. (F, lebigot, 2005)

### **3.2. La vulnérabilité :**

La vulnérabilité évoque les sensibilités et les faiblesses manifestes ou latentes immédiates ou différés et peut être compris comme une capacité, ou incapacité, de résistance au contraintes de l'environnement elle est entendu comme la probabilité de voir sa situation dégrader à la suite d'un choc. (Anaut, 2002)

Au sens général, la vulnérabilité est la probabilité de voir sa situation ou ses conditions de vie se dégrader, quel que soit son niveau de richesse, face aux fluctuations de vie.

### **3.3. Victimes :**

On désigne sous le nom de « *victime* » *les personnes qui on subit cette violence qu'elle ait ou non vécue comme un trauma .si elles l'ont vécu comme un trauma on parlera de « victime traumatique ».* (CROCQ, 2007)

### **3.4. Névrose traumatique :**

Névrose traumatique sur vient donne des situations ou les sujet vit une menace réelle ou ressentie contre son intégrité physique ou psychique, elle

correspond à un débordement de l'appareil psychique qui prit par surprise ne peut solliciter des mécanismes de défense adéquats .

#### **4. l'évènement traumatique**

L'évènement traumatique c'est une rencontre avec le réel de la mort .celle –ci est ce que non représentation font de réel, un peu comme nos appareil sensoriels transforment immédiatement des longueurs d'ondes en couleur ou en sons. (Lebigot, 2009)

Freud faisait remarquer que nous ne savons que nous allons mourir, mais que nous ne savons pas ce qu'est la mort .nous n'avons pas la possibilité de nous représenter.

#### **5. Etiopathogenie de traumatisme psychique.**

Traumatisme psychique ou névrose traumatique sont toujours liée à un évènement c'est à dire quelque chose qui est de l'ordre du perçu ou de ressenti. Les deux résultent d' une rencontre d'un évènement et d'un sujet qui se produit dans contexte déterminé .le même évènement pathogène pour l'un ,ne le sera pas pour l'autre ,et l'on peut supposer que le même sujet ,traumatisé aujourd'hui ,ne l'aurait pas hier ou demain face au même évènement.il s'agit d' une part des causes tenant aux évènement violents et d'autre part de celles ayant taris aux évènement communs douloureux et inattendus. (Lebigot, 2005)

##### **5.1. Les évènement violent :**

- ❖ La guerre.
- ❖ L'abus émotif, psychique, ou sexuelle, dans l'enfance.
- ❖ Le fait de subir ou d'assister à des actes violent.
- ❖ Le viol ou la tentative de viol.
- ❖ La lésion ou la maladie dévastent.
- ❖ La mort d'une personne proche.

## **5.2. Les événements communs douloureux et inattendus :**

Il est question ici des événements ayant vocation à devenir traumatisants et qui sont souvent sous-évalués à savoir.

- ❖ Les accidents de voiture de légère importance.
  - ❖ L'intervention médicale ou dentaire invasive.
  - ❖ les chutes et lésions de moyenne importance.
  - ❖ les catastrophes naturelles (tremblement de terre, tornade)
  - ❖ la maladie surtout avec la fièvre haute.
  - ❖ L'intoxication.
  - ❖ L'abandon surtout en cas des enfants.
  - ❖ L'exposition à la chaleur extrême chaleur et froid. (Lebigot, 2005)

## **6. les facteurs psychiques de la survenue de traumatisme :**

Il est important de prendre en considération des facteurs augmentant a la fréquence et l'intensité des réactions du traumatisme selon François Le bigot ces facteurs peuvent se diviser en trois catégories, l'effet de la surprise et la brutalité du choc la menace direct de la mort et ainsi que l'effraction traumatique.

### **6.1 .l'effet de surprise et de la brutalité de choc :**

L'effet de ces derniers sur le traumatisé se traduit par le fait de permettre l'intrusion de l'image mortifère.

### **6.2 La menace directe de la mort :**

L'aggravation du traumatisme qui peut être due à ce facteur consiste à faire effraction dans le psychisme des personnes prévenues préparé ce qui pourrait nuancer la théorie de Freud sur l'efficacité de la protection fournie par l'angoisse en effet il peut y avoir traumatisme pendant des pendant des périodes de combats ou le soldat est anxieux, tendu et dont l'esprit mobilisé l'extrême. .

### **6.3. L'effraction traumatique :**

Survient avec l'apparition d'un élément qui va causer un choc brutal. Le traumatisme provient de la rencontre brusque d'un détail insoutenable qui fait irruption dans le champ de vision, se surajoutant à l'horreur préexistant, détail dont l'horreur dépasse en intensité ce que le sujet avait essayé d'anticiper.

## **7. Les symptômes du traumatisme :**

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. (Perucchi ,2008).

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 intrusive 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. . (Perucchi ,2008)

**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)
- Attrait 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

Les symptômes qui se développent en dernier lieu forment le troisième group. Ils ont souvent été précédés par d'autre. Il n'existe pas de règle pour déterminer quel symptôme l'organisme choisira et quand il le choisira :

- Timidité excessive
- Réactions émotionnelles diminuées ou inexistantes
- Incapacité à s'engager
- Fatigue chronique ou faible niveau d'énergie
- Problèmes du système immunitaire et problèmes endocriniens tels qu'un dysfonctionnement thyroïdien
- Maladie psychosomatiques (en particulier les maux de tête, les problèmes

De nuque et de dos, l'asthme, les problèmes digestifs, le syndrome du

Côlon irritable et le syndrome prémenstruel grave

- Dépression, sentiments de danger imminent
- Peur de mourir, de devenir fou ou d'avoir une vie raccourcie
- Sommeil difficile

Les symptômes du traumatisme peuvent être stable (toujours présent) ou instable (paraître et disparaître) ; ou peuvent rester latents pendant plusieurs années. En général les symptômes se manifestent en groupes de symptômes.

Ils deviennent de plus en plus complexes avec le temps et de moins en moins en liens avec l'expérience traumatique originale. Cela rend plus difficile relier les symptômes à leur cause et plus facile nier l'incidence de l'événement traumatique sur propre existence.

En tout cas, dans notre corps sont inscrites toutes les informations qui relient les symptômes au traumatisme original.

C'est fondamental apprendre à faire confiance aux signes que notre corps nous indique.

Les symptômes du traumatisme sont comme des sonnettes intérieures. Si nous apprenons à les entendre, nous pourrions commencer à guérir notre traumatisme et être plus conscience. (Perucchi ,2008)

## **8. stress et trauma :**

Stress et trauma relèvent de deux registre différents : bio-nuer-physiologique pour le stress, et psychologique pour le trauma. L'un parle de mobilisation des ressources énergétique, l'autre d'effraction dans la défense psychique, dont la défense qui consiste à attribuer du sens. L'un décrit les orages neurovégétatifs, l'autre la clinique de l'effroi. En effet sur le plan clinique il n'y a pas d'équivalence entre les deux registre .le plus souvent les individus qui

réagissent à un événement agressant par un stress adapté ne le vivent pas comme un trauma, tandis que ceux qui réagissent par un stress désadapté le vivent sur un mode traumatique et développent ensuite une pathologie psychodramatique ; mais cette correspondance n'est pas absolue et on a vu des stress parfaitement adaptés cacher les pires vécus traumatiques et à l'inverse dépassés spectaculaires se résoudre sans suite psycho-traumatique. (Crocq, 2007).

## **9. CLINIQUE DE TRAUMATISME PSYCHIQUE :**

Sur le plan clinique, on distingue trois phases dans la pathologie psycho-traumatique :

### **9.1 .la phase immédiate ou réaction émotionnelle immédiate :**

Elle dure quelque heure à une journée, et peut être dénommée stress. Cette dernière peut être adaptée ou dépassée avec sidération, agitation, fuite panique et action automatique.

### **9.2. La phase post immédiate :**

Elle est une phase d'évolution et de surveillance voire une phase de latence précédant l'installation d'une névrose traumatique.

### **9.3 La phase différée ou chronicisée :**

C'est la période de mise en place du « *syndrome psycho-traumatique différé* » totalement différent d'une phase de stress, ces pathologies peuvent encore rester transitoires ou évoluer vers des syndromes durables voire des névroses traumatiques ou des cas proches de la psychose. (PDF –geopsy.com. Psychologie interculturelle et psychothérapie).

## 10. EVOLUION DE TRAUMATISME.

Non traité ou mal traité parce que le médecin, répondent à une demande limitée ,se sera contenté de prescrire des somnifères, des anxiolytique et des antidépresseurs pour réduire les symptômes apparents d'insomnie, d'anxiété ,et d'inhibition ,ou parce que le patient –fixé jalousement à son trauma –ne se sera pas ouverte au thérapeute des perplexités et interrogation qui eussent pu être résolues dans le dialogue et le transfert ,le syndromes psychodramatique évolue sur un mode chronique ,jusqu' à la fin de la vie avec des relances et des péripéties survenues au gré des évènements ré évocateurs ou du départ à la retraite qui prive le patient de ses activité de dérivation .il est très rare que le patient se dégage rapidement .en l'espace de quelques mois ou d'une année ,de l'emprise de son trauma dans un effort de verbalisation de ses affects.au cours duquel il aura réussi à découvrir ,seul ou en présence thérapeute ,le sens secret de son expérience vécue.

Le DSM –IV a identifié un peu arbitrairement deux variétés évolutives du PTSD : variété aiguë, si les symptômes durant plus d'un mois et moins de trois mois, et variété chronique s'ils durent trois mois ou plus. (Crocq, 2007).

L. crocq il décrit des variétés particulière, selon l'âge (trauma de l'enfant et de l'adolescent) et selon le type d'agression (agressions de psychique, viol, accident, catastrophe, guerre, déportation, prise d'otage, torture).les principales des ces variantes seront présentées plus loin.

## 11. diagnostic de traumatisme Solon DSM V :

**12 Critères diagnostiques du DSM-5 (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition, 2015*) pour le trouble de stress post-traumatique Pour les adultes, les adolescents et les enfants de plus 6 ans**

**Critères A :**

**Avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons suivantes :**

1. en étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants ;
2. en étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants ;
3. en apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou un ami proche. Dans les cas de la mort ou de la menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel ;
4. en étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant (p. ex., premiers intervenants ramassant des restes humains, agents de police qui entendent de manière répétée des détails concernant des violences sexuelles faites à des enfants).

**Remarque :** *Le critère A4 ne s'applique pas à l'exposition par des médias électroniques, la télévision, des films ou des photos, sauf si cela est lié au travail.*

**Critères B :**

**Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion suivants associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se sont produits :**

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants. *NB chez les enfants de plus de 6 ans on peut observer des jeux répétitifs exprimant des thèmes et des aspects du traumatisme*
2. Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse. *NB chez les enfants de plus de 6 ans il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable*
3. Réactions dissociatives (p. ex. rappels d'images, flashbacks) au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait. (Ces réactions peuvent survenir à différents niveaux, la réaction la plus intense étant la perte de conscience de l'environnement actuel). *NB chez les enfants de plus de 6 ans on peut observer des reconstructions spécifiques du traumatisme au cours de jeux ;*
4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatisant ;
5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatisants.

**Critères C :**

**Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, ayant débuté après que celui-ci ou ceux-ci se sont produits, comme l'indique au moins un des symptômes suivants :**

1. Évitement ou tentative d'évitement des souvenirs, pensées ou sentiments relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse ;
2. Évitement ou tentative d'évitement des rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui ramènent à l'esprit des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse.

**Critères D :**

**Altérations des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après la survenue du ou des événements traumatiques, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :**

1. Incapacité de se souvenir d'éléments importants du ou des événements traumatiques (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, ou la consommation d'alcool ou de drogues) ;
2. Croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées à propos de soi-même, d'autrui ou du monde, (p. ex., « Je suis une mauvaise personne », « On ne peut faire confiance à personne. », « Le monde entier est dangereux. », « Tout mon système nerveux est détruit de façon permanente » ;

3. Idées déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatisant qui poussent la personne à se blâmer ou à blâmer autrui ;
4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte) ;
5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;
6. Sentiments de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres ;
7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver des sentiments de bonheur, de satisfaction ou d'affection).

**Critère E :**

Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événement traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après que l'événement traumatisant s'est produit, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

1. Irritabilité et accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets ;
2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur ;
3. Hyper vigilance ;
4. Réaction de sursaut exagéré ;
5. Problèmes de concentration ;

6. Troubles du sommeil (p. ex. difficulté à s'endormir ou sommeil interrompu ou agité).

**Critère F :**

**La perturbation (les symptômes décrits aux critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.**

**Critère G :**

**La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une incapacité importante dans les dimensions sociale, professionnelle, ou toute autre dimension importante du fonctionnement.**

**Critère H :**

**La perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance (par ex. médicament ou alcool) ou à une autre affection.**

Spécifier le type :

**Avec symptômes dissociatifs :**

Les symptômes de la personne répondent aux critères de trouble de stress post-traumatique et, de plus, en réaction à l'agent stressant, la personne présente les symptômes persistants ou récurrents de l'un ou l'autre des états suivants :

1. **Dépersonnalisation** : expérience persistante ou récurrente de se sentir détachée de soi-même comme si elle ne faisait qu'observer de l'extérieur ses processus mentaux ou son corps (p. ex., sentiment de vivre dans un rêve, que son corps n'est pas réel ou que tout se passe au ralenti) ;

2. **Déréalisation** : Sentiment persistant ou récurrent que l'environnement n'est pas réel (p. ex., le monde environnant ne semble pas réel, la personne a l'impression d'être dans un rêve, se sent distante ou détachée de soi).

