



جامعة بجاية  
Tasdawit n Bgayet  
Université de Béjaïa

UNIVERSITE ABDERAHMANE MIRA DE BEJAIA  
FACULTÉ DES SCIENCES HUMAINNES ET SOCIELES  
DÉPARTEMENT DE PSYCOLOGIE ET D'ORTHOPHONIE

## *Thème*

# **Le traumatisme psychique chez les femmes ayant un accouchement difficile**

Étude de (04) cas au niveau de l'EPH de Sidi-Aich

*En vue de l'obtention du diplôme fin de cycle*

*Master*

**OPTION : Psychologie clinique**

**Préparé par :**

M<sup>lle</sup> SAYAD Sarah

M<sup>lle</sup> MOUSSAOUI Sarah

**Encadré par :**

M<sup>r</sup> GHOUAS Yacine

**Année universitaire : 2021/2022**

# *Remerciements*

---

*Nous remercions dieu de nous avoir donné la volonté et la  
Patience pour achever ce travail.*

*A tous mes enseignants de l'université de Bejaia.*

*A tous le personnel de L'EPH de sidi Aich*

*A notre encadreur dans l'hôpital M<sup>d</sup>DEBOU Meriempour ces  
conseils et sa présence durant notre stage.*

*A mon promoteur M<sup>r</sup> GHOUAS Yacine qui nous à aider et dirigé  
notre travail.*

*A tous les membres de jury pour avoir accepter d'évaluer notre  
travail.*

*A tous ceux qu'ont contribués à notre formation.*

*A tous ceux qui nous aaidés de près ou de loin.*

# *Dédicaces*

---

*Je dédie ce travail,*

*A celle qui m'a donné la vie, le symbole de tendresse, qui s'est sacrifiée pour mon bonheur et ma réussite, à **ma très chère Mère**.*

*A **mon Père**, école de mon enfance, qui a été mon ombre durant toutes les années des études, et qui a veillé tout au long de ma vie à m'encourager à me donner l'aide et me protéger...**Que Dieu les gardes et les protèges.***

*Je le dédie aussi à mes chères frères : **Djoudi, Amine, Abd el malek, Céline, Ayda**, puisse Dieu vous garder, éclairer votre route et vous aider à réaliser à votre tour vos vœux les plus chers les mots ne suffisent guère pour exprimer l'attachement, l'amour et l'affection que je porte pour vous.*

*A mon meilleur ami **Kamel** qui ma toujours encourager et qui ma soutenu tout au long de mon parcours.*

*A tous ceux qui me sont chères et proches à moi, et à tous ceux qui m'aiment.*

*Et enfin à toutes personnes que j'aime.*

*Sayad Sarah*

# *Dédicaces*

---

*Je dédie ce travail,*

*A mon cher papa **Moussaoui Hakim** merci de m'avoir soutenu tant moralement que matériellement pour que je puisse atteindre mon but et de vos prières pour moi.*

*A ma chère maman **Dahia** qui m'a toujours souhaité la réussite et qui m'a aidé à atteindre mes objectifs dans mes études et dans ma vie.*

*A ma très chère grand-mère **Baya** merci d'être ma deuxième maman, merci de vos prières pour moi.*

*A ma chère et unique tante **Wahiba** merci pour tous ce que tu as faits pour moi.*

*A l'esprit De ma Sœur : **Mélissa***

*A mes chers Frères : **Smail, Chabane et Adem.***

*A mes cousines et cousins : **Moucha, Bina, Katia, Lina, Zouzou, Mélissa et Yasser.***

*A mes amis proches : **Amokrane, Souad, Wazna, Hocine, Cylia, Lamia.***

*A ma chère binôme **Sarah** pour son entente et sympathie et qui m'a soutenu tout au long de mon parcours.*

*Un remerciement spécial pour mes deux chers **Moucha et Ghilas.***

*A tous mes amis de la promotion de psychologie clinique.*

*Moussaoui Sarah*

## Liste des tableaux

<b>Numéro du tableau</b>	<b>Titre</b>	<b>Page</b>
<b>Tableau N°1</b>	Consistance physique de l'EPH de Sidi-Aich	<b>48</b>
<b>Tableau N°2</b>	Population d'étude	<b>50</b>
<b>Tableau N°3</b>	Grille de cotation de sous échelle J	<b>56</b>
<b>Tableau N°4</b>	Conversion des notes brutes en notes étalonnées par sous échelle (N = 141)	<b>58</b>
<b>Tableau N°5</b>	Conversion de la note brute totale de la partie 1 en note étalonnée et en niveau d'intensité	<b>58</b>
<b>Tableau N°6</b>	Tableau récapitulatif des résultats du profil de madame Baya	<b>60</b>
<b>Tableau N°7</b>	Tableau récapitulatif des résultats du profil de madame Djawida	<b>63</b>
<b>Tableau N°8</b>	Tableau récapitulatif des résultats du profil de madame Lynda	<b>64</b>
<b>Tableau N°9</b>	Tableau récapitulatif des résultats du profil de madame Siham	<b>66</b>
<b>Tableau N°10</b>	Les résultats des cas selon le niveau d'intensité du traumatisme	<b>72</b>

## Liste des courbes

<b>Numéro de la courbe</b>	<b>Titre</b>	<b>Page</b>
<b>Courbe N°1</b>	représentation graphique du profil de madame Baya, présence d'un traumatisme psychique fort.	<b>62</b>
<b>Courbe N°2</b>	représentation graphique du profil de madame Djawida, présence d'un traumatisme psychique très fort.	<b>65</b>
<b>Courbe N°3</b>	représentation graphique du profil de madame Lynda, présence d'un traumatisme psychique fort.	<b>68</b>
<b>Courbe N°4</b>	représentation graphique du profil de madame Siham, présence d'un traumatisme psychique fort.	<b>71</b>
<b>Courbe N°5</b>	représentation graphique du profil de la population d'étude	<b>73</b>

# *Table des matières*

*Remerciements*

*Dédicaces*

*Liste des figures*

*Liste des tableaux*

Introduction..... 07

## **Cadre méthodologique de la problématique**

Problématique .....	08
1. La définition des concepts clés .....	11
1.1. Le traumatisme psychique .....	11
1.2. L'accouchement difficile.....	12
1.3. Le traumatisme de l'accouchement.....	12
2. L'opérationnalisation des concepts clés.....	12
2.1. Le traumatisme psychique .....	12
2.2. L'accouchement difficile .....	12
3. L'objectif de choix de thème .....	13

## **Partie théorique**

### **Chapitre 1 : L'accouchement difficile**

Préambule.....	16
1. La définition de la grossesse.....	16
2. Les changements corporels durant la grossesse .....	17
3. La définition de l'accouchement .....	18
4. Les phases de l'accouchement .....	18
4.1. La dilatation du col .....	19
4.2. L'expulsion .....	19
4.3. La délivrance .....	19
5. Les types d'accouchement.....	19
5.1. L'accouchement par Episiotomie .....	19
5.2. L'accouchement par forceps .....	20
5.3. L'accouchement par césarienne.....	20
6. La définition de l'accouchement difficile.....	21
7. Le déroulement d'un accouchement dystocique.....	21
8. L'origine d'une dystocie peut être maternelle ou fœtale.....	21
8.1. La dystocie d'origine maternelle .....	22
8.2. La dystocie d'origine fœtale .....	23
9. Les deux grands types de dystocie.....	23
9.1. L'accouchement dystocique (lorsque la dystocie est dynamique) .....	23
9.2. L'accouchement dystocique (lorsque la dystocie est mécanique) .....	23
10. Les causes et les conséquences de la dystocie .....	24
10.1. Lorsqu'elles sont associées au bébé.....	24
10.2. Lorsque les causes sont associées à la maman .....	24
10.3. D'une obésité .....	24
11. Les méthodes pour faciliter l'accouchement dystocique.....	25
11.1. Les mesures pour faciliter le travail.....	25
11.2. L'administration d'un traitement médicamenteux .....	25

11.3. L'utilisation d'instruments .....	25
11.4. La césarienne.....	25
Synthèse.....	26

## **Chapitre 2 : Le traumatisme psychique**

Préambule.....	28
1. L'historique du traumatisme .....	28
2. La définition du traumatisme psychique.....	31
3. Les théories du traumatisme .....	31
3.1. La théorie du traumatisme chez S. Freud.....	31
3.2. La théorie du traumatisme chez S. Ferenczi.....	33
4. Les différents concepts du traumatisme psychique.....	35
4.1. La névrose traumatique.....	35
4.2. L'effroi.....	35
4.3. Le tresse .....	35
4.4. La vulnérabilité.....	36
4.5. Le trauma.....	36
4.6. La victimologie .....	36
5. La typologie du traumatisme psychique.....	36
6. Le traumatisme simple et complexe.....	37
6.1. Le traumatisme simple.....	37
6.2. Le traumatisme complexe.....	37
7. Le diagnostique du traumatisme psychique selon le DSM5.....	38
Synthèse .....	41

