

Université Abderrahmane mira de Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales

Option : Psychologie Clinique

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Psychologie Clinique

Thème

Le traumatisme psychique chez les mères ayant accouchés un mort-né

Réalisé par :

- KANDI Fatima
- KHELOUFI Narimane

Encadré par :

Dr : BELBESSAI RACHID

Année universitaire 2019/2020

SOMMAIRE

Introduction générale

Partie Théorique

Chapitre I : Grossesse et mort-né

Préambule.....	03
1- Genèse de la maternité.....	03
2- La grossesse : l'aspect médicale.....	04
2-1- Définition de la grossesse.....	04
2-1-1- Déroulement de la grossesse normal.....	04
2-1-2- Grossesse pathologique.....	06
2-2- Définition de l'accouchement.....	07
2-2-1- Accouchement normal.....	07
2-2-2- Les phases de l'accouchement.....	08
2-2-3- L'accouchement pathologique.....	09
2-3- Type d'accouchement.....	11
3- La grossesse : l'aspect psychologique.....	12
3-1- Maternité et sentiment maternel.....	12
3-2- Psychologie de la grossesse.....	13
3-3- La phobie de la grossesse et de l'accouchement.....	14
3-4- L'angoisse depuis le début de la grossesse.....	14
3-5- La dépression et la grossesse.....	15
4- Définition du mort-né.....	15
5- Etiologie du mort-n.....	16
6- Le diagnostic du mort-né.....	19

7- Le deuil chez les femmes accouchés un mort-né.....	19
7-1- Les étapes du deuil.....	20
8- La prise en charge des parents à l'hôpital après le décès du mort-né.....	20
Synthèse.....	22

Chapitre II : Traumatisme psychique

Préambule.....	23
1- Historique du traumatisme psychique.....	23
2- Définitions du traumatisme.....	26
3- Les différents concepts du traumatisme psychique.....	27
4- La description clinique de syndrome de psychotraumatique.....	28
5- Les phases de traumatisme psychique.....	31
6- Typologie du traumatisme psychique.....	32
7- Les traumatismes simples et complexes.....	33
8- Étiologie de traumatisme psychique.....	33
9- Epidémiologie de traumatisme psychique.....	34
10- Les modèles explicatifs de traumatisme psychique.....	34
11- Diagnostique de traumatisme psychique Selon le DSM5.....	40
12- Deuil traumatique.....	43
13- La prise en charge psychologique du traumatisme psychique.....	44
Synthèse.....	47

Chapitre III : Le cadre générale de la problématique de la recherche

1- La problématique de la recherche.....	48
2- L'hypothèse de la recherche.....	51
3- Les mots clé et l'Opérationnalisations des concepts.....	51
4- Les raisons du choix du thème.....	52
5- Les objectifs de la recherche.....	52
6- Les difficultés rencontrées.....	52

Partie Pratique

Chapitre IV : Méthodologie de la recherche

Préambules.....	53
1- La méthode de recherche.....	53
1-1- La méthode clinique.....	53
1-2- L'étude de cas.....	54
2- Présentation de lieu de recherche.....	55
3- Présentation de groupe de recherche.....	56
4- Les outils de recherche.....	56
4-1- L'entretien clinique de la recherche.....	56
4-2- L'entretien semi directif.....	58
4-3- Le guide d'entretien.....	58
4-4- Le déroulement de la recherche.....	60
4-5- Le questionnaire d'évaluation du traumatisme psychique « Traumaq»... ..	60
5- Les études antérieures.....	66
6- La pré-enquête.....	70
Synthèse.....	74
Conclusion générale.....	75
Bibliographie	
Annexes	

REMERCIEMENTS

Nous ne pouvons achever ce travail sans exprimer nos vifs remerciements à :

A Monsieur Belbessai Rachid

Qui nous a fait l'honneur d'accepter de nous encadrer, de nous corriger et de nous apporter une aide précieuse au cours de l'élaboration de ce travail. Pour toute sa gentillesse et sa disponibilité ;

Nous tenons aussi à remercier les membres de jury d'avoir consacré leurs temps pour corriger et d'examiner notre travail, votre contribution nous honore.

*Nos remerciements s'adressent également **Madame Benamsili-Haderbache Lamia** pour son aide. Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance et de notre respect les plus sincères.*

***Dr Sara** Pour son aide et conseils durant la réalisation de ce travail ;
Tous mes respects et remerciements estimes pour vous.*

*On tient à remercier l'ensemble du personnel de l'Hôpital Targua Ouzemour et compris la psychologue, **Madame Louiba** pour son aide précieux, d'un service, d'un conseil, d'un encouragement durant la période de stage. Tous mes respects et remerciements estimes pour vous.*

Nos plus vifs remerciement sont destinés aux femmes qui on acceptés notre demande a contribués à la réalisation de ce travail ;

A L'équipe de la bibliothèque de l'institut qui nous a très aidés, on leur souhaite une bonne santé.

Dédicace

Dieu le tout puissant m'a accordée la force et le courage pour la réalisation de ce travail que je dédie :

A mes chers parents, pour leurs sacrifices, leur amour, leur tendresse, leur soutien et leurs prières tout au long de mes études et dieu le tout puissant vous garde et vous protège. Je vous aime. Merci d'être toujours là pour moi.

A mes chers frères Halim, Yacine, Walid merci de m'a voir soutenue et encouragée tout au long de ce travail.

A ma grand-mère el Jida

A ma chère binôme Fatima qui ma encourager, et ma supporter tout au long de ce travail merci pour votre compréhension.

Je dédié aussi cet humble travail, à toutes mes cousines, mes oncles, mes tentes et toute la famille Kheloufi.

A mes copines: Katia, Narimane, Zahra, Yasmine

Je dédié ce travail a Bitout Fouzia merci pour votre soutien.

Narimane.

Dédicace

Au Dieu Tout-Puissant pour m'avoir donné la force, le succès et la patience nécessaires pour achever ce travail. Je dédie ce modeste travail à :

Ma très chère mère

La source de tendresse et l'exemple du dévouement qui n'a pas cessé de m'encourager et de prier pour moi. A travers ce travail, aussi modeste soit-il, l'expression de mes sentiments de profonde et éternelle gratitude ;

Mon très cher père

Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour, le respect que j'ai toujours eu pour vous, rien au monde ne vaut les efforts fournis jour et nuit pour mon éducation, mes études et mon bien être ;

Mes chères sœurs

Myriam, Sara et Sofie que j'aime énormément, avec mes meilleurs vœux de réussite dans la vie, et à mon unique frère Ibrahim et ma précieuse chatte Caramel ;

*Mes grands-parents, mes oncles et tantes, Mes cousins et cousines Une pensée très particulière surtout à Amina et Assia qui j'aime énormément. Et à toute la famille **Kandi** ;*

Madame Salima Qui ma apporter une aide précieuse et pour sa disponibilité ;

Ma chère binôme Narimen Qui m'a accompagnée durant tout le long parcours. Que du bonheur dans votre vie ;

Mes chères amies Kanza, Zahra, Yasmine, Rima, Myriam, Tinhinen, Nawel, Lilia, sabrine, et surtout Sofiane ;

Tous mes enseignants et À toute la promotion 2019-2020 de spécialité psychologie clinique ;

A Tous personne qui m'ont aidé de près ou loin.

Fatima

Liste des tableaux :

Tableau n°01	Correspondance entre semaines d'aménorrhée et mois de grossesse	Page 05
Tableau n°02	Les causes des mort-né (Cunningam, F. et al 2009.p 1269)	Page 17
Tableau n°03	Grille de cotation de l'échelle	Page 64
Tableau n° 04	Conversion des notes brutes en notes étalonnées par échelle N=141	Page 65
Tableau N°5	Conversion de la note brute totale de la partie 1 en note étalonnées et en niveau d'intensité	Page 65

Liste des figures :

Figure n°1	Schéma de première semaine du développement de l'embryon	Page 5
Figure n°2	Schéma de doppler utérin normal et pathologique	Page 7
Figure n°3	Début d'un hématome rétro placentaire	Page 10

Liste des Annexes :

Annexe n°1	Guide d'entretien
Annexe n°2	Le questionnaire d'évaluation de traumatisme (Traumaq)

Liste des abréviations :

APA	Association Américaine de Psychiatrie.
Av. J.C	Avant l'année Jésus-Christ.
CAD	C'est-à-dire.
CHU	Centre Hospitalier Universitaire.
CPTSD	Complexe Post Traumatic Stress Disorder.
CIM	Classification statistique Internationale des Maladies Mentale.
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
EPST	Etat de Stress Post Traumatique
IR SS	Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine.
MFIU	Mort foetal in utero.
OMS	Organisation Mondiale de la Santé.
PTSD	Post Traumatic Stress Disorder
RCF	Rythme cardiaque foetal.
SA	Semaine d'aménorrhée.
TSPT	Trouble Stress Post Traumatique.

***Introduction
Générale***

Introduction Générale

Avoir un enfant, est un rêve de chaque couple en générale et de femme en particulier, il renforce sa féminité ainsi que les relations conjugales et familiale.

Chez les femmes, la grossesse est un moment exceptionnelle, c'est une existence, une période de bonheur où la femme attend impatiente l'arrivée d'un bébé viable et en bonne santé qui va remplir sa vie de joie.

L'accouchement comporte bien des risques pour un grand nombre de nouveau-nés et leurs mères, lors de l'accouchement et les premiers jours qui suivent l'accouchement, les mères et leurs nouveau-nés sont exposés à risques divers menaçant leur santé et leur survie.

Avoir un bébé mort, après tout une longue période d'attente et les préparatifs d'accueils qui ont étaient mobilisés pour accueillir ce bébé est très difficile d'admettre. C'est un événement qui bouleverse toute la famille, principalement la mère tous ces rêves et les aspirations qu'elle porté durant la grossesse disparaissent d'une façon tragique, Cet événement entourant le mort-né peuvent influencer le processus de deuil chez la mère. Les répercussions sont multifactorielles ayant un impact tant au niveau psychologique, émotionnel, spirituel, physiologique que social.

En effet, l'état psychologique de la mère, la douleur physique ressentie ainsi que le fait d'accoucher d'un enfant mort-né augmente le risque d'un vécu traumatique de l'accouchement et, par la suite de développer un **traumatisme psychique**.

Ce travail, est centralisé particulièrement de réalisé une recherche sur "**Le traumatisme psychique chez les femmes ayant accouchés un mort-né**". C'est pour cela qu'on a choisi d'étudier, ce thème en profondeur dans le but de détecter la présence de traumatisme psychique chez ces femmes qui souffrent parfois en silence.

Dans le but de réaliser notre étude, on a choisi comme terrain d'étude la maternité de Targa Ouzemour de la wilaya de Bejaia.

Pour élaborer notre recherche nous avons procédé à deux parties :

- Partie théorique
- Partie méthodologique

La partie théorique comporte trois chapitres, le premier chapitre qui est consacré sur grossesse et mort-nés, la première partie du chapitre contient aspect médical de la grossesse, la deuxième partie du chapitre aspect psychologique de la grossesse, et la troisième partie sur les mort-nés.

Introduction Générale

Dans le second chapitre consacré pour l'étude de traumatisme psychique chez les mères ayant accouchés un mort-né. Et le troisième chapitre est consacré pour présenter la problématique et les hypothèses.

Et dans la deuxième partie est réservé pour le cadre méthodologique, contient la méthodologie de recherche.

Et on termine avec une conclusion générale.

Partie Théorique

Chapitre I :
Grossesse et les morts
nés

Préambule

La grossesse est un moment particulièrement importante dans la vie d'une femme, c'est à la fois un moment de transformations physiologique et de transformations psychologique. Devenir une mère représente un total bouleversement corporel, émotionnel et psychique. Chaque naissance comporte des risques, notamment un risque accru de donner naissance à un enfant mort-né. La mort d'un bébé est une épreuve difficile dans la vie d'un parent. Il est normal qu'il traverse une période de deuil au cours de laquelle il ressent toute une gamme d'émotions. Il peut aussi avoir une difficulté à accomplir normalement ses activités quotidiennes pendant quelque temps.

1. Genèse de la maternité

Les maternités sont des lieux de santé assurant le suivi de la grossesse, l'accouchement et les suites de couche de la femme enceinte. La maternité désigne également le fait d'être mère, de façon générale. Où et comment situer le point de départ de la maternogenèse ? Peut-on observer son début, le préciser, le dater, signifier que le premier stade commence à tel moment de histoire d'une femme ? Cela reviendrait à penser que la maternité est un état qui se greffe sur un développement plus général, à image de ce qui se passe pour la genèse de la capacité de reproduction. En effet, si les organes sexuels se forment dès les stades embryonnaires, ce n'est que bien plus tard qu'ils deviendront fonctionnels, après une croissance suffisante de l'organisme et quand des processus hormonaux les déclenchent. Autrement dit, le schéma est alors celui d'une fonction, sans doute portée par tout l'individu, mais isolable si ce n'est isolée, en tout cas relativement bien individualisée. (Jean-Marie, D. 2002, p118).

La maternité vient ici de la situation de l'homme, elle est fondée et formée par la nature même de son existence et c'est pourquoi elle ne peut pas être une fonction qui se met à apparaître à partir d'un moment donné. Pour le dire nettement, c'est parce l'homme est la question de sa totalité, de son maintien et de sa perte que va surgir nécessairement, du fait du besoin de la préserver, celle de la reproduire. (Ibid. p118).

La maternité est la fonction de reproduction de la totalité qui s'est rajoutée ou, plus exactement qui a enveloppé et redéfinit la maternité physique. On demandera quelles preuves étayent ces affirmations. Elles deviendront évidentes au fur et à mesure que l'on détaillera le

Chapitre I : Grossesse et les morts nés

devenir de la capacité maternelle. On verra ainsi bien qu'il y a bien chez l'être humain une maternité psychique qui est une fonction spécifique et non la somme des à-côtés psychologiques produits au cours d'une maternité physique. **(Jean-Marie, D. 2002, p, 118).**

Ce qui n'empêche pas de décrire une maternogenèse, bien au contraire, et il faudra y distinguer quatre stades. Mais le premier n'a pas de début particulier, il se confond avec les origines. **(Ibid. p119).**

2. La grossesse : aspect médical

Selon le dictionnaire médical la grossesse est : « l'état de la femme enceinte ; période comprise entre la fécondation de l'ovule et l'accouchement, pendant laquelle l'embryon, nommé ensuite fœtus, se développe. **(Quevauvillers, J. 2009, p414).**

2.1. Définition de la grossesse

La grossesse est le processus de développement d'un fœtus à l'intérieur des organes génitaux de la femme.

C'est l'ensemble des phénomènes se déroulant entre la fécondation et l'accouchement, durant lesquels l'embryon, puis le fœtus, se développe dans l'utérus maternel. Synonyme de gestation, la grossesse dure en moyenne 9 mois, regroupées en trois trimestres, soit 273 jours à partir de la date de la fécondation. Mais les obstétriciens comptent souvent en semaines d'aménorrhée, c'est-à-dire en semaine d'absence de règle : le début de la grossesse est alors fixé aux premiers des dernières règles normales ; sa durée étant de 37 semaines d'aménorrhée.

Avant 37 semaines d'aménorrhée, l'accouchement est dit prématuré, après 41 semaines et 3 jours, on parle de terme dépassé. **(Ybert, E.2010 p 428-).**

2.1.1. Déroulement de la grossesse normal

Chez la femme, la grossesse dure en moyenne neuf mois à partir de la date de conception. Par habitude, on mesure le déroulement de la grossesse en semaines d'aménorrhée(SA), car la date des dernières règles était, avant l'ère du test de grossesse et de l'échographie, le seul repère pour dater le début de la grossesse. L'ovulation ayant lieu en moyenne 14jours après le premier jour des règles, il existe un décalage de deux semaines entre le nombre de SA et le nombre de semaines de grossesse (tableau1).ce double décompte en SA et en mois de grossesse est une source fréquente d'incompréhension de la part des femmes enceintes. **(Marylène, B. Véronique, L.2008.p138).**

Chapitre I : Grossesse et les morts nés

Tableau 1 : correspondance entre semaines d'aménorrhée et mois de grossesse.

Mois de grossesse	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Semaines d'aménorrhée	6	10,5	15	19,5	23,5	28	32,5	36,5	41

Fécondation est la rencontre dans la trompe de l'ovocyte, ovulé quelques heures plus tôt, et d'un spermatozoïde. Dès la fécondation, l'œuf commence à se diviser activement dans la trompe pour donner le blastocyste, qui migre vers l'utérus. Puis la nidation a lieu vers le 6^e jour postconceptionnel et correspond à l'implantation du blastocyste dans la cavité utérine, blastocyste comporte deux population cellulaires : les cellules du bouton embryonnaire, qui formeront l'embryon, et les cellules trophoblastiques, qui serviront à sa nutrition. Période fœtale s'étend du 3^e au 9^e mois de grossesse (de 11 à 41 SA). Le placenta est constitué de cellules maternelles et fœtales. Constitue dès les premières semaines de grossesse, le placenta est un véritable filtre à travers lequel passent certaines molécules alors que d'autres restent dans le sang maternel. Le fœtus est relié au placenta par le cordon ombilical, qui contient deux artères et une veine. (Marylène, B. Véronique, L.2008,p, 138-139).

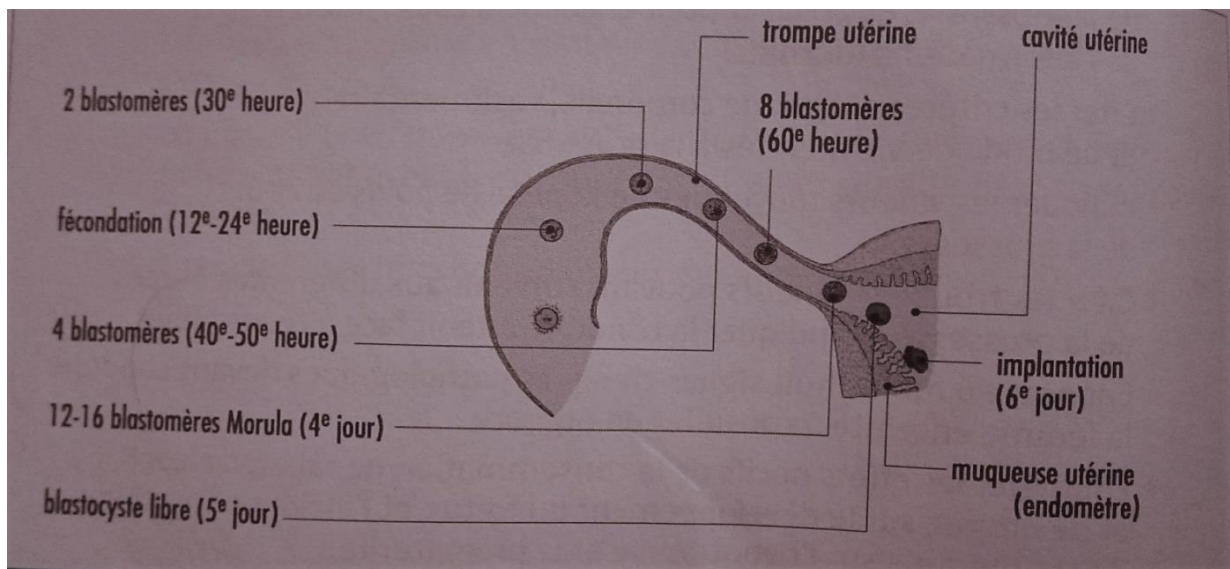


Figure N°1 : Schéma de première semaine du développement de l'embryon.

Chapitre I : Grossesse et les morts nés

2.1.2. Grossesse pathologique

Chronologie des principales pathologies pouvant survenir au cours de la grossesse :

A. Fécondation :

- Anomalies chromosomique.
- Anomalies géniques.
- Grossesse molaires.

B. Nidation :

- Fausses couches.
- Grossesses extra-utérines.
- Grossesses môleaires.

C. Période embryonnaire :

- Malformations par erreur de morphogenèse (liées à des toxiques, des rayonnements, des infections ou des causes inconnues).
- Fausses couches ou arrêt de développement d'un jumeau.
- Décollements du trophoblaste responsables de saignements.

D. Période fœtale :

- Malformations par destruction des organes formés ou défauts de développement (liées à des infections, des toxiques ou des causes inconnues).
- Retard de croissance intra-utérin et maladies vasculaires placentaires avec ou sans complications maternelles (pré-éclampsie).
- Excès de croissance (macrosomie fœtale) parfois lié à un diabète maternel.
- Anomalie de quantité du liquide amniotique.
- Anomalies placentaires (placenta prævia, décollement du placenta).
- Rupture des membranes.
- Menace d'accouchement prématuré.
- Mort fœtale in utero. (Marylène, B. Véronique, L. 2008.p140-141).

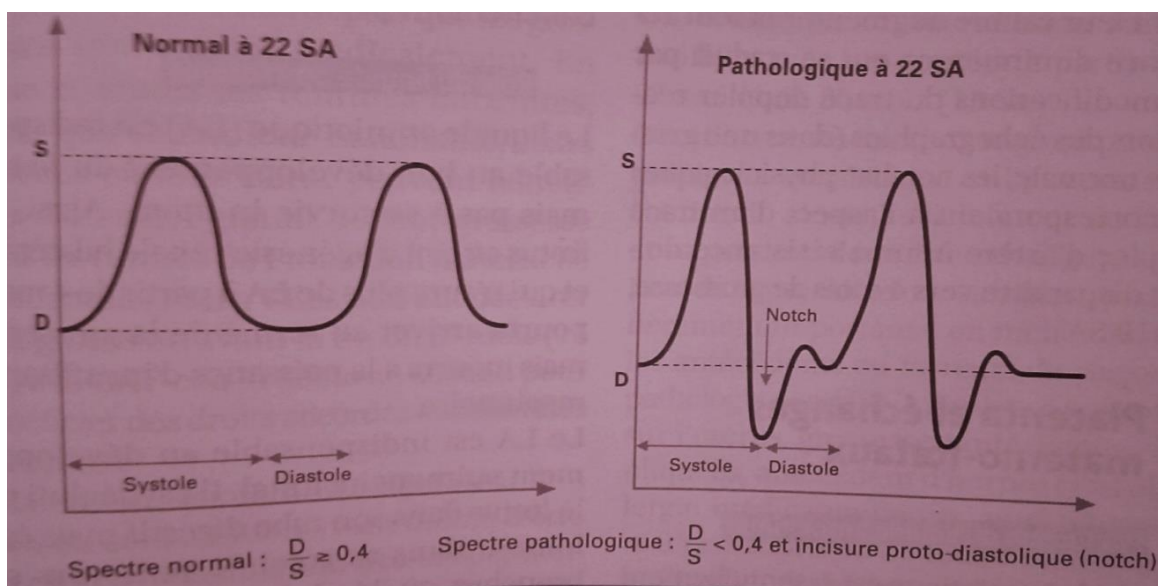


Figure N°2 : Schéma de doppler utérin normal et pathologique.

2.2. Définition de l'accouchement

Office de la langue française, 1990 : Accouchement : ensemble des phénomènes mécanique et physiologique que aboutissent l'expulsion d'un ou de plusieurs fœtus et de la annexes embryonnaire hors des voies génitales femelles à l'époque du terme de la gestation.

Dictionnaire petit Larousse de la médecine définit l'accouchement, comme « ensemble des phénomènes mécanique et physiologique ayant pour conséquence la sortie du fœtus et du placenta hors des voies maternelles, à partir du moment théorique de viabilité, c'est-à-dire du sixième mois de grossesse. Avant 6mois ; il s'agit d'un avortement. S'il se produit entre le 270^{ème} et 280^{ème} jour ; il est dit prématuré, il est spontané s'il se produit à la suite d'une intervention extérieure. Il est artificiel quand il est le résultat d'une intervention. Enfin, il est eutocique quand il s'accomplit selon le déroulement normal ; il est dystocique quand le déroulement est perturbé ». (Bourneuf, J.et al. 1995).

2.2.1. Accouchement normal

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes mécaniques et physiologiques aboutissant à l'expulsion du fœtus et de ses annexes hors de l'utérus. L'accouchement a lieu à terme lorsqu'il survient entre la trente-huitième et quarantième deuxième semaine d'aménorrhée (arrêt des règles). Il est considéré comme prématuré lorsqu'il se produit avant la trente-septième semaine, l'accouchement est dit spontané lorsqu'il se déclenche tout seul et

Chapitre I : Grossesse et les morts nés

provoqué lorsqu'il est consécutif à une intervention extérieure. (Naudin, C. Grunbeh, N. 2006, p 06).

Le travail étant défini comme l'association de contractions utérines et d'une dilatation du col utérin, le pré-travail correspond aux contractions douloureuses sans modifications du col. C'est une phase qui peut précéder chez certaines femmes le travail à proprement parler.