*Remarque : Pour utiliser ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex., moments d'absence, comportement pendant une intoxication alcoolique) ou à une autre affection (p. ex., crises d'épilepsie partielles complexes).*

**Avec manifestation différée :**

Si l'ensemble des critères de diagnostic n'est présent que six mois après l'événement (bien que l'apparition et la manifestation de certains symptômes puissent être immédiates et que tous les critères ne soient pas satisfaits dans l'immédiat).

**Pour les enfants de moins de 6 ans**

**Critères A :**

**Chez l'enfant de moins de 6 ans avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons suivantes :**

1. en étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants ;
2. en étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants survenus à d'autres personnes, en particulier des adultes proches qui prennent soin de l'enfant ; *NB être témoin direct n'inclut pas les événements dont l'enfant a été témoin seulement par des médias électronique, TV, films, images ;*
3. en apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou une personne prenant soin de l'enfant.

**Critères B :**

**Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion suivants associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se sont produits :**

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants. *NB les souvenirs spontanés et envahissants ne laissent pas forcément apparaître la détresse et peuvent s'exprimer par le biais reconstitutions dans le jeu ;*
2. Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse. *NB il peut être impossible de vérifier que le contenu effrayant est lié aux événements traumatiques ;*
3. Réactions dissociatives (p. ex. rappels d'images, flashbacks) au cours desquelles l'enfant se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait. (Ces réactions peuvent survenir à différents niveaux, la réaction la plus intense étant la perte de conscience de l'environnement actuel). Des reconstructions spécifiques du traumatisme peuvent survenir au cours de jeux ;
4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatisant ;
5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatisants.

**Critères C :**

**Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, ayant débuté après que celui-ci ou ceux-ci se sont produits, comme l'indique au moins un des symptômes suivants :**

**Évitement persistant de stimuli**

1. Évitement ou tentative d'évitement des activités, des endroits ou des indices physiques qui réveillent les souvenirs du ou des événements traumatiques ;
2. Évitement ou tentative d'évitement des personnes, conversations, ou des situations qui ramènent à l'esprit des souvenirs du ou des événements traumatiques

**Altérations négatives des cognitions**

3. Augmentation nette de la fréquence des états émotionnels négatifs par exemple crainte, culpabilité, tristesse, honte, confusion ;
4. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à des activités y compris le jeu ;
5. Comportement traduisant un retrait social ;
6. Réduction persistante de l'expression des émotions positives.

**Critères D :**

**Changements marqués de l'éveil et de la réactivité associés aux événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après la survenue du ou des événements traumatiques, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :**

1. Irritabilité et accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets;
2. Hyper vigilance ;
3. Réaction de sursaut exagéré ;
4. Problèmes de concentration ;
5. Troubles du sommeil (p. ex. difficulté à s'endormir ou sommeil interrompu ou agité).

**Critère F :**

**La perturbation (les symptômes décrits aux critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.**

**Critère G :**

**La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération des relations avec les parents, la fratrie, les pairs, d'autres aidants ou une altération du comportement scolaire.**

**Critère H :**

**La perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance (par ex. médicament ou alcool) ou à une autre affection.**

Spécifier le type :

**Avec symptômes dissociatifs :**

Les symptômes de la personne répondent aux critères de trouble de stress post-traumatique et, de plus, en réaction à l'agent stressant, la personne

présente les symptômes persistants ou récurrents de l'un ou l'autre des états suivants :

1. **Dépersonnalisation** : expérience persistante ou récurrente de se sentir détachée de soi-même comme si elle ne faisait qu'observer de l'extérieur ses processus mentaux ou son corps (p. ex., sentiment de vivre dans un rêve, que son corps n'est pas réel ou que tout se passe au ralenti) ;

2. **Déréalisation** : Sentiment persistant ou récurrent que l'environnement n'est pas réel (p. ex., le monde environnant ne semble pas réel, la personne a l'impression d'être dans un rêve, se sent distante ou détachée de soi).

*Remarque : Pour utiliser ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex., moments d'absence, comportement pendant une intoxication alcoolique) ou à une autre affection (p. ex., crises d'épilepsie partielles complexes).*

**Avec manifestation différée :**

Si l'ensemble des critères de diagnostic n'est présent que six mois après l'événement (bien que l'apparition et la manifestation de certains symptômes puissent être immédiates et que tous les critères ne soient pas satisfaits dans l'immédiat)

## 12. NEUROPHYSIOLOGI TRAUMATISME PSYCHIQUE

La notion de « stress » est associée au terme « état de stress post-traumatique ». On peut définir le stress comme l'ensemble des stimuli que nous recevons en permanence. Ces stimuli peuvent être agréables (plaisir) ou désagréables (contrainte). Tant que notre organisme a la capacité de s'adapter, nous ne ressentons pas les effets nocifs du stress. Le stress devient nocif lorsque la capacité d'adaptation de l'individu est dépassée.

Souvent le terme « stress » veut dire « angoisse ». Pour la conception neurophysiologique, le traumatisme est un évènement qui provoque un stress. Pour Selye, le mot « *stress* » désigne la réaction de l'organisme, et non pas l'agent extérieur provoquant cette réaction. À cet agent extérieur, il réserve le nom de « stresser ». Pour le syndrome général d'adaptation, il s'agit de mettre en évidence la réaction d'adaptation de tout organisme subissant une agression et Selye en donne la définition suivante : « *réaction neurobiologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense, de l'individu à une agression, une menace ou une situation inopinée* ». (Philippe LHUILLIER, 2014).

### **- Le syndrome général d'adaptation**

Hans Selye (1956) va populariser le terme. Il observe un syndrome générale d'adaptation qu'un organisme vivant va déclencher à toute agression et décrit les trois phases suivantes :

#### **-La réaction d'alarme**

Face à un agent stressant, l'organisme réagit immédiatement. L'hypothalamus va stimuler la médullo-surrénale qui va sécréter de l'adrénaline, mettant l'organisme en état d'alerte. L'adrénaline est à l'origine de différentes modifications telles que : accélération du rythme cardiaque, augmentation de la pression artérielle, transpiration, augmentation de l'efficacité respiratoire, mise en veilleuse des fonctions urinaires et digestives. La réaction d'alarme est de courte durée et si la situation génératrice de stress se maintient, l'organisme entre alors en phase de résistance.

#### **-La phase de résistance**

L'hypothalamus va stimuler l'hypophyse. Cette glande va activer la corticosurrénale qui va sécréter du cortisol. Le cortisol a pour fonction de maintenir un état interne d'équilibre qui peut être caractérisée comme « *l'hormone du stress* ». Néanmoins si le stade de la peur est depuis longtemps dépassé et que la situation de stress se perpétue, l'organisme entre dans une phase d'épuisement.

### **-La phase d'épuisement**

Les cellules perdent trop de potassium, leur efficacité baisse, le taux de glucose s'effondre, la surrénale s'épuise. Si la cortisone fait défaut, l'organisme se révèle incapable de relever le défi et le stress peut devenir mortel. La phase d'épuisement dans un état chronique évolue vers une dépression.

### **-Le stress post-traumatique serait dû à une réorganisation du cerveau :**

En 2012 Pier-Vincenzo Piazza et Aline Desmedt, apportent des éléments de réponse concernant les mécanismes du stress post-traumatique. L'ESPT serait dû à une surproduction de glucocorticoïdes chez certains sujets, lors d'une exposition à un évènement traumatique, ce qui les amènerait à « oublier » les circonstances exactes des évènements stressants.

### **-Un cerveau au fonctionnement inversé :**

Il s'est avéré que ces difficultés de mémorisation induites par les glucocorticoïdes s'accompagnaient d'une réorganisation de l'activité du cerveau, et en particulier du circuit hippocampe-amygdale, qui stocke les souvenirs liés à la peur.

Dans les conditions normales, quand une personne associe une menace à un contexte, on observe une forte activité dans l'hippocampe. En revanche l'activité de l'amygdale est faible.

Quand les sujets sont soumis à une augmentation de glucocorticoïdes et que des déficits de mémoire qui caractérisent l'ESPT sont observés, l'activité normale de ces deux zones s'inverse.

L'activité anormale dans l'amygdale pourrait expliquer le fait que les personnes commencent à « *sur-répondre* » à des éléments anodins. Quant à l'activité faible dans l'hippocampe, elle pourrait expliquer que ces personnes ne reconnaissent plus le bon contexte et soit donc incapable d'adapter la réaction de peur à la situation appropriée. (Philippe LHUILLIER, 2014).

### **13. Prise en charge :**

#### **13.1 La prise en charge médicamenteuse :**

-les anxiolytiques de type benzodiazépines qui ont été largement utilisés doivent actuellement être utilisés avec pondération au vu de la balance bénéfices/risques (Vaiva et al ,2008)

- les traitements psychotropes de types ISRS. (Crocq.2008).

#### **13.2 Les psychothérapie**

**A : la thérapie d'inspiration analytique ou la thérapie psychodynamique :**

Sont couramment utilisées dans le traitement de ce type de pathologie mais n'ont pas démontré leur efficacité dans le traitement du syndrome de stress post-traumatique lors des différentes études cliniques.

Les psychothérapies psychodynamiques utilisent les concepts de la psychanalyse. Mais elles affichent des buts différents. Si l'analyse est une aventure où l'analysant est à la recherche de sa vérité, et que la guérison ne lui est donnée que « par surcroît », la guérison est ici ce qui est recherché. C'est elle que les patients viennent demander.

Toutefois, à la différence d'autres psychothérapies, elles ne font pas du symptôme le centre de leur action. Il s'agit pour elles de traiter un sujet, ici un sujet traumatisé. La référence à la psychanalyse indique en premier lieu avec quelle grille d'interprétation le praticien écoute le discours de son patient. (Lebigot, 2005)

**B : Tcc :**

Elle comprend les thérapies comportementales (thérapies d'exposition), les thérapies cognitives (thérapies de restructuration) et les stratégies de gestion de l'anxiété.

**B.1 : Les thérapies comportementales :**

Les thérapies comportementales sont basées sur les théories du conditionnement (conditionnement d'apprentissage et conditionnement d'excitation).

Cette thérapie consiste, par une exposition contrôlée, à réactiver l'émotion peur chez la personne traumatisée, de façon à pouvoir intégrer des informations correctives.

Les deux techniques d'exposition utilisées sont l'exposition imaginaire et l'exposition réelle. La diminution de l'émotion peur au fil des expositions permettrait également de modifier le sens de l'événement traumatique dans le souvenir.

Le but de cette thérapie est de permettre un traitement émotionnel de traumatisme afin de diminuer la souffrance liée à son évocation. (Ladouceur et all ,1999)

## **B.2 : Les thérapies cognitives :**

De nombreuses études ont montré l'efficacité des thérapies cognitives.

Les thérapies cognitives sont basées sur les théories du traitement de l'information et les théories des schémas .ainsi, l'anxiété due à un mauvais traitement de l'information, ou l'environnement est perçu comme menaçant.et le comportement, les émotions et les pensées seraient interdépendants .en agissant sur les cognitions.il serait de modifier émotions et comportements .le thérapeute approche les schémas de croyance de la personne. (Decam.2012)

La restructuration cognitive aborde les dysfonctionnements de la pensée concernant le vécu du traumatisme, en particulier, les pensées négatives sur

soi : La honte, la culpabilité, l'incompétence, ou sur la vision péjorative du monde, notamment sa dangerosité. Il s'agit de remettre en question ces pensées erronées pour envisager des pensées alternatives.

La gestion de l'anxiété utilise des techniques de relaxation afin de maîtriser l'hyperactivité neurovégétative et les techniques cognitives pour lutter contre les phénomènes d'intrusion qui induisent une charge anxieuse massive, source de souffrance importante.

### **13.3 La thérapie analytique :**

La thérapie analytique est un travail psychique du réel de l'événement du traumatisme vécu ici et maintenant, et où l'intervention du psychothérapeute tente de parer au refoulement, à la fixation des événements violents et traumatisants actuels. (E. Simonet, B. Daunizeau, 2006).

### **13.4 EMDR**

En plus de ces techniques, nous trouvons les thérapies par l'utilisation de la Désensibilisation et Retraitement par les Mouvements Oculaires (EMDR), c'est une méthode thérapeutique privilégiée auprès des personnes souffrant d'un état de stress post-traumatique (ESPT). Cette technique permet en effet à la victime, selon V. Laupies (2000), de se « représenter les pensées négatives associées, puis à trouver des cognitions positives pour les remplacer ». Les fondements théoriques de l'EMDR reposent sur la capacité du psychisme à métaboliser la majorité des vécus traumatiques. Certains vécus ne seraient pas métabolisés et en se figent détermineraient, pensées, émotions qui deviendraient alors pathologiques. (Lebigot, 2001).

**Conclusion :**

On guise de conciliation de ce chapitre, on constate que le traumatisme psychique chez les personne malades est un événement qui est cause et il a plusieurs classification. Par ailleurs, il reste toujours l'un des sujets les plus complexes qui nécessite l'intervention interdisciplinaire pour une meilleure prise en charge.

# Chapitre II

## Le fonctionnement psychosomatique

## Introduction

La maladie psychologique ou somatique est conçue comme une modification de l'être total, indivisible, dont l'altération ou le dysfonctionnement s'expriment différemment suivant sa constitution, son histoire, son environnement et les facteurs déclenchant. Le changement induit par la maladie, s'intégrant dans cet ensemble, introduit encore de nouvelles dimensions dans les rapports de l'homme malade avec lui-même et le monde.

### 1. Définition des maladies psychosomatique :

Les maladies psychosomatiques se caractérisent par des symptômes physiques qui affectent un organe ou un système physiologique et dont les causes sont principalement émotionnelles. La maladie se fait l'écho d'un état d'angoisse ou de détresse morale.