## **Partie Pratique**

### **Chapitre 03 : Méthodologie de la recherche**

Préambule .....	44
1. La pré-enquête.....	44
2. Le lieu de stage.....	45
3. La population d'étude.....	50
4. La méthode de recherche.....	50
4.1. La méthode descriptive .....	50
4.2. L'étude de cas .....	51
5. L'outil d'investigation.....	52
5.1. L'échelle d'évaluation du traumatisme psychique « Traumaq » .....	52
5.2. La définition de l'échelle du« Traumaq » .....	53
5.2.2. Les objectifs de l'échelle.....	53
5.2.3. La population concernée .....	53
5.2.4. Le contenu de l'échelle .....	54
5.2.5. L'analyse de l'échelle .....	56
5.2.6. Calcul des notes brutes par sous échelle .....	56
5.2.7. L'analyse typologique .....	57
5.2.8. Étalonnage normalisé en cinq classes .....	57
Synthèse.....	58

### **Chapitre 4 : présentation des résultats et discussions des hypothèses**

1. Présentation et analyse du cas « Baya ».....	60
1.1. Présentation du cas « Baya ».....	60



1.2. Présentation et analyse des données du traumaq .....	60
2. Présentation et analyse du cas « Djawida » .....	63
2.1. Présentation de cas « Djawida ».....	63
2.2. Présentation et analyse des donnéestraumaq .....	63
3. Présentation et analyse du cas « Lynda » .....	66
3.1. Présentation de cas « Lynda » .....	66
3.2. Présentation et analyse des données dutraumaq .....	66
4. Présentation et analyse du cas « Siham » .....	69
4.1. Présentation de cas « Siham » .....	69
4.2. Présentation et analyse des données dutraumaq .....	69
5. Discussion et vérification des hypothèses de recherche .....	72
Conclusion.....	76

Références Bibliographiques

Annexes

Résumé



**INTRODUCTION**

## **Introduction**

La grossesse et l'accouchement sont des moments essentiels de la vie. Cela semble évident pour chacun d'entre nous, notre naissance représentant un évènement fondateur, psychiquement très important.

L'accouchement est un évènement marquant dans la vie d'une femme, une expérience souvent idéalisée riche en émotions, mais qui peut s'accompagner de difficultés et de douleurs.

Durant les neuf mois de grossesse, le fœtus et la maman se prépare pour l'accouchement et la naissance de bébé. Les hormones jouent un rôle du début de la grossesse jusqu'à la fin. Selon la présentation du bébé, différents accouchement sont possibles.

La dystocie signifie «accouchement difficile», quelle qu'en soit la cause. Elle représente l'ensemble des phénomènes susceptibles de perturber le travail et l'accouchement.

Les accouchements dystociques sont problèmes gynécologique qui touchent le monde entier, c'est toutes les anomalies dans la progression du travail d'accouchement qui peut être d'origine dynamique ou mécanique et primitive ou secondaire.

L'accouchement n'est pas toujours aussi merveilleux qu'on le croit. Mettre au monde un enfant peut devenir une situation chaotique et occasionner des douleurs traumatisantes.

En effet, un cas de travail ou d'accouchement difficile, peut être très mal vécu sur un plan psychologique. Non seulement les femmes ressentent de la peur pour leur bébé, mais elles ont aussi le sentiment de ne pas maîtriser leur accouchement.

La première rencontre entre une mère et son enfant est censée être, dans la plus part des cas, un moment de bonheur. Mais quand l'accouchement a été très difficile, il peut se transformer en cauchemar et laisser des traces que les mères ont du mal à effacer. Car il ne s'agit pas de baby blues, ni de dépression post-partum, mais bel et bien de stress post-traumatique (SPT), ou plus précisément de « birth trauma » (traumatisme de la naissance).

Nous voulons aborder dans notre thème de recherche : le traumatisme chez les femmes ayant un accouchement difficile au cours de l'accouchement pas seulement comme malaise mais aussi prendre en considération leurs souffrance émotionnelles et déséquilibrent selon leurs plans physiques et psychiques.

Pour entamer notre recherche nous avons décidé de répartir le travail en deux parties :

La partie théorique est composée de deux chapitres : le premier chapitre intitulé « **l'accouchement difficile** » consacré pour les définitions de la grossesse et l'accouchement difficile (la dystocie), les différents types de l'accouchement et ses étapes. Dont le second est consacré pour « **le traumatisme psychique** », définition du traumatisme psychique, un aperçu historique, les types et les différents concepts de traumatisme psychique, diagnostic de traumatisme psychique.

La partie pratique comporte deux chapitres : le premier est centré sur « **la méthodologie de la recherche** » dans lequel on commence par la pré-enquête, la présentation du lieu de stage, les méthodes de recherche à suivre qui sont la méthode descriptive et l'étude du cas, population d'étude, ainsi que l'outil d'investigation qui est l'échelle d'évaluation du trauma. Le deuxième chapitre porte sur « **la présentation des résultats et discussion des hypothèses** ».



# **Problématique**

## **Problématique**

Partout des voix se font entendre parlant d'un mal être, d'un malaise, bien aussi dans les milieux de santé que dans la société en général, tous les jours des faits divers, des tables rondes, des conférences, des statistiques. Nous parlons de problème liés à la santé comme les maladies cardiovasculaires ou diabétiques, de problèmes familiaux de santé psychique, de dépression. Ces problèmes ont des effets plus un moins néfastes pour l'individu lui-même, les groupes sociaux, et une forte répercussion sur la santé mentale. Ce ne sont certes pas des phénomènes nouveaux mais s'opposent radicalement à une logique de développement psychologique.

Le présent travail de fin d'étude, se valant être un travail qui met l'accent sur les femmes ayant un traumatisme psychique due à l'accouchement difficile.

Le traumatisme est donc un choc psychologique important, généralement lié à une situation où une personne a été confrontée à la mort ou à la menace de mort, à des blessures graves ou au péril de tels dommages, à des violence sexuelle ou au risque de telles agressions. (Evelyne, Josse. Le traumatisme psychique chez l'adulte, p 38).

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).

Le traumatisme psychique a continué depuis toujours une problématique centrale en psychopathologie nous obligeant à penser les liens complexes entre environnement et sujet dans une relation non causale, mais constamment interactive. Sa capacité à transformer radicalement un individu dans son équilibre somato-psychique, ses croyances, son identité, ses relations à autrui, interrogé fondamentalement la question de la vulnérabilité psychique et du sens que revêt pour chacun l'expérience traumatique. (K. Chahraoui, 15 cas cliniques en psychopathologie du traumatisme. p1).

Un traumatisme psychique est une réaction émotive persistante qui fait souvent suite à un évènement extrêmement éprouvant de la vie. Le fait de vivre un évènement traumatisant peut compromettre le sentiment de sécurité et le sentiment d'identité ainsi que la capacité à réguler les émotions et à s'orienter dans ses rapports avec les autres. Longtemps après avoir

vécu un évènement traumatisant, la personne ressent fréquemment une peur intense accompagnée d'un sentiment de honte ou d'impuissance.

L'évènement traumatique constitue donc une menace pour la vie (mort réelle ou possible) ou pour intégrité physique (lésions corporelles, violation de l'intimité) et ou mentale (perte de biens personnels, outrage à l'honneur ou aux droits fondamentaux...etc.) d'une personne ou d'un groupe de personnes.

Donner naissance peut être considéré comme un évènement majeur et parfois extrêmement stressant dans la vie d'une femme. Plusieurs études indiquent que l'accouchement peut être même une expérience traumatique pour un faible pourcentage de femmes.

Pour une femme, l'accouchement est un évènement intense et unique. Durant les neuf mois de grossesse, le fœtus et la maman se prépare pour l'accouchement et la naissance de bébé. Les hormones jouent leur rôle du début de la grossesse jusqu'à la fin, selon la présentation du bébé, différents accouchements sont possible.

Pour D. STERN, l'accouchement il s'agit d'une expérience existentiellement unique pour la femme, « devenir mère dans son corps et dans sa psyché ».

L'accouchement, nous le savons, est générateur de stress et d'anxiété, quelque soit son issue. De ce fait, différents outils ont été créés afin d'évaluer la peur d'accoucher ainsi que la satisfaction éprouvée à la suite de la naissance.

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 déclenche tout seul et provoqué lorsqu'il est consécutif à une intervention extérieure. (Naudin C. Grunbeh N. 2006).

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), il existe plusieurs critères pour caractériser un accouchement eutocique. En effet, un accouchement est eutocique lorsque : le déclenchement est spontané ; c'est une naissance à bas risque dès le début et tout au long du travail et de l'accouchement ; l'enfant naît spontanément en position céphalique du sommet, entre les 37<sup>e</sup> et 42<sup>e</sup> semaines de gestion ; après la naissance, la mère et le nouveau-né se portent bien.

Par accouchement naturel, on entend un accouchement sous l'influence de la physiologie ; sinon dirigé, ou artificiel, s'il y a eu une intervention manuelle ou instrumentale. Quand l'accouchement s'est déroulé de manière physiologique, c'est un accouchement eutocique. Il sera appelé dystocique, suite à la survenue d'une anomalie entravant le processus normal de l'accouchement.