2.2.2. Les phases de l'accouchement

Après neuf mois de grossesse. Le moment de l'accouchement est venu et la manière dont l'enfant vient au monde est un moment décisive. L'accouchement se produise entre début de la 38eme semaine (259jours) et la fin de (42eme) semaine (293 jours), est dit à terme. S'il se produit avant (37eme) semaine (259jours), de la grossesse et prématuré, et l'accouchement naturelle l'or qu'il fait de l'influence de la seul physiologie.

On divise un peu schématiquement l'accouchement normal en trois phases :

A. La dilatation

La dilatation est celle du col de l'utérus qui s'ouvre pour laisser le passage à l'enfant. (Frydman R. Cohen-Solal J. 1989, p, 286).

L'objectif de la dilation est de permettre au col de s'ouvrir afin de laisser le passage au bébé. Le col se dilate d'un centimètre après chaque heure environ, les cinq premiers centimètres sont les plus longs à atteindre, et le rythme des contractions s'accélère lorsque la dilatation atteint sept centimètres, elles deviennent plus intenses, plus rapide et plus fatigantes. Une fois le col est dilaté, le travail d'expulsion commence. (Marger, R. et al. 1979, p, 115).

B. L'expulsion

L'expulsion correspond à la descente du bébé hors de l'utérus dans le vagin, à travers le bassin osseux, puis à travers le bassin mou ; et ensuite à l'expulsion active hors de la vulve. (Frydman R. p, 286).

Sortie de fœtus : c'est que le Col de l'utérus totalement dilate, et de poussé le fœtus ver l'extérieur, la femme doit effectuer chaque contraction l'effort de pousser le bébé sort dans organes génitaux de sa mère durant (20 à 30min). (Hadjam, R. p, 279).

C. La délivrance

La délivrance est le découlement puis le rejet du placenta et des membranes. (**Frydman R. p 286**).

La délivrance peut être facilitée par la perfusion d'un médicament ou par un geste médicale. Le placenta est examiné par la sage-femme qui vérifie qu'il a été expulsé entièrement et qu'il ne reste rien à l'intérieur de l'utérus, la persistance de fragments placentaire pourrait provoquer une infection ou une hémorragie. (Cansac, J. et al. 2006, p, 82).

La sortie des annexes (placenta et membranes), ces trois périodes portent aussi le nom de travail, elles se sont étudiées successivement. Pour chacune d'elles l'étude physiologique précédera l'étude clinique. (**Merger, R. et Lévy, J.p123**).

2.2.3. Accouchement pathologique

Les pathologies les plus fréquentes du travail, nous les envisagerons par ordre de fréquence décroissante.

A. Hémorragie de délivrance : c'est la première cause de mortalité maternelle en France. Elle est le plus souvent imprévisible. La quasi-totalité des complications graves (mort maternelle, hystérectomie d'hémostase, transfusion) sont liées à un retard au diagnostic, avec négligence des premiers symptômes. Elle peut survenir juste après l'expulsion de l'enfant, alors que le placenta n'est pas décollé. Elle est due le plus souvent à une atonie (mauvaise rétraction de l'utérus), parfois liée à une délivrance incomplète. Qu'elle peut également avoir pour cause une plaie vaginale, une déchirure du col, une rupture utérine. Elle est plus fréquente lorsque la patiente a déjà eu une hémorragie de la délivrance.

Parmi ces signes cliniques, on trouve les saignements abondants, une tachycardie maternelle et voire une hypotension lorsque l'hémorragie est brutale. L'utérus est souvent mal rétracté

B. Dystocie des épaules : correspond à un non-engagement des épaules après le dégagement de la tête. Elle est particulièrement grave car le fœtus est en asphyxie, et que toutes les manœuvres employées pour dégager l'enfant risquent de créer des fractures osseuses ou un étirement du plexus brachial, responsable de paralysie du membre supérieur. Elle survient préférentiellement lorsque le fœtus est macrosome (> 4000g), lorsque la mère est

Chapitre I : Grossesse et les morts nés

obèse, et plus particulièrement en cas de diabète, où la masse grasse de l'enfant est particulièrement augmentée.

- C. Procidence du cordon** : il s'agit de la chute du cordon en avant de la présentation fœtale, membranes rompues. Elle entraîne immédiatement une souffrance fœtale grave car le cordon est comprimé et le fœtus immédiatement privé d'oxygène. Le diagnostic est évident lorsque la patiente est en position debout ou assise, et que le cordon apparaît entre ses jambes.
- D. Rupture utérine** : il s'agit d'une rupture de la paroi utérine survenant en cours de travail. Elle peut survenir pendant la phase de dilatation, où elle entraîne une souffrance fœtale par décollement placentaire, ou pendant la phase d'expulsion, où elle est difficile à diagnostiquer.
- E. Hémorragie de Benckiser** : il s'agit d'une hémorragie fœtale par rupture d'un vaisseau du cordon lors de la rupture des membranes, qu'elle soit spontanée ou réalisée médicalement (rupture artificielle des membranes).

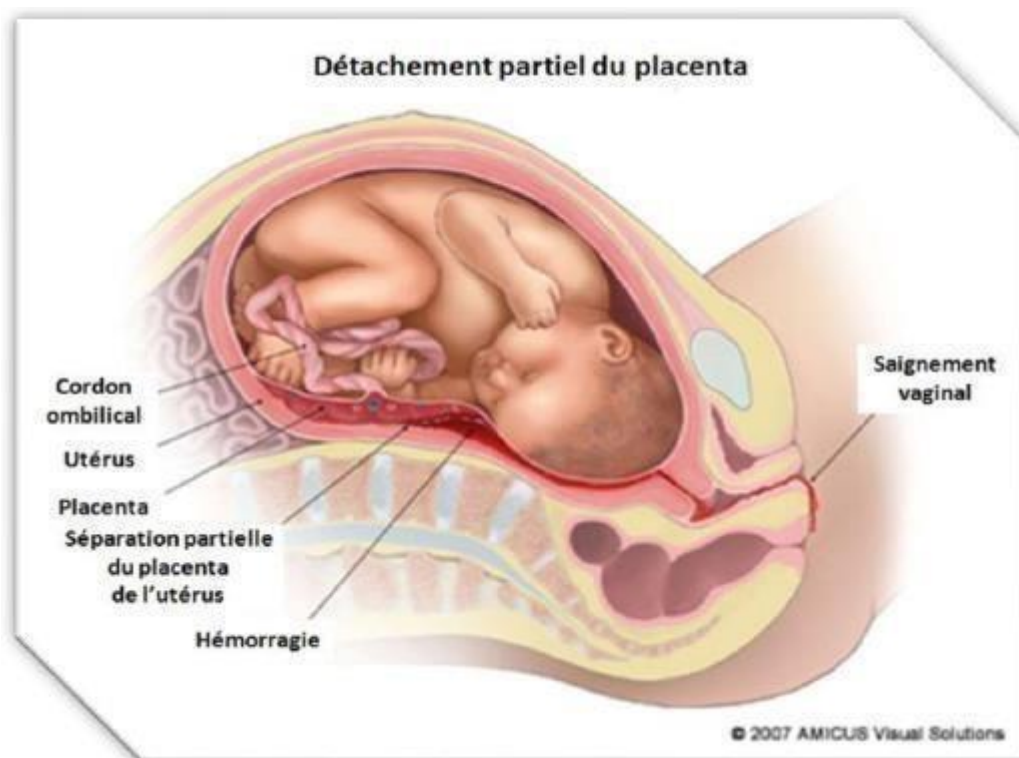


Figure N°3 : début d'un hématome rétro placentaire

Elle entraîne une souffrance fœtale aiguë avec anomalies sévères du rythme cardiaque fœtal sans altération de l'état maternel.

Chapitre I : Grossesse et les morts nés

Elle entraîne une anémie aigue du fœtus, responsable de trouble du RCF. Il s'agit donc d'un accident gravissime et imprévisible dans la majorité des cas.

23. Type d'accouchement

Les différents types d'accouchements sont les suivants :

A. L'accouchement par épisiotomie

L'épisiotomie ou périnéotomie est la section de la vulve ou plus la section du périnée généralement. C'est une incision chirurgicale depuis la vulve consistant à sectionner, généralement aux ciseaux, la paroi du vagin, la peau et les muscles superficiels du périnée afin d'agrandir l'orifice de la vulve pour faciliter et accélérer l'accouchement. La longueur de l'épisiotomie est de 6cm, elle est effectuée sur le périnée, au « petit couronnement », c'est-à-dire lorsque la présentation commence à distendre le périnée, lors d'une contraction utérine et pendant un effort expulsif. La distension du périnée doit être telle que le faisceau pubo-rectal du releveur est intégré dans le plan superficiel. L'épisiotomie entraîne un saignement de 200ml en moyenne.

B. L'accouchement par forceps

Le forceps est un instrument de préhension d'orientation et de traction, destiné à saisir la tête du fœtus pendant le travail et à l'extraire des voies génitales maternelles. Il existe de nombreux et excellent forceps. En raison de la rigueur actuelle des conditions d'emploi le choix de l'instrument a perdu de son importance. Chaque opérateur se sert de l'instrument qui lui convient et dont il a l'habitude. **(Pierre. A, 2011, p8).**

C. L'accouchement par césarienne

Une césarienne est l'extraction de l'enfant par voie abdominale. Elle est parfois prévue, mais elle peut être décidée en urgence en cas de complications pendant le travail. Lorsqu'elle est programmée à l'avance, elle est parfois effectuée sous anesthésie péridurale, ce qui permet à la mère d'être parfaitement réveillée et consciente, et de perdre son bébé contre elle dès sa naissance. On peut aussi effectuer une péridurale lorsque l'opération est décidée alors que la mère est déjà en travail, mais il est parfois préférable à de procéder à une anesthésie générale. **(Macalon. H, 2009, p 2).**

Chapitre I : Grossesse et les morts nés

L'opération césarienne réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus. Elle s'exécute par voie abdominale, après colostomie. La césarienne comme césure, sont dérivés du verbe latin *cardere* : couper, les deux mots ont été créés à la même époque, le premier par Ambroise paré, le second médical par Clément Marot. (Merger, R. 1995.p533).

La césarienne est une intervention chirurgicale qui consiste à inciser, sous anesthésie générale ou péridurale la paroi abdominale et l'utérus pour extraire le bébé. De nombreux facteurs déterminent le choix de la césarienne : tantôt elle est programmée dès le début de la grossesse lors de certaines anomalies osseuses ou certaines fragilité utérine (liées à des césariennes antérieures) ; tantôt elle s'impose lorsque toutes les conditions favorables ne sont pas réunies ; tantôt elle est décidée au cours de l'accouchement en cas de souffrance fœtale, d'arrêt de dilation du col, de mauvaise orientation du bébé (position transversale).

3. La grossesse : l'aspect psychologique

Selon le dictionnaire de psychologie la grossesse est : « l'état de la femme qui attend un enfant, depuis le moment de la fécondation jusqu'à l'accouchement ». (Sillamy, N. 1983, P 306).

3.1. Maternité et sentiment maternel

Le sentiment maternel, sa qualité, son niveau psychologique de fixation et de développement, peuvent être perçus et étudiés, même en dehors de la maternité, par exemple lors de l'adoption ou de certaines activités philanthropiques. Ce sentiment est soumis à plusieurs influences : hormonale, psychologique, culturelle.

On a demandé à environ mille femmes à quel moment elles se représentaient l'embryon en tant qu'être vivant. Or, la majorité d'entre elles ont donné une réponse « relationnelle » : l'embryon devenant un être humain et vivant quand il prenait un sens pour le couple qui l'adoptait psychologiquement. (Haynal, A, et al, 1997, P 150).

On peut considérer comme relevant de perturbations du sentiment maternel des troubles traduisant :

- A) Une envie inconsciente de grossesse : aménorrhée psychogène, oubli des contraceptifs.
Anorexie mentale ;

Chapitre I : Grossesse et les morts nés

- B) Une ambivalence vis-à-vis de la grossesse : grossesse nerveuse, comportements irrationnels face à l'avortement, avortements spontanés récidivants ;
- C) Un refus inconscient ou manifeste de grossesse : stérilité psycho somatique, demande hâtive de stérilisation.

A d'autres étapes de la vie, en particuliers la puberté et la ménopause, lors des suites de stérilisation ou d'hystérectomie, on assiste à des remaniements de ce sentiment. (**Ibid. P 150**).

32. Psychologie de la grossesse

La grossesse n'est pas une maladie, mais un état psychologique particulier de la femme. Néanmoins, comme la puberté et le mariage, elle représente une phase de remaniement des équilibres acquis comportant à la fois le risque de décompensation psychologique et la chance d'une réorganisation enrichissante de la personnalité. Les femmes enceintes tournent leur intérêt et leur énergie vers l'intérieur d'elles-mêmes comme si elles avaient besoin de toute leur vitalité pour elles et l'enfant. Cet égoïsme psychologique s'exprime souvent par des détails comme les envies et la demande de preuves d'amour supplémentaires au mari.

L'évolution psychologique de la grossesse dépend de la façon dont se réalise l'identification mère-enfant. On peut envisager deux éventualités :

A) La fusion physique mère-enfant correspond, dans l'esprit de la femme, à une fusion psychique : la mère et l'enfant ne sont pas qu'un seul être et le retrait narcissique les englobe tous les deux. Ce sont des femmes qui embellissent pendant la grossesse, qui se sentent alors « bien dans leur peau » et vraiment complètes. Mais elles ont tendance à faire dépressions du post-partum;

B) L'enfant est dans la mère, il est déjà quelque chose de différent d'elle. Dans ces cas, toute l'énergie narcissique se concentre sur l'enfant et ces femmes se dépriment parfois pendant leur grossesse. En revanche l'accouchement se passe sans problème psychologique.

Les troubles de grossesse découlent d'une interaction entre processus organique et psychologique : par exemple une nausée d'origine organique peut faire revivre des sentiments refoulés de dégoût, tandis que des sentiments négatifs vis-à-vis d'une grossesse non acceptée renforcent la nausée et peuvent aboutir à des vomissements incoercibles. (**Ibid. p150, 151**).

33. La phobie de la grossesse et de l'accouchement

Il s'agit d'une angoisse immotivée, irraisonnée et disproportionnée par rapport à l'événement. Les angoisses vis-à-vis de l'accouchement sont plus fréquentes et importantes que celles concernant la grossesse. Les symptômes font partie du tableau de la névrose phobique ou plus rarement de la névrose d'angoisse, ils cachent parfois un noyau de personnalité Psychotique. L'étiopathogénèse est multiple :

- A) Il peut s'agir de personnalités infantiles et égocentriques qui craignent les modifications de leur corps et les douleurs. On retrouve fréquemment dans l'anamnèse une tendance au vaginisme avec peur de la pénétration qui s'est transformée en peur de l'expulsion ;
- B) La phobie de l'accouchement est fréquemment associée à la peur d'étouffer ou d'étrangler l'enfant à la naissance. Comme dans le vaginisme, ces femmes ont une mauvaise représentation de leur schéma corporel et l'impression que « la bas, c'est trop étroit » ;
- C) Dans certains cas, plus graves, la phobie de la grossesse cache la crainte d'être la mauvaise mère, l'obsession d'accoucher d'un monstre ou d'un enfant malformé.

Pour la phobie de la grossesse, on prescrira, selon la structure de personnalité, une psychothérapie de soutien en cours de grossesse ou une psychanalyse si la phobie empêche la « Mise en route » d'une grossesse pourtant désirée.

Pour la phobie de l'accouchement, un cours d'accouchement sans douleur commencé précocement suffit parfois ; on a conseillé des thérapies de déconditionnement, par exemple la désensibilisation systématique.

Certains gynécologues font un accouchement sous narcose répondant ainsi au désir de la patiente. Mais cette décision gynécologique dépend de la conception psychosomatique du médecin. Des médecins préoccupés surtout de soulager l'angoisse symptomatique choisiront cette solution de dépannage, tandis que d'autres préféreront aider la femme à comprendre et à dépasser son angoisse. (Haynal, A. et al, 1997, p 152-153).

34. L'angoisse depuis le début de la grossesse

Aventure physiologique mais aussi épreuve physique et psychologique, la grossesse peut générer des manifestations d'angoisse souvent mal vécues par la future maman. Les moments d'anxiété en début de grossesse sont liés à la peur de perdre son bébé, à la crainte qu'il ne soit pas « normal », à l'impression de ne pas être à la hauteur ou de ne pas

Chapitre I : Grossesse et les morts nés

Correspondre à l'image de la future maman idéale. Ces craintes sont normales au premier trimestre. (Hallot, I. 2007, p 127).

3.5. La dépression et la grossesse

La grossesse est vécue comme un moment heureux pour la majorité des femmes, mais pour d'autres, l'expérience peut être source de mal-être. Environ 10% des femmes présentent des symptômes dépressifs au cours de la grossesse. C'est donc un événement fréquent qu'il faut savoir reconnaître et traiter.

Désintérêt pour les activités que vous appréciez auparavant, modification de l'appétit, troubles du sommeil, tristesse, agitation ou irritabilité, fatigue, perte d'énergie. Ces signes peuvent être confondus avec les manifestations « normales » de la grossesse et décelés tardivement. Ils convient de s'alerter s'ils persistent plus de 2 semaines.

Certains facteurs peuvent favoriser la dépression. Parmi aux les antécédents dépressifs, les difficultés familiales, financières ou dans le travail mais aussi des tensions au sein du couples. Les grossesses à risque ou celles survenues suite à un traitement de stérilité sont également mises en causes. Une grossesse non planifiée ou un bébé non souhaité peuvent être aussi des facteurs déclenchant. Une future maman dépressive se désintéresse de sa grossesse et le futur bébé risque d'en être affecté. Les accouchements prématurés sont d'ailleurs plus fréquents. Une prise en charge est donc nécessaire.

La dépression peut être traitée de plusieurs manières, mais il est important que la future maman en parle au gynécologue qui suit la grossesse. Plusieurs options thérapeutiques s'offrent : les groupes de soutien, la psychothérapie ou le traitement médicamenteux. (Hallot, I. 2007, p, 125).

4. Définitions du mort-né

La définition varie d'un auteur à un autre. Plusieurs définitions ont été proposées par les auteurs.

Selon la définition de l'OMS, un enfant mort-né correspond au « décès d'un produit de conception lorsque ce décès est survenu avant l'expulsion ou l'extraction complète du corps de la mère, indépendamment de la durée de gestation. Le décès est indiqué par le fait qu'après cette séparation, le fœtus ne respire pas et ni ne manifeste aucun autre signe de vie tel que

Chapitre I : Grossesse et les morts nés

Battement de cœur, pulsation du cordon ombilical ou contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté » (OMS. Genève1977).

En Suisse, selon l'article 9 de l'ordonnance sur l'état civil du 28 avril 2004, « un enfant est désigné en tant que mort-né s'il ne manifeste aucun signe de vie à la naissance et si son poids est d'au moins 500 grammes ou si la gestation a duré au moins 22 semaines entières».

Selon J .LANSAC on désigne par mort fœtale in utero tout décès fœtal avant la mise en travail, survenant après la limite de viabilité telle qu'elle a été fixée par l'OMS à savoir 22SA ou un poids de naissance de plus de 500g.

L'OMS a également défini un seuil de viabilité : 22 semaines d'aménorrhée (SA) révolues ou un poids de 500 g. On parle de mort fœtale in utero (MFIU) lorsque le décès est constaté avant le début de travail, par opposition à la mort per partum, survenue du décès au cours du travail. (<https://www.passeportsante.net>).

La mort fœtale in utéro : Au cours de la grossesse, la survenue d'une mort fœtale in utéro est un évènement inattendu, brutal, et reçu de plein fouet par les futurs parents. Il s'agit « D'un décès fœtal observé après la limite de viabilité, c'est-à-dire après 22 semaines d'aménorrhées, et avant le début du travail ». Avant 22 semaines d'aménorrhées, nous parlerons de fausse couche, précoce ou tardive, et si le décès survient au cours du travail, nous parlerons de mort per-partum. Ces situations peuvent être tout aussi difficiles à vivre pour le couple parental. (Martinek, I.E. Vial, Y. Hohifeld. 2006. p 594-606).

5. Etiologie du mort-né

La cause d'une mortinaissance « n'est clairement déterminée que dans 40 % des cas » (Williams, O. 2009, p 1269).

La recherche de la cause d'une mort fœtale in utero est importante pour éviter la répétition de ces accidents. Elle a lieu au moment du diagnostic et lors de l'autopsie du fœtus, si les parents l'autorisent.

Chapitre I : Grossesse et les morts nés

Les causes maternelles	Les causes placentaires	Les causes fœtales
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hypertension ➤ Diabète ➤ Hyperthyroïdie ➤ Traumatismes ➤ physiques ➤ Abus de substances 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Décollement placentaire ➤ Infarctus du placenta ➤ Accident du cordon ➤ Syndrome du transfuseur/transfusé 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Malformations ➤ Infections

Tableau n°02 : Les causes des mort-nés. (Cunningam, F. et al.2009p.1269).

➤ **Avant 27 semaines**, les morts fœtales sont sur tout dues à des malformations fœtales, des anomalies chromosomiques et des infections.

➤ **Entre 28 et 36 semaines**, les causes principales sont un retard de croissance du fœtus ou un hématome rétro placentaire.

➤ **Après 37 semaines**, la mort fœtale est le plus souvent due à un accident de cordon.

Parmi les causes de MFIU les plus souvent retrouvées sont :

A) Insuffisance placentaire : l'insuffisance placentaire est de loin la cause la plus fréquente des morts in utero (environ 50% des cas).

B) L'hématome rétro placentaire : est un décollement anormal du placenta, qui stoppe le transport des apports maternels jusqu'au fœtus. C'est une complication grave de la grossesse, mettant en jeu à la fois la santé de la mère et celle du fœtus ou de l'embryon :

- Il peut provoquer des hémorragies extrêmement graves.
- C'est la principale cause de mort fœtale in utero.

Comme forme chronique on trouve des troubles de la diffusion et de la perfusion, qui conduisent d'abord au retard de croissance fœtale in utero et, en cas d'aggravation, à la mort in utero. L'insuffisance placentaire peut être aiguë en cas de décollement prématuré du placenta ou de décollement d'un placenta prævia.

Chapitre I : Grossesse et les morts nés

- A) Pathologie du cordon ombilical : la pathologie du cordon est la deuxième cause de mort in utero (environ 20% des cas). Le cordon peut s'enrouler fortement autour du corps fœtal ou bien subir une forte constriction au niveau d'un nœud du cordon suite aux mouvements du fœtus. La circulation sanguine sera réduite, voire interrompue.
- B) Les malformations du fœtus : les malformations fœtales constituent une cause fréquente de mort in utero (environ 10% des cas). Il s'agit en particulier de malformations cardiaques et d'anomalies du système nerveux central, digestives ou parfois l'association de plusieurs malformations qui provoquent des avortements tardifs ou des morts fœtales in utero.
- C) Maladies maternelles : en particulier l'hypertension, le diabète sucré et d'autres anomalies métaboliques (environ 7% des cas). Pathologie thyroïdienne, lupus, usage de drogue, pathologie utérine (antécédents de rupture utérine, malformations, cloison utérine), syndrome des antis phospholipides.
- D) Infections : avant tout les infections généralisées de la mère (environ 5% des cas). Cytomégalovirus, toxoplasmose.
- E) Un retard de croissance : Lorsque le fœtus ne se développe pas suffisamment, on parle de retard de croissance intra-utérin. Dans les cas les plus sévères, ce retard peut conduire à la mort du fœtus.
- Si ce retard est précoce, c'est-à-dire diagnostiqué à l'échographie des 22 semaines, il peut être la conséquence d'une anomalie chromosomique, d'une infection ou d'une intoxication de la mère et du fœtus par une maladie métabolique (diabète) ou par l'alcool, le tabac ou l'usage de drogues.
 - Lorsque le retard de croissance intra-utérin est diagnostiqué après 22 semaines, l'origine est le plus souvent vasculo-nutritionnelle : la nutrition par l'intermédiaire du placenta est lacunaire.
- F) Anémie maternelle, traumatisme (par ex accident). **(Risques, maladies. P128-129).**

6. Le Diagnostic du mort-né

Suite aux recommandations de l’OMS, nous pouvons évoquer une mort fœtale in utéro lorsqu’il y a une disparition des mouvements actifs fœtaux et une absence de bruits du cœur à l’enregistrement du rythme cardiaque fœtal ou au sonicaid. Ce diagnostic est également envisagé lorsqu’il y a une disparition des symptômes de grossesse, une diminution de la hauteur utérine, une diminution de la croissance intra utérine du fœtus ou encore une montée laiteuse chez la mère. (OMS. <http://www.who.int/en>).