Les maladies psychosomatiques illustrent le lien qui existe entre le système nerveux et le système immunitaire. Lorsque le moral est soumis à rude épreuve, le physique ne tarde pas à montrer des signaux de détresse. Les raisons sont aujourd'hui connues : sous l'effet du stress, l'organisme produit des hormones corticoïdes qui abaissent les défenses immunitaires. Si le stimulus extérieur est de courte durée, l'organisme rétablit les choses de lui-même. Par contre, si son intensité est forte, répétitive et de longue durée, les défenses immunitaires s'abaissent, ce qui expose inmanquablement aux affections. Gardons-nous néanmoins des généralités : chaque individu va réagir à sa façon, suivant sa capacité à gérer son stress et à canaliser ses angoisses.

## 2.Évolution des idées :

Dès l'Antiquité, on a su que les sentiments et les émotions avaient un retentissement sur le corps, mais il a fallu attendre les progrès de la médecine moderne pour établir l'existence des mécanismes par lesquels l'émotion était à l'origine d'une maladie, avec ses caractères et son évolution propres.

Le terme psychosomatique fut utilisé pour la première fois par Heinroth en 1818. Au siècle suivant, les découvertes de S. Freud permirent une meilleure compréhension de ces phénomènes, étudiés à Vienne par F. Deutsch, qui réintroduisit ce mot en 1922, par Groddeck, puis par de nombreux psychanalystes américains, tels que H. F. Dunbar ; F. Alexander, de Chicago ; Weiss et English, de Philadelphie. L'extension que connaît maintenant le mouvement psychosomatique a été le résultat des travaux de neurophysiologistes comme Jackson, Cannon, Hess ; de l'école réflexologique russe, orientée à la suite de Pavlov et Bykov vers la pathologie cortico-viscérale ; des auteurs de langue allemande, Von Uexküll, Mitscherlich, M. Boss ; des auteurs français, Fain, Marty, de M'Uzan, David ; et en Grande-Bretagne, de M. Balint.

Actuellement, l'attitude psychosomatique correspond à une conception de la médecine. Plutôt que de considérer une médecine des organes, elle met l'accent sur une médecine générale de l'organisme, dans une approche globale, holistique, de l'individu malade. Cette conception, héritière de l'école hippocratique de Cos, postule l'unité psychosomatique de l'homme qui peut être le siège de phénomènes morbides ; ceux-ci peuvent être étudiés de façon complémentaire sous l'angle psychologique ou sous l'angle physiologique. Dans cet esprit, on pourrait dire que tout malade est psychosomatique.

Mais il existe un courant de recherches pour lequel la médecine psychosomatique « est une branche de la médecine qui concerne l'étude des phénomènes de l'esprit et leur signification dans l'apparition et le

développement des maladies affectant le corps » (Von Uexküll). Dans l'étiologie de maladies à manifestations somatiques, telles que l'hypertension artérielle, l'asthme, l'ulcère gastrique, les observations cliniques ont attribué un rôle important aux facteurs psychologiques et à la personnalité des malades. Chez ce type de malades psychosomatiques souffrant d'affections que l'on appelle aussi névroses d'organe, l'examen clinique met en évidence l'existence de conflits intrapsychiques.

### 3. le corps et l'esprit

L'hypothèse de base de la médecine psychosomatique est l'unité fonctionnelle soma-psyché. Cette reconnaissance, à un niveau philosophique et scientifique de cette unité a certainement été l'une des conditions préalable à l'introduction dans le domaine scientifique des problèmes qui allaient donner naissance à la médecine psychosomatique (A. Haynel, 1978).

La psychosomatique repose sur le postulat qu'il existe une relation entre le corps et l'esprit. Il est courant aujourd'hui d'affirmer que toute pensées psychosomatiques présuppose l'hypothèse d'une unité psyché Corps.

Si effectivement elle ambitionne une approche qui ne dissocier pas psyché et Corps (J. Chemouni, 2000).

P. Marty, à écarter le dualisme corps-psyché pour le remplacer par l'unité psychosomatique qui à son tour contient un dualisme pulsionnel essentiel (pulsion de vie et de mort) ou il argumente la continuité fonctionnel entre le corps et psyché en considérant qu'à l'autre bout de l'échelle évolutive l'homme nous montre, d'une manière identique, qu'aux différents niveaux de son fonctionnement à partir des échanges intellectuels et artistiques, il empreinte en permanence à l'extérieur de lui-même les éléments essentiels à sa vie (P. Marty. 1976).

## 4. les concepts de la théorie psychosomatique

### 4.1. Le traumatisme

Les traumatismes restent dans les cadres économiques individuelles que nous avons précisément circonscrits. Issu d'une excitation excessive des instincts ou pulsion à laquelle l'organisation psychosomatique des sujets ne peut faire face, les traumatismes se définissent par la quantité de désorganisation qu'ils produisent et non par la qualité de l'événement ou de la situation qui les produisent. Un traumatisme découle ainsi de rapport entre l'excitation et la défense psychosomatique de l'individu en cause. (P. Marty, 1990)

A ce propos P. Marty écrit : « *l'origine extérieure de traumatisme ne porte pas en elle-même une valeur objectivement appréciable. la perte d'un être proche peut ne pas être plus traumatisante, chez un individu adulte, qu'un jour, chez un autre par exemple, le sentiment provoquer par le passage d'une poussière dans un rayon de soleil* » (Ibid).

On voit de ce fait que la tolérance ou la résistance aux traumatismes va pouvoir être extrêmement variable selon les individus et, pour un même individu, très variable selon les phases de son évolution ou les différentes périodes de sa vie.

Pour P. Marty ce qui fait suite à plus ou moins brève échéance à un traumatisme chez l'individu humain, c'est un mouvement de désorganisation lequel affectera toujours un sens contre-évolutive venant frapper en premier lieu les structures plus évoluées donc les plus récemment acquises au cours de développement (R. Debray, 1983).

## 4.2. Mentalisation :

La notion de mentalisation créée par P. Marty s'inscrit dans une conception économique de l'évolution individuelle. Elle s'inspire du point de vue économique exposé par Freud dans « Au-delà du principe du plaisir »

(1920), selon lequel un excès d'excitation peut conduire à un état traumatique si les moyens de défense psychiques sont débordés. Ces excitations provenant des instincts et des pulsions et déclenchées par des circonstances et événements divers doivent nécessairement se décharger ou s'écouler. Pour P. Marty, trois voies s'offrent alors à elles : la voie de l'élaboration psychique, la voie du comportement et la voie somatique. La mentalisation concerne ainsi et avant tout le travail des représentations, leur quantité, leur qualité et leur dynamisme.

Elles qualifient l'aptitude de l'appareil psychique à lier l'excitation pulsionnelle à travers les systèmes et réseaux de représentations, d'associations, d'idées diverses et de réflexions chargées d'affects. Pour P. Marty, la mentalisation est variable selon les individus et variable chez un même sujet. Cette conception suppose des insuffisances de la mentalisation et son débordement passager ou durable (S. Claude, 2009).

### 4.2.1. Les névroses bien mentalisées

Les sujets de ce groupe se caractérisent par une richesse fantasmatique, dont les représentations de mots et des choses liées entre elles se chargent et s'enrichissent, pendant le développement de multiples affects et de valeurs

Symboliques. Les perceptions et représentation premières étant remaniées par l'évolution mentale individuelle, par les mouvements pulsionnels successifs et par les conflits psychiques. L'inconscient intervient à plusieurs titres dans leur reproductions ultérieures qui, issues de systèmes mnésiques complexes, constituent des témoignages des réalités passées.

#### **4.2.2. Les névroses mal mentalisées :**

Qui se définit comme étant une limitation de représentation des choses, les sujets en cause susceptible de mener une vie efficace et satisfaisante, enrichie parfois l'expression sublimatoire artistique surtout, ne trouve en effet d'autre possibilité que de traduire dans l'actualité et dans l'action les mouvements inconscients.

#### **4.2.3. Les névroses à mentalisation incertaine :**

C'est le troisième type de névroses. Les possibilités représentatives et associatives des sujets concernés varient en effet dans le temps. Tantôt assurément ou relativement « bien mentalisés » ils paraissent plutôt riches de pensées et, pour de nombreux psychanalystes classiquement analysables, tantôt « mal mentalisés » leur pauvreté et leur superficialité psychique représentative et désolante. Selon P. Marty les variations du fonctionnement préconscient de ces sujets nous ont conduits à qualifier cet ensemble.

#### **4.2.4. Névrose de comportement :**

C'est l'absence ou la limitation, la superficialité des représentations réduites à celle des choses, et aussi le resserrement des affects sur les seules choses en question, le manque de symbolisation du verbe (P. Marty, 1990).

#### **4.3. Dépression essentielle :**

La dépression essentielle, qu'accompagne régulièrement la pensée opératoire, traduit l'abaissement du tonus des instincts de vie au niveau des fonctions mentales. On la qualifie d'essentielle dans la mesure où l'abaissement de ce tonus se retrouve à l'état pure, sans coloration symptomatique, sans contrepartie économique positive.

La dépression essentielle s'établit lorsque des événements traumatiques désorganisent un certain nombre de fonctions psychique dont ils débordent les capacités d'élaboration. (Ibid).

Aussi il s'agit d'un état dépressif particulier sans véritables symptômes autres que des épisodes d'angoisse et caractérisé par une disparition de la libido narcissique et objectale.

La désorganisation la plus large des principes vivants de l'appareil mental donne lieu à la « pensée opératoire » dont la dépression essentielle constitue l'un des éléments.

#### **4.4. La vie opératoire :**

C'est en 1962 que P. Marty définit le concept de « pensée opératoire » comme révélant les carences du préconscient, de la vie fantasmatique et des affects dans le cas des affections psychosomatique. La pensée opératoire témoigne d'une pensée hyper consciente. Les représentations sont pauvres, répétitives et marquées du sceau de l'actuel et du factuel. Mais plus tard P. Marty à parler de la notion de « la vie opératoire » qui constitue une étape de relative chronicité, de relative stabilité, qui s'installe au cours d'une désorganisation lente ayant affecté un caractère progressif, et pendant laquelle aucune réorganisation spontanée ne se produit, sans qu'on puisse avancer qu'elle mette un terme à la désorganisation. Il s'agirait alors d'une réorganisation régressive qu'elle ne semble pas être. La vie opératoire apparaît comme un aménagement fragile, plus ou moins prolongé dans le temps avec le quelle on ne redoute plus, de l'extérieur, ni l'imminence ni la fatalité d'une reprise de la désorganisation. Alors elle néanmoins émaillée fréquemment d'incident ou d'accident somatique variable qui soulignent l'instabilité de cet apparent état.

Au cours de la vie opératoire, les comportements ne sont pas sous-tendus de fantasmes représentés ou représentable issue de l'inconscient, la liaison préconsciente étant rompue. il ne constitue pas non plus des expressions les plus directes de l'inconscient. Ils se montrent machinaux mais apparemment sans

risque d'être troublés d'une manière quelconque par les mouvements de l'inconscient (P. Marty, 1980)

La vie opératoire peut accompagner un état dominé par la dépression essentielle.

### **5.Étiopathogénie :**

On peut avoir à observer des malades qui présentent des troubles fonctionnels sans atteinte organique ou mentale décelable ; ou bien des malades porteurs de lésions s'accompagnant de symptômes découlant de facteurs psychologiques ; ou bien encore des malades qui ont des symptômes neurovégétatifs, comme un asthme, une hypertension artérielle...

Si l'on veut comprendre les symptômes dans leur étiologie, c'est-à-dire leur cause, et leur pathogénie, c'est-à-dire leur mode de formation, il faut renoncer au schéma classique qui faisait découler les troubles fonctionnels d'une lésion tissulaire, mais envisager la lésion comme une conséquence des troubles fonctionnels. On pense que la modification répétée ou continue d'une fonction entraîne à la longue des altérations tissulaires qui peuvent devenir irréversibles ; ainsi, par exemple, une contraction répétée ou constante des artérioles rénales finissent par provoquer leur sclérose. À l'origine de ce mécanisme, on reconnaît que le système nerveux est doté d'un pouvoir de modulation sur les fonctions immunitaires de l'organisme, et l'on accorde une très grande importance à la notion de stress, c'est-à-dire la contrainte ou l'agression provenant du milieu extérieur qui déclenche chez le sujet une réaction de tension. Une émotion choc est souvent invoquée à l'origine de certaines maladies (diabète, maladie de Basedow...). Mais il ne faut pas oublier qu'une situation donnée a une signification particulière pour un individu en fonction de son histoire et de son développement psychologiques. Des études cliniques, effectuées sur des malades dont on a pu établir tous les antécédents biographiques, ont montré

l'existence d'un rapport chronologique entre l'évolution de leur maladie et les événements retentissant sur leur vie affective. La situation qui précipite le sujet dans la maladie revêt pour ce malade une signification affective particulière, parce qu'elle est liée à son passé ou à une problématique conflictuelle non résolue. C'est en raison de ces liens qu'elle a pour lui un effet de stress.

Les affects peuvent donc, par la tension émotionnelle chronique qu'ils entraînent, amener la production de troubles fonctionnels chroniques, puis de lésion organique.

D'autre part, si l'expression motrice ou verbale de l'agressivité ou de l'anxiété est bloquée, les décharges du système nerveux central sont détournées vers le système végétatif, amenant des désordres pathologiques dans le fonctionnement des organes.

On voit ainsi que la causalité de la maladie n'est pas linéaire, univoque, mais qu'elle est multifactorielle.

F. Alexander conçoit la maladie comme une fonction de plusieurs variables : constitution héréditaire ; traumatisme obstétrical ; maladies organiques de l'enfance ; expériences primordiales de la petite enfance concernant les soins, l'éducation, le sommeil ; accidents de l'enfance ; traumatismes affectifs de l'enfance ; climat affectif du milieu familial et traits spécifiques des parents et de l'entourage ; traumatismes physiques ultérieurs ; expériences affectives ultérieures, interpersonnelles et professionnelles.

On a pu tenter de dégager, par la méthode biographique, des corrélations entre certaines maladies et certains types de profils psychologiques (F. Dunbar).