Un accouchement dit dystocique est donc un accouchement difficile, par opposition à un accouchement eutocique, qui se déroule normalement, sans encombre. On regroupe ainsi sous le terme d'accouchement dystocique tous les accouchements où des difficultés surviennent, notamment concernant les contractions utérines, la dilatation du col de l'utérus, la descente et l'engagement du bébé dans le bassin, la position du bébé lors de l'accouchement (en siège notamment), etc.

La dystocie désigne l'ensemble des difficultés qui peuvent survenir au cours d'un accouchement et ainsi compliquer la venue au monde d'un bébé.

En cas de dystocie, l'accouchement est plus long, ce qui est très éprouvant pour la maman. De plus, les contractions sont plus fortes, car l'organisme cherche à faciliter la descente du bébé, ce qui augmente le risque d'une rupture de l'utérus, l'une des situations les plus redoutées. La dystocie peut également engendrer une souffrance fœtale : le bébé est mal oxygéné et la situation doit être rapidement prise en charge pour éviter de graves complications.

Il existe deux grands types de dystocies, le premier est la dystocie dynamique causée par un dysfonctionnement du moteur utérin ou par la dilatation du col. La dystocie mécanique, l'autre forme d'accouchement dystocique, l'accouchement est mis en difficulté par un obstacle d'origine fœtale comme la taille ou la position du bébé dans le ventre de sa mère.

Un dernier cas plus particulier fait également partie de l'accouchement dystocique : la dystocie des épaules, cette particularité intervient quand la tête du bébé est expulsée de l'utérus de sa mère, mais que ses épaules ont du mal à glisser dans le bassin. Il existe également la dystocie d'engagement, quand le fœtus a de la difficulté à s'engager dans le bassin, malgré la bonne dilatation cervicale.

Les traumatismes d'accouchement sont de plus en plus reconnus et discutés par les professionnels en périnatalité. On réalise que l'accouchement traumatique fait partie de la réalité de certaines femmes.



Le traumatisme d'accouchement peut se vivre à différents degrés : absence de traumatisme, traumatisme léger, traumatisme moyen, traumatisme fort et très fort, en passant de la nostalgie aux symptômes de stress post-traumatique. Certaines femmes vont pleurer en repensant à leur accouchement, d'autres vont vivre de la colère, de l'anxiété, de la peur ou un sentiment de panique. Ses émotions sont souvent incontrôlables.

C'est pour cela qu'on a choisi d'étudier, ce thème dans le but de détecter la présence de traumatisme psychique chez les femmes ayant eu un accouchement difficile qui souffre parfois en silence, la question que nous posons dans le cadre de cette recherche est la suivante :

**Questions :**

1-Les femmes ayant un accouchement difficile développent t'elles le traumatisme psychique après un accouchement difficile ?

2-Les femmes ayant un accouchement difficile développent t'elles le traumatisme psychique à différents degrés ?

**1. Les hypothèses :**

1-Les femmes ayant eu un accouchement difficile développent un traumatisme psychique après un accouchement difficile.

2-Les femmes ayant eu un accouchement difficile développent un traumatisme psychique à des degrés différents.

**2. La définition des concepts clés**

**2.1.Le traumatisme psychique**

Les manifestations d'un traumatisme psychique dépendent de la personnalité du sujet et de la portée émotionnelle de l'événement en cause (agression, catastrophe, blessure affective, stress, prolongé, etc.). Un traumatisme psychique se traduit en général par une réaction aigue (raptus, crise d'angoisse, état de confusion et de stupeur) qui peut se prolonger par des troubles de la réadaptation : névrose traumatique (ou réactionnelle), proche de la névrose classique mais moins structurée, sinistrose (le sujet amplifie le préjudice subi), syndrome subjectif post-traumatique (fatigue, douleurs, maux de tête, évanouissements), cauchemars, hypotension orthostatique (étourdissements au lever et en position debout), vertiges, acouphènes. (LAROSSE Médical. Edition 2019).

## **2.2.L'accouchement difficile**

Le mot dystocie vient de « dys » : difficulté et « tokos » : accouchement. La dystocie comprend l'ensemble des éléments qui rendent l'accouchement plus ou moins pénible, plus ou moins laborieux, et même impossible au moment du franchissement du détroit supérieur maternel. (Camille Parnaud, la prise en charge de dystocie d'engagement pendant l'accouchement du XVI<sup>ème</sup> siècle à nos jours, thèse de doctorat. Universités de Poitiers, 2020).

## **2.3. Le traumatisme de l'accouchement**

L'accouchement traumatique désigne un traumatisme psychologique survenant au décours d'un accouchement. Le terme est utilisé pour désigner un traumatisme physique subi par la mère, qui peut être associé à un traumatisme psychologique chez la mère. Le traumatisme psychologique lié à l'accouchement est caractérisé par des symptômes spécifiques de choc psychologique qui persistent pendant des semaines, des mois ou des années après la naissance.

## **3. L'opérationnalisation des concepts clés :**

### **3.1. Le traumatisme psychique**

Le traumatisme psychique est une réaction émotive qui est un ensemble de sentiments et d'émotions provoqués par un événement extrêmement éprouvant de la vie, telles que la tristesse, la colère, la culpabilité et l'impuissance. Le fait de vivre un événement traumatisant peut compromettre le sentiment de sécurité et le sentiment d'identité ainsi que la capacité à réguler les émotions et à s'orienter dans ses rapports avec les autres. Longtemps après avoir vécu un événement traumatisant, la personne ressent fréquemment une peur intense accompagnée d'un sentiment de honte ou d'impuissance.

### **3.2. L'accouchement difficile**

Tout accouchement difficile est à qualifier de dystocique, quelles que soient l'origine, la nature et la gravité de cette difficulté. Elle peut entraîner une impossibilité d'accouchement par voie basse, justifiant une décision de césarienne en cours de travail. Un accouchement dystocique se caractérise par des complications pouvant perturber le cours du travail et l'accouchement. Il peut s'agir de plusieurs anomalies : mauvaise dilatation du col de l'utérus, absence d'engagement du bébé, anomalies des contractions utérines.

#### **4. Les objectifs de choix de thème**

Des millions de femmes dans le monde développent le traumatisme psychique en donnant naissance, le choix de notre thème de recherche y compris le traumatisme psychique chez les femmes ayant un accouchement difficile est de connaître le vécu et le ressenti de ces femmes traumatisées par l'accouchement.



# **Partie théorique**



# **Chapitre 1**

## **L'accouchement difficile**

**Préambule**

La grossesse et l'accouchement constituent des périodes de transformations psychiques et sociales importantes dans la vie d'une femme. La plupart des femmes décrivent l'expérience de la maternité comme leur ayant permis de s'accomplir, de découvrir un nouvel aspect de la vie, de lui donner un sens et d'améliorer leur estime de soi.

Néanmoins, cette période faite de bouleversements et d'adaptation est aussi source de vulnérabilité psychique et propice au développement de certaines pathologies.

**1. La définition de la grossesse**

Chaque femme enceinte passe par la période entre la fécondation et l'accouchement, l'ovocyte se mobilise et attend les spermatozoïdes, s'ils ne sont pas déjà là il peut attendre, 12 à 24 heures avant d'être fécondé. Pendant ce temps, les spermatozoïdes déposés dans le vagin au cours de l'acte sexuel passant par le canal du col utérin, traversant l'utérus et gagnent les trompes. Un seul spermatozoïde pénètre dans l'ovocyte, la fusion de la cellule maternelle avec la cellule paternelle dans la première cellule de futur bébé.

Cette première cellule commence immédiatement à se diviser. Une fois dans l'utérus, l'œuf se rapproche de la muqueuse utérine et y ensuite, autour du 7<sup>ème</sup> jour, c'est la nidation. A ce moment-là vous ne savez toujours pas que vous êtes enceinte. Vous êtes au 20<sup>ème</sup> jour du cycle. (Delahaye, M-C. 1992, p 218).

Cette grossesse se manifeste sous de nombreux signes et parmi ces signes on peut citer :

(L'arrêt des règles, l'augmentation du volume des seins et une douleur mammaire, des nausées parfois accompagnées de vomissements, un besoin fréquent d'uriner, une fatigue inhabituelle, des troubles digestifs et de l'appétit...etc.).

**La définition de la grossesse selon le dictionnaire médical**

Grossesse est un terme générique qui désigne tous les phénomènes qui ont lieu depuis la conception jusqu'à l'accouchement. Une femme en état de grossesse est une femme enceinte, adjectif qui, par définition, n'a pas de masculin.

Dans l'espèce humaine, la durée de la grossesse est de 9 mois, et, plus précisément, de 37 à 41 semaines d'aménorrhée (SA). Avant 37 semaines, c'est un accouchement prématuré (prématurité), au-delà de 42 semaines on parle de terme dépassé.

## **2. Les changements corporels durant la grossesse**

La grossesse est inévitablement marquée par des ajustements physiologiques de tous les systèmes corporels. Cette adaptation est indispensable au développement de l'embryon puis du fœtus pour répondre à ses besoins mais également pour préparer la future mère à l'accouchement. Ces transformations physiologiques indétectables mais visibles touchent à l'apparence. Elles peuvent commencer très tôt durant la grossesse et ont un impact plus ou moins important en fonction de chaque femme. Nous allons donc discuter ici des différents systèmes touchés, visibles de l'extérieur.