Tableau clinique et diagnostic : le premier signe d’une éventuelle mort in utero est la diminution, voire la disparition, des mouvements fœtaux ressentis par la mère. Cette constatation est confirmée par un examen aux ultrasons ou par une cardiographie. Ce diagnostic placera non seulement la mère et son partenaire, mais aussi le médecin et la sage-femme, dans une situation extrêmement pesante. Beaucoup de compassion et une attention sincère seront nécessaires pour obtenir un peu d’adoucissement. (ibid)

Conduite après l’établissement du diagnostic : En règle générale, le fœtus mort est accouché par voie vaginale. Pour induire ou accélérer l’accouchement on utilise des prostaglandines et/ou de l’ocytocine. Une brève anesthésie de la mère est en général effectuée lors de la phase d’expulsion ; elle permettra d’effectuer un curetage de contrôle après l’expulsion du placenta.

Après le diagnostic de la mort fœtale in utéro, un traitement médicamenteux est administré à la future maman afin de déclencher le travail. L’expulsion du bébé par voie basse est toujours privilégiée à la césarienne.

7. Le deuil chez les femmes ayant accouchés un mort-né

Le deuil périnatal est le processus faisant suite à une mort périnatale. D’après l’OMS (2014), la mort périnatale survient en cours de grossesse, à la naissance ou durant les 7 premiers jours de vie du nouveau-né.

Le deuil périnatal est un deuil singulier : celui d’une personne qui n’a pas vécu, si ce n’est dans le ventre de sa maman. Selon une étude américaine, le risque de dépression après un enfant mort-né peut persister jusqu’à 3 ans après l’accouchement. Un suivi psychologique est donc conseillé, tout comme le recours au soutien des groupes de parole et des associations. (Hogue. Carol J.R. et al. 2015,p131–143).

7.1. Les étapes du deuil

Selon les théories issues du modèle de Kubler-Ross (1969), très répandues dans le monde de la santé, le deuil se fait en 5 étapes :

- ❖ **Le choc** : débute au moment de l'annonce de la perte.
- ❖ **Le déni** : mécanisme de protection d'une réalité trop dure, tentative d'éviter la prise de conscience de la perte.
- ❖ **La colère** : conscientisation de la perte amenant des sentiments de révolte, de culpabilité et d'injustice.
- ❖ **La dépression** : étape centrale du deuil, expression des émotions et des pleurs.
- ❖ **L'acceptation** : intégration et acceptation de la perte permettant la reprise des activités de la vie quotidienne.

8. La prise en charge des parents à l'hôpital après le décès d'un mort-né

La prise en charge des parents après le décès d'un nouveau-né va regrouper les différents actes, explications à donner et démarches sur la prise en charge. Elle devra être adaptée au service où s'est produit le décès, aux circonstances du décès, mais aussi à l'âge du nouveau-né. **(Olivenbaum, M. (2010 – 2013). p, 6).**

Tout d'abord, des précautions doivent être prises lors de l'annonce du diagnostic défavorable, dans la situation où le décès du bébé est soudain et entraîne culpabilité et choc. Le médecin va devoir expliquer aux futurs parents pourquoi et comment leur rêve s'arrête, brutalement. Ensuite, il va devoir expliquer de façon claire et précise, sauf cas d'urgence, le déroulement de l'accouchement ainsi que les principales conséquences pour la mère inhérentes à cet accouchement. Il va devoir aborder avec le couple la présentation ou non du bébé et le devenir de son corps. **(Ibid. p, 6).**

Chapitre I : Grossesse et les morts nés

L'infirmière, quant à elle, va devoir expliquer tous les soins qu'elle va pratiquer, ainsi que tous les appareils utilisés au couple. Elle peut utiliser la communication verbale ou non verbale : elle peut leur tenir la main ou les prendre dans les bras si elle sent que le couple en a besoin. Elle va devoir alors les observer, interpréter leurs gestes, leurs paroles, afin d'adapter son comportement et transmettre à l'équipe, les informations nécessaires à la prise en charge du couple au sein de la maternité. Elle doit montrer aux parents qu'elle est présente pour eux mais leur laisser une certaine intimité pour qu'ils puissent se retrouver ensemble. C'est là toute la difficulté de la prise en charge : l'infirmière, consciente de cette ambivalence, peut simplement leur demander ce qu'ils attendent d'elle tout en leur confirmant son entière disponibilité auprès d'eux. De plus, elle doit s'assurer que les parents ont bien compris la situation, les informations les plus importantes, le déroulement et le lieu de l'accouchement et doit pouvoir répondre à leurs questions en toute honnêteté. (**Www. Infirmiers. Com**).

Il sera souvent nécessaire de soutenir la mère ; les parents pour surmonter la situation et effectuer un travail de deuil approprié. Cela peut se réaliser grâce à un soutien psychologique et par l'entremise d'un groupe d'entraide, de plus, une bonne cohésion familiale est nécessaire. (**Ibid. p, 7**).

Une prise en charge psychologique est aussi mise en place afin d'aider le couple à traverser ce traumatisme qu'est le deuil périnatal. Cet accompagnement commence dès l'annonce du décès du bébé, avec notamment le choix des mots. Une consultation avec une sage-femme spécialisée en deuil périnatal ou un psychologue est proposée aux parents. Veulent-ils voir le bébé, le porter, l'habiller, lui donner ou non un prénom ? C'est aux parents que reviennent ces décisions qui font partie intégrante de leur processus de deuil. (**Www. Passeportsante.net**).

La présentation de l'enfant mort-né à la naissance peut être proposée au couple au sein de la maternité ; elle doit être favorisée afin de permettre d'amorcer le travail de deuil. Cette présentation doit être faite par un membre de l'équipe, volontaire, dès que le couple ou la mère se sentent prêt. La présentation doit être « humanisée », c'est à dire que le bébé doit être nettoyé et habillé. Il ne doit pas être lavé pour ne pas le refroidir. Si les parents ont choisis un prénom, l'infirmière doit le mentionner autant que possible afin de faire de ce bébé, un être à part entière au sein de la famille. (**Beaudet, L. et De Montigny, F. (1993). p, 325**).

Conduite à tenir en cas d'accouchement d'un enfant mort-né ou décès en post-partum immédiat :

Chapitre I : Grossesse et les morts nés

- Respecter le deuil des parents, préserver leur intimité pour leur permettre d'extérioriser leur chagrin et de partager leurs sentiments.
- Offrir un soutien adapté et discret.
- Etre à l'écoute de leurs souhaits à propos du bébé (déclaration de naissance, inhumation, pratique religieuses, etc.) et contribuer à leur réalisation.
- S'ils dédient voir l'enfant (souhaitable pour l'élaboration du deuil), veiller à sa présentation (toilette, habillage) afin de diminuer le traumatisme par une vision plus acceptable.
- Prévoir leur demande, immédiate ou quelque fois différée, de conserver des souvenirs de l'enfant tels que photographies, bracelets d'identité.

A la sortie de la patiente, il est nécessaire pour le couple d'avoir le maximum de document sur leur hospitalisation, une aide sur les formalités administratives et sur leur droit (congé paternité ou maternité, arrêt de travail), d'avoir eu une consultation psychologique ainsi que la mise en place d'un suivi à l'extérieur, aussi bien psychologique que médicale. (**Www. Infirmiers. Com**).

Synthèse

En effet, la grossesse est un ensemble des processus psycho-affectif qui se développent et intègrent la femme à la maternité. La mort d'un bébé est une épreuve difficile dans la vie d'un parent. C'est normal qu'il traverse une période de deuil au cours de laquelle il ressent toute une gamme d'émotions. Dans ce cas le rôle d'un psychologue est primordial dans la prise en charge psychologique de ces femmes.

Chapitre II :
Traumatisme psychique

Chapitre II : Traumatisme Psychique

Préambule

Après l'accouchement y a un grand changement dans la vie d'une femme soit au niveau psychologique soit au niveau physiologique, surtout l'accouchement d'un mort-né qui peut conduire à la survenu d'un traumatisme psychique.

Dans ce chapitre nous allons aborder le sujet de traumatisme psychique ,on va souligné d'abord l'aspect historique et l'évolution de cette notion puis on passera aux définitions de traumatisme et ces concepts, et puis la description clinique du syndrome psychotraumatique, suivi des phases de traumatisme et ça typologies, l'éthologie et des approches explicatives du psychotrauma, ainsi que la prise en charge des traumatisés et on termine avec une synthèse du chapitre.

1. Historique du traumatisme psychique

L'histoire de trauma est vielle comme la violence et l'angoisse des hommes .la question du trauma est sans doute aussi ancienne que l'humanité .depuis que l'homme existe, il est en permanence confronté à la souffrance des autres ainsi qu'à la sienne. On en trouve la trace dans nos plus vieux récits légendaires (les mythes à partir de 2200A.V. J.C). À côté des récits légendaires, les récits historique et scientifique de l'antiquité nous livrent de véritables observations cliniques, notamment par Hérodote (450A.V. J.C) (le cas Epizelos) et Hippocrate (vers400 A.V. J.C) (dans son traité des songes).

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

En psychopathologie, on admet que les excitations attenantes a l'événement traumatisant ont fait effraction au travers des défenses du psychisme ainsi par extension, ce terme a été utilisé par

Chapitre II : Traumatisme Psychique

les psychiatres, pour désigner les phénomènes psychique pouvant résulter de la confrontation brutale et soudaine d'un individu a un événement menaçant son intégrité psychique et /ou psychique. (Crocq, L. 2014, p.10).

Pour pierre Janet, le traumatisme psychique « c'est des excitations liées à un événement violent viennent frapper le psychisme, y pénètrent par effraction ,et y demeurent ensuite comme un "corps étranger " puis , ce corps étranger va donner lieu à une dissociation de la conscience : la souvenance brute de cet événement (souvenance de sensations, d'images et d'éprouvés bruts , que Janet dénomme « idée fixé ») fait bande à part dans un recoin du préconscient, ignoré de la conscience, et y suscite des manifestations psychiques ou psychomotrices "automatique», non délibérées et inadaptées (telles que 'hallucinations, cauchemars, sursauts et actes automatiques), tandis que le reste de la conscience continue d'élaborer des pensées et des actes circonstanciés et adaptés.(Crocq, L. 2014,p.10).

Pour Freud fonde sa théorie de trauma à partir de l'étude de l'hystérie, en effet, ses patients hystériques lui raconte toutes qu'elles ont été séduites par un adulte dans leurs enfance. Ce récit incite Freud à penser qu'un événement traumatique réel est directement lié au développement de l'hystérie. La sexualité est donc en cause, elle serait révélée à l'enfant par l'adulte séducteur et ferait a ainsi effraction dans l'enfance.

Les expériences traumatisantes sont extrêmement pathogènes du fait qu'elles dégagent de trop grandes quantités d'excitation qui ne peut être traitées par l'appareil psychique. Le traumatisme puis Freud revient sur sa croyance dans le caractère réel de la séduction : il découvre que la névrose ne se rattache pas à des évènements réellement vécus mais a des fantasmes (Rézette, S. 2008. p157).

Pour Claude barrois (1988), il s'agissait de descriptions de formes aiguës de syndrome psycho traumatiques. Par la suite, c'est lors de découverte de l'inconscient que la recherche sur la névrose traumatique s'est poursuivie. Oppenheim (1888) introduisit le premier l'appellation "névrose traumatique" à la suite des premiers accidents de chemin de fer. Dans son ouvrage intitulé névrose traumatique (1888), il présenta 41cas de personnes atteintes de symptômes psychique et nerveux dans les suites d'accident d'usine et de chemin de fer. Ces rescapées étaient obnubilées par le

Chapitre II : Traumatisme Psychique

souvenir de l'accident. Ils étaient sujets à des crises d'anxiété réactionnelles a tout ce qui pouvait le rappeler, ils étaient aussi assaillis par des cauchemars de reviviscence et était perturbé au niveau affectif pleurant "face à des spectacles qui les laissaient jadis indifférente"(op, cite, p.8-7).

Après la guerre du Vietnam, les psychiatres américains étudient à partir des année 1970 les séquelles psychique observées chez les vétérans et ces constatations aboutissent en 1980, dans la troisième édition du manuels diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM III) de l'association américaine de psychiatrie (APA), à la définition de PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) ou EPST (état de stress post traumatique) ce dernier sera doté de critère diagnostique rigoureux et sera classé dans la catégorie des trouble anxieux.

Dans le DSM5 paru en 2013, on voit apparaitre des modifications concernant les troubles poste traumatiques. L'association américaine octroie ainsi au PTSD toute l'attention qu'il mérite en concernant un chapitre distinct nommé « trauma and stress related disorder » (les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress). Les troubles répertoriés dans ce chapitre sont les seuls au sein du DSM5 à requérir l'identification d'un évènement déclencheur extérieur. Les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress regroupent des troubles pour lesquels l'exposition à un événement traumatique ou stressant est explicitement notée comme critère diagnostique. Ils comprennent : trouble réactionnel de l'attachement, la désinhibition du contact social, le trouble stress post-traumatique, le trouble de stress aigu et les troubles de l'adaptation le trauma est nommé « le trouble stress post-traumatique TPST»(DSM5).

La dixième de la révision de la classification statistique international des maladie mentales et des problèmes de santé connexe (CIM10) éditée par l'organisation mondiale de la santé (OMS) et parue en 1992, a emboité le pas aux américains, et propose le diagnostic « d'état de stress post- traumatique » (classé sur le PTSD américains) classé dans la catégorie « troubles névrotique troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes » sous la notion « état de stress post- traumatique » (F43.1). Par ailleurs, la CIM9 proposait déjà le diagnostic suivant « état réactionnels aigus à une situation très éprouvante » (308). Quant à la CIM11, le chapitre 6 « troubles mentaux, troubles comportementaux et neurodéveloppementaux » propose dans « troubles spécifiquement associés au stress » le « trouble stress post-traumatique».

Chapitre II : Traumatisme Psychique

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

En Algérie les notions de traumatisme psychique et d'état de stress post traumatique sont entrées dans le discours médical, après les massacres terroristes survenus à Benthalha et Rais dans le milieu des années quatre-vingt-dix. Pour autant, nos aînés médecins, psychiatres et psychologues auraient dû être interpellés par les désordres psychiques présentés, notamment, par les « anciens maquisards » au lendemain de la guerre de libération nationale et plus tard chez les victimes des catastrophes naturelles qui ont frappé l'Algérie. Nous pensons en particulier au séisme qui a détruit en octobre 1980 la ville d'el Asnam (Chlef), les inondations survenues à Alger en octobre 2001 et le séisme de Boumerdes de mai 2003.

Les pathologies traumatiques constituent depuis quelques années un véritable enjeu de santé publique. Qu'on les dénomme « névrose traumatique », « syndrome psychotraumatique » ou « Trouble stress post traumatique » elles décrivent les conséquences psychologiques et psychiatriques liées à l'exposition à un événement traumatique.

Au cours de ces dernières décennies, l'intérêt pour la psycho traumatologie n'a cessé de croître. Suscitant de nombreuses recherches, souvent multidisciplinaires. On connaît mieux les soubassements neuroanatomiques et neurobiologiques du trauma. Les facteurs de vulnérabilité et de résilience ont été précisés.

2. Définitions du traumatisme

Le traumatisme est défini : comme un événement externe, datable dans l'histoire du sujet et provoquant des affects pénibles ; « tout incident capable de provoquer des affects pénibles, frayeur, anxiété, honte, peut agir à la façon d'un choc psychologique et c'est évidemment de la

Chapitre II : Traumatisme Psychique

sensibilité du sujet considéré que dépendent les effets du traumatisme » (Freud et Breuer, 1895) **(Chahraoui, KH. 2014, p9).**

Dans le dictionnaire de psychologie (2003) Sillamy définit le traumatisme comme suit « choc violent susceptible de déclencher des troubles somatiques et psychiques » **(Sillamy, N 2003, p272).**

Alors que Crocq dans son livre « traumatisme psychique, prise en charge psychologique des victimes » définit le traumatisme comme « un phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (psychique ou physique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur ». **(Crocq, L. 2007, p7).**

Pour Barrois le traumatisme est « un choc violent, inattendu d'une rencontre avec le « réel » de la mort, la personne y réagit avec effroi et dans un sentiment d'impuissance et d'absence de secours. Ensuite l'évènement effrayant reste non intégré au psychisme, revenant de façon compulsive dans des sensations de reviviscence ou comme menace imminente ».

3- Les différents concepts du traumatisme psychique

3-1 La névrose traumatique : Type de névrose où l'apparition des symptômes est consécutive à un choc émotif généralement lié à une situation où le sujet a senti sa vie menacée. Elle se manifeste, au moment du choc, par une crise anxieuse paroxystique pouvant provoquer des états d'agitation, de stupeur ou de confusion mentale. Son évolution ultérieure, survenant le plus souvent après un intervalle libre, permettrait de distinguer schématiquement deux cas :

- A) le traumatisme agit comme élément déclenchant, révélateur d'une structure névrotique préexistante ;
- B) le traumatisme prend une part déterminante dans le même contenu du symptôme (ressassement de l'évènement traumatisant, cauchemar répétitif, trouble du sommeil, etc.), qui apparaît comme une tentative répétée pour lier « et abrégier le trauma ; une pareille "fixation au trauma" s'accompagne d'une inhibition plus ou moins généralisée de l'activité du sujet. **(Laplanche., et Pontalais, J-B.1967.p286).**

Chapitre II : Traumatisme Psychique

3-2 L'effroi : réaction à une situation de danger ou à des stimulations externes très intenses qui surprennent le sujet dans un état de non-préparation, tel qu'il n'est pas à même de s'en protéger ou de les maîtriser. (**Laplanche., et Pontalais, J-B.1967.p128**).

3-3 Stress : on peut définir le stress comme «une réaction biologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense de l'individu face à une agression ou à une menace ou une situation inopinée. (**Crocq, L. 1990.p9-10**).

3-4 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 (**Solmit A.J. 1982.p485-498**).

3-5 Trauma: On peut le définir comme un phénomène d'effraction du psychisme, et de débordement de ses défenses par les excitations 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, L. 1990.p10**).

3-6 Victimologie : Gérard Lopez définit la victimologie comme le discours scientifique pluridisciplinaires, philosophique, sociologique, médicale et juridique, élaboré au sujet de la victime. On distingue la victimologie pénale, étroitement liées à la criminologie générale ou humanitaire dont le champ d'étude s'étend aux victimes d'accident divers. Elle peut être distinguée de la psycho traumatologie. (**Kédia, M. et Sabouraud-seguin, A.et al. 2013. p69**).

4- La description clinique du syndrome de psychotraumatique

Les syndromes psychotraumatique présente les dimensions clinique et psychopathologique bien spécifique qui sont en trois nombre : 1 - la névrose traumatique, 2 - le syndrome de répétition, 3 - l'altération de la personnalité.

4-1 La névrose traumatique

Sur le plan clinique, l'installation de la névrose traumatique ou du syndrome psychotraumatique se traduit par deux ordres de manifestations : d'une part, des symptômes de

Chapitre II : Traumatisme Psychique

répétition et des symptômes non spécifiques tels que l'anxiété, les symptômes phobique, l'inhibition... Et d'autre part. Une altération de la personnalité qui s'avère gênante et invalidante pour le sujet, par exemple des attitudes, une manière d'être et des comportements de type craintif, egocentrique et régressifs. (Crocq, L. 1998, p57).

4-2 Le syndrome de répétition

Le syndrome de répétition est la manifestation directe de l'image traumatique incrustée. Il est pathognomonique de la névrose traumatique mais il doit être accompagné d'un ou plusieurs symptômes associés qui témoignent de la réaction névrotique à la présence de celle-ci. En effet, on voit de temps en temps des sujets qui ont un syndrome de répétition, généralement peu intense et espacé, et qui par ailleurs se portent très bien « comme avant ». Ce sont eux chez qui on observera souvent des guérisons spontanées. Parfois, après le retour d'une mission, un soldat fait une série de cauchemars traumatiques dans la ou les semaines qui suivent son retour, série qui peut être brève ou plus longue. Il peut également faire des cauchemars espacés pendant quelques mois ou quelques années. Dans ces cas, on ne peut généralement pas parler de névrose traumatique étant donné l'absence des symptômes névrotiques. (Lebigot, F. 2005.p64).

Le syndrome de répétition signe principalement la fixation temporelle et psychique à l'évènement traumatique et à son impact violent. Il peut se comprendre comme l'absence d'intégration et d'assimilation du traumatisme, qui continue d'agir comme un corps étranger à l'intérieur du psychisme du sujet c'est principalement l'impossibilité de représentation, d'élaboration et de symbolisation de l'évènement qui est en lien avec les phénomènes de répétition on peut toutefois aussi comprendre la répétition de manière active et pas seulement passive en la considérant comme une tentative de maîtrise de l'évènement pour essayer d'échapper et également comme une tentative d'élaboration non aboutie.(Chahraoui,KH. 2014, p16.)

4-3 L'altération de la personnalité

Pour Fenichel la personnalité est totalement réorganisée par le traumatisme sous la forme, d'une dépendance accrue, d'une régression et d'une forte ambivalence. Il souligne la dimension d'altération de la personnalité qui renvoie au blocage des fonctions du moi, en effet, toute l'énergie du sujet est concentrée seulement sur une tâche unique : il s'agit de l'énergie défensive pour maîtriser l'excitation envahissante, ce qui a pour effets de bloquer les autres

Chapitre II : Traumatisme Psychique

fonctions comme la perception ou l'aperception et d'empêcher tout traitement de nouvelles excitations.

Chez Fenichel, le blocage du moi se manifeste à travers trois types de blocage, qui ont été repris et développés dans les descriptions cliniques de L. Crocq :

- A) **Le blocage de la fonction de filtration de l'environnement** (correspondance DSM : symptôme d'évitement). Il se manifeste par des états d'hyper vigilance et d'alerte permanentes, des réactions de sursaut, un sommeil léger, des réveils fréquents et un évitement des stimuli rappelant le trauma.
- B) **Le blocage de la fonction de présence** (correspondance DSM : émoussement de la réactivité générale) : il se manifeste par une perte d'intérêt pour les activités et les loisirs, une impression de monde lointain et d'avenir bouché. Le sujet est dans le retrait social avec une perte de curiosité et d'intérêt pour tout ce qui l'entoure.
- C) **Le blocage de la fonction d'amour et de relation à autrui** (correspondance DSM : restriction des affects) : on retrouve ici un sentiment de détachement par rapport aux autres, une attitude de régression narcissique avec dépendance, une incapacité d'aimer et de comprendre les autres, un sentiment d'irritabilité permanent avec repli sur soi. (Chahraoui, KH. 2014. p16-17).

4-4 Les symptômes non spécifiques

À côté des symptômes de reviviscence et des symptômes de blocage de la personnalité, les patients se plaignent de divers symptômes non spécifiques (CAD qui peuvent être couramment observés aussi dans d'autres affections psychiatriques) et qui se répartissent en cinq rubriques qui sont :

- A) Anxiété (ces patients sont devenus des anxieux, avec de l'anxiété diffuse, généralisée, et des paroxysmes aigus d'angoisse psychique et somatique) ;
- B) L'asthénie (il s'agit d'une triple asthénie, physique, psychique et sexuelle) ;
- C) Des manifestations psychonévrotiques phobiques (phobie rappelant le

Chapitre II : Traumatisme Psychique

trauma), hystériques (conversions et crises), voire obsessionnelles (rituels vérificatives et conjuratoires) ;

- D) Des troubles psychosomatiques tels que dyspnée asthmatiforme, hypertension, calvitie et alopecie, goitre et diabète.
- E) Des troubles des conduites, tels que crises excito-motrices, fugues, crises clastiques ou agressives, tentatives de suicide, anorexie et boulimie, alcoolisme et toxicomane.

Ces symptômes non spécifiques sont très fréquemment observés dans le tableau clinique psycho traumatiques, et il est même exceptionnel de voir un syndrome psychotraumatique qui n'en comporte pas au moins un. Les américains eux même insistent, dans leurs publication sur le PTSD, sur les troubles des conduites (conduites agressives, alcoolisme et cliniques, la question de savoir ce qui, dans ce groupe de symptômes non spécifique est directement et exclusivement du au trauma, et ce qui relève aussi de la personnalité préexistante et de ses frayages morbides antérieurs, est une autre question, d'étiopathogénie, qui n'a pas à être examinée ici. (Crocq, L.1996. p371).