Mais existe-t-il réellement une spécificité émotionnelle des névroses d'organe, c'est-à-dire, y a-t-il une relation spécifique entre la nature du stress psychologique et l'organe atteint ? Les tenants de la théorie spécifique pensent avec F. Alexander que « la spécificité du trouble émotionnel engendre la spécificité du trouble organique fonctionnel, voire du dommage lésionnel ». En d'autres termes, chaque état émotionnel a son syndrome physiologique propre.

Mais, en plus de la nature de l'émotion, interviendrait aussi la qualité de la structure pré morbide de l'individu. C'est ainsi que l'on a pu décrire les profils psychologiques de l'asthmatique, du coronarien, de l'obèse, du colitique, de l'ulcéreux, de l'hyperthyroïdien, du tuberculeux, du goutteux, de l'anorexique et de bien d'autres encore.

D'autres auteurs pensent, au contraire, que chaque émotion peut contribuer à la production de n'importe quel trouble organique. La question de la localisation improprement appelée choix de l'organe, dépendrait en fait, de façon non spécifique, de la vulnérabilité locale par suite de facteurs tels que la prédisposition génétique, l'infection ou un conditionnement préalable.

Le problème de la spécificité reste donc controversé.

## **6. Le diabète :**

Le diabète est une maladie chronique grave liée à une défaillance de la régulation de la glycémie. La gravité de la maladie est due à la fois aux complications aiguës et chroniques qu'elle entraîne l'hyperglycémie.

### **6.1. Définition selon l'OMS :**

Une glycémie à jeun supérieure à 1,26g/l (7mmol) à deux reprises est suffisante pour affirmer le diagnostic il n'y a pas lieu de demander une hyperglycémie provoquée orale.

### **6.2. Types de diabète :**

Les formes les plus courantes de diabète sont le diabète de type I (10-20 %) et de type II (80-90 %). Le diabète de type I, autrefois appelé diabète insulino-dépendant ou diabète juvénile, apparaît le plus souvent de manière brutale chez l'enfant ou chez le jeune adulte. Il est la résultante d'une maladie auto-immune aboutissant à une destruction totale des cellules du pancréas qui fabriquent l'insuline. Privés de la seule substance de l'organisme capable de

faire baisser la glycémie, les diabétiques de type I doivent s'injecter de l'insuline plusieurs fois par jour tout au long de la vie (d'où le nom insulino-dépendant). Le diabète de type II, autrefois appelé diabète non insulino-dépendant ou diabète de l'âge mur, survient classiquement chez l'adulte de plus de 40 ans, présentant une surcharge pondérale ou de l'obésité. Contrairement au diabète de type I, la production d'insuline par le pancréas est normale (voire excessive).

Mais les cellules deviennent insensibles à l'insuline, de sorte que le sucre ne pénètre plus dans les cellules (d'où l'augmentation de la glycémie dans le sang).

Les individus qui souffrent de diabète de type II (communément appelé D2) peuvent bénéficier d'une qualité de vie satisfaisante et se prémunir des complications les plus graves en suivant un traitement multimodal strict (médication, hygiène alimentaire, activité physique, etc.). Ce traitement est toutefois difficile à suivre pour de nombreux patients, ce qui entraîne des complications influençant la qualité de vie et la survie au long cours. Au-delà des retentissements habituels de la maladie chronique, la problématique psychologique du diabète est celle de l'autorégulation permanente pour prévenir la dégradation future. Le psychologue de la santé intervient alors dans une démarche d'accompagnement dans le service d'endocrinologie à l'hôpital ou au service de soins ambulatoires polyvalent.

### **6.3. Les symptômes du diabète :**

#### **6.3.1 Les signes cliniques :**

❖ **La polyurie** : accroissement des quantités d'urine émises en 24 Heures ;

❖ **L'amaigrissement** : perte du poids supérieur à 5% du poids corporelle habituelle ;

- ❖ **La polydipsie** : soif excessive, c'est une manifestation fréquente du diabète ;
- ❖ **La polyphagie** : boulimie, elle contraste avec l'amaigrissement est orientée vers le diagnostic de maladies métaboliques des troubles visuels au début de diabète.

### 6.3.2- les signes biologiques :

- ❖ **L'hyperglycémie** : élévation de la quantité de glucose dans le sang, elle est considérée pathologique à partir de 5,3 à 6,1 mmol/L, c'est le stade intermédiaire vers le diabète >6,1 mmol /L c'est le diabète (norme OMS)
- ❖ **Glycosurie** : est la présence anormale de glucose dans les urines, en rapport avec une élévation du glucose dans le sang.

### 6.3.3- l'insuline :

Hormone du pancréas, sécrétée par les cellules bêta des îlots de Langerhans, elle favorise l'utilisation du sucre par les tissus et abaisse le taux de la glycémie. Son antagoniste est le glucagon standardisée en unité internationale, l'insuline est administrée par voie sous-cutanée dans les traitements du diabète.

Pour limiter le nombre d'injections, tout en assurant une activité régulière.

### 6.4-L'étiologie :

L'enquête étiologique se fonde essentiellement sur les données cliniques parmi eux on cite :

- L'âge du patient ;
- Son poids et son histoire pondérale ;
- La répartition de graisses appréciée par la mesure de périmètre abdominal ;
- L'existence éventuelle d'une cétonurie ;
- L'hérédité familiale de diabète ;
- Les antécédents personnels de maladie auto-immune ;

- Les antécédents de diabète gestationnel ou d'accouchement de « gros bébés »
- La notion de glycémie déjà trouvée un peu élevée dans les années précédentes ;
- L'association éventuelle à une hypertension artérielle essentielle ou à une hyperlipidémie avec hypertriglycéridémie.

### 6.5 Diabète, émotion et personnalité :

Au 17<sup>ème</sup> siècle, T. Willis a suggéré qu'un « chagrin prolongé » pouvait entraîner un diabète. En 1899, Maudsley a invoqué de « violentes émotions », et Williamson des événements stressants (pertes financières ou échecs professionnels). Les études récentes n'ont pas confirmé cette **association** (Kovac et coll, 1985, Johnson, 1980).

Dunbar et coll. (1936) avaient évoqué la « personnalité diabétique », immature, passive, masochiste, avec une dépendance orale ; Dunbar (1946) décrit les diabétiques comme faibles, irritables, hypocondriaques et instables dans leur comportement avec une tendance à la dépendance puis à la rébellion, sur un mode explosif. Tattersall (1981) a cru voir dans ce tableau les caractéristiques d'un diabète mal contrôlé.

Si la personnalité et les émotions ne constituent pas, en l'état actuel de nos connaissances, un <terrain> prédisposant au développement du diabète, ils ont en revanche un impact sur la capacité du patient à faire face à son affection. De ce point de vue, il existe vraisemblablement des différences entre les diabètes infantile et adulte, en proportion de la longueur de l'évolution individuelle.

Le rôle et l'impact des événements stressants et des contraintes quotidiennes (professionnelles ou affectives, notamment) sur le déclenchement et l'évolution du diabète ont fait l'objet de très nombreux travaux, aux résultats contradictoires (VandenBergh et coll, 1967 , Bradley et cox, 1978 , Barlow et coll, 1984).

Mais le stress peut affecter également le comportement des patients, et notamment leur observance thérapeutique.

Selon Fisher et coll. (1982), des conflits émotionnels ou des émotions négatives avaient précédé un quart des écarts diététiques admis par des patients diabétiques. La crainte pathologique de prendre du poids conduit les patientes diabétiques et boulimiques à manipuler leur insuline afin de faciliter la glycosurie. Afin d'aider les patients diabétiques à conserver des comportements adéquats sous stress, et à en modérer les effets métaboliques éventuels, on leur a proposé différentes méthodes de gestion du stress, dont la relaxation (Surwit et Feinglos, 1984), avec des résultats dont la signification clinique reste incertaine. Soulignons enfin que le diagnostic différentiel des signes annonciateurs d'une hypoglycémie, d'une part, et d'une attaque de panique, de l'autre, n'est pas facile : dans les deux cas, on peut observer des sueurs, tremblements, troubles de la vue, vertiges, comportements bizarres ou inattendus, paresthésies péribuccales, sensation de froid, nausées, céphalées, angoisse et sentiment de perte de connaissance imminente.

### **7. aspect thérapeutiques :**

Plus que les acquisitions cliniques (encore au stade des ébauches) et plus que les essais de théorisation (encore réduits à des hypothèses discutées), c'est le renouvellement des méthodes de traitement qui confère à la Médecine psychosomatique son originalité par rapport à la médecine traditionnelle et son meilleur titre à l'intérêt de tous les médecins. C'est aussi dans son aspect thérapeutique que la Médecine psychosomatique postule la participation des psychiatres, car la nouveauté thérapeutique réside dans l'introduction des techniques psychothérapeutiques au sein de la médecine en général.

Si l'on admet en effet l'orientation psychosomatique, il est clair que la pratique médicale se trouve entièrement intéressée par elle. Les rapports du malade et du médecin sont impliqués dans une démarche qui dépasse les « bonnes paroles » pour faire de la parole un instrument thérapeutique. La conception de la maladie, l'analyse de ses causes et de ses symptômes, le rôle des médicaments et plus généralement de tous les actes thérapeutiques, tout cela est profondément modifié dans le sens d'une médecine plus dynamique et véritablement plus humaine.

Certes, tous ces problèmes débordent la psychiatrie. Mais, outre que les psychiatres, psychothérapeutes et psychanalystes prennent une part active au mouvement des recherches, ils se trouvent naturellement conduits à assurer l'information des médecins en matière de psychologie clinique et de psychothérapie.

Ceux d'entre les médecins qui s'intéressent « à la psychosomatique » ne peuvent pas se désintéresser des problèmes de l'inconscient, des névroses et des psychoses.

Il n'est pas possible, de l'avis général, de spécialiser certains praticiens dans une sorte de carrière psychosomatique car, en pratique, le champ de la médecine psychosomatique recouvre tout l'art de guérir. Il n'est pas de spécialité ni de pratique médicale qui ne soit intéressée par un point de vue qui constitue un nouvel abord du malade. S'il ne peut être question de proposer, dans tous les cas, d'inutiles et absurdes complications au dialogue médical, nous voulons indiquer que devant beaucoup de malades, de tous les genres, le problème psychothérapeutique se trouve posé, dans des dimensions fortes variables, qui vont de la plus simple rencontre humaine à la psychanalyse technique. Or la question de la place de la psychothérapie dans un traitement, celle de la forme de cette psychothérapie et celle de la formation psychothérapeutique des médecins sont intimement liées.

**On est généralement d'accord sur les points suivants :**

1. Dans un nombre important de cas « **les moins graves en général** » l'action d'un praticien éclairé peut constituer par elle-même une psychothérapie à minima. L'abord et l'étude du malade dans l' « optique » psychosomatique sont de nature à éviter au sujet certaines répétitions d'accidents. On a remarqué (Bolgert) que parfois la manière de conduire les premiers entretiens a par elle-même une valeur thérapeutique décisive. Le fait de mettre en relation les symptômes avec la vie du sujet, et de les éclairer par la simple enquête chronologique peut prendre une valeur suggestive et représenter une « **Rencontre** » bienfaisante, un éveil de conscience et un départ pour une « **Reprise** » vitale.

S'il devient nécessaire d'aller plus loin l'intervention d'un psychothérapeute peut relayer l'action psychothérapique du praticien. Le problème difficile sur lequel certains psychanalystes se sont penchés consiste à informer et à former les praticiens. D'une part il est nécessaire qu'ils connaissent la manière dont se posent les problèmes psychosomatiques. D'autre part, il convient qu'ils ne se chargent pas d'actions psychothérapiques auxquelles ils ne seraient pas préparés. En troisième lieu il faut envisager d'assurer à ceux d'entre eux qui en ont les capacités et le désir une formation complémentaire, postuniversitaire.

Ces difficiles problèmes sont présents dans les préoccupations actuelles de cercles psychosomatiques orientés vers la médecine psychosomatique. Parmi les efforts dans ce sens, citons les cercles de formation de Balint, nés en Angleterre, et répandus maintenant dans beaucoup de pays. D'autres rencontres se sont montrées fécondes : jeux de rôles (P. B. Schneider) ; apprentissage de la relaxation en groupes (M. Sapir) ; psychodrame (Lemoine) ; groupes de diagnostic, etc. On voit que ces techniques sont des techniques de groupes, jugées Éclairer et former les praticiens de la médecine. Vers la praxis avec une

véritable répression de l'Imaginaire. Le résultat de cette Nécessité de conjuguer la psychothérapie et les traitements organiques.

La psychanalyse classique n'est pas indiquée. Les plus aptes à favoriser la mise en question du praticien, base de cette « **modification limitée bien que considérable** » (Balint), qui constitue la nécessaire transformation de la personne du médecin.

La formation psychologique du Médecin. Nous y revenons une fois de plus, car le sujet est très important et il est à l'ordre du jour dans le monde entier. Il est clair en effet que la pratique médicale s'oriente de plus en plus vers la prise en charge complète des malades, ce qui inclut les dimensions psychologiques de l'existence. Les psychothérapeutes de profession ne pourraient suffire, même le voudraient-ils, à assumer la charge considérable de ces traitements, pour lesquels le médecin praticien est le mieux placé. Il faut d'abord qu'il connaisse bien les ressources techniques de son métier. C'est pourquoi il paraît préférable de n'aborder la formation psychologique qu'après quelques années de pratique professionnelle : les ressources des techniques médicales sont alors bien connues, leurs limites aussi. Ce sont ceux des médecins qui, dans leur pratique, éprouvent le besoin de dépasser le cadre des modèles techniques appris à la Faculté qui viendront à la formation psychologique.