Le changement corporel le plus apparent durant les neuf mois de grossesse est probablement la prise de poids : celle-ci est variable d'une femme à l'autre et dépend de nombreux facteurs tels que l'éducation nutritionnelle, l'exercice physique, les pathologies liées ou non à la grossesse. (Institut National de Santé Publique du Québec. Changements physique. En ligne).

Physiologiquement, une prise de poids incontrôlable s'effectuera par l'apparition d'œdèmes, l'augmentation de la masse sanguine et l'augmentation de la panicule adipeuse. Elle variera aussi en fonction du poids du fœtus, du poids du placenta, du poids de l'utérus et de la quantité de liquide amniotique. En dehors de ces éléments physiologiques, le poids dépendra des habitudes alimentaires et de l'exercice physique de la femme enceinte.

Une prise de poids raisonnable durant la grossesse se situe entre 9 et 15 kilos en fonction du poids initial. Par conséquent, la silhouette de la parturiente s'en trouvera immanquablement modifiée.

Avec le développement de l'utérus vers l'avant, le centre de gravité de la future maman va être modifié. En effet, elle présente une hyper lordose projetant en antérieur son ventre, ce qui déstabilise la marche. La poitrine est une autre partie du corps qui se modifie visiblement. Elle va généralement augmenter de volume avec les aréoles qui peu à peu se pigmentent. Le réseau veineux superficiel plus développé devient lui aussi visible. Une augmentation conséquente de la poitrine peut être ressentie comme un inconfort pour certaines femmes. La peau va se trouver également changée : l'hyperpigmentation peut être visible sur certaines parties du corps (visage, poitrine, ventre...) ainsi que l'apparition de vergetures par augmentation de la tension de la peau. On notera également l'apparition probable de varices,

d'hémorroïdes, d'un goitre thyroïdien, d'une hyper sialorrhée et d'une augmentation de la pilosité.

Certains de ces changements vont se produire insidieusement et être bien tolérés tandis que d'autres provoqueront de l'inconfort. (UVMAF. Modifications physiologiques de la grossesse. En ligne).

### **3. La définition de l'accouchement**

Est un processus physiologique normal qui peut se dérouler sans complication pour la majorité des femmes et des enfants. Néanmoins, des études ont montré qu'une proportion substantielle des femmes enceintes en bonne santé subit au moins une intervention clinique pendant le travail et l'accouchement. (L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1997).

L'accouchement Est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelle, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6 mois (28<sup>ème</sup> semaines) d'aménorrhée.

Aussi l'accouchement, c'est le rôle de chaque mère de faire ressortir un enfant au monde.

(Merger, R. 1995. p420).

**L'accouchement selon le dictionnaire de la Rousse :** 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 après la 37<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée et avant la 42<sup>e</sup> (à partir du premier jour des dernières règles). Il est considéré comme prématuré lorsqu'il se produit avant la 37<sup>e</sup> semaine. Il est considéré comme post-terme au-delà de 42 semaines d'aménorrhée. L'accouchement est spontané lorsqu'il se déclenche tout seul et provoqué lorsqu'il est consécutif à une intervention extérieure. (NAUDIN C. GRUNBEH N. 2006, Larousse médicale, Paris, Larousse, p 06).

### **4. Les phases de l'accouchement**

L'accouchement se produise entre début de la 38<sup>ème</sup> semaine (259 jours) et la fin de 42<sup>ème</sup> semaine (293 jours), est dit à terme, s'il se produit avant 37<sup>ème</sup> semaine de la grossesse et prématuré, et l'accouchement naturelle lorsqu'il fait de l'influence de la seule physiologie.



**4.1. La dilatation du col :** Le col de l'utérus s'élargit et s'ouvre petit à petit jusqu'à atteindre un diamètre de 10cm, c'est l'espace suffisant pour laisser passer la tête du bébé. Cette première phase dure en moyenne une dizaine d'heures, car on compte un centimètre par heure. Une fois le col est dilaté, le travail de l'expulsion commence.

**4.2. L'expulsion (sortie de fœtus) :** C'est que le col de l'utérus est totalement dilaté, poussé le fœtus vers l'extérieur doit effectuer chaque contraction l'effort de pousser le bébé sort des organes de sa mère durant 20 à 30min. (Hadjam, R. p279). Chez la primipare la durée de la période d'expulsion est en moyenne, pour les classiques de une à deux heures. En fait la surveillance instrumentale du fœtus a considérablement limité cette durée, dans l'intérêt de fœtus l'expulsion proprement dite ne devrait pas dépasser (20 minute chez les primipares), chez les multipares, elle est beaucoup plus rapide, excédent rarement de 15 minutes.

Le travail est en générale plus rapide chez les primipares, l'âge de la mère peut avoir une influence de sur la facilité du travail. S'agissant de la primipare, les femmes de moins de trente ans en générale celles qui accouchent mieux. (Merger R et al, Op cit, p129).

**4.3. La délivrance (la sortie des annexes ; placenta et membranes) :** La délivrance est le décollage du placenta et des membranes. La délivrance peut être facilitée par la perfusion d'un médicament ou par un geste médical.

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)

## **5. Les types d'accouchement**

### **5.1. L'accouchement par Episiotomie :**

L'épisiotomie est une intervention réalisée par le médecin ou la sage-femme à la fin de la phase d'expulsion du fœtus, c'est un geste médical peu douloureux réalisé par une simple paire de ciseaux, et la taille de l'incision ne dépasse 5cm de long. Le médecin fait une épisiotomie pour élargir l'orifice vaginal et faciliter le passage de l'enfant. (HADJAM H. 2000, Guide médicale de la famille. Alger. EDC Omega, p 279).

**5.2. L'accouchement par forceps :**

IL consiste en des instruments métallique, en forme de cuillères, employées par l'obstétricien pour guide le passage de la tête fœtale afin de faciliter sa sortie il est placé de part et d'autres de la tête du bébé au niveau des tempes. Il écarte les parois vaginales devant la tête et lui faciliter aussi le passage.

Plusieurs circonstances déterminent l'emploi des forceps :

- La mère est trop fatiguée ou incapable de pousser pour expulser le fœtus.
- Il peut y avoir une contre-indication chez la mère aux efforts d'expulsion tell qu'une maladie du cœur, la tête du bébé ne progresse pas malgré les efforts de pousse.
- Une souffrance fœtale est déclarée au cours de déclarée au cours de l'accouchement pour divers raisons (compression du cordon qui entraine le ralentissement du rythme cardiaque par exemple). (Dictionnaire Le Petit Larousse de la médecine en 5000 articles, Paris, 2010, Larousse, p 13).

**5.3. L'accouchement par césarienne :**

La césarienne est une intervention chirurgicale qui consiste à inciter, 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 programmé 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 réunis ; tantôt elle décidée au cours de l'accouchement en cas de souffrance fœtale, d'arrête de dilatation du col, de mauvaise orientation du bébé (position transversale).

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 cardère : 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 habituellement pratiquée sous anesthésie péridurale. (Cette dernière permet à la mère de participer à la naissance de l'enfant).

## **6. La définition de l'accouchement difficile**

**Dystocie** Le terme “dystocie” vient du grec ancien “dys”, signifiant difficulté, et “tokos”, signifiant accouchement. Un accouchement dit dystocique est donc un accouchement difficile, par opposition à un accouchement eutocique, qui se déroule normalement, sans encombre. On regroupe ainsi sous le terme d'accouchement dystocique tous les accouchements où des difficultés surviennent, notamment concernant les contractions utérines, la dilatation du col de l'utérus, la descente et l'engagement du bébé dans le bassin, la position du bébé lors de l'accouchement (en siège notamment), etc.

La dystocie désigne l'ensemble des difficultés qui peuvent survenir au cours d'un accouchement et ainsi compliquer la venue au monde d'un bébé. Dans ce cas, le travail ne se déroule pas normalement et dure plus de temps qu'à l'accoutumée. Il n'est généralement pas possible de prévoir ces phénomènes en amont, les équipes médicales doivent s'adapter pour faire face à la situation.

On distingue généralement deux catégories de dystocie :

**Les dystocies mécaniques** : liées à des caractéristiques physiques du bébé ou de la maman ;

**Les dystocies dynamiques**: le travail progresse difficilement, le col de l'utérus ne se dilate pas assez rapidement.

## **7. Le déroulement d'un accouchement dystocique**

En cas d'un accouchement compliqué, les césariennes ne sont pas toujours nécessaires. Elles dépendent du type et du degré de dystocie. Grâce à l'avancée des échographies, certains accouchements laborieux peuvent être évités avec une césarienne programmée en avance.

Pour faciliter une naissance, l'utilisation de forceps et de ventouses peut être requise. Par exemple, si le bébé ne sort pas sa tête hors du bassin de sa mère, les médecins devront se servir de la ventouse pour l'aider à sortir.