5. Les phases de traumatisme psychique

Sur le plan clinique on distingue trois phases dans la pathologie psychotraumatique phases :

5 -1 Phase immédiate ou « réaction émotionnelle immédiate»

Qui dure de quelques heures à une journée peut être dénommé le stress. Il s'agit d'un stress adapté, grevé seulement de ses symptômes d'accompagnements qui sont parfois gênant (pâleur, sueur, tachycardie, spasmes viscéraux, tension anxieuse, etc.) il peut s'agit aussi d'un stress dépassé dans ses formes de sidération, d'agitation, de fuite panique et d'action automatique. (De clercq, M. Lebigot, F. 2001.P5-6)

5-2 La phase poste immédiate

Est une phase d'évolution et de surveillance, ou bien on voit le stress s'éteindre (« queue de stress »), parfois non sans décharges émotionnelles différées, psychiques ou neurovégétatives, ou bien, on voit émerger des signes d'installation d'une névrose traumatique durable, dans sa phase

Chapitre II : Traumatisme Psychique

de latence ou de « méditation » qui quoi qu'on en dise, n'est pas silencieuse : euphorie exagérée du sujet et heureux d'en avoir été « quitte pour la peur », mais fasciné par ce qu'il vient de vivre, ou attitude de retrait dans la perplexité anxieuse et déjà dépressif, première reviviscence, et premier ruminant mentale. (De clerq, M. F, Lebigot, 2001. p5-6).

5-3 La phase des séquelles différées ou chronicisées

On ne peut en aucun cas la dénommer stress, puisque son tableau clinique est différent de celui du stress (même si une partie de ses symptômes) et puisque le stress ne correspond qu'à la réaction initiale à l'agression. Dans cette phase les cliniciens francophones proposent le terme de

« syndrome psycho- traumatique différé », terme qui recouvre toute la gamme des cas observée, aussi bien les pathologies psycho- traumatique transitoires (s'éteignant au bout de quelques mois), que des syndromes durables répondant aux critères exigés pour le diagnostic d'état de stress post traumatique chronique (du DSM-IV), que d'authentiques névroses traumatiques (avec altération typique de personnalité), et que des cas proches de la psychose, tellement a été intense et bouleversante l'expérience traumatique initiale de déréalisation et de dépersonnalisation (De clerq, M. Lebigot, F. 2001.P5-6).

6 -Typologie du traumatisme psychique

On distingue quatre types plus un (4+1) de traumatisme, Lenore Terr (1991) donne deux types :

Type I : traumatisme induit par un évènement unique, limité dans le temps, présentant un commencement net et une fin claires (accident de voiture, catastrophe naturelle, incendie.

Type II : l'évènement traumatique se répète, est présent constamment, ou il y a menacé de se reproduire à tout instant durant une longue période (violence domestique, agression, sexuelle, violence politique, guerres..), le viol et la torture sont **type II** même si l'évènement

Chapitre II : Traumatisme Psychique

s'est produit une seule fois.

Type III : Elda Solomon et Kathleen Heide (2004) ajoutent un 3ème type qui décrit les conséquences d'événements multiples, envahissants et violents, débutant à un âge précoce et présents durant une longue période. Trauma complexe (CPTSD) qui dure des mois/années selon Judith Herman (1992, 1997, **trauma & recovery**).

Type IV : traumatisme en cours « ongoing trauma », E. Jossen (2004) le trauma se poursuit dans le présent (kidnapping, otages, effet de guerre, épidémies, inceste...).

Type V : nouveau concept, (Christine Courtois, Wash, DC.2009), trauma communautaire (religion, groupe politique, ethnie). (**Bouatta, Ch. 2017. p46**).

7-les traumatismes simples et complexes

7-1 Traumatisme simple : Les traumatismes simples peuvent être définis comme des traumatismes de type I tels que précisés par Terr.

7-2 Traumatisme complexe : Judith Herman définit les traumatismes complexes comme le résultat d'une victimisation chronique d'assujettissement à une personne ou à un groupe de personnes. Dans ces situations, la victime est généralement captive durant une longue période (mois/année), sous le contrôle de l'auteur des actes traumatogènes et incapable de lui échapper. Les traumatismes complexes sont à rapprocher des traumatismes de **types III** définis par Solomon et Heide. (**Evelyne, J. 2007.P10**).

8-Étiologie de traumatisme psychique

Les principaux facteurs de risque avant le trauma sont les traumas sexuels précoces, l'existence d'un premier trauma ayant mis en jeu la vie du sujet ou d'un proche, les problèmes psychologiques et psychiatriques, la séparation et l'utilisation de drogues.

Les sujets ayant des troubles antérieurs à types de dépression et d'anxiété et des troubles de personnalité sont plus susceptibles de présenter un stress post traumatique, en particulier les sujets présentant des traits préalables de sensibilité à l'anxiété. Ces sujets vont se blâmer pour avoir subi l'événement stressant, parfois même s'en considérer comme responsables et de toute façon

Chapitre II : Traumatisme Psychique

anticiper le retour de l'évènement qui les laissera encore impuissants.

Les sujets qui ont une conception rigide d'un mode stable, juste et toujours prévisibles sont particulièrement vulnérables. Ainsi, une femme violée souffrira d'autant plus qu'elle considèrerait le monde comme juste, avec une sécurité toujours assurée. Le viol ne pouvait jamais lui arriver, car elle ne méritait pas une telle injustice. L'illusion d'un monde juste, confrontée à l'injustice fondamentale du hasard, peut ainsi aboutir à des colères pathologiques qui font souvent partie du syndrome de stress post traumatique. Elle peut aussi entraîner des réactions de revendication, d'agressivité et des comportements paranoïaques. Mais, en pratique, les conséquences dépressives sont beaucoup plus fréquentes que la paranoïa. (Cottraux, J. 2001. p154-155).

9- Epidémiologie de traumatisme psychique

Le stress post-traumatique correspond à 1% de la population générale (sur la vie) Il atteint 15% de milliard des populations exposées au théâtre des opérations, plus de 50% des prisonnières de guerre et plus de 75% des victimes de viol. Une Co-morbidité fréquente a été retrouvée avec les troubles anxieux, la schizophrénie et la dépression. (Cottraux, J. 2002. p52).

Les sujets qui ont une conception rigide d'un monde stable, juste et toujours prévisible sont particulièrement vulnérables. Ainsi, une femme violée souffrira d'autant plus qu'elle considèrerait le monde comme juste, avec une sécurité toujours assurée. Le viol ne pouvait jamais lui arriver, car elle ne méritait pas une telle injustice. L'illusion d'un monde juste, confrontée à l'injustice fondamentale du hasard, peut ainsi aboutir à des colères pathologiques qui font souvent partie du syndrome de stress post-traumatique. Elle peut aussi entraîner des réactions de revendication, les conséquences dépressives sont beaucoup plus fréquentes que la paranoïa. (Cottraux, J. 2001. p155).

10-les modèles explicatifs de traumatisme psychique

10-1 Le modèle psychanalytique : Les premiers travaux psychanalytiques sont une référence majeure dans la compréhension clinique des traumatismes psychiques et ils ont été enrichis par de très nombreux apports plus actuels.

Les travaux de S. Freud, S. Ferenczi et O. Fenichel ont donné une profondeur à l'étude de

Chapitre II : Traumatisme Psychique

ses troubles qui deviendront par la suite des névroses de guerre.

10-1-1 Sigmund Freud

Le modèle traumatique a constitué pour les premiers psychanalystes un prototype étiologique de la formation d'une névrose. ainsi les premiers travaux de Freud (1890 à 1897) mettent-ils l'accent sur les expériences traumatiques passées comme pouvant être à l'origine de la névrose ; le traumatisme est défini ici comme un événement externe, datable dans l'histoire des sujets et provoquant des affects pénibles « tout incident capable de provoquer des affects pénibles : frayeur, anxiété, honte peut agir à la façon d'un choc psychologique et c'est évidemment de la sensibilité du sujet considéré que dépendent les affects traumatiques ».(Freud et Breuer, 1995). Freud met sur le même plan un événement anodin et anodin et un événement violent et considère que les effets traumatiques dépendent de la sensibilité du sujet. Il souligne que c'est le souvenir de l'événement qui est traumatique et agit dans le psychisme à la manière d'un corps étranger, d'où la célèbre formule « c'est essentiellement de réminiscences dont souffrent les hystériques » (Freud et Breuer, 1995). Dans cette première élaboration freudienne, le traumatisme est essentiellement de nature sexuelle et ne se comprend qu'à la lumière de la théorie de l'après-coup, théorie temporelle qui est aussi une conception complexe des phénomènes de refoulement qui n'interviennent que dans un second temps ; ainsi la situation traumatique actuelle ne peut-elle être comprise qu'en référence à un événement ancien qui n'a pas été liquidé en son temps.

Mais dès 1897, Freud (1887-1902) confie dans ses lettres à Fliess qu'il ne croit plus aux scènes de séduction racontées par ses patientes et pense qu'il s'agit-là de fantasme, la théorie traumatique de types interactifs s'estompe alors, pendant quelque années, au profit d'une théorie psychanalytique qui accorde une importance plus grande aux fantasmes inconscients, à la réalité psychique et à la sexualité infantile. Le danger traumatique devient dans ce cadre théorique essentiellement interne et d'ordre pulsionnel.

10-1-2 Sandor Ferenczi

Ne cessera au cours de ses travaux, de souligner la valeur traumatique des événements violents de la réalité. Concernant les traumatismes sexuels, il critique l'abandon par Freud de sa neurotica et pense que les analystes sous-estiment l'importance des expériences traumatiques

Chapitre II : Traumatisme Psychique

réelles de la toute première enfance (1933), selon Ferenczi, le traumatisme sexuel a bien une origine externe et a des conséquences immédiates au niveau du moi, il fait partie de la réalité et non d'un processus inconscient : il s'agit d'une séduction sexuelle par un adulte à l'encontre d'un enfant.

Pendant la première guerre mondiale, Ferenczi a du point de vue clinique, une position privilégiée pour étudier les névroses traumatiques puisque étant médecin chef d'un service de neurologie ; il a l'occasion d'analyser quelque 2000 cas de névroses de guerre, selon Ferenczi (1916, 1919) le traumatisme psychique à l'origine des névroses de guerre se traduit par sa soudaineté, sa brutalité et l'incapacité du sujet à se défendre contre un choc qui implique une menace vitale. Les conséquences narcissiques d'un tel traumatisme psychique sont à nouveau soulignées « il s'agit d'une lésion du moi, d'une blessure de l'amour-propre, du narcissisme, dont la conséquence naturelle est le retrait des investissements objectaux de la libido, autrement dit la disparition de la capacité d'aimer un autre que soi-même ». le danger traumatique n'est pas à proprement parler sexuel, les troubles de la sexualité étant plutôt une conséquence, mais il est lié à une menace vitale. Ferenczi (1919,1934) note également le changement de personnalité consécutif au choc traumatique ; les sujets traumatisés psychiques n'ont plus le même caractère ils deviennent « Humbles » Alors qu'ils étaient « vaniteux » ou perdent leurs croyances religieuses ou idéologiques. (Chahraoui, KH. 2014. p10-11).

a) 10-1-3 Otto Fenichel(1897-1946)

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

Fenichel décrit ainsi les symptômes des névroses traumatiques :

Chapitre II : Traumatisme Psychique

- ❖ Le blocage ou l'affaiblissement des diverses fonctions du Moi,
- ❖ Les crises émotives incoercibles,
- ❖ Les insomnies, avec des perturbations graves du sommeil et des rêves ou sont revécu le traumatisme,
- ❖ La répétition mentale. (**Hadarbach, L. 2015.p23**).

10-2 Modèle anglo-saxon

L'école anglo-saxonne est représentée par les membres de l'A.P.A (Association Américaine de Psychiatrie).ses représentants déclarent que leurs propositions sont consensuelles dans la mesure où, disent-il, ils ne réfèrent à aucune théorie, ils se contentent d'une approche descriptive qui s'en tient l'observation de troubles et en leur regroupement sous forme d'entités psychopathologiques. (**C. Bouatta, 2007, p44**).

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

Pour cette approche, le traumatisme psychique est abordé en termes de PTSD (Post Traumatic Stress Disorder). Cela se résume en une série de symptômes regroupés en syndrome que le praticien doit rechercher chez son patient pour conclure que ce dernier présente des troubles psychotraumatiques. (**Bouatta, CH. 2007. p44**).

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

Chapitre II : Traumatisme Psychique

10-3 Approche intégratif

Une troisième appréhension du traumatisme psychique est retrouvée chez l'école française, qui est principalement représentée par L. Crocq, F. Lebigot, C. Barrois opérant dans le champ du psycho-traumatisme. Ils s'éloignent alors du point de vue des Anglo-Saxons. En effet, ils considèrent que le PTSD ne s'ouvre pas à d'autres troubles comme les maladies somatiques et les psychoses qui peuvent apparaître suite à un traumatisme. Ces derniers signalent l'athéorisme vanté mais non appliqué des rédacteurs du DSM, qui négligent toute approche psychodynamique du fonctionnement mental, dans leur répertoriations des troubles accompagnants un traumatisme.

Des troubles non spécifiques et non répertoriés dans le DSM-IV sont alors écrits par les représentants de cette approche intégrative :

- ❖ Les troubles dépressifs ou l'asthénie ne sont pas signalés dans l'ESPT alors qu'ils sont pourtant courants. Ils se manifestent parfois par une perte de plaisir et/ou une inhibition sexuelle. De la moitié à un tiers des sujets présentent un état dépressif majeur. Celui-ci peut persister trois ans après les faits.
- ❖ Les troubles cognitifs tels que les troubles de l'attention, troubles de la concentration et les troubles de la mémoire.
- ❖ Les troubles de la conduite et notamment les conduites addictives (tranquillisants, alcool, substances toxiques), conduites impulsives ou agressives, passage à l'acte suicidaire (**Pareira, M. Damiani, C.2006**).

Des troubles psychotiques, à coloration souvent paranoïde, peuvent apparaître (**Bouatta, CH. 2007**).

10-3-1 Claude Barrois(1988)

Selon Barrois, les névroses traumatiques sont la résultante non pas d'un événement, mais d'un «accident vécu comme brutal et soudain », une « catastrophe intime, singulière » qui conduit l'homme dans le tragique. Le facteur traumatisant apparaît comme un « dévoilement, une

Chapitre II : Traumatisme Psychique

révélation» pour le sujet. La scène traumatisante contient une donnée constante, qui est la rencontre de la personne avec le réel de la mort, mais elle présente aussi « quelque chose de l'apparition ». Le sujet entend alors « l'oracle de son destin » et connaît l'effroi, « la mort de soi comme vérité ultime ». « L'affect d'effroi, avec l'attaque et le dévoilement, la révélation, sont l'annonce faite au sujet qu'il n'est finalement rien » (**Barrois, 1988**).

10.3.2 Louis Crocq (1965-2007)

Louis Crocq dès 1965 prône une vision phénoménologique du trauma, reposant sur trois éléments : « l'aliénation traumatique », « le bouleversement de la temporalité », et « le non-sens impliqué par le trauma ». Il envisage la névrose traumatique non pas comme la conséquence de certains processus, mais comme « une construction factice du monde, dans un bouleversement de la temporalité, marquée du sceau de l'omniprésence du trauma horrifiant ». La névrose traumatique se caractérise par l'aliénation traumatique ou encore le changement de personnalité « un être nouveau est en eux, un être en qui ils ne se reconnaissent pas ». (L. Crocq. 1999). Elle apparaît dans ce sens, selon Crocq comme l'« expression inauthentique d'une personnalité bouleversée dont la mémoire est parcellaire et mal informée ». Ceci explique les vécus de dépersonnalisation que peuvent exprimer les personnes. Cette expérience « infiltre le présent », « obstrue l'avenir », « réorganise le passé qui s'est arrêté à l'expérience du trauma », elle est ainsi à l'origine d'un bouleversement de la temporalité, « chez le traumatisé, l'écoulement harmonieux du temps s'est arrêté ». Crocq réinterroge la question du « sens et du non-sens » du trauma. Pour lui, il s'agit d'une expérience de non-sens avec un ébranlement des trois convictions narcissiques du sujet « invulnérabilité ; environnement protecteur ; autrui secourable ». (**Linda, D. 2012,p18**).

10-3-3 François Lebigot (2001)

Pour François Lebigot, la clinique du traumatisme est une clinique d'« une rencontre non manquée avec le réel de la mort ». Selon lui, nous vivons comme si nous étions immortels, et lors de l'effraction traumatique, il n'y a rien pour recevoir l'image de la mort « la mort ne figure pas dans l'inconscient, et d'ailleurs, par quoi pourrait être représenté le néant? ». Cette effraction traumatique génère l'expérience d'effroi qui est capitale. Lebigot décrit l'effroi comme « ces soldats qui n'ont pas eu le temps d'avoir peur ». L'effroi serait une expérience d'absence de mot,

Chapitre II : Traumatisme Psychique

d'émotion et de support pour la pensée. À l'effraction traumatique peut être ajoutée une effraction de perceptions des organes des sens. L'instant traumatique est caractérisé par sa soudaineté et sa brièveté. Lebigot souligne certaines exceptions, notamment les agressions sexuelles. L'image traumatique de mort s'inscrit dans le psychisme de l'individu et celle-ci « réapparaîtra telle qu'elle est au temps présent ». Cette image de mort générera angoisse et dépression. Par la suite se produit une « transformation » du sujet (sentiment d'abandon, troubles du caractère). Enfin, la culpabilité apparaît omniprésente, renforcée par le syndrome de répétition « le traumatisme équivaut à une plongée dans l'originare, c'est-à-dire à une transgression chaque réapparition de la scène sera connotée de culpabilité ». (Lebigot, F. 2001).

11. Diagnostique de traumatisme psychique Selon le DSM5

N.B : les critères suivants s'appliquent aux adultes, aux adolescents et aux enfants âgés de plus de 6ans Pour les enfants de 6ans au moins, cf. Les critères correspondants ci-dessous.

A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
3. En apprenant qu'un ou morts un ami proche. Dans les cas de morts effectives ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
4. En étant exposé de menace répétée ou extrême aux caractéristiques aversives au ou des événements traumatiques (p.ex. .intervenants de première ligne ressemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprise a des faits explicites d'abus sexuelles d'enfants).

N.B : le critère A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

Chapitre II : Traumatisme Psychique

B. présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

1. souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.

N.B. : chez les enfants de plus de 6ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.

2. rêves répétitifs provoquent un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement /aux événements traumatiques.

N.B. : chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

3. réactions dissociatives (p.ex. .flashbacks (scènes rétrospectives) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.).

N.B. : chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.

4. sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.

5. réactions physiologiques marquée lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.

C. Evitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :

1. évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

Chapitre II : Traumatisme Psychique

2. évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations,) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

D. Altération négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à causes d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).

2. croyance au attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p.ex. : « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personnes », « le monde entier est dangereux », « mon système nerveux est complètement détruit pour toujours»).

3. distorsions cognitive persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.

4. état émotionnel négatif persistant (p.ex. Crainte, 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 d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.

7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p.ex .Incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

E. Altération marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des événements suivants :

1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime

Chapitre II : Traumatisme Psychique

typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.

2. comportement irréfléchi ou autodestructeur.
3. Hyper vigilance.
4. Réaction de sursaut exagérée.
5. problèmes déconcentration.
6. perturbation du sommeil (p.ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

F. la perturbation (symptômes des critères B, C, D et F) dures plus d'un mois.

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

H. la perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p.ex. médicament, alcool) ou à une autre affection médicale.

12. Deuil traumatique :

La perte brutale d'un être aimé dans des circonstances tragique ou catastrophique s'accompagne bien entendu d'un état de deuil, mais provoque parfois des réactions post-traumatiques qui sont à différencier des réactions de deuil.

Le deuil peut être considéré comme traumatique lorsqu'il intervient dans des circonstances potentiellement traumatique par exemple : lorsque l'annonce de décès est subite et inattendue, dans un contexte de souffrance et de déshumanisation, crash d'avion, tsunami, attentat. Lorsque les corps des défunts ont disparu ou sont détruits cette forme de deuil se caractérise par un impact émotionnel initial qui engendre une intensité et une pénibilité des symptômes ressentis .a la perte vient se mêler l'effroi de ce qui a fait effraction principalement au moment de l'annonce du décès, avec l'effet de confrontation brutale de la mort. (**Crocq, L. 2014. p11**).

Chapitre II : Traumatisme Psychique

12-1 Les types de deuil

Il existe plusieurs types de deuil :

12-1-1 Deuil différé : dans lequel le sujet va rester fixé dans la première phase du deuil, le refus initial de la perte se prolonge de manière anormale la disparition d'un être cher ne pas savoir ce qu'il est devenu, s'il est vraiment morts favorise cette situation particulière

12-1-2 Deuil inhibé : Evoqué pour la première fois en 1937 par DEUTCH, caractérisé par un refus des affects liés au deuil, les perturbations émotionnelles se retrouvent donc au second plan, masquées derrière des troubles somatique.

12-1-3 Deuil chronique : Dans laquelle l'endeuillé s'enlise dans une dépression qui peut durer toute la vie.

12-2 Pathologie de deuil

Le deuil pathologique marque une différence et un changement qualitatif dans l'histoire de sujet, avec l'apparition de troubles physique s ou mentaux qui n'existaient pas auparavant. Le deuil pathologique se caractérise par une exacerbation d'affects tels que la culpabilité, a dépression, l'altération de l'estime de soi, l'identification au défunt avec parfois des allures délirantes. (Chahraoui, KH 2014, P106).

13. La prise en charge psychologique du traumatisme psychique

13-1 Thérapie cognitive et comportementale

Les traitements de L'ESPT les plus étudiés sont les programmes cognitifs et comportementaux. Ils font intervenir différentes techniques telles que l'exposition, la restriction cognitive, la gestion de l'anxiété, et leur combinaison. (Barbara, O. et al. 2000. p77).

Chapitre II : Traumatisme Psychique

A. La relaxation

La relaxation permet d'entrer dans la thérapie et de donner un moyen au patient de réduire ses réponses neurovégétatives .elle permet aussi d'avoir plus facilement accès aux souvenirs traumatiques.

Les méthodes de relaxation fondées sur un entraînement régulier tendent à obtenir un relâchement général du corps afin de modifier indirectement le psychisme des sujets qui s'y soumettent. Par la détente qu'elles provoquent et ses bienfaits, les méthodes de relaxation sont utilisées dans le traitement des individus hypertendus ou présentant des troubles psychosomatique. (Cottraux, J. 2001.p159-161).

B. L'exposition

La méthode la plus ancienne est l'exposition aux images traumatiques par la désensibilisation. Celle-ci s'effectue progressivement : la méthode est longue et peu efficace dans le stress post-traumatique.la vidéo peut aussi être un moyen d'approcher la situation en maîtrisant le rythme de sa présentation quand la nature du tresseur le permet.

L'implosion est une méthode plus directe, il est important de faire revivre les sensations corporelles qui ont accompagné le traumatisme. L'événement traumatique est sans cesse revécu. Il peut s'agir de souvenirs qui font intrusion inopinément dans la conscience et qui comprennent des images, des pensées ou des perceptions il peut s'agir aussi de rêves récurrents. (Cottraux, J. 2001. p159).

13-2 Hypnose

L'hypno thérapie a tout à fait sa place dans le traitement du TSPT, seule ou en association à d'autres psychothérapies. Son efficacité est prouvée même si elle reste moins étudiée que d'autres modalités. L'hypnose offre un cadre contrôlé, stratégique et sécurisé à la relation thérapeutique qui permet l'exposition au souvenir traumatique dans un état de conscience particulier. C'est en utilisant la dissociation hypnotique que la dissociation pathologique peut s'apaiser et qu'un

Chapitre II : Traumatisme Psychique

phénomène d'intégration peut s'effectuer. L'hypnose permet de visiter à nouveau le trauma en l'enrichissant d'informations supplémentaires, en l'élargissant. Plus le praticien dispose d'informations, plus les angles de vue ou les manières de considérer le trauma sont possibles pour que le trauma puisse être considéré différemment. Le seul préalable non technique à la pratique de l'hypnose est d'avoir confiance dans les ressources du patient. Y croire est en effet indispensable. C'est le meilleur moyen pour qu'il se saisisse du cadre de l'hypnose pour devenir acteur, qu'il se saisisse de la sécurité relationnelle pour s'exposer, qu'il se saisisse de l'enrichissement sensoriel pour pouvoir choisir de lire autrement la scène traumatique. **(Nicolas, CH 2018. p10-11).**

13-3. Psychothérapie EMDR

L'EMDR occupe une place grandissante dans la prise en charge des victimes de traumatismes. Elle bénéficie de résultats convaincants et fait l'objet d'une diffusion large. Les cliniciens la considèrent comme un soin psychique de premier plan pour traiter les traces traumatiques. L'EMDR s'appuie sur un modèle de traitement en huit phases qui guident la conceptualisation de cas et le plan de traitement dans la prise en charge. Son indication paraît incontestable dans le TSPT, mais elle est plus controversée dès lors que l'on est confronté à des traumatismes complexes. L'EMDR, comme la plupart des autres approches d'ailleurs, se révèle insuffisante lorsqu'elle est utilisée seule. Il est alors nécessaire d'envisager une prise en charge plus intégrative qui ne se réduit pas à l'application du protocole standard.