Ils doivent accepter de renverser la position habituelle du médecin, celle du savoir et du pouvoir, position rassurante et active, pour apprendre et tolérer la position de « l'écoute », qui est non-savoir et non-pouvoir. Il s'agit d'apprendre à écouter, derrière le discours du malade et derrière les signes qui renvoient à des modèles appris, ce qu'il veut dire et qu'il ne sait pas lui-même, ce pour quoi il n'a pas de modèle. Cette recherche en commun de la singularité du cas sans interposition technique suppose que le médecin affronte son angoisse personnelle et qu'il apprenne peu à peu à ne plus avoir peur de ne pas savoir, à s'abstenir de répondre aussitôt à une demande, à s'abstenir de conclure un entretien par la révélation d'un diagnostic et par une prescription systématique.

Voilà pourquoi il faut qu'il se soumette à une véritable formation, qui doit atteindre, dans sa personnalité, la « petite modification » dont parle Balint, ce que l'un de nous a proposé d'appeler une « psychothérapie professionnelle ».

Ces conditions remplies, le médecin praticien pourra se charger d'une certaine quantité de psychothérapies de clientèle, qui ne porteront pas nécessairement ce nom : car elles sont le prolongement et l'épanouissement de la médecine générale.

Quoi qu'il en soit de ces vues d'avenir, les conseils qui suivent s'imposeront à toute tentative de psychothérapie en médecine générale.

**2.** Jamais une psychothérapie ne sera entreprise sans que les internistes ou spécialistes nécessaires n'aient collaboré au plan du traitement. C'est avec le ou les médecins du patient que seront discutés la place et le type de psychothérapie. Toutes les corrections physiologiques seront recherchées et les traitements usuels seront sérieusement appliqués pendant la psychothérapie. La place de celle-ci est de permettre aux traitements d'agir mieux. Il est rare qu'une psychothérapie soit proposée exclusivement.

**3.** Comme technique psychothérapique, la psychanalyse classique n'est généralement pas indiquée. Elle est même souvent contre-indiquée. L'une des notions les plus sûres due aux psychanalystes eux-mêmes concerne la vulnérabilité des sujets aux traumatismes affectifs. Nous l'avons indiqué plus haut : les malades qui répondent le mieux aux descriptions psychosomatiques (les cas les plus graves) paraissent dépourvus de défenses intrapsychiques. Ils ne pourraient le plus souvent « tolérer » l'expérience analytique. Cependant certains cas particuliers peuvent être entrepris selon la technique freudienne, dans des conditions d'extrême prudence qui demandent généralement des modifications de technique.

**4.** C'est donc aux psychothérapies brèves (**Alexander**), actives et « *sur mesure* » que l'on aura recours. Il faudra dans ces entreprises, tour à tour soutenir, éclairer,

conseiller, parfois aider de très près, directement ou indirectement, le patient à franchir une étape de sa maladie. Il est impossible de schématiser ces psychothérapies multiformes dont le projet est de s'adapter étroitement aux besoins du malade. Tantôt brusquées, tantôt patientes, parfois appliquées à tout le cours d'une maladie chronique, ici plus analytiques et là plus rationnelles, tantôt appuyées sur des médicaments, tantôt utilisant comme instruments des modifications du cadre familial ou social, ces psychothérapies demandent des techniciens exercés.

### **Voici comment l'un de nous (Brisset, 1970) a schématisé la marche d'une thérapie psychosomatique :**

- 1.** Dans un premier temps, qui peut être bref ou durer des semaines, le malade est appelé à comprendre que le thérapeute va s'intéresser à autre chose qu'à ses symptômes d'ordre physique. Cette première étape est hasardeuse, car le contact est fragile, il n'y a pas de transfert. C'est une « transaction ».
- 2.** Suit un temps d'anamnèse associative, à la Félix Deutsch. Ce temps est généralement long. Il comporte divers aménagements, selon les cas et selon les thérapeutes. C'est « *le temps pour comprendre* ». Le malade répète interminablement ses plaintes, son récit -- on ne le décourage pas. Le thérapeute souligne l'intérêt d'une remarque biographique, d'un fantasme, il apprécie les attitudes autant que le discours et son style. Séance après séance, il se forme dans son esprit une image de la vie du sujet et de ses relations fondamentales.
- 3.** vient un moment où quelque chose change : c'est le troisième temps de la cure. Le changement est une amélioration dans les symptômes somatiques. C'est le temps de la mutation, qui ne peut être analysée, mais qui représente un mouvement transférentiel.

4. Le quatrième temps se signale par un rapprochement avec le thérapeute et une névrotisation de la situation. L'angoisse émerge alors, souvent sous la forme de signes hystériques ou d'un contingent hypocondriaque ou obsessionnel, ou d'une poussée d'agressivité. Car le sujet essaie de repousser la « **mentalisation** » de ses conflits qui lui deviennent perceptibles. Il va falloir aménager la situation pour que le sujet tolère ce « **rapproché** » et cette mentalisation. C'est parfois alors que peut se discuter une analyse, ou la continuation d'une psychothérapie.

Dans les cas graves, le malade psychosomatique devra souvent être hospitalisé pour commencer la psychothérapie dans de bonnes conditions. Ces psychothérapies de cas graves ressemblent à celles des psychotiques, en ce sens qu'elles visent à fournir au sujet des mécanismes de défense intrapsychiques à la place de ses réponses somatiques. On vise, au fond, à permettre au patient de s'exprimer, de « **parler de lui-même au présent** ». C'est la méthode que Weitsâcker a désignée sous le nom de « logo phanie », avènement de la parole, promue au remplacement des symptômes. Dans un second temps, parfois sera discutée l'indication d'une psychanalyse. Éventualité rare, car on est le plus souvent une partie au moins des conflits dans le monde névrotique, moins dangereux pour la vie du malade que sa retraite psychosomatique.

Ces traitements de cas graves ressemblent à ceux des psychotiques, en ce sens qu'ils utilisent les médicaments et la psychothérapie en intime union. Par Il faut souvent recourir à des Psychothérapies brèves (Alexander). Vent contraint de se contenter du succès mitigé qui consiste à avoir fait passer exemple les cures de sommeil peuvent être utiles pour une poussée aiguë dangereuse de recto-colite ou d'ulcère gastrique, ou un eczéma généralisé, etc.

C'est ce genre de traitements que S. Margolin a appelé « anaclitiques », indiquant par là qu'on incite une position profondément régressive où le malade sera traité comme un nourrisson. La phase dangereuse passée, il s'agira, comme précédemment, de permettre au sujet d'aménager un type de relation thérapeutique où une partie au moins de ses conflits pourra s'exprimer sur le

mode névrotique, moins dangereux pour sa vie, où il osera exprimer et affronter son caractère.

### **Conclusion**

La psychosomatique n'est pas une spécialité médicale, son point de vue s'adresse à tous les secteurs de la médecine. Faisant œuvre commune, la psychosomatique et la médecine ne peuvent maintenant se tenir trop éloignées l'une de l'autre sans y perdre.

# Chapitre III

## Méthodologie de la recherche

## Introduction :

Tout recherche en psychologie exige naturellement une méthode bien précise et bien déterminée dont l'objectif est de comprendre les composantes d'une situation donnée, d'un phénomène dans notre cas il s'agit du « le trauma et fonctionnement psychosomatique chez les diabétique » la méthode et les étapes choisies sont comme suit :

### 1. Limites de recherche

-**limites spatiale** : hôpital benmerad el mekki d'amizour service médecine interne.

-**limites de temps** : du 01 avril 2018 au 30 avril 2018.

-**limites de group** : l'enquête s'est portée sur trois adultes femmes et homme qui sont diabétique.

-**outils de recherches** : entretien. Questionnaire traumaq.

### 2. Le déroulement de la recherche :

#### 2.1 La pré-enquête :

Dans toute recherche scientifique, la pré-enquête joue un rôle primordial. À ce sujet NISABIWE que « *la pré-enquête est une reconnaissance ou une familiarisation du terrain et permet la reformulation du guide d'entretien* ».

« la pré-enquête est une phase de terrain assez précoce dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses qui soient valides, fiables, renseignées, argumentées et justifiées. De même, la pré-enquête permet de fixer, en meilleure connaissance

de cause ,les objectifs précis ,aussi bien finaux que partiels ,que le chercheur aura à réaliser pour vérifier ses hypothèses ».En effet ,il est important de souligner l'ampleur de cette dernière dans les différentes dimensions d'un travail de recherche (Aktouf .1987)

La pré- enquête est l'une étape les plus importantes en science humaines et sociale elle permet de collecter des données sur notre thèmes de recherche,

Le premier contact avec notre population d'étude afin de sélectionner les plus pertinents et ceux qui répondent aux critères et aux bases de notre thèmes de recherche.

Cette pré-enquête nous a permis d'avoir un premier contact avec le terrain d'enquête et de récolté plus de données concernant notre sujet de recherche, ce qui nous a aidés à revoir nos hypothèses et cela a plusieurs entretiens effectué avec la psychologue de service médecine interne aux siens de l'hôpital benmerad el mekki de amizour.

## **2.2 L'enquête :**

L'idée de l'enquête suppose qu'il existe des problèmes, son objectif exige qu'ils soient formulés (grawitz, 2001)

L'enquête a constitué à poser de question à un vaste échantillon de personnes à propos de leur comportement ou de leurs opinions en utilisant des questionnaires ou des interviews. (Chahraoui et Bénony, 2003).

Notre enquête s'est bien dérouler au sien de l'hôpital benmerad el mekki d'amizour du (01 avril au 30 avril) deux fois par semaine durant toute la matinée.

### 3. Raisons du choix de thèmes.

- c'est un phénomène très connu dans notre société
- dans notre société la plupart de personnes tombe malade à cause d'un choc.

### 4. La méthode de recherche :

La recherche scientifique est un processus dynamique ou une démarche rationnelle qui permet d'examiner des phénomènes, des problèmes à résoudre, et d'obtenir des réponses précises à partir d'investigations. Ce processus se caractérise par le fait qu'il est systématique et rigoureux et conduit à l'acquisition de nouvelles connaissances. Les fonctions de la recherche sont de décrire, d'expliquer, de comprendre, de contrôler, de prédire des faits, des phénomènes et des conduites. La rigueur scientifique est guidée par la notion d'objectivité, c'est-à-dire que le chercheur ne traite que des faits, à l'intérieur d'un canevas défini par la communauté scientifique.

**Solon Lasarre 1978** « *une méthode est une démarche complète issue des objectifs d'une étude particulière et qui organise toutes les étapes de la recherche depuis les énoncés des hypothèses jusqu'à leurs vérifications* »  
(chahraoui et Bénony, 2003)

Pour bien mener notre recherche, qui porte sur l'étude de l'effet des événements traumatiques sur le déclenchement des maladies psychosomatiques chez l'adulte, on a choisi l'approche clinique par excellence : l'étude de cas qui est définie par la gouache comme suit ces dernières « *la méthode clinique envisage la conduite dans sa propre perspective relève aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet au prise avec cette situation, cherche à établir*

*le sens ,la structure et la genèse ainsi déceler les conflit qui la motivent et les démarche qui tendent à résoudre ses derniers ».(chahraoui et Bénony ,2003 ).*

La méthode clinique est liée à une attitude méthodologique générale qui consiste en l'étude plus ou moins prolongée de cas individuelle ,l'individu étant considéré comme la cadre référence .elle répond à l'objectif principal de la psychologie clinique ,à savoir comprendre l'homme dans sa totalité ,dans sa singularité ,en situation et en évolution (Bénony et chahraoui ,1999).

L'objective de cette méthode de mon travail est de connaitre comment le traumatisme psychique prouvent développé une maladie psychosomatique (diabète).

### **5. présentation du lieu d'étude.**

Le choix de terrain d'étude a été porté sur l'hôpital BENMERAD EL MEKKI D'AMIZOUR.

Le service ou on a effectué notre stage et service médecine interne le service et composé de une psychologue ;trois médecin généraliste ,un seul médecin interne ,endocrinologue (diabétologue), néphrologue ;un seul neurologue ;trois infirmier de chaque côté femmes et homme plus l'équipe de la nuit qui contient deux infirmier de chaque côté .deux surveillent médicale ,et une pharmacie au sein de service repende au besoin de service sur le plan médicamenteux et un agent de sécurité le chef de service .

Notre première contacte a été établir avec le directeur de hôpital qui nous donner son autorisation d'effectuer notre stage aux son établissement puis le chef service qui nous a présenter à tout l'ensemble de service qui nous bien

Accueillie, particulièrement la psychologue qui nous a certifier sur les disponibilités des cas et qui sais porter volontaire pour nous aider.

Notre stage pratique est effectué durant une période de un mois.

## **6. Le groupe d'étude et ses caractéristiques.**

Tous les cas de notre recherche sont à l'âge adulte femme et homme, car à cet âge la personnalité des individus seront structurée. Et tous les cas son diabétique

Et aussi de notre recherche, on n'a pas en considération leur niveau d'instruction et leur niveaux sociale ; car cette maladies peut touches tous les couches sociale.

**Tableau N° 1 : récapitulatif de la population d'étude.**

<b>Cas</b>	<b>Age</b>	<b>Sexe</b>
Cas 01	42 ans	Masculin
Cas 02	30ans	féminin
Cas 03	45 ans	Masculin

### **6.1: Le critère d'homogénéité retenue :**

**-l'âge :** tous les cas de notre recherche sont à âge adulte

- Tout les cas sont diabétiques.

### **6.2 : Le critère non pertinent pour la recherche**

-le sexe ne pas retenu

-le niveaux socio culturel et socio-économique n'pas retenu.

-l'âge de débute des maladies et l'événement traumatique.