## **8.L'origine d'une dystocie peut être maternelle ou fœtale**

Notons que la dystocie est parfois classée selon si elle est d'origine maternelle (dilatation du col, contractions utérines, placenta prævia, bassin trop étroit...) ou d'origine fœtale.

**8.1. La dystocie d'origine maternelle :**

Les dystocies cervicales siègent au niveau du col de l'utérus. Elles proviennent d'une rigidité de celui-ci qui ne se laisse pas ouvrir malgré des contractions satisfaisantes. Parmi les causes, on retrouve une agglutination du col ou une sténose (rétrécissement) cicatricielle consécutive à une cautérisation ou à une intervention chirurgicale, ou parfois sans cause apparente. Une césarienne est alors pratiquée. Les dystocies dynamiques sont dues à des anomalies de la contraction utérine. Lorsque les contractions sont trop peu marquées, la diminution du tonus musculaire entraîne un manque d'amplitude et/ou un espacement excessif des contractions qui provoque une inertie, ou atonie utérine. Le traitement par perfusion d'ocytocine (médicament qui stimule les contractions de l'utérus) rétablit la régularité et l'intensité des contractions. En revanche, lorsque les contractions sont trop importantes, l'élévation du tonus musculaire entraîne un renforcement des contractions. Un tel phénomène peut se produire en cas d'obstacle à la progression du fœtus et peut entraîner la décision de pratiquer une césarienne. Le renforcement des contractions peut survenir spontanément au cours du travail, mais peut aussi être provoqué par l'administration d'ocytocine lors du déclenchement artificiel de l'accouchement : le risque en est l'hypertonie utérine qui ne se relâche pas et entraîne une souffrance pour le bébé. Les dystocies par obstacle prævia sont dues soit à la présence dans le petit bassin d'une tumeur située au-devant du fœtus et empêchant sa descente (kyste de l'ovaire ou fibromyome), soit à l'insertion basse du placenta (placenta prævia), qui gêne l'expulsion. Dans les deux cas, une césarienne est envisagée.

Les dystocies osseuses sont dues à une déformation du bassin maternel ou à l'insuffisance de ses dimensions. Elles sont prévisibles dès le début de la grossesse par l'étude des antécédents, l'examen clinique et les mensurations du bassin, précisées par la radiopelvimétrie. Le rétrécissement osseux est parfois si important qu'une césarienne s'impose dès la fin de la grossesse sans attendre les premières douleurs. Dans le cas de rétrécissement plus modéré, le pronostic ne peut être établi pendant la grossesse, et il faut attendre l'accouchement et une courte période d'observation (épreuve du travail) pour décider de la conduite à tenir. Si la tête de l'enfant s'engage, l'accouchement se fera probablement par les voies naturelles.

Les dystocies des parties molles sont dues à des obstacles vaginaux (rétrécissement, vaginisme, kyste) et périnéaux (étroitesse vulvaire, cicatrices de brûlures étendues). Une épisiotomie élargit alors l'orifice et permet le passage de l'enfant.

**8.2. La dystocie d'origine fœtale :**

Ces difficultés de l'accouchement sont liées à une anomalie fœtale. Certaines présentations constituent des dystocies. Elles sont soit relatives (présentation du siège chez la primipare ou présentation de la face), soit absolues (présentations du front ou de l'épaule). L'obstétricien juge alors si l'accouchement peut avoir lieu par les voies naturelles ou s'il faut envisager de pratiquer une césarienne.

L'excès de volume du fœtus peut rendre l'accouchement difficile. Cet excès est global (gros enfant) ou localisé (hydrocéphalie, tumeurs du cou ou de la région sacro coccygienne, épaules trop larges). Une césarienne est alors pratiquée. (Dystocie grec dustokia-larousse.fr).

**9. Les deux grands types de dystocie**

On distingue 2 sortes de dystocies ; les dystocies dynamiques (dysfonctionnement du moteur utérin et/ou des anomalies de la dilation utérine) puis les dystocies mécaniques :

**9.1. L'Accouchement dystocique (lorsque la dystocie est dynamique) :**

Selon les estimations des gynécologues-obstétriciens, la dystocie dynamique représente plus de 50 % des causes d'accouchement dystocique. Elle peut être liée à un travail utérin qui est insuffisant, lorsque les contractions utérines ne sont pas assez efficaces pour permettre l'expulsion du bébé. A l'inverse, des contractions trop violentes peuvent aussi engendrer un accouchement dystocique. Des contractions "anormales", trop faibles ou trop intenses, peuvent par ailleurs empêcher la bonne dilatation du col de l'utérus, et donc compliquer l'accouchement. Le col utérin en lui-même peut présenter des particularités qui l'empêchent de se dilater correctement et suffisamment.

**9.2. L'accouchement dystocique (lorsque la dystocie est mécanique):**

On distingue ici trois grands types de dystocie mécanique, lorsqu'il y a obstacle mécanique compliquant l'accouchement par voie basse :

- On parle de dystocie osseuse lorsque le bassin de la future maman présente une anomalie de taille, de forme ou d'inclinaison, qui complique le passage du bébé dans les différents détroits du bassin.
- On parle de dystocie mécanique d'origine fœtale lorsque c'est le fœtus qui complique l'accouchement de par sa position (en siège complété ou décomplété notamment), sa taille et

son poids importants (on parle de macrosomie fœtale, lorsque le poids de l'enfant est supérieur à 4 kg) ou encore du fait de malformation (hydrocéphalie, spina bifida...).

▪ On parle enfin de dystocie mécanique des tissus mous lorsque la dystocie est due à un placenta prævia recouvrant au moins partiellement le col, à des kystes ovariens, à des problèmes utérins (fibromes, malformations, cicatrices..) etc.

Un cas particulier de dystocie mécanique d'origine fœtale est la dystocie des épaules, lorsque la tête du bébé a été expulsée mais que les épaules peinent à s'engager dans le bassin par la suite. On parle plus largement de dystocie d'engagement lorsque le fœtus peine à s'engager correctement dans le bassin, malgré une bonne dilatation cervicale. (parents.fr).

## **10. Les causes et les conséquences de la dystocie :**

Les causes de la dystocie sont très nombreuses:

### **10.1. Lorsqu'elles sont associées au bébé :**

Il peut s'agir d'une mauvaise présentation de celui-ci, qui s'engage en siège, par le front, la face, à l'oblique (passant l'épaule en premier), au lieu de se présenter par le sommet du crâne, d'un poids important (provoqué par exemple par un diabète gestationnel de la maman), d'épaules très larges (on parle de dystocie des épaules), d'une malformation de la tête, par exemple l'hydrocéphalie, conduisant à une augmentation de son volume, ou le méningo-encéphalocèle (une hernie contenant du tissu cérébral est présente au niveau du crâne).

### **10.2. Lorsque les causes sont associées à la maman :**

On parle d'un problème au niveau du col de l'utérus, provoqué par une intervention chirurgicale antérieure (un cerclage du col par exemple, destiné à le resserrer au cours de la grossesse pour éviter une fausse couche), une maladie (cancer par exemple), un spasme... des contractions de trop faible intensité, ou trop espacées, de présence d'un obstacle physique (kystes notamment), ou d'un rétrécissement (vaginisme), de l'étroitesse du bassin, des efforts pour expulser le bébé qui ne sont pas efficaces

### **10.3. Une obésité :**

Elle est associée à une augmentation du risque de dystocie des épaules et plus le stade de l'obésité est élevé plus le risque est grand. En cas de dystocie, l'accouchement est plus long, ce qui est très éprouvant pour la maman. De plus, les contractions sont plus fortes, car

l'organisme cherche à faciliter la descente du bébé, ce qui augmente le risque d'une rupture de l'utérus, l'une des situations les plus redoutées. La dystocie peut également engendrer une souffrance fœtale : le bébé est mal oxygéné et la situation doit être rapidement prise en charge pour éviter de graves complications. (grossese.ooreka.fr).

## **11. Les méthodes pour faciliter l'accouchement dystocique :**

Plusieurs méthodes existent pour faciliter l'accouchement en cas de dystocie :

**11.1. Les mesures pour faciliter le travail :** Dans un premier temps, des mesures simples peuvent être prises pour accélérer le déroulement du travail, comme inciter la future maman à marcher ou adopter une nouvelle position sur la table d'accouchement. La position gynécologique classique n'est en effet pas la plus adaptée à la mise au monde du bébé.

**11.2. L'administration d'un traitement médicamenteux :** L'équipe médicale peut juger utile d'administrer à la future maman de l'ocytocine pour accentuer les contractions. Un gel à base de prostaglandine peut également être utilisé par voie vaginale.

**11.3. L'utilisation d'instruments :** Pour faciliter l'expulsion du bébé, le recours à différents instruments (ventouse, forceps, spatule) est parfois indispensable. Dans la plupart des cas, une épisiotomie est pratiquée. Cette incision facilite l'insertion des instruments et limite les risques de déchirure.