13-4 La thérapie psycho dynamique

Les psychothérapies psycho-dynamiques 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 la 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 thérapies, elles ne font pas du symptôme le centre de leur action il s'agit pour elle 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, F. 2005. p168).**

Chapitre II : Traumatisme Psychique

13-5 Pharmacothérapie

Aucun médicament n'a été développé dans le but de traiter spécifiquement le TSPT. Les psychothérapies peuvent être complétées par la prescription de certains psychotropes ou d'autres thérapies de potentialisation, mais dont la taille d'effet de leur efficacité reste moindre en comparaison aux psychothérapies. L'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques peut être nécessaire afin de réduire les effets délétères du syndrome de reviviscence et de restaurer le sommeil. D'autres médicaments ont pu être proposés dans le TSPT aigu. L'hydroxyzine par exemple joue un rôle positif dans la gestion de l'anxiété ou du sommeil, mais sans effet thérapeutique sur l'extinction de la peur. Les benzodiazépines sont contre-indiquées, en raison du risque élevé de dépendance et d'addiction qu'elles présentent. **(Chambon, N. 2018. p11).**

Les antidépresseurs de type inhibiteur de la recapture de la sérotonine (IR SS) sont le traitement de 1^{ère} intention du fait de leur efficacité sur le « cœur » des symptômes tout en ayant des effets indésirables modérés ; en effet, ils sont actifs sur les symptômes d'anxiété et de troubles du sommeil ainsi que sur les phénomènes d'hyper vigilance. En second lieu, ce sont les antidépresseurs tricycliques qui sont prescrits du fait de leur efficacité sur les phénomènes d'intrusion et les symptômes d'anxiété et de dépression. Par contre, leur efficacité est moindre sur l'évitement et l'émoussement affectif. Les antidépresseurs peuvent être associés aux benzodiazépines. Tous ces traitements sont, le plus souvent, associés à une psychothérapie pour une efficacité optimale **(Vaiva, G. et Lebigot, F., 2005.p70).**

Synthèse

Comme conclusion, dans ce chapitre on s'est intéressé aux traumatismes psychiques sous ses divers aspects, qui nous a permis a bien comprendre la clinique de trauma et aussi, on a pu constater que le traumatisme psychique est parmi les sujets les plus complexes qui nécessitent l'intervention interdisciplinaire pour une meilleure prise en charge. Ainsi, le traumatisme psychique peut être déclenché par un évènement traumatique et parmi, eux, nous avons choisi de travailler sur les femmes ayant accouché d'un mort-né, et savoir à quel points ces femmes souffrent de trauma, C'est ce que nous verrons dans les prochains développements.

*Chapitre III : Le
cadre général de la
problématique de la
recherche*

1- La problématique et hypothèse

Grossesse et mise au monde d'un enfant sont des événements physiologiques pour une femme, mais représentent aussi de véritables épreuves physiques et psychiques.

Presque tous les êtres humains ont un désir d'enfant un jour ou l'autre. Ce désir est une démarche consciente mais qui est infiltré de désirs inconscients.

Devenir mère est une décision importante. Derrière ce désir d'enfant se cachent des motivations inconscientes, propres à chacune. La naissance d'un enfant est généralement la concrétisation d'un désir profond et puissant. Elle est aussi, le plus souvent, le fruit d'une histoire d'amour entre un homme et une femme. Mais l'envie d'avoir un bébé peut révéler parfois des motivations très inconscientes, propres à l'histoire de chaque femme. L'enfant honore la famille et l'héritage transmis, et la confirme dans sa valeur.

Chez les femmes la grossesse est une étape de renforcement de sa féminité, mais représente aussi une véritable épreuve psychique, et somatique. La grossesse fait des changements pour la femme et s'accompagne des troubles psychologiques différentes en plus il n'est pas rare que des saignements, assez fréquents lors de la fécondation de l'œuf dans l'utérus au début de grossesse, ainsi que et le taux des hormones se double. **(Merger, R, et al 1989, p191).**

Notamment chaque femme enceinte, même préparée à l'événement, peut avoir des doutes et des peurs face à la grossesse et se sentir ainsi particulièrement vulnérable. Quand la femme achèvera ses neuf mois de gestation, elle se préparera pour l'accouchement par lequel elle donne naissance à un bébé.

Chaque accouchement est différent sur le plan physiologique, tous suivent trois étapes bien définies : le travail, l'expulsion de nouveau-né et la délivrance.

L'accouchement ne se déroule pas toujours comme on a prévu, elle peut avoir des complications, qui peu provoqué la mort d'un nouveau-né. Mais voilà que l'enfant ne vient pas. Le désir se fait souffrance et désespoir, révolte et violence.

Chapitre III : Le cadre général de la problématique de la recherche

Selon L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) une mortinaissance est une naissance d'un fœtus mort de plus de 500 grammes ou si le poids est inconnu de plus de 22^{ème} semaine de gestation. (OMS vol.2, p.134-138).

La mort d'un nouveau-né peut survenir rapidement juste après la naissance, cette mort peut être provoquée ou spontanée.

Cette perte, qui peut exister sous différents aspects, anéantit les familles. L'Hôpital où ont lieu ces décès, plus particulièrement les maternités, salles de naissance, unités de réanimation néonatale ou services de néonatalogie, sont des lieux où l'on lutte pour la promotion de la vie.

Le mort-né selon la médecine : Le mort-né est un enfant qui ne présente aucun signe de vie à la naissance. La mort fœtale survient in utero. Elle peut se produire avant ou pendant le travail de l'accouchement. Selon le délai passé entre le décès et l'accouchement, l'aspect de l'enfant mort-né à la naissance sera qualifié de "frais" ou "macéré".

Après accouchement d'un mort-né qui est un événement très stressant et traumatisant pour les parents de façon générale et pour la mère en particulier.

Devant un cas d'un mort-né, il existe toujours un retentissement psychologique tant du côté de la mère que de l'entourage. Le retentissement maternel est plus ou moins important selon l'état d'avancement de la grossesse, le degré du désir d'enfant. Il est essentiel de retrouver l'étiologie du décès car une mort fœtale inexplicquée étant plus difficile à supporter et traumatisant. De même, un décès fœtal survenant inopinément au cours d'une grossesse bien déroulée sans problème, est moins bien accepté que celui qui apparaît au cours d'une grossesse pathologique.

Le traumatisme psychique tel le décrit FERENCZI en 1932 ,1934 est « un choc inattendu, violent, écrasant une commotion psychique soudaine qui anéantit le sentiment de soi, la capacité de résister, d'agir, de penser et de se défendre. L'angoisse traumatique est la conséquence de l'impuissance, l'incapacité de s'adapter » (Ciconne, A. Ferrant, A. 2008, p26).

A ce propos, les auteurs ont répertorié d'une manière générale trois types de réactions, à la suite d'un événement traumatisant à savoir les réactions de stress, les réactions différées et celles liées à l'état de stress post- traumatique qui évoluent en trois phases distinctes :

Chapitre III : Le cadre général de la problématique de la recherche

Premièrement, la phase immédiate qui relève de la réaction de stress et qui généralement ne dure pas plus de quelques dizaines de minutes, à moins que la situation menaçante ne perdure ou ne se renouvelle. La seconde phase post-immédiate survient quelques heures après l'événement traumatisant et peut durer jusqu'à une semaine ou dix jours et se traduit par le retour plus ou moins rapide à l'état normal. Cependant nous pouvons observer des décharges émotives différées telles que les agitations, les pleurs..., ou bien des accès neurovégétatifs à l'exemple de pâleur, de tachycardies...etc. Enfin, la phase chronique qui apparaît quelques jours ou quelques mois après la phase post immédiate et qui se manifeste par l'installation de la névrose traumatique ou le syndrome psychotraumatique qui comprend d'une part, des symptômes dits "de répétitions" et des symptômes non spécifiques tels que l'anxiété, les symptômes phobiques..., et d'autre part, une altération de la personnalité qui s'avère gênante et invalidante pour le sujet. (Crocq, L. 2000.p57).

La mort d'un bébé est une épreuve difficile dans la vie d'un parent. Il est normal qu'il traverse une période de deuil au cours de laquelle il ressent toute une gamme d'émotions. Il peut aussi avoir de la difficulté à accomplir normalement ses activités quotidiennes pendant quelque temps.

Selon le Dictionnaire de la psychanalyse : « Le terme deuil désigne à la fois le fait de perdre un être cher et la réaction à cette perte. Cette réaction se caractérise par un affect douloureux, une suspension d'intérêt pour l'extérieur, une inhibition. » (Chemama, R. et Vandermersch, B. 1998).

Le traumatisme psychique et les troubles anxieux se développent rapidement chez de nombreuses femmes après d'accouchement un mort-né, ils persistent pendant au moins trois mois. Pourtant, indiquent les chercheurs, ces conséquences mentales ne font pas l'objet d'une attention suffisamment soutenue de la part du corps médical, qui devrait systématiquement proposer un suivi psychologique, et le cas échéant une prise en charge psychothérapeutique. En tout cas, doit toujours être considérée avec la plus grande vigilance, en effet, porter la mort ou savoir son enfant mort, n'est pas un événement banal et il est fondamentalement important pour la femme touchée et très délicat.

C'est pour cela qu'on a choisi d'étudier, ce thème dans le but de détecter la présence de traumatisme psychique chez ces femmes qui souffrent parfois en silence, La question que nous posons dans le cadre de cette recherche est la suivante :

Chapitre III : Le cadre général de la problématique de la recherche

Les femmes ayant accouché d'un mort-né souffrent-elles d'un traumatisme psychique ?

2-L'hypothèse de la recherche

Afin de répondre à la question de notre recherche, nous avons formulé l'hypothèse suivante :

Les femmes ayant accouché un mort-né souffrent d'un traumatisme psychique.

3- les mots clés et l'opérationnalisation des concepts :

3.1. Les mot clés

Avant de commencer notre thème, on doit définir les concepts utilisés dans notre recherche qui vont nous conduire dans notre démarche théorique et pratique.

On va essayer de définir les concepts clés pour bien les comprendre et les expliquer par des définitions opérationnelles.

❖ **La grossesse** : est un moment exceptionnelle dans la vie de la femme et du couple, elle survient lorsqu'un spermatozoïde féconde un ovule au niveau du tiers externe de la trompe Fallope pour former un œuf qui progresse lentement jusqu'à l'utérus grâce à la contraction de la trompe .l'ovule fécondé s'implante dans le muqueux utérus et se transforme progressivement en embryon, puis en fœtus durent les neuf mois qui suivent la fécondation. **(HadjamR.2000.p283).**

❖ **Accouchement** : c'est de mettre un enfant au monde se faite par voies basses a 38ou39 semaines. **(Frydman, R .et Schilte, Ch.2010.p491).**

❖ **Mort-né** : Tout enfant n'ayant manifesté aucun signe de vie à la naissance est considéré mort-né.

On distingue : - les morts ante-partum qui surviennent avant le déclenchement du travail,
- les Morts per-partum ou intra-partum survenant aux cours du travail. **(Papiernik E.1996. p153-159).**

❖ **Traumatisme psychique** : Crocq le définit comme un phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la

Chapitre III : Le cadre général de la problématique de la recherche

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. Le phénomène de traumatisme psychique donne lieu subjectivement à une expérience vécue d'effroi, d'horreur et d'absence de secours (Crocq, 2001).

3.2. L'opérationnalisation des concepts

- **La grossesse** : c'est le développement d'un fœtus dans l'utérus d'une femme, et qui dure en général neuf mois.
- **Accouchement** : c'est l'expulsion d'un fœtus hors les voies génitales d'une femme et la délivrance des annexes fœtales.
- **Mort-né** : se dit d'un enfant mort avant l'accouchement ou durant le travail.
- **Traumatisme psychique** : l'expérience d'un sujet qui a vécu un événement ou un ensemble d'événements qui ont été accompagnés de la mort, la perte d'un être cher, de blessures graves ou d'une menace envers l'intégrité physique.

4. Les Raisons du choix du thème

Toute une recherche doit avoir un but précis, on choisit de faire une recherche sur le thème « Traumatisme psychique chez les mères ayant accouché d'un mort-né ».

Et on a choisit ce thème pour les raisons suivantes :

- Manque d'intérêt et des données pour la thématique de recherche.
- Manque d'étude sur le traumatisme psychique chez les mères ayant accouché d'un mort-né.

5. Les objectifs de la recherche

- c'est de détecter le traumatisme psychique chez les mères ayant accouché d'un mort-né.
- confirmé qu'avoir un mort ne peut changer la situation physique et psychique de ces femmes, ainsi que familiale et conjugale.
- trouver des solutions à aider les femmes accouchés un mort, avec des prises en charges différents.

6. Difficultés rencontrées :

- difficulté de trouver un lieu pour le stage
- le refus de quelque patiente a passé le teste
- le problème de la pandémie corona virus (covid19)
- le confinement

Partie Pratique

Chapitre IV :
Méthodologie de la recherche

Préambule

La recherche en psychologie clinique ne se limite pas au côté théorique, elle doit être aussi fondée sur le côté méthodologique, cette partie méthodologique est très importante est consacré à présenter des différentes étapes, car elle nous rapporte des informations sur la réalité sociale et la réalité psychologique, Chaque projet de recherche nécessite un arrière-plan théorique bien défini et des outils d'investigation qui conviennent à son application, ainsi qu'un lieu de recherche et un groupe d'étude.

Dans ce chapitre, nous allons présenter la méthode d'étude suivie, les techniques de recherche utilisées, ainsi que le déroulement de celle-ci sur le terrain.

Remarque :

La pré-enquête et les études antérieures sont reportées à la fin de ce traité.

1. La méthode de recherche

1.1. La méthode clinique

Pour atteindre les objectifs de notre étude et vérifier nos hypothèses, nous avons choisi la méthode clinique descriptive, qui nous paraît plus adéquate à notre thème de recherche, c'est la méthode la plus appropriée et plus efficace pour approcher à la vie intérieure de ses femmes. Chaque méthode a des indications d'application bien précises. Elle comporte des avantages mais aussi des inconvénients qu'il est important de connaître avant de choisir la méthode que l'on va utiliser dans notre étude.

La méthode est l'ensemble des procédures, de démarches précises adoptées pour arriver à un résultat. Elle est primordiale, et les procédés utilisés lors d'une recherche en déterminent les résultats donc c'est l'ensemble des étapes à suivre de façon systématique. (**Angers, M. 1997, p.58**).

La méthode « clinique » qui s'oppose à la méthode expérimentale est « naturaliste », se référant à la totalité des situations envisagées, à la singularité des individus, à l'aspect concret des situations, à leur dynamique, à leur genèse et à leur sens, l'observateur faisant partie de l'observation.

Cette méthode est également définie par Daniel Lagache, 1949, comme « envisage la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en

établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits » (**Chahraoui. KH, et Bénony, H. 2003, p11**).

La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires : le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelles, entretiens...) de recueil in vivo des informations (en les isolant le moins possible de la situation naturelle dans laquelle elles sont recueillies et en respectant le contexte), alors que le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas. La différence entre le premier et le second niveau ne tient pas aux outils ou aux démarches mais aux buts et aux résultats : le premier niveau fournit des informations sur un problème, le second vise à comprendre le cas. (**Pedenielli, J. L, 2006, p 32- 34**).

La méthode de recherche utilise l'entretien, les tests, les échelles d'évaluations, pour développer l'étude de cas ; elle permet l'observation profonde et contenue, des cas connaîtront que cette dernière se centre surtout sur la dynamique de la motivation de la personnalité et la compréhension des conflits psychologique chez l'individu à partir de son histoire passée. Il s'agit pour le psychologue de comprendre une personne dans sa propre langue, dans son propre univers et en référence à son histoire. Et on arrive à ce qu'appelé « étude de cas ». (**Chahraoui. KH, et Bénony, H, 2003, p11-12**).

C'est pour cela que notre méthode d'approche sera l'étude de cas qui fait partie de l'approche descriptive. Son objectif est de décrire le traumatisme psychique chez les mères ayant accouché d'un mort-né.

1.2. L'étude de cas

Nous avons choisi la technique d'étude de cas qui consiste essentiellement en observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. Elle comporte le plus souvent des informations sur l'histoire de personne étudiée, ses relations avec ses proches, ses expériences de vie. Les études de cas sont utilisées surtout par les psychologues cliniciens afin d'illustrer certains principes psychologiques à l'aide du portrait détaillé d'un individu.

Sur le plan méthodologique, l'étude de cas est une source de connaissance du fonctionnement psychique qui vise à construire en une structure intelligible des faits psychologiques dont un individu est la source (**Perron, R. 1979**) et **Schmid- Kitsikis, 1999**).

Chapitre IV : Méthodologie de recherche

L'étude de cas est au cœur de la méthodologie clinique, et les cliniciens y font souvent référence. Elle permet de décrire le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenue actuelle et passées. **(Chahraoui. KH, et Bénony, H. 2003, p.126).**

Pour R.D'ALLONES « l'étude de cas sert à dégager la logique d'une histoire de vie singulière aux prises avec des situations complexes nécessitant des lectures à différents niveaux, et mettant en œuvre des outils conceptuels adaptés. De ce fait, elle n'est plus essentiellement référée à l'anamnèse et au diagnostic, et se dégage des contraintes d'une psychologie médicale, tout en restant clinique et psychopathologique » **(Pedenielli J. L. et Fernandez, L. 2005, p 59-63).**

Pour le psychologue, l'étude de cas est utilisée afin de comprendre une personne dans sa propre langue, dans son univers et en référence à son histoire et ce indépendamment des aspects de diagnostic. Celui-ci favorise le contact affectif, l'expression émotionnelle, la clarification de la demande et du problème. L'émergence de relations entre les faits, les événements passés et présents...etc. L'étude de cas enrichit la connaissance en science humaine dans la mesure où elle favorise les productions de la représentation subjective en situation et en relation, ce que des mesures objectives et fiables ne peuvent aucunement apporter, d'où la nécessité d'envisager la méthode clinique comme fondamentalement complémentariste. Rappelons pour cela que subjectivité ne signifie pas absence de rigueur. **(Chahraoui. KH, et Bénony, H., 2003, P.11-12).**

2. Présentation de lieu de recherche

Notre étude a été effectuée au niveau du service de la maternité, au sein du Centre Hospitalière Universitaire (CHU), situé à Targa-Ouzemour au chef-lieu de la wilaya de Bejaia.

- **La clinique de Targa-Ouzemour**

Elle a été mise en service le 16/10/1991, son rôle principal est la surveillance médicale de la grossesse et de l'accouchement. Après l'année 2009, elle devient Centre Hospitalier Universitaire de Targa-Ouzemour(CHU).

Le service de maternité comporte 34 lits. Elle se compose d'un service destiné à la surveillance des grossesses à haut risque, mais aussi d'un bloc d'accouchement où les femmes enceintes accouchent, et des chambres pour les post accouchées qui est destiné à la surveillance des femmes après l'accouchement.

Notre recherche a été réalisée dans le service de gynécologie.

3. Présentation du groupe de recherche

Le groupe de recherche désigne un ensemble dont les éléments sont choisis parce qu'ils possèdent tous, une même propriété et qu'ils sont de même nature.

Remarque : on a effectué un seul cas dans la pré-enquête, a causes de cette épidémie Coronavirus (Covid 19).

Selon MUCHIELLI, R. la population d'étude est définie comme un groupe humain concerné par les objectifs de l'étude. **(Muchielli, R. 1968, P.16).**

4. Les outils de recherche

Dans notre recherche on s'est basé sur deux techniques, l'entretien clinique de type semi-directif, et le questionnaire d'évaluation du traumatisme psychique « Traumaq ».

4.1. L'entretien clinique de la recherche

Afin d'échangé des paroles avec nos patients, et de faire des conversations ou des discussions, pour but de recueillir plus d'informations sur notre recherche qui consiste à étudier le traumatisme psychique chez les mères ayant accouché d'un mort-né, nous avons choisi comme première technique l'entretien clinique.

Si l'entretien est d'abord une méthode de recueil des informations, au sens le plus riche, il reste que l'esprit théorique du chercheur doit rester continuellement en éveil de sorte que ses propres interventions amènent des éléments d'analyse aussi féconde que possible. **(Luc van C., Raymond Q, 2011, p.170).**

Tout être humain est en conflit, tant avec le monde extérieur qu'avec les autres et avec lui-même, il doit donc chercher à résoudre ces conflits et se situe toujours en position d'équilibre fragile. Tout être humain est une totalité inachevée qui évolue en permanence et ses comportements s'expliquent par son histoire. C'est pour cela l'être humain a besoin d'aide d'un psychologue clinicien pour but de résoudre ces conflits psychique.

Le sujet humain est un être de langage et la parole est déterminante dans sa constitution. La connaissance d'un sujet, l'établissement d'une relation passe donc en grande partie par la réalisation d'entretiens qui constituent la pièce essentielle du bilan psychologique. **(Jean- Louis, 2006, p.36-37).**

Le terme « *clinique* » repose sur la particularité de ce type d'entretien. Il renvoie au domaine de soin dans sa généralité. Il est plus spécifiquement utilisé par les psychologues cliniciens, les psychiatres et les psychothérapeutes.

L'entretien est une partie qui se joue au moins à deux avec une position asymétrique entre le sujet et le psychologue. Le travail de celui-ci consiste non seulement à savoir recevoir et écouter le discours qui lui est tenu par le sujet, mais aussi à le susciter, le soutenir, et à permettre son développement. Si l'asymétrie entre les interlocuteurs tient à la position du clinicien (position liée à son statut, à sa formation et à sa institutionnelle), l'efficacité d'un entretien dépend du type de rencontre entre le psychologue et le sujet, rencontre qui répond aux qualités personnelles du psychologue, à son éthique mais aussi à ses compétences techniques. **(Jean-Louis, 2006, p.36-37).**

La spécificité réside dans l'établissement d'une relation asymétrique où un sujet adresse une demande à un clinicien, ce dernier étant identifié par sa fonction et par sa position durant l'échange. Cette position dite « clinique » est généralement décrite par les caractéristiques suivantes : la centration sur le sujet, la non-directivité la neutralité bienveillante et l'empathie. **(Chiland, C. 1989, p 28).**

L'entretien clinique peut être mis en œuvre dans différents contextes et répondre à des objectifs différents : diagnostic, thérapeutique, recherche.

On distingue ainsi trois formes d'entretien clinique de recherche :

- **L'entretien non-directif** : le clinicien-chercheur adopte l'attitude non directive et n'intervient pas sur le cours du discours du sujet ;
- **L'entretien semi-directif** : l'attitude non-directive qui favorise l'expression personnelle du sujet est combinée avec le projet d'explorer des thèmes particuliers. Le clinicien-chercheur a donc recours à un guide thématique.

L'entretien directif ne peut être considéré comme un entretien clinique puisque sa forme est préalablement déterminée, par le chercheur, en fonction de ses hypothèses. **(Bénony, H. Chahraoui, KH .1999, p.48-49).**

4.2 L'entretien semi-directif

Au cours de notre recherche, on a utilisé un entretien semi-directif pour laisser notre sujet s'exprime librement. Ce dernier se définit comme « une technique directe d'investigation scientifique utilisée auprès d'individu pris isolément, mais aussi, dans certains cas, auprès de groupes qui permet de les interroger d'une façon semi-directive et de faire un prélèvement qualitatif en vue de connaître en profondeur les informations il favorise l'expression libre et associative à partir d'une question ouverte tout orientant ponctuellement la personne sur des questions précises pour lesquelles l'examineur souhaite une réponse». **(Angers. M, 1997, P144).**

4.3. 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 d'intervention d'intervieweur » dans ce guide, le chercheur formule et prépare la consigne à l'avance, celles-ci seront nécessairement indiquées pour tous les sujets. **(Bénony. H et Chahraoui.KH, 1999, p144).**

Pour mener notre entretien en pratique, on a utilisé le guide d'entretien composé de quatre axes, dont chaque axe contient des questions, en relation directe avec notre recherche. Ces questions sont posées pour recueillir des informations possibles sur notre groupe de recherche. L'ensemble de ces questions est posé en langue française mais nous avons traduit ses questions de la langue française à la langue Arabe. Et cela, pour assurer une bonne compréhension

Notre Guide d'entretien se compose de quatre axes qui sont :

➤ **Les informations personnelles :**

Notre objectif est de préciser et d'avancer des informations personnelles, et de recueillir des informations sur le traumatisme psychique de notre groupe de recherche. On résume quelques questions dans les axes qui suivent :

1- Quel est votre âge ?