## **7. Les techniques et outils de recherche :**

Le chercheur effectue un choix concernant un outil d'observation et d'évaluation en particulier en se demandant si l'instrument évalue, mesure, capte ce qu'il veut étudier. Le choix des outils dépend avant tout de ce que l'on veut mesurer. (Chahraoui et Bénony ,2003)

Dans ce qui suit on va aborder les outils qu'on a utilisés :

### **7.1. L'entretien clinique de recherche :**

L'entretien clinique est le principal instrument dont dispose le psychologue, qu'il s'agisse d'évaluation ou de thérapie, l'entretien clinique est le paradigme même du travail du psychologue clinicien .el fait partie de la méthode clinique.

L'entretien clinique, n'a pas d'objectif thérapeutique ou diagnostique mais il vise l'accroissement des connaissances dans le domaine choisi par le chercheur. Il est produit à l'initiative du chercheur, contrairement à l'entretien thérapeutique ou c'est le sujet qui est en situation de demande (chahraoui et Bénony ,2003).

L'entretien clinique a donc une place de choix en psychosomatique, il vise à recueillir un maximum d'informations sur le sujet mais ces informations ne peuvent être comprises qu'en référence au sujet lui-même .par exemple les difficultés d'un individu ne peuvent prendre sens que si elles sont resituées dans leur cadre de référence : l'histoire personnelle du sujet, son histoire

familiale, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa personnalité, etc...

L'entretien clinique en psychologie clinique se situe généralement dans un contexte :

- d'aide de soins psychologique ;
- de diagnostic ou d'évaluation psychologique ;
- ou de recherche clinique ;

Il existe trois types d'entretien qui sont :

- l'entretien non directif.
- l'entretien directif.
- l'entretien semi directif.

Dans notre recherche, nous avons utilisé l'entretien semi directif car le chercheur dispose d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance.

### **7.1.1 L'entretien semi directif :**

Dans ce type de type d'entretien, le clinicien dispose d'un *guide d'entretien* ; il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation .ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais au moment opportun de l'entretien clinique, à la fin d'une association du sujet, par exemple (.Bénony et chahraoui ,2013)

Dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet, ce qui est proposé est avant tout un terme à partir de

laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours. L'aspect spontané des associations du sujet est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte tout de même une attitude non directive : il n'interrompt pas le sujet, le laisse associer librement mais seulement sur le thème proposé. (Bénony et Chahraoui, 2013)

## 7.2 Le guide d'entretien :

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un « *guide d'entretien* » plus ou moins structuré : il s'agit d'un « *ensemble organisé de fonctions d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer* » A. Blanchet 1992. dans ce guide le clinicien peut formuler et préparer la consigne à l'avance. celle-ci sera nécessairement indiquée pour tous les sujets. (Chahraoui et Bénony, 2000).

Plus précisément à notre but de recherche, les questions seront posées soit en français ; arabe, ou kabyle tout dépend de la langue maternelle des sujets interrogés.

On a utilisé un guide d'entretien composé de quatre axes :

- Axe 01 : information sur la personne
- Axe 02 : informations sur le déroulement de l'évènement
- Axe 03 : information sur la santé actuelle
- Axe 04 : projection dans l'avenir

## 7.3 Présentation du questionnaire de traumaq

Pour effectuer notre travail de recherche et faciliter la confirmation de nos hypothèses, nous avons choisi un outil psychométrique « le traumaq » qui est

constitué à partir d'une approche intégrative permettant d'envisager une analyse globale du traumatisme psychique proposant par la même occasion une aide à l'évaluation du syndrome post- traumatique en s'intéressant aux symptômes généralement observés ainsi qu'aux fréquemment associés.

Le questionnaire traumaq ne mesure pas le stress .il évalue le syndrome post -traumatique, suit à l'exposition à un évènement comportant une menace de mort pour soi ou pour les autres. Le traumaq évalue également des symptômes fréquemment associés notamment l'état dépressif et la somatisation ; l'agressivité et les répercussions sur la qualité de vie.

Le traumaq, peut être un outil de recherche en contribuant aux études épidémiologiques, il apporte une aide aux diagnostics et à la validation de traitement thérapeutique, mais surtout il mesure la fréquence des troubles traumatique ,et les modification de personnalité provoqués par un événement traumatique .

- **Objectifs de questionnaire :**

- ❖ Evaluer des troubles traumatiques aigues et chronique, voire des modifications de personnalité suite à un événement traumatique.
- ❖ Contribuer à la recherche épidémiologique.
- ❖ Participer à la validation d'un traitement thérapeutique.

- **Population concernée :**

- ❖ Ce questionnaire s'adresse à des adultes, de plus de 18 ans.

- ❖ Les adultes qui ont été victimes directes ou témoins d'une infraction pénale (agression sexuelle ; viol, agression, coups et blessures volontaires agression à main, etc.)
  - ❖ Les adultes qui ont été victimes ou témoins d'un sinistre majeur une menace de mort.
  - ❖ Les adultes victimes ou témoins d'un accident de la voie publique.
- **Sont exclus :**
    - ❖ Les adultes qui n'ont pas été exposés directement.
    - ❖ L'enfant victimes.
    - ❖ Les adultes victimes de situation répétée de victimisation (inceste, maltraitance).
    - ❖ Les proche des victimes .sont eux exclus et non concernées par le questionnaire traumaq.

Le questionnaire traumaq, est composé de 62 items répartis sur dix échelles, qui ont fait l'objet d'une collaboration avec des spécialistes comme les professeurs François lebigot et Luis Crocq .dans sa formulation définitive afin que ces dernières permettent la collectes globale d'information générales suffisantes pour établir un bilan complet et à partir de différents rubriques qui mettent l'accent sur les informations concernant l'événement (son origine ;sa nature ,le lieu et l'intervention de la cellule d'urgence médico psychologique)mais aussi concernant le sujet et son vécu durant l'événement et les réaction à celui à travers ces items divisés en deux parties .

**La premier parties ce composé de deux échelles qui et la base du teste qui permet le diagnostic :**

**Partie 01 :** les réactions immédiates (pendent l'événement) et les troubles psycho-traumatique (depuis l'événement).

**01 : pendent l'évènement :**

- Echelle A (8 items) : les réactions immédiates, psychiques et psychiques pendent l'évènement.

**02 : Depuis l'événement :**

- Echelle B (4 items) : les symptômes pathogénomique de répétitions : les reviviscences, l'impression de revivre l'événement, les flashes, et angoisse attachée à ces répétitions.
- Echelle c (5 items) : les trouble de sommeil.
- Echelle d (5 items) : l'anxiété, l'état d'insécurité et les évitements phobiques.
- Echelle e (6 items) : l'irritabilité, la perte de contrôle, l'hyper vigilance et hypersensibilité.
- Echelle f (5 items) : la réaction psychosomatique, physiques et les troubles addictifs.
- Echelle g (3 items) : les troubles cognitifs (mémoire, concentration, attention).
- Echelle h (8 items) les troubles dépressifs (désintérêt général, perte d'énergie et d'enthousiasme, tristesse, lassitude, envie de suicide).

- Echelle i (7 items) : le vécu traumatique, culpabilité, honte, atteinte de fondamentalement changé.
- Echelle j (11 items) : la qualité de vie.

**Parties 02 : délai d'apparition et durée des troubles décrits (échelle facultative).**

La deuxième partie s'intéresse au délai d'apparition et durée de troubles des échelles, permettant ainsi la prise en considération de manifestation ayant disparu au temps d'administration du test ,13 items sont alors retrouvés correspondant aux symptômes évalués dans la première partie ces derniers seront alors appréhendés à partir de critère, de délai d'apparition des troubles et un seconde celui de la durée de troubles :

- L'impression de revivre l'événement, les souvenir et les images de l'événement qui reviennent (Echelle b de la partie 1).
- Les troubles de sommeil, difficultés d'endormissement, cauchemars, réveils nocturnes et /ou nuit blanches (Echelles C de la parties 1).
- L'anxiété et /ou les crises d'angoisse, l'état d'insécurité (Echelles D de la partie 1).
- La crainte de retourner sur les lieux de l'événement ou les lieux similaires (Echelles D de la partie 1).
- L'agressivité, l'irritabilité et /ou la perte de contrôle (Echelle E de la partie 1).
- La vigilance, l'hypersensibilité aux bruits et /ou la méfiance (Echelle E de la parties 1).

- La réaction physique telles que ; sueurs, tremblements, maux de tête palpitations, nausées, etc. (Echelle F de la partie 1).
- Les problèmes de la santé : perte d'appétit, boulimie, aggravation, de l'état psychique, etc. ; (Echelle F de la partie 1).
- L'augmentation de la consommation de certains substances (café, cigarette, alcool, nourriture, etc.) (Echelle Gde la partie 1).
- Le désintérêt général, la perte d'énergie et d'enthousiasme, la tristesse, la lassitude et /ou les envies de suicide (Echelles H de la partie 1).
- La tendance à s'isoler (Echelles J de la partie 1).
- Le sentiment de culpabilité et /ou de honte (Echelle Ide la partie 1)

Cet outil est utilisé en hétéro-passation dans un temps non déterminé, l'auto-passation et la passation en groupe ne sont pas exclus en la présence de condition rigoureuses qui sont la bonne compréhension des questions et de la consigne géniale : « *vous devez répondre à toutes les questions, vous pouvez revenir en arrière, passer une question si vous avez du mal à y répondre sur le moment mais il faudra y revenir par la suite* » (Damiani ,2006).

### **8. difficultés rencontrée lors de recherche :**

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

- la première difficulté manque de documentation sur les maladies psychosomatique.
- la difficulté de traduire l'questionnaire traumaq en kabyle et en arabe.

- le refus de la plupart des patients de participer à notre recherche.

## **9. Attitude de chercheur**

La posture du chercheur ; est caractérisée principalement par la réflexivité sur sa propre attitude, sur celle de son ou ses interlocuteurs,

Sur la théorie, la prise en compte des effets suscités par les instruments utilisés sur les données recueillies et sur les personnes qui produisent. Elle consiste aussi dans les dispositifs de recherche dans la culture dans laquelle se situent les pratiques de recherche. (Giami ,2009).

L'une des principales attitudes de chercheur est bien sur l'objectivité, la neutralité et écoute, le chercheur ne doit pas intervenir sauf s'il y a un blocage et une inhibition du sujet.

## **CONCLUSION**

Donne ce chapitre qui concerne à la partie méthodologique nous a permis d'assurer une meilleure organisation de notre travail de recherche et de présenter les outils de récolte des données. C'est un guide pour notre recherche qui permet d'aboutir à des résultats pertinents.

# Chapitre IV

## Présentation, analyse et discussion des résultats

## **I : présentation et analyse du résultat :**

### **1. présentation de 1<sup>er</sup> cas :**

#### **1.1.1. Présentation 1<sup>er</sup> cas « Mdouri » :**

L'entretien a été effectué avec Mr. M. âgé de 43ans, originaire et demeurant à Amizour, chômeur, divorcé, père d'un seul enfant âgé de 13ans, il est à l'orphelinat parce qu'il ne peut pas prendre soin de lui à cause de sa situation financière, l'entretien s'est déroulé dans un bureau qui nous a été donné au niveau de l'hôpital de BENMERAD EL MEKKI D'Amizour qui a duré une heure.

#### **1.1.2 Histoire de la maladie**

Mr M était en très bonne santé, jusqu'à l'arrivée de se maudis accédant ou il a eu aucune blessure physique, par contre psychologiquement il a eu un grand choc, un traumatisme psychologiquement parlant, après quelque mois de cet accédant, il a eu un diabète ce qu'il a amené à suivre des injections d'insuline jusqu'à nos jour, il a perdu beaucoup de poids, il est devenu faible, on souligne qu'il a aucun diabétique dans sa famille. Après 5ans, voilà qu'il perd une partie de son pied espérons pour lui qu'il va en rester là.

#### **1.1.3 Analyse de l'entretien :**

Avant d'entamer l'entretien Mr. M. semblé très triste à cause de sa situation financière et de sa maladie, il nous a été au préalable évident de lui introduire une discussion afin d'assurer sa participation et de gagné sa confiance.

Après cela il nous a répondu a toute nos question mais il était bref et directe dans ses réponses, ce qui est remarquable c'est la présence d'un regret tout au

long de l'entretien qui s'exprime par des phrase comme « **je n'aurais pas dû sortir ce soir-là j'aurai du resté auprès de ma petite famille** ».

Au moment de l'accident Mr M. avait la certitude qu'il allait mourir « **j'ai cru que j'allais mourir** », il a eu peur « **j'ai la peur de ma vie** », « **mon cœur bâtais trop fort, j'ai cru qu'il allait lâcher** ».

Il se culpabilise d'avoir subi l'accédant qui lui a causé d'énorme perte « **j'ai tout perdu à cause de ce maudit accident** », il a perdu son travail sa santé parce que il a eu un diabète juste après, ensuite ça femme et enfin son fils et maintenant une partie de son pied.

Par ailleurs, Mr M a une vision pessimiste envers l'avenir en disant qu'il n'a pas de chance, un amie a lui a eu une retraite parce qu'il a passé 1 ans de plus que lui en service militaire, l'avenir le préoccupe « **j'ai aucun avenir je suis malade, au chômage, j'ai personne à côté de moi** », « **en plus je ne pourrai pas déplacer comme avant** », la seule chose qu'il lui reste c'est de prier le bon dieu « **chaque jour je prie mon dieu pour qu'il prend mon âme** ».

### 1.1.4: présentation Analyse des données du questionnaire du

#### Traumaq :

Mr M répond au questionnaire juste après notre entretien, il à 4ans d'arrêt du travail, il n'a jamais eu un événement marquant auparavant.

**Tableau n° 02 Récapitulatif des résultats du traumaq du ces de « M » :**

Echelle	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	TOTAL
Notes brutes	18	6	11	10	7	7	1	19	16	8	93
Notes	3	3	4	4	3	3	2	5	4	5	4

étalonnée											
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dans ce tableau représentatif des résultats du traumaq, Mr M a obtenu une note brute de 93 étalonnée de 4 ce qui signifie un traumatisme fort.