**11.4. Lacésarienne :** en cas de dystocie, une césarienne peut être décidée en urgence ; elle se déroule au bloc opératoire, sous anesthésie générale ou péridurale. Elle consiste à extraire le bébé par une ouverture pratiquée dans l'abdomen de la maman. Environ 20% des naissances ont lieu par césarienne, cet acte est très courant dans les maternités, bien qu'il laisse un utérus cicatriciel, et donc fragilisé. (grossesse.ooreka.fr)

**Synthèse**

L'accouchement est un acte, une expérience, un événement tant psychique que physique, une femme évoquera toujours l'enfantement : cette expérience et cette pensée l'aide à accompagner dans sa vie adulte avec plénitude, idéalité, regret et honte, ou autre note affective dans l'infini des possibles.

Dystocie désigne l'ensemble des difficultés qui peuvent survenir au cours d'un accouchement et ainsi compliquer la venue au monde d'un bébé. Dans ce cas, le travail ne se déroule pas normalement et dure plus de temps qu'à l'accouchement.

Lorsque la naissance se déroule mal, contractions trop faibles, mauvais positionnement du bébé, inadéquation entre la taille de sa tête et celle du bassin de la mère...Autant de problèmes qui peuvent mener à une souffrance et un accouchement difficile, appelé aussi dystocie. En effet, ce terme englobe différentes situations qui entravent la mise au monde de l'enfant.





**Chapitre 2**  
**Le traumatisme  
psychique**

**Préambule**

Certains faits traumatiques surviennent dans notre vie de tous les jours provenant de l'environnement directe ou indirect. Ces faits transgressent le psychisme, et ne pouvant être assumés, ils seraient l'original de dysfonctionnement psychologique.

La blessure, cette blessure, phénomène de bénédiction auquel l'individu est confronté au cours de son existence, interroge sur sa nature, son origine, mais surtout, son effet de blessure boiteuse. Le mot n'a été imprimé que récemment et le mot trauma signifie blessure en grec ancien ce qui lui a donné une nouvelle perspective, une nouvelle portée.

A partir de ce concept, de nouvelles barrières ont été rapidement franchies, parmi lesquelles des barrières psychologiques ont été accomplies à travers la récupération psychanalytique. Depuis lors, la personne a été téléportée à un niveau spirituel, le mot blesser est désormais associé à trauma donc d'un point de vue psychanalytique plutôt que psychiatrique il aurait un dérivé métaphorique comme le choc émotionnel et le stress.

**1. L'historique du traumatisme :**

Les troubles psychiques d'origine traumatiques sont connus depuis l'aube de l'humanité, le traumatisme quant à lui n'a connu ses premières études scientifiques qu'à la fin du XIX siècle, néanmoins son histoire remonte à une époque plus ancienne qui peut être divisée en quatre périodes.

**Période des précurseurs de l'Antiquité à ERICHSEN (1864) :**

Remontant à l'Antiquité, la trace du trauma est retrouvée dans les récits légendaires et qui sont rapportés dans différents travaux tels qu'Herodote le fit pour le historique choc d'Epislos à la perception de sa mort (490.av. JC), ou encore Hypocrate qui lui mentionne des rêves au contenu traumatique dans son traité des songes, caractéristique retrouvée quelques siècles plus tard dans le *De Maturerrum* de Lucrèce (100-55 .av. JC) (C.Barrois, 1998).

Les premières observations des troubles psychiques ont été effectuées durant les guerres de religions du XVII siècle où ces dernières furent plus terrifiantes. Ce n'est qu'après que Philippe Pinel rapporta la souffrance d'une névrose traumatique vécue par le philosophe Pascal en l'an 1630. L'aliéniste fait aussi état des troubles psychiques déterminés par des chocs émotionnels de guerre qui laisse trace d'une névrose de guerre chez un militaire retraité qu'il cite dans son traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale en 1809. Toujours dans les rangs de l'armée, cette fois napoléonienne, c'est au tour des chirurgiens tels que DJ.

Larrey et G. Dupytren décrivent « undé lire nerveux » observé chez les combattants blessés qui se trouvent en stupeurs aigus. Avant que le développement des armes rend les guerres plus meurtrières et violentes, ce que Henri Dunant rapporte dans le récit « un souvenir de souffrance » 1862 qui étaient considérés notamment comme le point de départ à la fondation de la croix rouge (M. Declercq et F. Lebigot, 2001).

La violence est retrouvée lors des guerres modernes qui est caractérisée par l'émergence des propositions de syndrome reconnaissant une hysté rie post é motionnelle chez l'homme comme syndrome du « cœur du soldat » ou les neurologues perdront le relais avec Duchense en France (1857) et Erichsen en Angleterre (1864) qui constate cette fois, des séquelles d'accidents du trafic ferroviaire et note des troubles neuropsychiques provoqués par des lésions minimales (Op cit, 1998).

### **La courte période des fondateurs (1880- 1900) :**

C'est la fin du XIX siècle et en 1888 qu'Oppenheim décrit « la névrose traumatique » où il illustre des cas de névrose comprenant un nombre de symptômes. Il résout par une ancienne controverse sur les troubles psychiques causée par les accidents du chemin de fer. Quelques années plus tard, Charcot s'en inspire et soulève une nouvelle controverse où il présente des observations sur la névrose traumatique qu'il rattache à l'hysté rie citée dans ses « leçons du mardi ».

L'année 1889 est importante dans l'histoire du traumatisme, car elle est marquée par l'introduction du concept de traumatisme psychique dans un modèle scientifique suite à la thèse de Janet autour de l'automatisme psychologique dans laquelle, il souligne la « désagrégation de conscience ».

### **Période des continuateurs (1900- 1980)**

A la première moitié du XX siècle, quelques psychanalystes font avancer la clinique des névroses traumatiques comme Ferenczi, Abraham, Samuel, Kardiner et Fenichel entre 1918 et 1945, plusieurs théories sont alors établies décrivant le tableau sémiologique du Shell Shock (choc de l'obus) et la névrose de guerre, que les psychanalystes rattachent à des complexes où la signification des symptômes hystériques sont déchiffrés (M. Declercq et F. Lebigot, 2001).

Quant à Freud, ce n'est qu'entre les deux guerres mondiales qu'il s'intéresse à la névrose traumatique où il utilise une métaphore économique qu'il nomme par « l'effraction

traumatique » dans son explication de cette dernière, ce qui va le mener un remaniement de sa théorie (F. Lebigot, 2008).

Durant la période qui a suivi la guerre, les psychiatres militaires français retirent une description clinique à partir des travaux de la psychanalyse comme Juillet et Moutin, Crocq, et un peu plus tard Barrois. Il a donc fallu attendre la fin de la deuxième guerre mondiale pour avoir accès à quelques études menées sur la névrose de guerre Brill et Beebe (1956) autour du syndrome psycho traumatique. A partir des années 1970, des études sont établies chez les vétérans de la guerre du Vietnam, ces mêmes désordres cliniques sont également trouvés chez les femmes. L'accent est alors mis sur l'impact du choc émotionnel dans l'apparition et le déclenchement du « traumatisme psychique » ; ce n'est que plus tard que d'autres circonstances seront décrites dans le tableau clinique tels que (les catastrophes naturelles, les accidents de la circulation ou travail et les agressions; mais aussi les actes terroristes).

### **Période des novateurs (à partir de 1980)**

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

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

## **2. La définition du traumatisme psychique**

Pour le psychanalyste, le traumatisme est « une expérience d'absence de secours dans les parties du Moi qui doivent faire face à une accumulation d'excitations, quelles soit d'origine externe ou interne ».

Une telle définition est tout à fait importante, sans se prononcer sur la source du traumatisme extérieure ou intérieure ; elle caractérise essentiellement celui-ci par son impact quantitatif sur le psychisme. On peut donc souligner que ce n'est pas la nature d'un événement, mais la force de son impact sur la vie mentale qui permet de parler de son impact sur la vie mental qui permet de parler de traumatisme psychique. (Claude Janin)

## **3. Les théories du traumatisme**

### **3.1. La théorie du traumatisme chez S. Freud**

Chez Freud, trois grands moments d'élaboration peuvent être dégagés :

#### **Une première période s'étend de 1895 à 1920**

A ses débuts, S. Freud rapporte l'étiologie des névroses des patients à leurs expériences traumatiques passées. Dans ce premier temps, c'est le traumatisme qui qualifie l'événement personnel du sujet : cet événement externe, inscrit dans la réalité (une 'séduction' d'ordre sexuel), devient subjectivement fondamental en raison des affects pénibles qu'il déclenche. Après l'abandon de sa « neurotica » en 1897, S. Freud conçoit que le traumatisme, s'il reste de l'ordre de la séduction et du sexuel, est essentiellement lié au fantasme inconscient. Parallèlement au pressentiment qu'il a alors de l'universalité du complexe d'Œdipe (lettre à Fliess du 15 octobre 1897) sa conception du traumatisme vient marquer de son empreinte fondamentale le début de la psychanalyse et sa spécificité.