2- Quel est votre niveau d'instruction ?

➤ **1^{er} axe : Avant l'événement :**

C'est pour savoir dans quel état de santé physique et psychique se trouvait le sujet avant l'événement. Il est résumé par les deux questions suivantes :

1- Avez-vous des problèmes de santé avant cet événement ?

2- Avez-vous éprouvé des difficultés physiologiques ou psychologiques au cours de votre grossesse ? lesquelles ? durant quel trimestre ?

➤ **2^{ème} axe : Durant l'événement :**

Notre type de question concernant cet axe c'est de essayé de relier entre les questions de moment de l'événement et les sentiments immédiats de l'événement. On a posé les deux questions suivantes :

1- Qu'avez-vous ressenti pendant l'événement ?

2- Avez-vous ressenti de l'angoisse par rapport à l'événement ?

➤ **3^{ème} axe : après l'événement :**

Notre type de question concernant cet axe c'est de connaître si le sujet est traumatisé est connaître les effets du l'ESPT par les réponses des questions suivantes. On a posé les deux questions suivantes :

1- Pouvez-vous nous décrire votre réaction après l'événement et avez-vous constaté que votre comportement a changé ?

2- Revivez-vous l'événement dans des rêves ou des cauchemars ?

➤ **4ème axe : La vision de future :**

C'est pour connaître si la personne a dépassé événement ou elle vive dans le souvenir d'événement (le deuil).

- 1- Pensez-vous pouvoir dépassé ou oublié cet événement à l'avenir ?
- 2- Vous pensez encore une autre fois d'avoir un autre bébé et reprendre votre vie normale ?

Remarque : Les questions restantes sont présentées dans les annexes

4.4 Le déroulement de l'entretien clinique

La première étape, on a effectué un entretien préliminaire avec nos patients, après avoir donnée une explication sur le but de notre recherche. Dans la deuxième partie, on a procédé à collecté des données et la passation des entretiens semis-directifs avec les femmes qui ayant accouché d'un mort-né dans le but de les préparer pour le questionnaire d'évaluation du traumatisme psychique .durée des entretiens était.....Minutes, on a basé sur un guide d'entretien qui se constitue par (4) axes.

4.5 Le questionnaire d'évaluation du traumatisme psychique « Traumaq »

Pour effectuer notre travail de recherche et facilité de vérifier nos hypothèses, nous avons choisi un outil psychométrique "Le Traumaq", qui est mis au point par Carole Damiani, et Maria Pereira-Fradin. Il s'agit d'un questionnaire qui permet d'évaluer la fréquence et l'intensité des manifestations du traumatisme psychique pendant et après l'événement. Il se compose de 65 items répartis sur 10 échelles.

• **Définition**

Selon les deux auteurs, ce questionnaire s'intéresse exclusivement au traumatisme psychique consécutif à un événement grave, potentiellement mortel. Le sujet a vécu, a été témoin, ou bien a été confronté à un ou des événements, durant lesquels des personnes sont mortes ou ont été menacées de mort, ou ont été gravement blessées, ou bien durant lesquels sa propre intégrité physique ou celle des autres a été menacée. **(Damiani, Pereira-Fradin, 2009, P.1).**

Chapitre IV : Méthodologie de recherche

- **Objectifs**

- ✓ Evaluer des troubles traumatiques aigus 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 ;
- ✓ Intégrer à la pratique du clinicien car il apporte une aide au diagnostic.

(Damiani, Pereira-Fradin, 2009, P.9).

- **Population concernée**

Ce questionnaire est destiné aux adultes de plus de 18 ans, victimes directes ou témoins d'une confrontation brutale à une perception de mort lors d'un événement traumatique, qu'il soit sous forme d'effraction pénale, de sinistre majeur ou technologique, d'accident de tous type avec comme lieu commun, la menace de danger, voire de mort réelle. Cependant, les adultes qui n'ont pas été exposé directement, les enfants victimes, les adultes victimes de situation répétée et les proches de victimes sont eux exclus et non concernés par le questionnaire Traumaq.

- **Contenu du questionnaire**

Le TRAUMAQ est un questionnaire qui permet d'évaluer la fréquence et l'intensité des manifestations du traumatisme psychique pendant et après l'événement. Il se compose de 65 items répartis sur 10 échelles. Un premier module permet d'évaluer le vécu pendant l'événement ; et un second module, les troubles consécutifs à l'événement traumatique : les répétitions, les troubles du sommeil, l'anxiété et les évitements phobiques, les troubles du comportement, l'hyperréactivité et l'hyper-vigilance, les réactions neurovégétatives et les somatisations, les troubles cognitifs et l'état dépressif. Ce second module évalue également le vécu traumatique, l'insertion sociale et la qualité de vie. Ce questionnaire permet enfin de préciser le délai d'apparition ainsi que l'évolution des troubles. Les résultats obtenus permettent de poser le diagnostic de syndrome post traumatique, d'évaluer sa sévérité et de définir un profil individualisé en fonction des sous-scores aux échelles mesurées

Partie 1 : Les réactions immédiates (pendant l'événement) et les troubles psycho-traumatique (depuis l'événement). La première se compose de deux échelles ; qui est la base du test qui permet le diagnostic :

□ **Pendant l'évènement :**

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

□ **Depuis l'évènement :**

Echelle B (4 items) : le symptôme pathognomonique et répétition : les réviviscences, l'impression de revivre l'évènement, les flashes et l'angoisse attachée à ces répétitions.

Echelle C (5 items) : les troubles du 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 l'hypersensibilité.

Echelle F (5 items) : les réactions psychosomatiques, 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 l'estime de soi, sentiment violent et colère, impression d'avoir fondamentalement changé.

Echelle J (11 items) : la qualité de vie.

Partie 2 : Délai d'apparition et durée des troubles décrits (échelle facultative).

1-Cette partie permet de prendre en compte des manifestations qui peuvent avoir disparu au moment de l'administration du questionnaire. Elle se compose de 13 items qui correspondent aux grands groupes de symptômes évalués dans la première partie du questionnaire. L'impression de revivre l'évènement, les souvenirs et les images de l'évènement qui reviennent (Échelle B de la partie1).

2-Les troubles du sommeil, difficultés d'endormissement, cauchemars, réveils nocturnes et/ou nuits blanches (Échelle C de la partie1).

Chapitre IV : Méthodologie de recherche

- 3- L'agressivité, l'irritabilité et/ou la perte de contrôle (Echelle E de la partie 1).
- 4- La vigilance, l'hypersensibilité aux bruits et/ou la méfiance (Echelle E de la partie 1).
- 5- Les réactions physiques telles que ; sueurs, tremblements, maux de tête, palpitations, nausées, etc. (Échelle F de la partie 1).
- 6- Les problèmes de la santé : perte d'appétit, boulimie, aggravation de l'état physique, etc. (Échelle F de la partie 1).
- 7- L'augmentation de la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, nourriture, etc.) (Echelle F de la partie 1).
- 8- Les difficultés de concentration et/ou de mémoire (Echelle G de la partie 1).
- 9- Le désintérêt général, la perte d'énergie et d'enthousiasme, la tristesse, la lassitude et/ou les envies de suicide (Echelle H de la partie 1).
- 10- La tendance à s'isoler (Echelle J de la partie 1).
- 11- Les sentiments de culpabilité et/ou de honte (Echelle I de 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 exclues en la présence de conditions rigoureuses qui sont la bonne compréhension des questions et de la consigne générale ; « 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. C, et Pereira-Fradin. M, 2006. p, 13-14**).

- **L'analyse du questionnaire Traumaq**

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

- Nul (échelon 0) ;
- Faible (échelon 1) ;
- Forte (échelon 2) ;
- Très forte (échelon 3).

L'échelle J comporte neuf items pour lesquels le sujet doit répondre par oui ou par non.

- **Calcul des notes brutes par échelle**

Partie 1 du questionnaire : pour les échelles A à I la note par échelle s'obtient en additionnant les repenses du sujet à chaque item (0, 1, 2, 3 points).

Les notes varient de 0 à 24 pour les échelles A et H, de 0 à 12 pour l'échelle B, de 0 à 15 pour les échelles C, D et F, de 0 à 18 pour l'échelle E et de 0 à 9 pour l'échelle G.

Pour l'échelle J, il convient d'utiliser le tableau ci-dessous et de compter 1 point par case grise cochée et 0 point pour une cas blanche.

Tableau 3. Grille de cotation de l'échelle J

Réponse	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11
Oui											
Non											

La note brute totale s'obtient en additionnant les notes aux différentes échelles. L'étendue théorique des notes brutes va de 0 à 164. Le calcul d'une note totale est rendu possible par l'homogénéité élevée du questionnaire et une analyse factorielle confirmatoire met en évidence la présence d'un facteur principal qui représente à lui seul 45% de la variance expliquée.

La Partie 2 du questionnaire : les informations recueillis dans cette partie sont de nature qualitative et destinées à compter le bilan clinique. Les échelles utilisées sont des échelles en neuf points qui permettent d'apprécier le délai et la durée des troubles depuis l'événement.

Afin de faire apparaitre les différents niveaux de gravité du syndrome post- traumatique et compte tenu des distributions des notes brutes aux différentes échelles et pour la note totale, un étalonnage normalisé en cinq classes a été construit pour les notes brutes par échelle et pour la note totale de la partie1.

- **Analyse typologique :**

En utilisant la méthode de la classification ascendante hiérarchique des sujets (méthode centroïde de Ward), sur la base des notes étalonnées aux échelles de la partie 1, on met en évidence quatre profils :

Profil A : syndrome psycho-traumatique intense.

Profil B : syndrome anxio-dépressif (sans syndrome psycho-traumatique déclaré).

Profil C : syndrome psycho-traumatique modéré (sans troubles dépressifs).

Profil D : syndrome psycho-traumatique léger.

(Damiani C, Pereira F M, 2006, p.23-24).

Tableau 4. Conversion des notes brutes en notes étalonnées par échelle (N=141)

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

Tableau 5. Conversion de la note brute totale de la partie 1 en note étalonnée et en niveau d'intensité.

Classes	1	2	3	4	5
Notes brutes	0-23	24-54	55-89	90-114	115 et+
Evaluation Clinique	Absence de traumatisme	Traumatisme Léger	Traumatisme Moyen	Traumatisme fort	Traumatisme très fort

NB : notre enquête relative aux femmes ayant accouchés un mort né a été échoué suite aux confinements pour cause de la pandémie (covid-19), l'analyse du pré enquête et les études antérieures sont reporter a la fin de ce mémoire.

5. Les études antérieures

La grossesse c'est l'existence et le bonheur de chaque maman qui attend un bébé en bon santé. Elle est aussi décrite comme une crise maturative, tend à être considérée comme une étape de la construction fondamentale de l'identité féminine.

Durant cette période transitoire, le corps et le psychisme vont évoluer conjointement pour accompagner la femme vers un devenir mère.

Ainsi, la grossesse selon « BYDLOWSKI » : est le moment d'un état psychique particulier, un état de susceptibilité ou de transparence psychique où des fragments de l'inconscient viennent à la conscience, Dès le début de grossesse, la transparence psychique est repérable car l'équilibre habituel de la femme est ébranlé. Elle manifeste un « état relationnel particulier, un appel à l'aide latent, ambivalent et quasi permance (Bydlowski, 2001, p.41-43).

Généralement, chaque femme enceinte se prépare à accueillir son bébé, évidemment avoir un nouveau-né vivant est une inspiration pour la famille et son entourage, cependant l'accouchement se déroule pas toujours comme prévue elle peut y'avoir des difficultés qui peuvent entrainer une mortinaissance, qui veut dire la naissance d'un mort-né après 22 semaine de gestation. Depuis 1984, un programme de lutte contre la mortalité infantile a été mis en place en Algérie. Il se fixait pour objectif de réduire en cinq ans la mortalité infantile de 50%. La stratégie pour réaliser cet objectif était alors Près de la moitié des mortinaissance, soit 1,2 million, surviennent au moment du travail. Ces décès sont directement liés au manque de soins qualifiés à ce moment critique pour la mère comme pour l'enfant.

Pour mieux comprendre l'ampleur de cet évènement, il est important de souligner que la mortinaissance touche une partie non négligeable de la population. En effet, dans le monde, plus de 7300 mortinaissance ont lieu chaque jour (Froen, Cacciatore, McClure, Kuti, Jokhio, Islam & Shiffman, 2011).

Chapitre IV : Méthodologie de recherche

En Europe, à l'heure actuelle, les décès périnataux représentent 6.3 naissances sur 1000 malgré la forte diminution de ces dernières décennies (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2011). En 2014, l'Office Fédérale de la Statistique (OFS) dénombre 368 mortinaissance (0.43 %) pour 85 287 naissances vivantes, en Suisse. La mortinaissance fait donc partie intégrante de la société et de la réalité obstétricale suisse. Comme toute perte, les conséquences de la mortinaissance touchent plusieurs aspects de l'être humain tels que l'émotionnel, le cognitif, le psychologique, le social et le spirituel (Engelhard, Van den Hout & Schouten, 2006).

(RACAUD Marie, SNIDER Laura, Anxiété, dépression, syndrome de stress post-traumatique et vécu parental après une mort in utéro : impact de l'accompagnement et des modalités de rencontre entre le couple et son enfant mort-né, Genève).

D'après une analyse à laquelle a contribué l'OMS, jusqu'à 1,1 million de mortinaissance pourraient être évitées moyennant une couverture universelle par les interventions suivantes :

Interventions	Mortinaissance évitées
Soins obstétricaux d'urgence complets	696 000
Dépistage et traitement de la syphilis	136 000
Dépistage et traitement du retard de croissance intra-utérin	107 000
Dépistage et traitement de l'hypertension Gravidique	57 000
Repérage des femmes ayant dépassé 41 semaines de gestation et déclenchement du travail	52 000

Prévention du paludisme, y compris au moyen de moustiquaires et de médicaments	35 000
Complémentation en acide folique avant la conception	27 000
Dépistage et traitement du diabète pendant la grossesse	24 000

(Selon l’OMS, www.who.int).

Statistiques mondiales : Selon l’OMS (2009), le taux de mortalité dans le monde a diminué de 14 % entre 1995 et 2009. Cependant, la baisse du taux de mortalité est moindre dans les pays en voie de développement contrairement aux pays occidentaux. En Europe, en 2009, il y a eu 67 910 mortinaissances ce qui correspond à un taux de 6.3 pour 1000 naissances (OMS, 2009).

Statistiques suisses

	2010	2011	2012	2013	2014
Total des naissances vivantes	80 290	80 808	82 164	82 731	85 287
Total des mortinaissances	346	349	350	402	368
Taux sur 1000 naissances	4.3	4.3	4.3	4.8	4.3

Taux de naissances et de mortinaissances (OFS, 2014).

En 2019, l’effectif des mort-nés enregistrés auprès des services de l’état civil continue sa tendance baissière observée depuis 2009. Ainsi, les services de l’état civil ont enregistré 12 540 mort-nés, soit une baisse relative de 1,3% par rapport à 2018. Cette baisse a affecté légèrement le taux de mortalité qui a baissé de 0.1 point entre 2018 et 2019 pour atteindre un niveau de 12,0‰.

Comme on a déjà cité l’arrivée d’une naissance vivante au sein d’une famille, est l’un des événements les plus heureux. Cette joie risque de transformée en tristesse pour la maman et sa famille dans les circonstances de mortinaissance, ce dernier peut provoquer plusieurs effets telles que le traumatisme psychique.

Chapitre IV : Méthodologie de recherche

Le traumatisme psychique correspond à un événement de vie du sujet qui se définit par son intensité : l'incapacité dans laquelle se trouve le sujet d'y répondre de façon adéquate, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique. En termes d'économie psychique, le traumatisme se caractérise par un afflux d'excitations qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations (**Laplanche, Pontalis. 2002**).

De plus, le traumatisme qu'est la mortinaissance peut avoir des répercussions persistantes à long terme. 1/5 des mères souffrent de dépression prolongée (Forrest, Standish & Baum, 1982) et 1/5 des femmes développera un syndrome de stress post-traumatique (SSPT) durant la grossesse suivante (Turton, Hughes, Evans & Fainman, 2001). D'autres retentissements sur la santé psychologique des parents ont été mis en évidence dans 11 plusieurs recherches tels que l'apparition de troubles obsessionnels compulsifs, de conflits conjugaux, de consommation de drogues ainsi que l'apparition de sentiments de culpabilité et de honte (Barr & Cacciatore, 2008 ; Cacciatore, Rådestad & Froen, 2008 ; DeFrain & al. 1990 ; Vance & al. 2002). Par conséquent, les parents peuvent se sentir socialement isolés et avoir un soutien social particulièrement absent (Cacciatore, 2013). Or, le soutien social a un rôle prépondérant sur le bien-être psychique de l'individu.

Avoir un mort-né conduit à considérer un travail psychique du négatif dans la procréation. Alors que la naissance est souvent idéalisée, sous l'angle d'un projet constructif, autour de la maternité et de la paternité, l'irruption de la mort confronte à des forces destructrices en jeu dans l'avènement d'un enfant : la toute-puissance menaçante pesant sur l'enfant, le transfert des âmes d'ancêtres, les rituels conjuratoires de la mort. En tentant de cerner la spécificité de la perte en jeu dans la mort in utero.

La prévalence de syndrome de stress post traumatique au troisième trimestre de la grossesse est de 02p1000 à 9p100. un intervalle de un mois entre la MFIU et la nouvelle grossesse est considérée comme un facteur de risque.

En effet si le psychotraumatisme n'a pu être élaboré par le travail de deuil normal une nouvelle grossesse risque de le réactiver. Le fait que les parents portent dans leurs bras l'enfant mort-né après l'accouchement peut être aussi un facteur de risque.

La mère va éprouver de l'angoisse morbide de ne plus sentir son bébé bouger et relativement à l'évolution de sa grossesse. (D.CHIBANE, quelle attitude des soignants (chirurgiens obstétriciens, sages-femmes, médecins anesthésistes, réanimateurs) **(quand a l'incidence psychologique maternelle de mort in utéro, université Saad Dahleb faculté de médecine CHU BLIDA)**).

6. La pré-enquête

La pré-enquête est une étape parmi les étapes les plus importantes dans toutes les recherches, en sciences humaines et sociales. Elle nous permet, d'avoir et de recueillir des données et des informations sur le thème de notre recherche et aussi avoir une petite expérience sur le terrain où se trouve notre population visée. Le but de cette pré-enquête est de s'assurer de la faisabilité de notre recherche, la consultation de l'hypothèse et de guide d'entretien, et les conditions d'étude, avant d'entamer cette dernière relative au problème posée dans notre problématique.

Nous allons essayer de définir la pré-enquête selon Claire Durant, cité par Chahraoui, KH, et Bénony, H. «la pré-enquête est considérée comme, la première étape brillante de chaque étude, elle nous donne la possibilité de vivre directement le phénomène étudié » **(Chahraoui, KH, Bénony, H. 2003. p126)**.

Cette pré-enquête nous a permis de recueillir des informations sur notre recherche, comme elle nous a aidés à émettre quelques modifications dans l'élaboration de notre problématique et hypothèses, ainsi que la formation de notre guide d'entretien.

- **Présentation et analyse des données de la pré-enquête**

Cas N° « 1 » : Salma

- **Présentation et analyse du cas de Salma**

Salma âgée de 35ans, femme au foyer, niveau d'instruction terminale (3^eAS), mère d'une fille âgée 3ans, elle vit avec sa belle-famille, après sa première grossesse elle a arrêté son travail (Assistance médicale), pour s'occuper de sa fille. Elle s'est présentée au service de gynécologie à l'unité hospitalière « mère-enfant » du CHU de Bejaia, à cause des complications dans la grossesse elle a accouché un mort-né et qui attend la 30semaine.

➤ **Analyse de l'entretien clinique :**

Au cours de sa présence à l'hôpital, nous avons saisi l'occasion pour lui demander de se prêter à contribuer dans notre étude. Salma a aimablement accepté de nous accorder cet entretien et de répondre à toutes les questions.

Salma a montré une simplicité avec nous et elle a répondu à nos questions avec des larmes aux yeux, L'analyse de l'entretien révèle, que Salma désire cette grossesse, et qu'elle est très contente parce qu'elle est enceinte d'un sexe masculine. Durant sa grossesse elle n'a jamais rencontré des problèmes de santé ni de maladie, elle a eu que quelques difficultés physiques tel que des reflux gastrique et des nausées, elle nous a dit que « si sûrement tous les femmes enceintes peuvent rencontrer ce genre de difficultés durant leurs grossesses ». Elle a bien respecté leur suivi médical, chaque 2 mois de contrôle chez sa gynécologue pour lui assurer que tout allait dans les normes, jusqu'au 8^{ème} mois de grossesse tout a tourné mal « j'ai senti une aimable douleur au niveau de mon ventre au point que je n'arrivais même pas à respirer et je senti que tout mon corps est fiable ». Après j'ai été transportée à l'hôpital, les médecins non pas pu sauver ce bébé, il a arrêté de respirer. A ce moment-là j'ai été sous le choc et triste. Même quand elle raconte on a perçu une tristesse dans ces yeux, elle a dit « pendant tout cette période j'ai été angoissée, portant j'ai tout fait pour que mon bébé soit en bonne santé ». Elle a des manifestations des maux physiques tel que des tremblements, « j'ai senti d'une faiblesse de tout mon corps ».

Après cet événement, Salma a eu du courage elle nous dit « j'ai fait du courage pour être un peu positive ». Son comportement il a changé « je suis très sensible et je me fâche rapidement malgré que j'ai été pas de tout comme ça », Salma a ajouté que depuis cet événement à chaque fois que elle dort elle fait des cauchemars elle nous dit « d's que je me pose ma tête sur l'oreiller presque les mêmes images qui me viennent toujours, et je pense souvent à lui pendant la journée, ce n'est pas facile de l'oublier ». Elle ressent peur et la crainte de revivre le même événement, elle a d'humour triste et des crises de larme parfois et de s'isoler les premiers jours.

Quand nous lui avons posé la question si elle pouvait à nouveau tomber enceinte, elle a dit « oui, mais je peur de revivre le même événement ». Elle nous a dit que elle a d'un bon contact avec les membres de sa famille, « tous les membres de ma famille se comportent bien avec moi ».

A la fin elle nous a dit qu'elle n'a pas des projets à réaliser « pour le moment je m'occuperai de ma maison et ma fille ».

➤ **Présentation et analyse de questionnaire Traumaq :**

Première partie : les réactions immédiates et les troubles psycho-traumatique ;

Echelle A : Salma a obtenu une note brute de 13 étalonnée en 3. Elle éprouve une forte sensation d'une frayeur pendant l'événement, accompagné d'une angoisse. Mais n'éprouve pas le sentiment d'être paralysé et la conviction qu'elle va mourir. Pendant l'événement elle éprouve un faible sentiment d'abondons, et une forte ressenti d'impuissance.

Echelle B : Salma a obtenu une note brute de 10 étalonnée en 5. On trouve une très forte présence des images et des souvenirs reproduisant l'événement s'imposent à elle durant la journée et nuit, et une forte présence des rêves et des cauchemars. Elle éprouve des difficultés à parler de l'événement. On remarque une très forte sensation d'angoisse.

Echelle C : Salma a obtenu une note brute de 7 étalonnée en 3. Depuis l'événement elle éprouve une forte difficulté d'endormissement et plus de réveils nocturnes, qui ont provoqué une impression de ne pas dormir du tout.

Echelle D : Salma a obtenu une note brute de 4 étalonnée en 2. On remarque la présence d'une faible anxiété chez elle. Avec une forte intensité de s'y rendre sur les lieux qui ont rapport avec l'événement, Salma elle a une peur de revivre le même événement.

Echelle E : Salma a obtenu une note brute de 7 étalonnée en 3. Salma affirme quelle à des difficultés à se maîtriser ces crises de nerfs et un fort sentiment d'agressivité, avec un changement de son comportement depuis l'événement.

Echelle F : Salma a obtenu une note brute de 4 étalonnée en 3. Elle éprouve quelques réactions physique telle que maux de tête et tremblements en repensent a des situations qui rappellent l'événement. Elle éprouve aussi quelques variations du poids.

Echelle G : la note brute est de 5 étalonnée de 3. Salma présente une forte difficulté de concentrations et de trous de mémoire qu'auparavant, elle a une faible difficulté de se rappeler de l'événement.