**1.1.5. Analyse des résultats de l'échelle :**

Durant l'événement Mr M a ressenti une grande frayeur(A1), il a eu la conviction qu'il allait mourir(A6), c'est difficile pour lui de parler de l'événement (B3), il est angoissé dès qu'il évoque la scène traumatique (B4), il a des difficultés d'endormissement à cause des rêves terrifiant qui le terrorise et qui provoque des réveils nocturnes(C1,C2 et C3), il a l'impression de ne pas dormir du tout, il est toujours fatigué au réveil(C4 et C5). Depuis l'événement il est devenu anxieux(D1), il a des crises d'angoisse(D2), il a peur de la voiture il préfère marcher(D3), il s'estime plus méfiant maintenant (E2), il tremble dès qu'il entend un coup de frein(F1), il a perdu du poids et il est devenu trop faible (F2 et F3), dans l'échelles h il a eu une de 19 ce qui signifie qu'il est dépressif, la vie ne vaut plus la peine d'être vécu(H5), il a plus d'avenir (H7), il se culpabilise d'avoir sortis ce soir-là(I1). Il se sent seul et abandonné (J6).

**Synthèse du cas :**

Après l'analyse de l'entretien clinique et du questionnaire le trauma, il convient de dire que Mr M. souffre d'un traumatisme psychique fort. Caractérisé par un ensemble de réaction, allons d'une note élevé qui est étalonnée de 4, qui révèle une présence de réaction comme l'insomnie, sentiment de honte ou culpabilité.

**1.2-Présentation et analyse 2eme cas:**

**1. 2.1-Présentation du 2eme cas « Nadia » :**

Madame Nadia est une femme de 30 ans de taille moyenne, yeux marron, cheveux noirs, toujours bien habillée, très gentille, timide, stressée, Nadia mariée mère de deux enfants. Un garçon et une fille, Nadia diabétique soumette à l'insuline, femme au foyer.

### 1.2.2 Histoire de la maladie :

À l'entretien madame Nadia nous a raconté qu'elle est atteinte d'une maladie chronique qui est le diabète, elle était déjà hospitalisée au début de sa maladie pendant 10 jours.

Le début de sa maladie remonte à 1 an, diagnostiquée dès la première consultation médicale (**on a découvert fortuitement chez elle un diabète sucré à 4g**), elle est mise directement sous insuline.

Sa réaction lors de la découverte de sa maladie a été un traumatisme, car elle était en bonne santé elle ne souffrait d'aucune maladie.

La patiente nous a déclaré la mort de son père ainsi une fauche couche comme cause principale d'apparition de sa maladie.

### 1.2.3 Analyse de l'entretien :

Lors de l'entretien avec notre cas s'est montré, calme, timide, stressée, après nous avoir expliqué notre objectif d'étude s'est mise d'accord pour répondre à nos questions.

Suite au début de notre entretien avec madame Nadia on a déduit qu'il a subi plusieurs événements traumatisants, dont la première rencontre lors du décès de son père, il a passé plusieurs jours à pleurer, son sommeil « **mon père c'est mon bras droit je ne peux pas vivre son lieu** ».

## **CHAPITRE V                    présentation, analyse et discussion des résultats**

---

Madame Nadia a subi un autre choc suite à une fausse couche, cela a laissé chez notre patiente une peur et une angoisse, tous ces événements ont marqué chez Nadia un stress permanent.

Durant l'entretien la patiente avait exprimé des souvenirs tels que le jour de décès de son père et la fausse couche et aussi après quelque jour de cet événement l'annonce de sa maladie (diabète).

Nadia nous a déclaré qu'après l'annonce qui est diabétique nous dit « **j'toujours des maux de tête, la soif, toujours fatigué** ». et quand elle fait des analyses le médecin lui déclare qu'il s'agit de symptômes de diabète. Nadia elle déclare un stress intense qui est un autre choc dans sa vie.

Lors de l'entretien avec elle est stressé d'après ces dires « **c'est difficile de vivre avec une maladie chronique** ».

Nadia elle nous déclare aussi que « **le moment où le médecin m'a informé que je suis diabétique, je me suis choqué, je n'ai pas cru que j'ai un diabète à cet âge-là, il est difficile pour moi d'accepter cette idée, j'ai pleuré comme j'ai pleuré toute ma vie** ».

Il nous a ajouté qu'il ne peut pas accepter cette nouvelle situation « **moi je ne peux pas et je ne veux pas accepter ce cas parce que, toutes les maladies chroniques sont la fin de la vie** ».

Cet événement et cette maladie ont changé tout pour elle il disait « **depuis l'événement je me sens dans un état second, mon sommeil a changé, mon comportement, mes rêves, tout a changé** ».

Nadia elle disait aussi « **je dors chaque jour avec une peur et un stress de lésé mes enfants tout seul** »

D’appris l’entretien on souligne que son diabète n’est pas héréditaire. Nadia nous a informé que depuis sa maladies « **perdue beaucoup de poids à cause de régime alimentaire et le traitement médicale** ».

Durant l’annonce de la maladie tout est devenu noire pour elle « **pour quoi il m’arrive sa à moi de vivre un tel cauchemar ou même temps le décès de mon père et ma maladies** ».

Selon ces propos nous déclare que son mari lui dit qu’il faut voire un psychologue qui va l’aider à accepter cette maladie et elle lui a répondu que « **personne ne pourra me rendre comme avant, ce psychologue ne va pas me rendre ma santé physique, donc ce n’est pas la peine** ».

En fin l’analyse révèle que madame Nadia a vécu un traumatisme psychique, et qu’elle ne peut pas accepter sa maladie. « **Vraiment c’est un vrais cauchemar de Tomber malades** ».

### 1.2.4 **présentation Analyse des données du questionnaire du**

#### **Traumaq :**

Lors de la passation du questionnaire, madame Nadia calme, timide, accepte de participer à notre étude et réponde à nos questions clairement.

**Tableau n° 03 Récapitulatif des résultats du traumaq du cas « Nadia »**

<b>Echelle</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>G</b>	<b>H</b>	<b>I</b>	<b>J</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Notes brutes</b>	<b>17</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>09</b>	<b>16</b>	<b>12</b>	<b>08</b>	<b>19</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>116</b>
<b>Notes étalonnée</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Dans ce tableau représentatif les résultats du questionnaire du traumaq de madame Nadia a obtenu une note brute de 116 étalonnée de 5 qui signifie une présence de traumatisme fort.

### 1. 2.5 L'analyse de l'échelle :

Pour répondre à des questions de l'échelle notre sujet a met une durée de 30 minutes.

Pendent l'évènement Nadia a ressentie une grande frayeur car il n'a vécu des situations traumatique auparavant elle ressentie une très grand angoisse et il a eu l'impression de être dans un état second (**item A1, A2, A3**).

Et depuis l'annonce de la maladie Nadia a des trouble de sommeilles, des difficultés d'endormissent, des revaille nocturne, et aussi être fatigué au revaille (**item C1, C2, C3**).et ressent toujours l'angoisse et de l'existé (**item D1, D2**), et plus vigilant au bruite qu'auparavant (**item E1**), et un comportement agressives (**E6**).

Elle a aussi des difficultés de concentre et plus de « trous mémoire »qu'auparavant (**item G1, G2**).elle a l'impression que sa vie est définitivement gâché manque d'énergie et impression de la fatigue (**item H1, H2, H3**).

Madame Nadia elle a aussi changé la façon de voir la vie (**item I6**) n'est plus comme avant (**item I7**).

### Synthèse du cas de madame Nadia :

Le sujet vit avec cette maladie depuis l'âge de 29 ans, lors de la découverte de sa maladie il a été traumatisé.

La découverte de sa maladie, il l'a vécu comme un choc et une peur .pour son état de santé physique, il se plaint d'une perte de poids (16kg).

Madame Nadia n'a pas accepté la condition de sa maladie (l'insuline et le régime) : « **cette maladie a bouleversé ma vie** ». Et avec cette maladie la patiente toujours fatiguée, énervé.

### **1.3-Présentation et analyse 3<sup>em</sup>cas:**

#### **1. 3.1-Présentation du 3<sup>em</sup> cas « moussa » :**

Mr Moussa âgé de 45ans, marié, père de deux enfants, travail à la mairie, dynamique, cultivé, il a eu un diabète de type 2 après l'annonce de la maladie de sa mère, elle a un cancer d'estomac.

#### **1.3.2Histoire de maladie :**

Mr Moussa été en très bonne santé, il a vécu deux traumatismes psychiques dans sa vie, l'un en 2014, lors des élections, il gardait une boite, y'avait de la triche, on l'a accusé lui alors que ces les autre qui ont triché, et y'a l'événement qui a causé son diabète qui est l'annonce de la maladie de sa mère, le diabète l'a rendu trop faible, il perdu beaucoup de poids.

#### **1.3.3Analyse de l'entretien :**

Avant de commencer l'entretien, nous avant constaté que moussa était très calme, souriant, le fait qu'il soit instruit nous a facilité la tâche, nous avant commencer par prendre les nouvelle de sa mère, il nous avoue que rien ne va avec elle « **le cancer ce n'est pas comme les autre maladies la médecine ne peut rien promettre** ».

Au moment de l'annonce de la maladie de sa mère, Mr Moussa s'est senti dans un état second « **j'étais hors de moi, je ne savais pas quoi faire, je tremblais,**

**j'étais angoissé », il ne pouvait rien faire « j'étais paralysé, je me suis senti impuissant je ne pouvais rien faire pour ma mère ».**

Ensuite moussa nous avoue qu'il se culpabilise et qu'il pense que c lui la cause de la maladie de sa mère **« elle m'a demandé à plusieurs reprise de l'emmener à l'hôpital, mais je l'ai pas fait et maintenant c trop tard ».**

Dans d'autre expression de moussa, on a pu détecter qu'il a été surpris par la maladie de sa mère, **« ma mère n'est le genre de femme a tombé malade elle été robuste, même si elle malade, el prend soin de tout le monde a la maison ».**

On souligne aussi ça peur pour sa mère, **« j'ai peur qu'elle souffre, parce que le cancer tue à petit feu, et ma mère n'aime pas qu'on ressent de la pitié pour elle ».**

Pour son diabète. Il n'a pas de problème **« je connais des gens qui ont vécu plus de 30ans en étant diabétique, il faut juste suivre un bon régime alimentaire ».**

### 1.3.4 présentation Analyse des données du questionnaire du

#### Traumaq :

Mr Moussa répond au questionnaire juste après notre entretien.

**Tableau n°04 Récapitulatif des résultats du traumaq du cas du « moussa »**

Echelle	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	TOTAL
Notes brutes	16	8	11	2	11	6	6	15	6	3	84
Notes étalonnée	3	4	4	2	4	3	4	4	3	3	3

Dans ce tableau représentatif des résultats du traumaq, Mr Moussa a obtenu une note brute de 84 étalonnée de 3 ce qui signifie un traumatisme moyen.

### **1.3.5 Analyse de l'échelle :**

Mr Moussa après avoir eu le diabète, il aura un mois d'interruption du travail (Itt), il a déjà vécu un événement marquant, c'était en 2013, il gardé la boite dans les élections, on l'a accusé de triche, il eut la peur de sa vie, il avait peur qu'il aille en prison.

Durant l'événement, Moussa a senti un angoisse intense(A1), il s'est même évanoui, il s'est senti impuissant(A8), il pouvait rien faire pour sa mère, il est difficile pour de parler de l'événement(B4), il a peur pour sa mère.

Depuis l'événement il a des difficultés d'endormissement, beaucoup de réveils nocturnes, il a l'impression de ne pas dormir du tout et il est toujours fatigué au réveil (C1, C3, C4, C5), il est devenu irritable et agressif (E3, E5).

Il a perdu beaucoup de poids et il est devenu faible (F2, F3), il a des difficultés de concentration et des trous de mémoire (G1, G2), il a perdu son énergie et son enthousiasme (H2), il a tendance à s'isoler (H8).

### **Synthèse du cas de Mr moussa :**

Après l'analyse de l'entretien clinique et du questionnaire le traumaq, il convient de dire que Mr Moussa souffre d'un traumatisme moyen, caractérisé par une note fréquente étalonné 3, qui révèle une présence de réaction comme la culpabilité, insomnie et de l'irritabilité.

## **2. Synthèse générale des cas :**

## CHAPITRE V présentation, analyse et discussion des résultats

Nous arrivons à l'étape de l'analyse des résultats de notre étude menée auprès de trois cas souffrant de traumatisme psychique et une maladie psychosomatique (Diabète) .Agés entre (30 à 45 ans).

Les résultats que nous allons présenter ici montre le degré du traumatisme de tout cas comme suit :

Pour les trois cas, nous avons observé une moyenne de **97.33**  $((93+115+84)/3)$  sur l'échelle du Traumaq, on peut dire que le degré du traumatisme psychique est mesuré fort.

L'analyse du contenu des cas qui constituent notre échantillon, nous permet de dégager quelques constatations.

D'abord, tous nos cas ont vécu au moins un événement traumatique, ils étaient face à des situations inattendues, ils étaient terrifié, angoissé, ils voulaient en parler a personne, y'a ceux qui ont eu la conviction qu'ils allaient mourir, ils ont senti qu'ils étaient paralysé, ils pouvaient rien faire, ils étaient dépassés par les événements, ce qui a engendré un traumatisme psychique.

Puis Vien l'annonce d'une maladie chronique (diabète), ils voyaient leur avenir s'écrouler devant eux, tous leurs projets réduits à néant, tous leur habitude et loisir sont maintenant du passé.

A noter aussi que nous avant remarquer que nos cas ont peur pour leur avenir, avenir avec une maladie chronique ça fait pas rêver, ils ont subi deux événement traumatique l'un est l'événement de base qui a causé tout ça et le deuxième c'est l'annonce d'une maladie qui Vien bouleversé leur vie.