Passé le premier moment où S. Freud établit que le modèle de l'action séductrice traumatique se réfère au modèle de l'« après-coup », et que l'abandon de la « neurotica » cède la place à l'action « séductrice interne » du fantasme, apparaît, à partir de 1905, un second moment, qui correspond à la découverte et au développement des théories sexuelle infantiles. Tous les traumatismes et les conflits psychiques sont alors envisagés en référence aux fantasmes inconscients, ainsi qu'aux fantasmes originaires (séduction, castration et scène primitive), comme aux angoisses afférentes qui tissent la réalité psychique interne et permettent d'asseoir les schèmes de l'organisation œdipienne (tant positive que négative), ceci en articulation avec

le narcissisme, l'homosexualité et l'identification. Dans cette même période est aussi discutée, notamment à propos de l'Homme aux loups, la question du poids de la réalité au regard du fantasme inconscient comme facteur traumatique.

**A partir de 1920**, S. Freud envisage le traumatisme comme directement lié aux apories économiques de l'appareil psychique : contrairement à l'excès de séduction externe ou interne qui caractérisait la période précédente, le traumatisme est dorénavant lié à un défaut du pare-excitation (Au-delà du principe de plaisir, 1920). L'angoisse de castration, angoisse signal à visée protectrice, est remplacée dans ce nouveau paradigme par l'*Hilflosigkeit* la détresse du nourrisson qui désigne la paralysie du sujet face à une effraction quantitative, véritable 'effroi' d'origine externe ou interne. La traduction clinique de ce modèle est la névrose traumatique dont le moteur est la compulsion de répétition. Peu après, dans *Inhibition, symptôme et angoisse* (1926), S. Freud modifie sa théorie de l'angoisse en mettant l'accent sur le lien entre le traumatisme et la perte d'objet, introduisant dès lors la question, ultérieurement centrale en psychanalyse, des liens à l'objet.

A la fin de son œuvre, dans *L'Homme Moïse* (1939), S. Freud évoque la conception du traumatisme dans ses liens au narcissisme : une blessure narcissique, dont l'inscription psychique a valeur de trauma : du fait des blessures d'ordre narcissique, les expériences traumatiques, originaires constitutives du fonctionnement psychique et de son organisation, peuvent dès lors entraîner des atteintes précoces du Moi. De plus, S. Freud envisage deux destins possibles du traumatisme : l'un positif et organisateur qui permet, par à-coups successifs, « répétition, remémoration, élaboration » ; l'autre négatif et désorganisateur, qui crée une enclave dans le psychisme (un État dans l'État), véritable clivage qui empêche toute transformation processuelle ; le traumatisme devient alors destructeur.

Avec l'ensemble de cette description (atteinte précoce du Moi, blessure narcissique, clivage, etc.), on passe de la question du traumatisme, inhérent à l'organisation psychique et au développement du complexe d'Œdipe, à celle du trauma.

On peut penser que ces dernières avancées de S. Freud, comme je le disais précédemment, ont été influencées par celles proposées par S. Ferenczi quelques années auparavant (entre 1927 / 1928 et 1933).

**3.2. La théorie du traumatisme chez S. Ferenczi**

Parmi les avancées des contemporains qui s'inscrivent directement dans l'héritage de l'œuvre de S. Freud, celles de S. Ferenczi le font apparaître comme un véritable précurseur dans l'étude des « cas limites » et résonnent encore aujourd'hui d'une étonnante modernité.

A partir de son écoute clinique extrêmement féconde et originale, S.Ferenczi a développé une « pensée clinique » totalement novatrice de ces conjonctures complexes et hétérogènes, dont les structures multiples, mal définies, présentent des altérations du Moi avec des défauts de la symbolisation, ainsi que des troubles de la pensée, secondaires aux avatars de l'amour et de la haine primaire.

Ses intuitions cliniques l'ont conduit à découvrir l'importance du trauma comme conséquence traumatique des traumatismes primaires, lesquels :

- D'une part, entravent le processus de liaison pulsionnelle, organisent une défaillance dans la constitution du narcissisme et entraînent d'importantes carences représentatives ;
- D'autre part, donnent lieu à des transferts passionnels, des dépressions de transfert ou des réactions thérapeutiques négatives, etc., tous témoins de l'importance de la destructivité psychique à l'œuvre.

L'ensemble de ses écrits techniques et théoriques, publiés entre 1927 / 1928 et 1933, continuent à marquer de leur sceau la métapsychologie, notamment en raison du fait qu'il a avancé, avant quiconque, l'importance :

- contre-transfert comme un élément qui n'est pas un obstacle, mais un outil précieux pour la compréhension et la gestion des processus psychiques en cours ;
- de l'importance du rôle précoce de l'objet et de ses empreintes sur l'organisation psychique du sujet;
- de l'importance, pour certains patients dans le cours de l'analyse, de la régression, favorisant ainsi l'établissement et du développement d'une relation primaire ;
- de l'amour primaire et de la haine primaire : la haine étant un moyen de fixation plus fort que l'amour ;
- du clivage entre les pensées et le corps (clivage somato-psychique);
- du clivage du moi qui peut conduire à la « fragmentation » de la psyché;

Toutes ces avancées conceptuelles ont été depuis communément admises et font aujourd'hui partie des outils théorico-cliniques dont dispose l'analyste pour son travail quotidien. Elles ont été établies par S. Ferenczi à partir de son expérience de la cure dans le souci de cerner au plus près les réponses contre-transférentielles et techniques qu'il y apporte face aux interrogations liées aux impasses transférentielles rencontrées au jour le jour dans les traitements des conjonctures difficiles « aux limites ».

Son exceptionnelle expérience de clinicien, expérience souvent douloureuse, mais dont il a toujours cherché à rendre compte avec un souci d'honnêteté et de remise en question peu commun est consignée au jour le jour dans le *Journal Clinique* (janvier-octobre 1932), ainsi que dans les notes qui lui font suite, entre octobre et décembre 1932. C'est dans ces documents à caractère strictement privé, non destinés à la publication, que l'on voit à l'œuvre, dans le creuset de la cure, ses intuitions conceptuelles concernant le clivage qui va jusqu'à la fragmentation, la douleur qui va jusqu'à l'agonie psychique, ceci témoignant de son intuition féconde quand au double fonctionnement de la personnalité psychotique et non-psychotique.

C'est ici que l'on peut prendre la mesure du génie de S. Ferenczi, dont la pensée clinique va préfigurer de nombreux développements apportés par certaines des grandes figures de la psychanalyse après lui, entre autres, M. Balint (1968), D.W. Winnicott (1965, 1974).

En ce qui concerne plus spécifiquement sa contribution à l'établissement d'une théorie du trauma, S. Ferenczi a proposé que l'origine de celui-ci n'est pas seulement liée aux conséquences d'un fantasme de séduction, mais aux avatars d'un certain type de destin libidinal lié aux expériences primaires du sujet avec l'objet, lesquelles du fait de la « confusion de langue » entre le langage de la tendresse de l'enfant et le langage de la passion de l'adulte (*Confusion de langues entre les adultes et l'enfant. Le langage de la tendresse et de la passion*, 1933) peuvent prendre la valeur d'une excitation sexuelle prématurée.

Ce type d'expérience, dû aux réponses inadaptées d'un objet défaillant face aux situations de détresse de l'enfant l'objet étant soit trop absent, soit trop présent (devenant un objet « en trop » qui marque d'une empreinte quantitative excessive la constitution de l'objet primaire interne), viendrait empiéter sur le psychisme naissant de l'enfant et compromettrait la constitution de sa psyché, ceci mutilant à jamais son Moi tout en le maintenant dans un état de détresse primaire (*Hilflosigkeit*) qui peut se réactiver sa vie durant.



Ainsi la conception du traumatisme change-t-elle de vertex car, si celui-ci a pu se présenter comme de type sexuel, il s'inscrit, en fait, dans une expérience avec l'objet, non pas au regard de ce qui a eu lieu, mais de ce qui n'a pas pu avoir lieu : une expérience douloureuse négativiste qui entraîne une « auto-déchirure » (un clivage auto-narcissique), ce qui transforme brutalement « la relation d'objet, devenue impossible, en une relation narcissique » (Réflexions sur le traumatisme, 1934).

## **4. Les différents concepts du traumatisme psychique**

### **4.1. La névrose traumatique**

Type de névrose de ou l'apparition des symptômes des consécutives à un choc émotif généralement lié à une situation où le sujet a senti sa vie menacée.

Elle se manifeste, ou choc, par une crise anxieuse paroxystique provoquant 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 :

- Le traumatisme agit comme élément déclenchant, révélateur d'une structure névrotique préexistante;
- Le traumatisme prend une part déterminante dans le même contenu du symptôme (ressassement de l'événement traumatique, cauchemar répétitif, trouble du sommeil...), 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. (La planche, et Pontalais, J-B. 1967. P286).

### **4.2. 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. (La planche, et Pontalais, J.B. 1967. P128).

### **4.3. LeStresse**

On peut définir le stress comme une réaction biologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de mobilisation et défense de l'individu face à une agression ou à une menace ou une situation inopinée. (Crocq, L, 1990. 9-10).