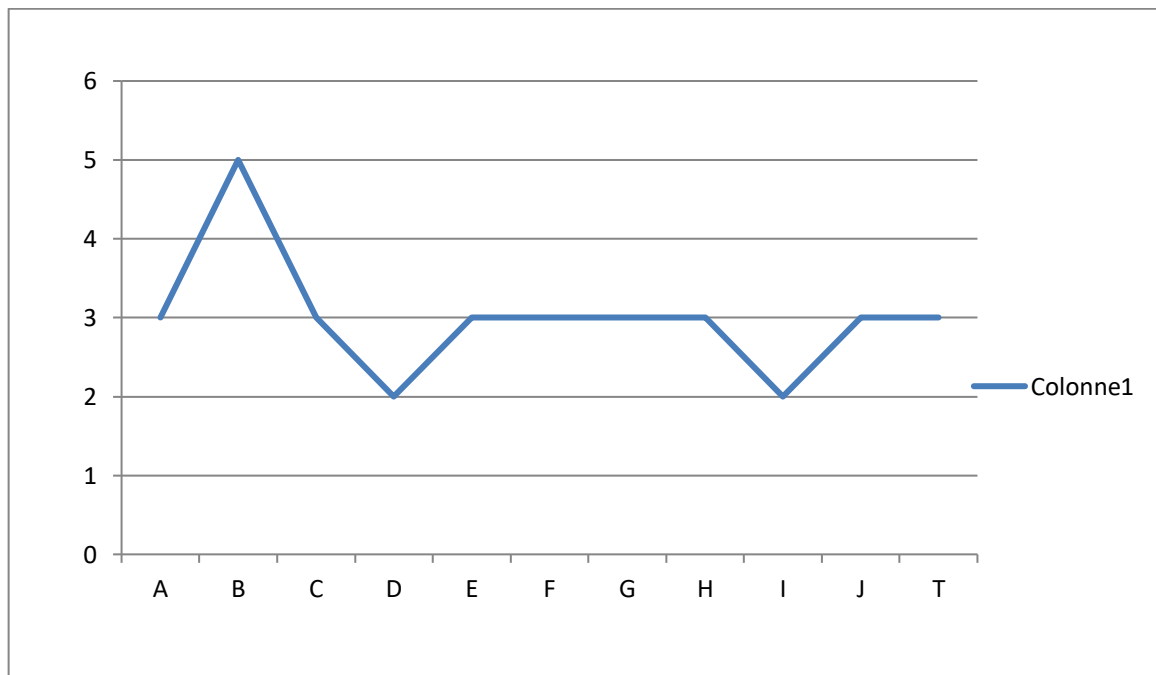
Echelle H : la note brute obtenue est de 8 étalonnée de 3. Salma éprouve un manque d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement, accompagné d'un très fort sentiment de tristesse et des crises de larmes. Mais elle a une faible tendance à s'isoler et à éviter des contacts avec les autres.

Echelle I : Salma a obtenu une note brute de 3 étalonnée de 2. Elle se sent pas de la responsabilité ou culpabilité de ce qui lui arrivé et une faible sensation d’humilier. Par contre elle un fort sentiment de la colère violente et la haine.

Echelle J : elle a obtenu une note brute de 2 étalonnée de 3. Elle ne pratique pas autant de loisirs et elle n’a pas le même plaisir qu’auparavant. Par contre elle cherche davantage la compagnie et la présence d’autrui.

Le tableau ci-dessous récapitule les résultats du traumatisme du cas Salma

Echelle	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	T
Note brute	13	10	7	4	7	4	5	8	3	2	63
Note étalonné	3	5	3	2	3	3	3	3	2	3	3



Représentation graphique du profil du cas Salma

La deuxième partie : Salma présente la plupart des troubles généralement apparus entre le jour même de l'événement et 1 mois. On parle de syndrome de reviviscence, crise d'angoisse, irritabilité, la crainte de retourner sur les lieux de l'événement, et aussi la tendance à s'isoler. Ce sont des troubles qui ont apparus chez Salma.

Résumé du cas Salma

Concernant l'hypothèse du traumatisme psychique de Salma, il a apparus au cours de son entretien, qu'elle développe un traumatisme psychique, qui se manifeste par des difficultés d'endormissement. Une fois endormie elle fait des réveils nocturnes et des cauchemars. Cela rend Salma plus irritable qu'auparavant.

Avec un total brut de 62 étalonné en 03, l'évaluation sur le plan clinique de Salma est décrite comme souffrante d'un syndrome psycho-traumatique moyen.

Synthèse

Dans cette partie méthodologique, on a cité les informations nécessaires sur notre recherche, les méthodes utilisées pour entretenir les femmes est une rigueur dans l'analyse des données recueillies, afin de répondre à l'objectif principal de cette recherche sur le traumatisme psychique chez les femmes ayant accouché d'un mort-né, et de vérifier les hypothèses

« *La mort des parents, c'est la perte du passé ; La mort d'un enfant, c'est la perte de l'avenir* » (Proverbe chinois).

Pendant la grossesse, la maman présente toujours des difficultés psychiques, physiques et hormonales, Cette période de vulnérabilité peut être vécue comme traumatique ou réactiver des traumatismes préexistants.

Dans le cadre de notre recherche, nous avons essayé d'aborder la question des femmes ayant accouchées d'un mort- né et leurs effets sur la santé psychique, en se basant sur l'observation constatée lors des pré-enquêtes.

L'objectif de la recherche intitulé : « traumatisme psychique chez les femmes ayant accouché d'un mort-né » était de détecter l'état psychique et le traumatisme psychique de ces femmes que nous avons réalisés selon les méthodes suivantes :

L'entretien clinique de type semi directif et le questionnaire d'évaluation du traumatisme psychique « Traumaq ».

Après l'analyse du contenu de l'entretien, et quelque cas qu'on a pu observer lors de pré enquête, nous avons constaté que certaines femmes ont étaient traumatisées ou moment de l'annonce de la mort de leur nouveau-né, cette situation inattendue génère ces mamans a noyauter dans un état de choc et dépression surtout les femmes qui attendent leurs premier bébé et celle qui permettre d'enfanter qu'une seule fois.

A partir de l'analyse des données de l'entretien, et de résultat de questionnaire, et les études antérieures qu'on a faites, nous avons remarqué que les femmes accouchées d'un mort-né peuvent développer un état de stress post traumatique.

Suite aux difficultés que nous avons rencontrés a cause de l'épidémie Covid 19, nous n'avons pas pu continuaient notre stage pratique, mais on est arrivé à dire que notre hypothèse reste néanmoins confirmée.

Chaque femme vie sa situation d'une manière différente a l'autre, nous pensons qu'une prise en charge psychologique de ces femmes est nécessaire afin de diminuer ce traumatisme psychique.

Pour terminer, on doit signaler que ce modeste travail n'a été pour nous qu'une initiation de la recherche, Nous souhaitons que cette présente, soit une collaboration de nouvelles études ultérieures, pour bien éclairer et comprendre en profondeur, et analysé la réalité de traumatisme psychique chez les femmes accouchés un mort-né.

Bibliographie

Ouvrages

1. Angers, M. (1997). *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*, Alger, casbah.
2. Barrois, C. (1998). *Les névroses traumatiques*, Paris, Dunod, 2^{ème} édition.
3. Bénony, H. & Chahraoui, KH. (1999). *l'entretien clinique*, Paris, Dunod.
4. Beudet line et De Montigny Francine, (1993). « Lorsque la vie éclate : l'impact de la mort d'un enfant sur la famille », édition seli Aslan.
5. Bouatta, C. (2017). *Figure de la violence en Algérie aspects psychologiques et sociologique*. Bejaia : université de Bejaia.
6. Cansac, J. et al. (2006). *Pratique de l'accouchement*. Paris, Masson.
7. Chahraoui, K. Bénony, H. (2003). *méthodes évaluation et recherches en psychologie clinique*. Paris, Dunod.
8. Chahraoui, KH. (2014). *15 cas clinique en psychopathologie du traumatisme*. Paris : Dunod.
9. Chahraoui, KH. et Hervé, B. (2003). *Evaluation et recherche en psychologie clinique*. Paris, Dunod.
10. Chiland, C. (1989). *L'entretien clinique*. Paris : P.U.F.
11. Ciccone, A. Ferrant, A. (2008). *honte, culpabilité et traumatisme*, Paris : Dunod.
12. Cottraux, J. (2001). *Les thérapies Comportementales et cognitives*. Paris : Dunod.
13. Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Odile Jacob, Paris.
14. Crocq, L. (2014). *Traumatisme psychique : prise en charge psychologie des victimes*. France : Issy. Lemoulineaux.
15. Crocq, L. Dalligand, L. Tarquinio, C. (2007). *Traumatismes psychiques*.
 - a. *Prise en charge psychologique des victimes*. Elsevier Masson.

16. Crocq. (2003). *Préhistoire et histoire des syndromes psychotraumatiques*.
 - a. Neuropsychy News Spéc.
17. De Clercq, M. Lebigot, F. (2001). *Les traumatismes psychiques*. Paris : Masson.
18. Frydman, R. Cohen-Solal, J. (1989). *Ma grossesse mon enfant*. Paris, OdileJacob.
19. Frydman, R. Schilte CH. (2010). *Attendre un bébé*. Hachette. Paris.
 - a. France.
20. Hadjam, R. (2000). *Guide médicale de la famille*. Alger EDC. Omega.
21. Hallot, I. (2007). *La grossesse, (en 200 questions)*. Edition Hachette livre
 - a. 2010.
22. Haynal, A. Pasini, W. Archinard, M. (1997). *Médecine psychosomatique*.
 - a. Masson, Paris.
23. Jean, M. D. (1995-2002). *Le sens de la maternité, cycle du don et genèse du lien*. Paris : Dunod.
24. Jean-Louis, Pedinelli. (2006). *Introduction à la psychologie clinique*.
 - a. 2^e édition, Paris.
25. Kédia, M. Sabouraud-Seguin, A. et al. (2008). *l'aide-mémoire de psychotraumatologie*. Paris, Dunod, 2^eme édition, 2013.
26. Laplanche, J. Pontalais, J-B. (1994). *Vocabulaire de psychanalyse*. Paris : PUF.
27. Lebigot, F. (2005). *Traiter les traumatismes psychiques*. Paris : Dunod.
28. Marger, R. et al. (1979). *Précis obstétrique*. Paris, Masson.
29. Marylène, B. Véronique, L. (2008). *Gynécologie obstétrique et soins infirmiers*. Wolters Kluwer France.
30. Merger, R. et al. (1989). *Précis d'obstétrique*. Masson Paris, France.
- 31... Merger, R. Lévy, J. *Précis d'obstétrique*. 6^eme Edition, Masson : Paris,
 - a. France. Milan.
32. Muchielli, R., (1968). *Le questionnaire dans l'enquête psychosociale*, L.T., Paris.

33. Oppenheim, H. (1888). *Die traumatischen Neurosen*. Berlin, V. von August Hirschwald ed. 1892 (2ème édition), 1vol.
34. Olivenbaum, Mélodie. (2010 – 2013). *Mourir avant de n'être : et l'infirmière dans tout ça ?*, IFSI Bertrand Schwartz. Thèse de fin d'étude
35. Pedenielli, J-L. (2006). *Introduction à la psychologie clinique*. Paris, Armand Colin.
36. Pedenielli, J-L. Fernandez, L. (2005). *L'observation clinique et l'étude de cas*. Paris : ArmandColin.
37. Rézette, S. (2008). *Psychologie clinique en soins infirmiers*. paris : Elsevier Masson.
38. Solnit, A.J., (1982). *L'enfant vulnérable, rétrospective*. in *L'enfant vulnérable*. Paris,PUF.

Revues

1. Hogue Carol, J.R. et al, (March 2015). The Association of Stillbirth with Depressive Symptoms (6–36) Months Post-Delivery, *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, Volume 29, Issue 2, pages131–143.
2. Martinek, I.E, Vial, Y. Hohifeld. (2006). Prise en charge de la mort fœtale in utéro : quel bilan proposer *Gynécologie obstétrique reproduction*. volume 35, pages 594 à606.
3. Papiernik, E. (1996). Epidémiologie des morts fœtales avant le travail dans l'enquête périnatale de La seine Saint-Denis. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. V* : 26.p153-159.

Dictionnaires

1. American Psychiatric Association. (1996). *DSM IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. traduction française. Paris : Masson.
2. American psychiatric Association. (2015). *Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux (DSM5)*. Paris : Masson.
3. Bourneuf, J. et al. (1995). *Le petit Larousse de la médecine*. Paris : Larousse.

4. Chemama, R. Vandermersch, B. (1998). *Dictionnaire de la psychanalyse*. Paris : Larousse.
5. Damiani, C. Pareira-fradim, M. (2006). *manuel Traumaq*. Paris,ecpa.
6. Dictionnaire Le Petit Larousse. (2003), Paris, Larousse.Cdrom.
7. Luc Van, C. Raymond, Q. (2011). Manuel de recherche en sciences sociales, 4^eédition, Paris, Dunod.
8. Naudin, C. Grunbeh, N. (2006). Larousse médicale, Paris,Larousse.
9. OMS (1977). Classification internationale des maladies, 9^{ème} révision. OMS.Genève.
- 10.Organisation Mondiale de la Santé. Classification internationale des Maladies, 10^e édition, (vol .2, p.134-138).
- 11.Quevauvillier, Jacques. (2009). Dictionnaire médical, 6e édition. Masson.
12. Sillamy, N. (1983). *Dictionnaire usuel de psychologie*.Paris.
13. Sillamy,N.(2003).*Dictionnaire de psychologie*. Paris : Larousse.
14. Ybert, E. (2010). *Le Petit Larousse de la médecine en 5000 articles*. Paris, Larousse.

Thèses

1. Haderbache, L.(2014). *Le traumatisme psychique chez les enfants assistés*, Etudes clinique de quatre cas au foyer pour enfants assistés de Sétif. Université deBejaia.
2. Macalon, H. (2009). Accouchement par forceps à l'hôpital Foussyni DAO de kays à propos de 101 cas », thèse de doctorat, en psychologie, université de Bamako.
3. Pierre, A. (2011). Etude de l'impact de recommandation en 2005 sur la formation des étudiant en France. thèse de doctorat, en psychologie, université Henri Poincaré I, école de sage-femme et de Metz.

Sites internet

1. <http://accessmedicine.mhmedical.com/book.aspx?bookId=350>Cunningam, F.Leveno, K. Bloom, S. Hauth, J. Rouse, D. Spong, C. (2009).Williams Obstetrics (21sted.). Consulté le (09/03/2020) 17:05.
2. www.infirmiers.com. consulté le (25/03/2020) 22 :15.
3. ORGANISATION MONIALE DE LA SANTE Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : Gide destiné à la sage-femme et au médecin, Section 2 – Symptômes. Consulté le (22/04/2020). 20:13.
4. Frydman, R. Cohen-Solal, J. Op cit. p286.
5. <https://www.passeportsante.net/fr/grossesse/Fiche.aspx?doc=enfant-mort-ne>. Consulté le (22/02/2020) 19:03.

Annexes



➤ **L'information personnelle sur le sujet :**

- Comment appeler-vous ?
- Quel est votre âge ?
- Quel est votre niveau d'instruction ?
- Quelle est votre profession ?
- Vous avez des enfants ?

➤ **Axe 1 : Avant l'événement :**

- Avez-vous des problèmes de santé avant cet événement ?
- Avez-vous éprouvé des difficultés physiologiques ou psychologiques au cours de votre grossesse ? lesquelles ? durant quel trimestre ?
- Avez-vous un suivi médical ?
- Avez-vous déjà un mort-né ? si oui combien de fois ?

➤ **Axe 2 : Durant l'événement :**

- Qu'avez-vous ressenti pendant l'événement ?
- Avez-vous ressenti de l'angoisse par rapport à l'événement ?
- Avez-vous pris des procédures de garder votre bébé ?
- Avez-vous eu des manifestations des maux physiques telles que, des tremblements, une augmentation de la tension etc. ?

➤ **Axe 3 : Après l'événement :**

- Pourriez-vous nous parler de ce qui est passé ou moment de l'événement ?
- Pouvez-vous nous décrire votre réaction après l'événement et avez-vous constaté que votre comportement a changé ?
- Revivez-vous l'événement dans des rêves ou des cauchemars ?
- Ya-t-il des images de sang qui vient souvent dans vos pensées ?
- Avez-vous sentie la peur et la crainte ?
- Etes-vous d'humeur triste et/ou avez-vous des crises de larmes ?
- Evitez-vous de fréquenter l'endroit où vous avez fait votre accouchement ?
- Avez-vous tendance à vous isoler ou à refuser les contacts ?

➤ **Axe 4 : La vision de future :**

- Pensez-vous pouvoir dépassé ou oublié cet événement à l' avenir ?
- Vous pensez encore une autre fois d'avoir un autre bébé et reprendre votre vie normale ?
- Continuez-vous à rencontrer vos amis avec la même fréquence ?
- Avez-vous des projets que vous souhaitez réaliser ? Si oui, de quoi s'agissent-ils ?
- Si vous voulez nous rajouté quelque chose que on n'a pas cité durant l'entretien nous sommes là pour vous écouter madame n'hésitez pas ?

معلومات شخصية عن الشخص:

- ما اسمك؟

- كم عمرك؟

- ما هو مستواك العلمي؟

- ما هي مهنتك؟

- هل لديك أطفال؟

المحور 1: قبل الحدث:

- هل لديك أي مشاكل صحية قبل هذا الحدث؟

- هل واجهت صعوبات فسيولوجية أو نفسية خلال فترة الحمل؟ ما هي؟ في أي شهر؟

- هل لديك متابعة طبية؟

- هل لديك من قبل مولود ميت؟ إذا بنعم كم مرة؟

المحور 2: خلال الحدث:

- كيف كان شعورك خلال هذا الحدث؟

- هل شعرت بالقلق من خلال هذا الحدث؟

- هل اتخذت إجراءات للحفاظ على طفلك؟

- هل عانيت من الإرهاق الجسدي مثل الارتعاش وزيادة ضغط الدم الخ.؟

المحور 3: بعد الحدث:

- هل يمكن أن تحدثنا بما جرى في لحضت وقوع الحدث؟

- هل يمكنك أن تصفى لنا ردة فعلك بعد الحدث وهل لاحظت أن سلوكك قد تغير؟

- هل تسترجع الحدث في أحلامك والكوابيس؟

- هل تسترجع دائماً صور الدم في مخيلتك؟

- هل تشعرين بالخوف والقلق؟

- هل أنت في مزاج حزين وهل لديك نوبات الدموع؟

- هل تتجنب الذهاب إلى المكان الذي ولدت فيه؟

- هل تميل إلى العزلة أو رفض الاتصال بالآخرين؟

المحور 4: رؤية المستقبل:

- هل تعتقدين أن بإمكانك تجاوز أو نسيان الحدث في المستقبل؟

- هل تفكرين في الإنجاب مرة أخرى والعودة إلى حياتك الطبيعية؟

- هل تواصلين مقابلة أصدقائك بنفس الدرجة؟

- هل هناك مشاريع تتمني تحقيقها ما هي؟

- هل لديك إضافة شيئاً لم نذكره أثناء المقابلة، فنحن هنا للاستماع إليك لا تترددي؟

Traumaq

Questionnaire d'évaluation du traumatisme

Carole Damiani
Maria Pereira-Fradin

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

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

Informations concernant l'événement :

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

* Nature de l'événement

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

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

¹ ITT = Interruption Temporaire de Travail

² IPP = Incapacité Permanente Partielle

Renseignements généraux concernant la période antérieure à l'événement :

Situation familiale

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

Nombre d'enfants (préciser leur âge) : _____

Situation professionnelle

Etudiant(e)

Salarié(e) : plein temps temps partiel

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

Etat de santé

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

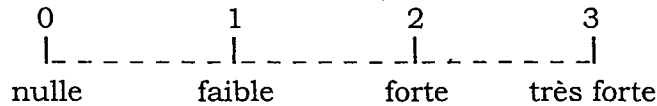
Depuis l'événement

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

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

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

Intensité (ou fréquence) de la manifestation



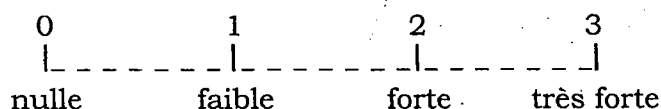
		0	1	2	3
D1	Etes-vous devenu anxieux(se), tendu(e) depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2	Avez-vous des crises d'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>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

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

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

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

Intensité (ou fréquence) de la manifestation



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

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

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

DEUXIEME PARTIE

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

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

Délai d'apparition des troubles depuis l'événement

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

Durée des troubles

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

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

Résultats au TRAUMAQ

Cotation des échelles de la première partie

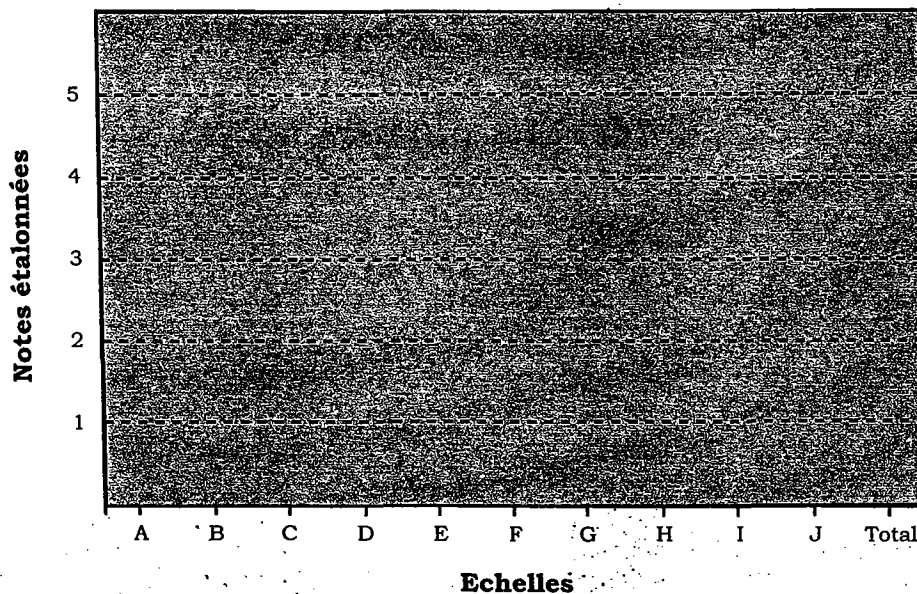
Les notes brutes des échelles A à I correspondent à la somme des points attribués aux items.

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

Conversion des notes brutes en notes étalonnées

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

Profil



الملحق رقم 2

بيانات عامة

- الإسم : وضعية الوالدين : تطبيق الإستبيان : فردي جماعي
- السن : أحياء : الأم الأب
- الجنس : متوفيين : الام الأب
- المستوى الدراسي : سنة وفاة الأم : / شاهد عن الحدث
- المستوى الإجتماعي والإقتصادي : متوسط
- تاريخ الفحص : مكان الفحص :.

معلومات متعلقة بالحدث

- الحدث فردي جماعي طبيعته :
- مكان الحدث : وضعيتك أثناء الحدث : منفردا مرفوقا
- تاريخ الحدث :
- مدة الحدث :
- جروح الجسم : لا نعم وصفها : أثارها الحالية :
- هل إستفدت من تدخل علاج طبي - نفسي مباشرة بعد الحدث: لا نعم
- إنقطاع مؤقت عن العمل ITT : لا نعم عدد الأيام : /
- توقف عن العمل : لا نعم مدته :
- عدم القدرة الجزئية المستمرة IPP : لا نعم النسبة :

طبيعة الحدث

حسب الإستجابة المعطاة , ضع علامة أو أكثر على الخانات التالية :

- كارثة طبيعية محاولة قتل إغتصاب
- كارثة تكنولوجية شاهد عن قتل فقدان أحد الأعمام
- حادث مرور إكتشاف جثث إختطاف
- حادث منزلي إنفجار قنبلة شاهد على تعذيب
- محاولة إغتيال هجوم على منزلك وضعيات أخرى

صف بإختصار ملابسات الحدث :

interruption temporaire de travail : ITT

incapacité permanente partiel : IPP

• معلومات عامة متعلقة بالفترة التي سبقت الحدث :

<p><u>الوضعية العائلية :</u></p> <p><input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> مطلق</p> <p>عدد الأطفال (تحديد سنهم)</p>
<p><u>الوضعية المهنية:</u></p> <p><input type="checkbox"/> طالب <input type="checkbox"/> عامل</p> <p><input type="checkbox"/> عطلة مرضية <input type="checkbox"/> متقاعد <input type="checkbox"/> عاطل عن العمل</p>
<p><u>الحالة الصحية :</u></p> <p>هل تعاني من مشاكل صحية : لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/></p> <p>ماهي أهمها :</p> <p>هل تتابع علاج طبي : لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/></p> <p>ماهي طبيعته :</p>
<p>هل إستشرت أخصائي نفسي , طبيب عقلي : لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/></p> <p>هل تابعت علاج نفسي : لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/></p> <p>ما نوعه :</p> <p>التاريخ : المادة :</p>
<p>هل تعرضت لأحداث أخرى تركت لك أثرا : لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/></p> <p>طبيعتها :</p> <p>تاريخها :</p>

- معلومات عامة حول الفترة التي عقبته الحدث :

<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
بعد الحدث هل إستشرت أخصائي نفسي , طبيب عقلي :	
<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
هل تابعت علاج نفسي :	
ما نوعه :	
تاريخ أول جلسة علاجية :	
عدد الإستشارات (إلى حد اليوم)	
<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
هل تابعت علاج طبي :	
نوعه :	
مدته :	

لك الوقت الكافي للقيام بهذه العملية .