Ensuite après ces événements nos cas exprimaient un grand sentiment de culpabilité, exprimait de plusieurs manières, il est lie soit à un choc, soit à un acte dans le passé, comme l'illustre le premier cas ou Mr M qui regrette de sortir le soir de l'accident, et aussi dans le 3eme cas ou Mr Moussa regrette de ne pas emmener sa mère à l'hôpital avant que son état s'aggrave.

## **CHAPITRE V                    présentation, analyse et discussion des résultats**

De plus la majorité des cas souffrent d'insomnie, ils ont beaucoup de réveils nocturne, ils ont l'impression de ne pas dormir du tout.

Pour conclure, on peut dire que les sentiments d'angoisse, de peur, de culpabilité, de tristesse et des troubles de sommeil sont les symptômes les plus dominants dans la plupart des cas

**Tableau n° 05 : Récapitulatif présentent la synthèse des cas :**

<b>Les cas</b>	<b>Synthèse de l'entretien clinique</b>	<b>Synthèse du traumaq</b>
	<b>Interprétation clinique de l'événement traumatisant d'après la synthèse et l'analyse de contenu de l'entretien clinique</b>	<b>Interprétation clinique de l'événement traumatisant d'après la synthèse et l'analyse des questionnaires Du traumaq</b>
<b>Mr M</b>	<b>Fort</b>	<b>Fort</b>
<b>Nadia</b>	<b>très fort</b>	<b>très fort</b>
<b>Mr Moussa</b>	<b>Moyen</b>	<b>Moyen</b>

## Chapitre V

# Discussion d'hypothèse

### I. Discussion des hypothèses :

Après l'analyse des entretiens clinique de recherche et du questionnaire traumaq, nous arrivons à la discussion de nos hypothèses présumée, qui viennent répondre aux questions de notre problématique, l'objectif de cette présente recherche est de tenter d'expliquer le lien qui existe entre un événement traumatique et l'apparition de la maladie psychosomatique.

Pour répondre à nos questions de recherche et nos hypothèses, on a utilisé l'entretien semi directif et le questionnaire traumaq.

#### Tableau n °6 : tableau récapitulatif des résultats de la recherche :

Groupe de recherche	Note brute du trauma	Note étalonnée du trauma	Niveau d'intensité	Pathologie psychosomatique observée
Cas A	93	4	Traumatisme fort	Diabète
Cas B	115	5	Traumatisme très fort	Diabète
Cas C	84	3	Traumatisme moyen	Diabète

On résume que d'après ce tableau que ces trois de nos cas présente un traumatisme psychique déficient est un cas présent un traumatisme psychique intense avec une note très élevée de madame Nadia 116

### **Discussion de l'hypothèse générale :**

Rappelons le principe de cette hypothèse qui dicte « **Sous certaines conditions, un événement traumatique est en mesure de provoquer une pathologie de type psychosomatique** »

D'après l'analyse de contenu de l'entretien et du questionnaire traumaq de chaque cas, il est apparent pour nous que chacun a subi un événement traumatique qui est devenu un traumatisme psychique et qui a engendrer une maladie psychosomatique (diabète).

Cependant on peut dire que la première hypothèse est confirmée.

### **3.2 Discussion de l'hypothèse partielle :**

Rappelons le principe de cette hypothèse qui dicte « **L'apparition du trouble psychosomatique est liée à l'intensité du traumatisme psychologique vécu** ».

#### **Analyse du cas de Mr M :**

Mr M. a eu un score de 93 dans le questionnaire traumaq qui est étalonné par 4, ça signifie qu'il a eu un traumatisme psychique fort et il a fini par développé un diabète.

#### **Analyse du cas de Nadia :**

Nadia a eu un score de 116 dans le questionnaire traumaq qui est étalonné par 5, ça signifie qu'elle a eu un traumatisme psychique très fort et elle a fini par développée un diabète.

#### **Analyse du cas de Mr Moussa :**

Mr Moussa a eu un score de 84 dans le traumaq qui est étalonné par 3, ça signifie qu'il a eu un traumatisme psychique moyen, mais cela n'a pas empêché l'apparition du diabète.

D'après l'analyse de contenu de l'entretien et du questionnaire traumaq de chaque cas, nous avons remarqué que chacun de nos cas a une intensité différente et ils ont tous eu une maladie psychosomatique, ce qui nous permet d'infirmes la 2eme hypothèse.

# **Conclusion**

### **Conclusion :**

A partir des résultats obtenus à travers l'analyse des trois cas clinique qui constitue la population de notre étude.

Sur le plan théorique, il nous a permis de comprendre le traumatisme psychique, son étiologie, les concepts clés de la recherche ;(l'effroi, la vulnérabilité, la culpabilité, névrose traumatique). Qui explique la survenue d'un événement inattendu sur les sujets. et aussi cette présent recherche nous a permis de découvrir les travaux en rapport avec notre thème comme ceux de louis crocq qui s' intéresse à l'effet des évènement traumatique sur les sujets et au traumatisme psychique en général , ajoutant à cela les travaux de François lebigot qui base sur les différentes méthode de traumatisme psychique .

Un traumatisme est un dommage de la structure ou du fonctionnement du corps ou du psychisme. Il peut être dû à un agent ou à une force extérieure, de nature physique ou chimique. Il est donc à ce titre la conséquence d'un trauma.

Dans notre présente recherche on spécifie le type de traumatisme psychique sur les déclanchement des maladies psychosomatique.

Les maladies psychosomatiques sont le résultat de l'interaction entre le système nerveux et le système immunitaire. Lorsqu'un événement influe sur le moral, celui-ci en est bouleversé et provoque ainsi certains signaux sur le physique.

L'analyse du contenu de l'entretien de notre groupe de recherche nous a permis de constater que ces sujets sont traumatisés de survenue inattendu de l'évènement traumatique, cet événement produit une dépression avec des sentiments de culpabilité, de tristesse, d'agressivité, de peur.

Le questionnaire de traumaq nous ont permis de saisir tous les changements vécus à long terme dans les différentes sphères de la vie, personnelle, affective,

familiale, sociale et professionnelle. Après la collecte et l'analyse des données, nous avons pu confirmer notre étude.

Après la collecte et l'analyse des données, nous avons pu confirmer notre hypothèse que les déclenchement des maladies psychosomatique (diabète) d'un membre sont vécue comme un événement traumatique ainsi que le traumatisme développé par ces personnes malades varie dans son degré d'une personne à une autre.

Cette recherche reste une bonne expérience pour nous en termes d'apprentissage et de découverte.

# Liste bibliographique

## Liste bibliographique :

- 1 .American psychiatric association (**DSM-V**), 2013 manuel diagnostique et statistique Des troubles mentaux, 5eme édition (version internationale, Washington DC, 1995).traduction française par Guelfi J-D et AL. Paris, Masson.
2. Anaut M (2002), « **trauma, vulnérabilité et résilience** » connexion n°77.
3. André Grimaldi, (2009) « **Guide pratique du diabète** » Masson.
4. Benoney H, chahraoui KH, (1999) « **L'entretien clinique** » paris, Dunod.
6. Bénony H, chahraoui KH, (2003) « **Méthode d'évaluation et recherche en psychologie clinique** » paris.
5. Crocq, 2000 « **le traumatisme psychique dans la pensée** », Ed Odile Jacob, paris.
7. Crocq, L.et all, (2007) « **traumatisme psychique, pris en charge psychologique des victimes** » .paris Masson.
8. Damiani, C .et Pereira –fradin. (2006) : traumaq questionnaire d'évaluation de traumatisme, Manual. L'édition du centre de psychologie appliquée .France.
9. Dubor (Auth.) (2012) « **Psychologie Pathologique. Théorique et clinique-ELSEVIER** » MASSON.
10. Haynal, A, (1997) Médecine psychosomatique : aperçus psychosociaux
11. Henri Ey, Paul Bernard, Charles Brisset, (1989) « Manuel de psychiatrie (6e Edition) »Editions Masson
12. lebigot, f, 2001 « **traumatisme psychique** »Fabert.
13. Lebigot. F, 2005 « **traiter les Traumatismes psychiques, clinique et prise en charge** » paris, Dunod.

14. Lebigot, f, et all (2005) « **psycho traumatisme prise en charge et traitement** »paris Masson.

15. Marty. P, (1991). « **Mentalisation et psychosomatique** », Paris

16. Moira Mikolajczak, (2013) « **Les interventions en psychologie de la santé** »Dunod

17. Marty1990 « **que sais-je ?la psychosomatique de l'adulte** »paris Ed PUF

18. Marty, (1988). « **L'ordre psychosomatique : désorganisations et régressions** »

### **Article :**

19. Smadja, Claude 2008 [Les modèles psychanalytiques de la psychosomatique](#)

### **Ouvrage PDF :**

20-Philippe Lhuillier, 2004 **neurophysiologies de traumatisme psychique**, PDF.

21-Lorenzo Perucchi, mars 2008 **traumatisme**, PDF

22. PDF –geopsy/com. Psychologie interculturelle et psychothérapie

# **Les annexes**

## **Annexe n°01 :**

### **Le guide de l'entretien**

#### **Axe 01 : Situation personnel**

Sexe :

Âge :

Domicile :

Situation familiale :

Situation professionnelle :

Journée de l'évènement :

#### **Axe 02 : Déroulement de l'évènement :**

-Parlez-nous de l'évènement (pourquoi, comment quand) ?

-Ets –il-difficile de parler de l'évènement ?

-Avez-vous constaté que votre comportement a changé après l'évènement ?

-ressentez –vous de l'angoisse lorsque vous parler de l'évènement ?

-Ets-ce des souvenirs ou des images reproduisant l'évènement ?

-Comment vous et avant et après l'évènement ?

#### **Axe 03 : Santé actuelle :**

-parlez-nous de la qualité de votre sommeil ?

-Avez-vous d'appétit ?

-aviez-vous des problèmes de santé ?

-suivre vous un traitement médical ?

-avez-vous plus de trous de mémoire qu'auparavant ?

-avez-vous de difficultés à vous rappeler l'événement ou certains éléments de l'événement ?

-avez vous des crises d'angoisse ?

--parlez-nous de la qualité de votre sommeil ?-pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ?

#### **Axe 04 : Le regard vers l'avenir**

-Comment vous voyez votre avenir ?

-Avez-vous ressenti que vos est coupable de ce qui est passé ?

-Y a un suivi psychologique, si oui qu'est-ce que ça vous a apporté ?

-Y'a tel quelque chose dont voulez ne rajoute qu'on n'a pas cité dans notre entretien ?

# Traumaq

Questionnaire d'évaluation du traumatisme

Carole Damiani  
Maria Pereira-Fradin

- Passation individuelle
- Collective
- Victime directe de l'événement
- Témoïn

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
 F  M Age : \_\_\_\_\_  
Date de passation : \_\_\_\_\_  
Lieu de passation : \_\_\_\_\_

## Informations concernant l'événement :

Événement individuel  Collectif  Nature\* : \_\_\_\_\_

Lieu (domicile, voie publique, etc.) : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Durée : \_\_\_\_\_

Blessures physiques :  Non  Oui Description : \_\_\_\_\_

Séquelles actuelles : \_\_\_\_\_

Avez-vous bénéficié de l'intervention de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique sur les lieux ?

Non  Oui

ITT<sup>1</sup>  Non  Oui Nombre de jours : \_\_\_\_\_ Arrêt de travail  Non  Oui Durée : \_\_\_\_\_

IPP<sup>2</sup>  Non  Oui Pourcentage : \_\_\_\_\_

## \* Nature de l'événement

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

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

<sup>1</sup> ITT = Interruption Temporaire de Travail

<sup>2</sup> IPP = Incapacité Permanente Partielle

**Renseignements généraux concernant la période antérieure à l'événement :**

*Situation familiale*

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

Nombre d'enfants (préciser leur âge) : \_\_\_\_\_

*Situation professionnelle*

Etudiant(e)

Salarié(e) : plein temps  temps partiel

Sans emploi : homme ou femme au foyer  chômage  congé parental   
en stage formation  congé maladie  retraité(e)

*Etat de santé*

Avez-vous des problèmes de santé : Non  Oui  lesquels : \_\_\_\_\_

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

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

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

Date : \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_

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

Non  Oui

Nature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**Renseignements concernant la période postérieure à l'événement :**

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

Suivi d'une psychothérapie : Non  Oui  Sous quelle forme : \_\_\_\_\_

Date de la première séance : \_\_\_\_\_

Nombre de consultations (à ce jour) : \_\_\_\_\_

Traitement médical : Non  Oui  Lequel : \_\_\_\_\_

Durée : \_\_\_\_\_

## PREMIERE PARTIE

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

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

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

### Pendant l'événement

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

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

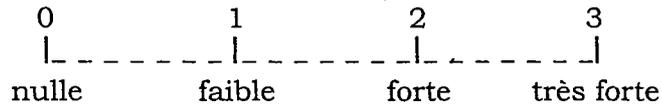
### Depuis l'événement

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

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

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

**Intensité (ou fréquence) de la manifestation**



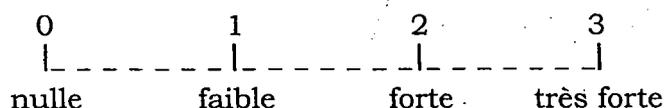
		0	1	2	3
<b>D1</b>	Etes-vous devenu anxieux(se), tendu(e) depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D2</b>	Avez-vous des crises d'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input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

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

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

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

### Intensité (ou fréquence) de la manifestation



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

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

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

## DEUXIEME PARTIE

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

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

### Délai d'apparition des troubles depuis l'événement

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

### Durée des troubles

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

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

# Résultats au TRAUMAQ

## Cotation des échelles de la première partie

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

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

## Conversion des notes brutes en notes étalonnées

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

## Profil