الجزء الاول:

يجب عليك الإجابة على جميع الأسئلة ويمكنك العودة إلى سؤال لم تجيب عليه أول وهلة، شريطة أن تجيب عليه بعد ذلك.

لك الوقت الكافي للقيام بهذه العملية.

بالنسبة لكل الأسئلة المطروحة إستخدام السلم التالي وضع علامة في الخانة المطابقة:

شدة أو تواتر التظاهرة			
3.....	2.....	1.....	0.....
شديدة جدا	شديدة	ضعيفة	منعدمة

- أثناء الحدث: سوف نتطرق إلى كل ما أحسست به أثناء الحدث.

3 2 1 0

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل أحسست بالرعب؟	A1
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل أحسست بالقلق؟	A2
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل لديك إحساس بأنك في حال آخر؟	A3
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل إنتابتك تظاهرات جسمية مثل الإرتجاف ، التعرق ، ارتفاع ضغط الدم، الغثيان، زيادة ضربات القلب؟	A4
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل إنتابتك إحساس بأنك مشلول غير قادر على إصدار ردود أفعال متكيفة؟	A5
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل إعتقدت فعلا بأنك ستموت؟	A6
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل أحسست بأنك وحيد و مهجور من طرف الاخرين؟	A7
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل أحسست بأنك عديم القوة؟	A8
	مج A =	

• منذ الحدث:

3 2 1 0

_سوف نتطرق الآن إلى كل ما تحس به حالياً.

B1	هل تطاردك ذكريات وصور طول النهار والليل؟	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B2	هل تعيش مجددا الحدث في الأحلام أو الكوابيس	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B3	هل تجد صعوبة في التحدث عن الحدث؟	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B4	هل تشعر بالقلق عند التفكير بالحدث؟	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B=مج		

3 2 1 0

C1	منذ الحدث هل إزدادت عندك صعوبات النوم أكثر من قبل؟	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C2	هل تعيش كوابيس لا يتعلق محتواها مباشرة بالحدث؟	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C3	هل إزداد لديك الإستيقاظ في الليل؟	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل تشعر بأنك لم تنم نهائيا؟	C4
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل تشعر بالتعب عند الإستيقاظ؟	C5
	مج C =	

شدة أو تواتر التظاهرات			
3.....	2.....	1.....	0.....
شديدة جدا	شديدة	ضعيفة	منعدمة

3 2 1 0

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل أصبحت قلقا منذ الحدث؟	D1
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل لديك نوبات قلق؟	D2
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل تخشى العودة إلى أماكن لها علاقة بالحدث؟	D3

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل تحس بعدم الأمن؟	D4
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل تتجنب الأماكن والوضعيات والمشاهد (التلفزة) التي تثير لديك ذكرى الحدث؟	D5
	مج =D	

3 2 1 0

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل تحس بأنك يقض ومنتبه للأصوات أكثر من السابق وهل تفزعك كثيرا؟	E1
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل أصبحت شديد الحذر أكثر من السابق؟	E2
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل أصبحت شديد الحذر أكثر من السابق؟	E3
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل تجد صعوبة في التحكم بأعصابك (نوبة عصبية...)؟ وهل تميل إلى الهروب من كل وضعية غير محتملة؟	E4
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل تشعر بأنك عدواني أكثر أو تخشى من عدم التحكم في عدوانيتك منذ الحدث؟	E5
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل ظهرت لديك سلوكيات عدوانية منذ الحدث؟	E6
	مج =E	

3 2 1 0

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	عندما تعيد التفكير بالحدث أو تكون بوضعيات تذكرك به ، هل تظهر لديك ردود أفعال جسمية مثل آلام الرأس ، الغثيان ، الخفقان الإرتجاف ، التعرق ، صعوبة التنفس ؟	F1
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل لاحظت تغيرات على وزنك ؟	F2
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل لاحظت تقهقر على حالتك الجسمية العامة ؟	F3
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	منذ الحدث هل تعرضت لمشاكل صحية كان من الصعب تحديد أسبابها؟	F4
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل زدت من استهلاك بعض المواد(قهوة، سجائر، كحول، أدوية...)?	F5
	مج F =	

3 2 1 0

3

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل تجد صعوبة في التركيز أكثر من السابق ؟	G1
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل تعاني من فجوات بالذاكرة ؟	G2
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل تجد صعوبة في تذكر الحدث أو بعض عناصره ؟	G3
	مج G =	

شدة أوتواتر التظاهرة

3.....2.....1.....0

منعدمة ضعيفة شديدة شديدة جدا

3 2 1 0

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل فقدت الرغبة في بعض الأشياء التي كانت هامة لديك قبل الحدث؟	H1
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل انخفضت لديك الطاقة والحيوية منذ الحدث؟	H2
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل لديك الشعور بالملل والتعب والإرهاك؟	H3
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل لديك مزاج حزين و/أو هل تنتابك نوبات من البكاء؟	H4
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل تشعر بأن الحياة لا تستحق أن تعاش؟ وهل تراوحت أفكار إنتحارية؟	H5
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل تعاني من صعوبات في علاقتك العاطفية و/أو الجنسية؟	H6
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	منذ الحدث هل ظهر لك أن مستقبلك مدمر؟	H7
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل لديك ميل للعزلة أو لرفض الإتصالات؟	H8
	مج = H	

3 2 1 0

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل تفكر بأنك مسؤول عن الطريقة التي جرت بها الأحداث أو كان عليك القيام بأفعال أخرى لتجنب بعض النتائج؟	I1
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل تشعر بأنك مذنباً نتيجة كل ما فكرت به وما فعلته أثناء الحدث و/أو نجوت دون الآخرين؟	I2
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل تشعر بأنك مذلول أمام كل ما يحدث؟	I3
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	منذ الحدث هل تشعر بالحط من قيمتك؟	I4
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	منذ الحدث هل تشعر بالغضب العنيف أو الكره؟	I5
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل تغيرت نظرتك للحياة ولنفسك وللآخرين؟	I6

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل تفكر بأنك لست مثلما كنت سابقا؟	17
	مج ا =	

لا نعم

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل تتابع نشاطك الدراسي أو المهني؟	J1
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل تشعر بأن نتائجك المدرسية أو المهنية مكافئة لنتائجك السابقة؟	J2
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل تستمر بلقاء أصدقائك بنفس الوتيرة؟	J3
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل قطعت علاقتك بالأقارب (الزوج، الأباء، الأبناء...) منذ الحدث؟	J4
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل تشعر بأن الآخرون لا يفهمونك؟	J5
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل تشعر بالهجر من طرف الآخرين؟	J6
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل وجدت مساندة من طرف أقاربك؟	J7
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل تبحث دائما عن الرفقة أو حضور الآخرين؟	J8
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل تمارس نشاطاتك الترفيهية كما في السابق؟	J9
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل تجد لذة الحياة نفسها كما في السابق؟	J10
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل تشعر بأنك غير معني بالأحداث التي يتعرض لها محيطك؟	J11
	مج ز =	

الجزء الثاني

لقد انتهيت من تقييم ما تواجهه اليوم. ومع ذلك ، فمن المحتمل أن يكون هناك تطور منذ وقوع الحدث: فقد اختلفت بعض الاضطرابات بينما لا يزال البعض الآخر مستمراً.

باستخدام المقاييس أدناه ، حدد وقت ظهور الاضطرابات الموضحة ، وكذلك مدتها:

مدة الاضطرابات	تأخير في بدء الاضطرابات منذ الحدث
0: غير مهتم	0: غير مهتم
1 : مباشرة بعد الحدث	1: يوم الحدث
2 : أقل من أسبوع	2: بين 24 ساعة و 3 أيام
3: من 1 أسبوع إلى 1 شهر	3: بين 4 أيام و 1 أسبوع
4 : 1 إلى 3 أشهر	4: بين 1 أسبوع و 1 شهر
5 : 3 إلى 6 أشهر	5: بين 1 و 3 أشهر
6: 6 أشهر إلى سنة	6: بين 3 و 6 أشهر
7 : أكثر من عام	7: بين 6 أشهر وسنة
8: المشكلة لا تزال موجودة حتى يومنا هذا	8: أكثر من عام

اضطرابات	الوقت لبدء	مدة
1- انطباع إعادة إحياء الحدث، ذكريات وصور الحدث الذي عاد.		
2 - اضطرابات النوم: صعوبة في النوم ، الكوابيس ، الاستيقاظ الليلي و / أو الليلي بلا نوم.		
3- نوبات القلق و / أو القلق وعدم الأمان.		
4- خوف من العودة إلى مكان الحدث أو أماكن مماثلة		
5 - العدوان، والتهيج و / أو فقدان السيطرة.		
6- اليقظة، فرط الحساسية للضوضاء و / أو عدم الثقة.		
7- التفاعلات الجسدية مثل: التعرق ، والهزات ، والصداع ، والخفقان ، والغثيان ، إلخ.		
8- المشاكل الصحية: فقدان الشهية، الشره المرضي، تفاقم الحالة المادية.		
9- الزيادة في استهلاك مواد معينة (القهوة والسجائر والكحول والأطعمة وغيرها).		
10 - صعوبة التركيز و / أو التذكر.		
11- عدم الاهتمام العام ، وفقدان الطاقة والحماس ، والحزن ، والتعب و / أو الرغبة في الانتحار		
12- الميل لعزل نفسه.		
13- الشعور بالذنب و / أو العار		

تنقيط سلالم الجزء الأول:

يطابق مجموع علامات السلالم A – B- C – D – E – F – G – H – I مجموع علامات البنود التابعة لها بالنسبة للسلم J
تنقط إستجابات (لا) ب(1) و إستجابات (نعم) ب(0) بإستثناء البنود رقم 4 – 5 – 6 – 11 أين تنقط الإستجابة (نعم)
(ب(1) و الإستجابة (لا) ب(0).

علامات					مج العلامات	السلالم
5	4	3	2	1		
24	23-19	18-13	12-7	6-0		A
10 وأكثر	9-8	7-5	4-1	0		B
14 وأكثر	13-10	9-4	3-1	0		C
14 وأكثر	13-10	9-5	4-1	0		D
15 وأكثر	14-10	9-5	4-2	1-0		E
10 وأكثر	9-7	6-4	3-1	0		F
8 وأكثر	7-6	5-3	2-1	0		G
18 وأكثر	17-12	11-4	3-1	0		H
17 وأكثر	16-10	9-6	5-2	1-0		I
8 وأكثر	7-6	5-2	1	0		J
145 فأكثر	144-90	89-55	54-24	23-0		مج

بروفيل الحالة:

Traumaq

Questionnaire d'évaluation du traumatisme

Carole Damiani
Maria Pereira-Fradin

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

Nom : Salma

Prénom : _____

F M Age : _____

Date de passation : 21/03/2020

Lieu de passation : Targa Ouzemour

Informations concernant l'événement :

Événement individuel Collectif Nature* : Mort-mé

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

Date : _____

Durée : _____

Blessures physiques : Non Oui Description : _____

Séquelles actuelles : _____

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

Non Oui

ITT¹ Non Oui Nombre de jours : _____ Arrêt de travail Non Oui Durée : _____

IPP² Non Oui Pourcentage : _____

* Nature de l'événement

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

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

¹ ITT = Interruption Temporaire de Travail

² IPP = Incapacité Permanente Partielle



CENTRE DE RECHERCHE
D'ÉDITION ET D'APPLICATIONS
PSYCHOLOGIQUES

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) : 1 enfant (l'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 : le mariage d'un proche
Date : 14 oct 2015

Renseignements concernant la période postérieure à l'événement :

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

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

Date de la première séance : _____

Nombre de consultations (à ce jour) : _____

Traitement médical : Non Oui Lequel : _____

Durée : _____

PREMIERE PARTIE

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

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

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

Pendant l'événement

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

		0	1	2	3
A1	Avez-vous ressenti de la frayeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A2	Avez-vous ressenti de l'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A3	Avez-vous eu le sentiment d'être dans un état second ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4	Avez-vous eu des manifestations physiques comme, par exemple, des tremblements, des suees, une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération des battements du cœur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A5	Avez-vous eu l'impression d'être paralysé(e), incapable de réactions adaptées ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A6	Avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A7	Vous êtes-vous senti seul(e), abandonné(e) par les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A8	Vous êtes-vous senti impuissant(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total A					13

Depuis l'événement

Nous allons maintenant aborder ce que vous ressentez actuellement.

		0	1	2	3
B1	Est-ce que des souvenirs ou des images reproduisant l'événement s'imposent à vous durant la journée ou la soirée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B2	Revivez-vous l'événement dans des rêves ou des cauchemars ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B3	Est-il difficile pour vous de parler de l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B4	Ressentez-vous de l'angoisse lorsque vous repensez à ces événements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total B					10

		0	1	2	3
C1	Depuis l'événement, avez-vous plus de difficultés d'endormissement qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C2	Faites-vous davantage de cauchemars ou de rêves terrifiants (au contenu sans rapport direct avec l'événement) ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3	Avez-vous plus de réveils nocturnes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C4	Avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C5	Etes-vous fatigué(e) au réveil ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total C					7

Intensité (ou fréquence) de la manifestation



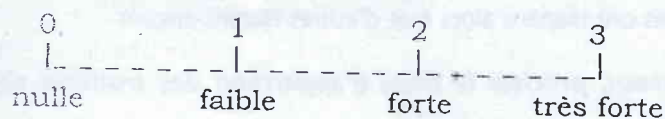
		0	1	2	3
D1	Etes-vous devenu anxieux(se), tendu(e) depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2	Avez-vous des crises d'angoisse ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D3	Craignez-vous de vous rendre sur des lieux en rapport avec l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D4	Vous sentez-vous en état d'insécurité ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D5	Évitez-vous des lieux, des situations ou des spectacles (TV, cinéma) qui évoquent l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total D		4			

		0	1	2	3
E1	Vous sentez-vous plus vigilant(e), plus attentif(ve) aux bruits qu'auparavant, vous font-ils plus sursauter ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E2	Vous estimez-vous plus méfiant(e) qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3	Etes-vous plus irritable que vous ne l'étiez avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E4	Avez-vous plus de mal à vous maîtriser (crise de nerfs, etc.) ou avez-vous davantage tendance à fuir une situation insupportable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E5	Vous sentez-vous plus agressif(ve) ou craignez-vous de ne plus contrôler votre agressivité depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E6	Avez-vous eu des comportements agressifs depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total E		7			

		0	1	2	3
F1	Lorsque que vous y repensez ou que vous êtes dans des situations qui vous rappellent l'événement, avez-vous des réactions physiques telles que, par exemple, maux de tête, nausées, palpitations, tremblements, sueurs, respiration difficile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F2	Avez-vous observé des variations de votre poids ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F3	Avez-vous constaté une détérioration de votre état physique général ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F4	Depuis l'événement, avez-vous des problèmes de santé dont la cause a été difficile à identifier ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F5	Avez-vous augmenté la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, médicaments, nourriture, etc.) ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total F		4			

		0	1	2	3
G1	Avez-vous plus de difficultés à vous concentrer qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G2	Avez-vous plus de "trous de mémoire" qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G3	Avez-vous des difficultés à vous rappeler l'événement ou certains éléments de l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total G		5			

Intensité (ou fréquence) de la manifestation



		0	1	2	3
H1	Avez-vous perdu de l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'événement ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H2	Manquez-vous d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H3	Avez-vous des impressions de lassitude, de fatigue, d'épuisement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H4	Etes-vous d'humeur triste et/ou avez-vous des crises de larmes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H5	Avez-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, voire des idées suicidaires ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H6	Eprenez-vous des difficultés dans vos relations affectives et/ou sexuelles ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H7	Depuis l'événement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H8	Avez-vous tendance à vous isoler ou à refuser les contacts ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total H					8

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

		oui	non
J1	Poursuivez-vous votre activité scolaire ou professionnelle ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J2	Avez-vous l'impression que vos performances scolaires ou professionnelles sont équivalentes à avant ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J3	Continuez-vous à rencontrer vos amis avec la même fréquence ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J4	Avez-vous rompu des relations avec des proches (conjoint, enfant, parent, etc.) depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J5	Vous sentez-vous incompris(e) par les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J6	Vous sentez-vous abandonné(e) par les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J7	Avez-vous trouvé un soutien auprès de vos proches ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J8	Recherchez-vous davantage la compagnie ou la présence d'autrui ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J9	Pratiquez-vous autant de loisirs qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J10	Y trouvez-vous le même plaisir qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J11	Avez-vous l'impression d'être moins concerné(e) par les événements qui touchent votre entourage ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total J			2

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.	8	5
2 - Les troubles du sommeil : difficultés d'endormissement, cauchemars, réveils nocturnes et/ou nuits blanches.	4	3
3 - L'anxiété et/ou les crises d'angoisse, l'état d'insécurité.	2	1
4 - La crainte de retourner sur les lieux de l'événement ou des lieux similaires.	5	4
5 - L'agressivité, l'irritabilité et/ou la perte de contrôle.	3	1
6 - La vigilance, l'hypersensibilité aux bruits et/ou la méfiance.	1	3
7 - Les réactions physiques telles que : sueurs, tremblements, maux de tête, palpitations, nausées, etc.	1	1
8 - Les problèmes de santé : perte d'appétit, boulimie, aggravation de l'état physique.	1	2
9 - L'augmentation de la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, nourriture, etc.).	0	0
10 - Les difficultés de concentration et/ou de mémoire.	2	2
11 - Le désintérêt général, la perte d'énergie et d'enthousiasme, la tristesse, la lassitude et/ou les envies de suicide.	1	3
12 - La tendance à s'isoler.	3	3
13 - Les sentiments de culpabilité et/ou de honte.	0	0

Résultats au TRAUMAO

Cotation des échelles de la première partie

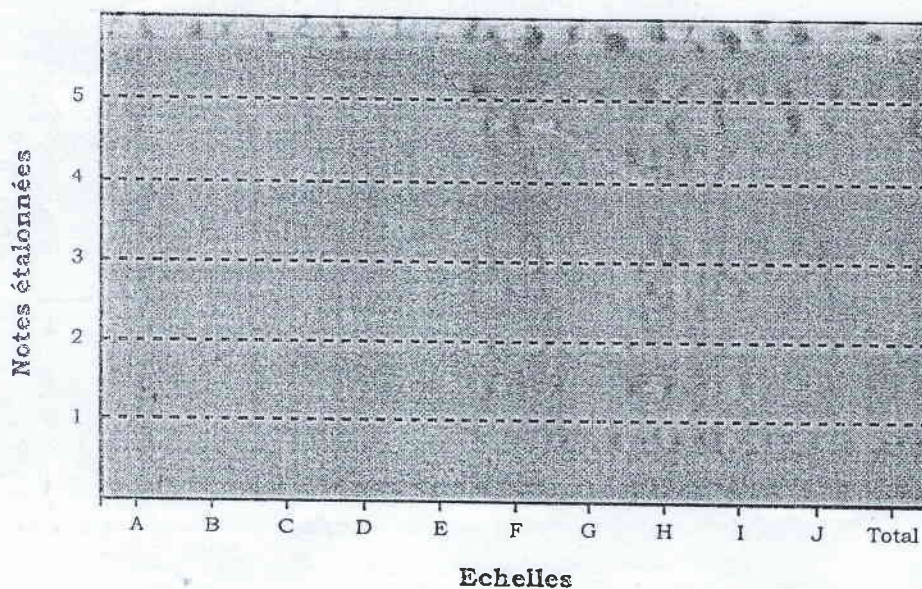
Les notes brutes des échelles A à I correspondent à la somme des points attribués aux items.

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	13	<input type="checkbox"/> 0-6	<input type="checkbox"/> 7-12	<input checked="" type="checkbox"/> 13-18	<input type="checkbox"/> 19-23	<input type="checkbox"/> 24
B	10	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-4	<input type="checkbox"/> 5-7	<input type="checkbox"/> 8-9	<input checked="" type="checkbox"/> 10 et +
C	7	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-3	<input checked="" type="checkbox"/> 4-9	<input type="checkbox"/> 10-13	<input type="checkbox"/> 14 et +
D	4	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1-4	<input type="checkbox"/> 5-9	<input type="checkbox"/> 10-13	<input type="checkbox"/> 14 et +
E	7	<input type="checkbox"/> 0-1	<input type="checkbox"/> 2-4	<input checked="" type="checkbox"/> 5-9	<input type="checkbox"/> 10-14	<input type="checkbox"/> 15 et +
F	4	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-3	<input checked="" type="checkbox"/> 4-6	<input type="checkbox"/> 7-9	<input type="checkbox"/> 10 et +
G	5	<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	8	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-3	<input checked="" type="checkbox"/> 4-11	<input type="checkbox"/> 12-17	<input type="checkbox"/> 18 et +
I	3	<input type="checkbox"/> 0-1	<input checked="" type="checkbox"/> 2-5	<input type="checkbox"/> 6-9	<input type="checkbox"/> 10-16	<input type="checkbox"/> 17 et +
J	2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2-5	<input type="checkbox"/> 6-7	<input type="checkbox"/> 8 et +
Total	63	<input type="checkbox"/> 0-23	<input type="checkbox"/> 24-54	<input checked="" type="checkbox"/> 55-89	<input type="checkbox"/> 90-114	<input type="checkbox"/> 115 et +

Profil



Résumé

Notre étude « le traumatisme psychique chez les femmes ayant accouché un mort-né » est faite pour bien comprendre le stress des mamans qui ont perdu leur bébé surtout après tout une période d'attente et ce stress peut se développer à un traumatisme psychique.

Le traumatisme psychique est un phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations 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. Le phénomène de traumatisme psychique donne lieu subjectivement à une expérience vécue d'effroi, d'horreur et d'absence de secours.

En effet, notre étude est effectuée au service de la maternité à la clinique de **Targa Ouzemour** auprès des mamans qui ont perdu leur bébé au moment où avant de l'accouchement.

Les mots clé : la grossesse, l'accouchement, mort-né, le traumatisme psychique.

Summary

Our study "Psychological trauma in women who have given birth to a stillbirth" is made to understand the stress of mothers who have lost their babies especially after a whole waiting period and this stress can develop into a psychological trauma. Psychic trauma is a phenomenon of breaking into the psyche and overflowing its defenses by the violent excitations associated with the occurrence of an event that attacks or threatens the life or integrity (physical or psychic) of an individual, which is exposed to it, as victim, witness or actor.

The phenomenon of psychological trauma subjectively gives rise to a lived experience of dread, horror and lack of help.

Indeed, our study is carried out in the maternity department at the **Targa Ouzemour** clinic with mothers who lost their babies at or before childbirth.

The key words: pregnancy, childbirth, stillborn, psychic trauma

ملخص

تم إعداد دراستنا "الصدمة النفسية عند النساء اللاتي وضعن مولودًا ميتًا" لفهم ضغوط الأمهات اللاتي فقدن أطفالهن خاصة بعد فترة انتظار كاملة ويمكن أن يتطور هذا التوتر إلى صدمة نفسية.

الصدمة النفسية هي ظاهرة اقتحام النفس والإفراط في دفاعاتها من خلال الإثارة العنيفة المرتبطة بوقوع حدث يهاجم أو يهدد حياة أو سلامة (جسدية أو نفسية) فرد يتعرض لها كضحية أو شاهد أو ممثل.

تؤدي ظاهرة الصدمة النفسية بشكل شخصي إلى تجربة معيشية من الرعب ونقص المساعدة في الواقع، يتم إجراء دراستنا في قسم الولادة في عيادة تارقة أوزمور مع أمهات فقدن أطفالهن عند الولادة أو قبلها.

الكلمات المفتاحية: حمل، ولادة، ميت، صدمة نفسية