**4.4. 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. (Solnit A.J. 1982. P485-498).

**4.5. Le 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, témoins ou acteur. (Crocq, L. 1990.p10).

**4.6 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. Etal. 2013. P69).

**5. Typologie du traumatisme psychique**

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

- **Type 1** : traumatisme induit par un événement unique, limité dans le temps, présentant un commencement net et une fin claires (accident de voiture, catastrophe naturelle, incendie).
- **Type 2** : l'événement 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, guerre...), le viol et la torture sont type 2 même si l'évènement s'est produit une seule fois.
- **Type 3** : El Solomon et Kathleen Heide (2004) ajoutent un 3ème type qui décrit les conséquences d'événement multiples, envahissant et violent, débutant à un âge précoce et présent durant une longue période. Trauma complexe

(CPTSD) qui dure des mois/années selon Judith Herman (1992, 1997, trauma recovery).

- **Type 4 :** Traumatisme en cours « ongoing trauma », E. Josse (2004) le trauma se poursuit dans le présent (kidnapping, otage, effet de guerre, épidémies, incestes...).
- **Type 5 :** Nouveau concept, (Christine Courtois, Wash, Dc. 2009), trauma communication (religion, groupe politique, ethnie). (Bouatta, Ch. 2017. p46).

## **6. Le traumatisme simple et complexe**

Un traumatisme correspond à toute blessure physique qu'une personne subit, que ce soit voulu ou non, et qui résulte d'un choc, d'un coup, d'une pression...

### **6.1. Le traumatisme simple**

Les traumatismes simples peuvent être définis comme des traumatismes de type I tels que présentés par (Lenore Terr, 1991).

### **6.2. Le traumatisme complexe**

Judith Herman, psychiatre aux États-Unis, amorce ses activités professionnelles en 1977 à l'hôpital de Cambridge où elle prend en charge des femmes qui ont en commun un passé de maltraitance et d'inceste. Elle qualifie la vie adulte de ces femmes comme étant cauchemardesque : troubles anxio-dépressifs, troubles du comportement, exclusion sociale.

Herman défend l'hypothèse que le comportement adulte est conditionné par un passé d'enfant traumatisé. Elle nomme l'ensemble de ces symptômes «le trauma complexe». En 1992, elle publie un ouvrage de référence sur le traumatisme complexe «Trauma et Recovery» (Bourgault, 2013). Le DESNOS (Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified), ou «trauma complexe»

En français se définit comme :

Un trouble de l'âge adulte qui se caractérise par un déficit chronique de capacités du sujet à intégrer des expériences et à réguler ses affects en raison de traumatismes répétés, notamment lorsque ceux-ci ont été vécus dans l'enfance (maltraitance, agressions sexuelles, mais aussi tortures). Outre la répétition des expériences traumatiques, ce trouble est en grande partie dû à l'immaturation du cerveau de l'enfant au moment des expériences (Van der Kolk, 2005), l'absence ou l'incapacité des parents à fonctionner en tant que protecteurs et les pratiques de

maltraitements physiques et psychologiques contribueraient à la genèse de ce syndrome (van der Hart, 2006)(cité dans Bourgault 2013, p. 64).

Tel que déjà mentionné Milot, Collin-Vézina et Milne (2013, p2) expliquent que « le concept de traumatisme complexe permet de prendre en considération deux réalités; la première est l'exposition répétée et prolongée à des événements de nature interpersonnelle et relationnelle et qui implique une personne responsable de l'enfant ».

Une grande importance est accordée au caractère interpersonnel, familial et chronique de la maltraitance. La deuxième est celle des conséquences sur le développement de l'enfant. En effet, le concept de traumatisme complexe a été avancé pour faire état des multiples impacts de la maltraitance.

Ce concept permet d'effectuer un portrait plus juste du profil des enfants suivis dans les centres jeunesse. Il évite de classer certains symptômes manifestés par les enfants tels que les difficultés en lien avec l'attachement, l'impact sur l'estime de soi, les difficultés de comportement et la régulation des affects, dans la catégorie de la maltraitance (Côté et Leblanc, 2016). L'utilisation du concept de traumatisme complexe nécessite évidemment que l'enfant ait été exposé à des événements traumatisants et avoir vécu un échec quant à la fonction de protection des parents ou des principaux donneurs de soin (Côté et Leblanc, 2016).

## **7. Le diagnostic du traumatisme psychique selon le DSM5**

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

- 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 menaces 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 caractéristique aversives au ou des événements traumatiques (par exemple : intervenants de première ligne ressemblant des restes humains, policiers exposée à plusieurs reprise a des faits explicites d'abus sexuelles d'enfants).

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

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

1- Souvenir répétitifs, involontaires et envahissants du des événements traumatique provoquant un de détresse.

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

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

Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

3- Réaction dissociatives (par exemple : flashbacks) (scènes rétrospectives) au cours desquelles le sujet de sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (de telle réaction peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la l'environnement).

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

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

1- Evitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments ou étirement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

2- Evitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroit, 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.

- Altération négative 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 cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).

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

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

4- Etat émotionnel négatif persistant (par exemple : 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 (par exemple : Incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

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

2- Comportement irréfléchi ou auto destructeurs.

3- Hyper vigilance.

4- Réaction de sursaut exagérée.

5- Problèmes déconcentration.

6- Perturbation du sommeil (par exemple : difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

- La perturbation (symptômes des critères B, C, D et F) dure plus d'un mois.
- La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autre affection médicale.
- La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple : médicament, alcool) ou à une autre affection médicale.

## **Synthèse**

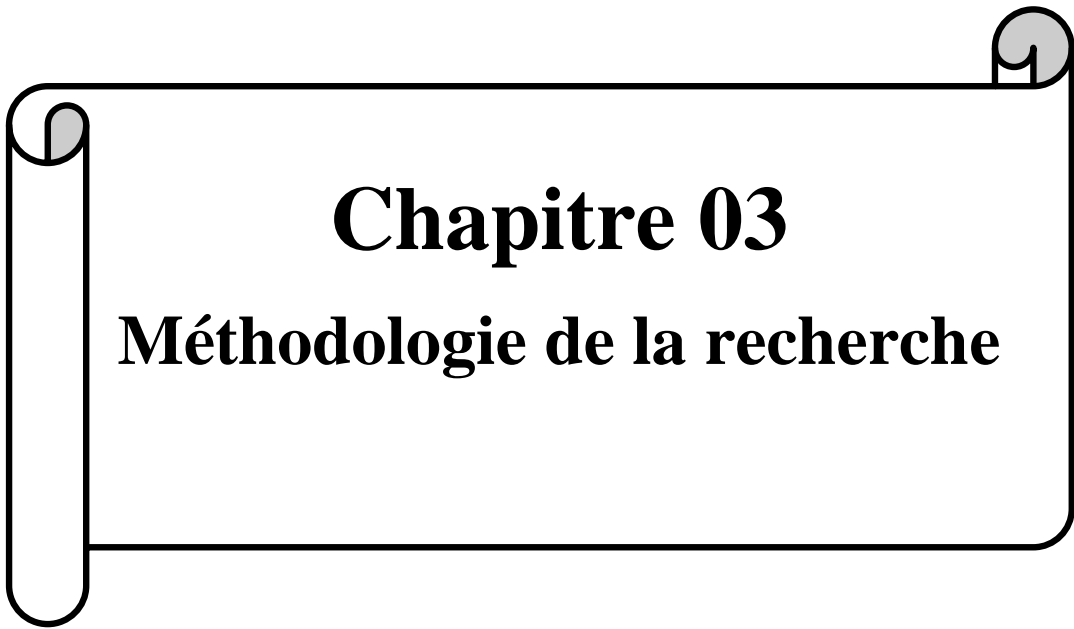
Dans ce chapitre, nous nous intéressons au traumatisme dans ses différents aspects, ce qui nous permet de comprendre les aspects cliniques du traumatisme. On peut également noter que le traumatisme est l'une des disciplines les plus complexes et nécessite des interventions interdisciplinaires pour une meilleure prise en charge. .

Ainsi, le traumatisme psychologique peut être déclenché par des événements traumatisants, dont nous avons choisi d'étudier les femmes ayant eu un accouchement difficile et de comprendre l'ampleur du traumatisme subi par ces femmes, comme nous le verrons dans les développements suivants.



# **Partie Pratique**





# **Chapitre 03**

## **Méthodologie de la recherche**

## **Préambule**

La méthodologie de la recherche est un aperçu de la façon dont une recherche donnée est effectuée. Elle définit les techniques ou les procédures utilisées pour identifier et analyser les informations concernant un sujet de recherche spécifique. Et pour tout travail de recherche la méthodologie de recherche est obligatoire dans toutes les disciplines a fin d'expliquer le déroulement de la recherche et d'éclairer toutes les méthodes et outils que le chercheur a utiliser sur le terrain, dans ce sens, nous allons a travers ce chapitre présenter l'aspect qui a pris notre travail de recherche, en premier lieu on va citer la pré enquête, ensuite nous allons présenter le lieu et le groupe de notre recherche, en fin nous mettrons l'outil de recherche qu'on a employé et l'analyse des données.

### **1. La pré-enquête**

Dans toute recherche surtout en sciences sociales, la pré-enquête est très importante. A ce sujet, NISABWE (2007/ 2008), indique que : « la pré-enquête est une reconnaissance ou une familiarisation du terrain et permet la reformulation des questions du guide d'entretien ».

Selon Claire Durant « La pré-enquête est considérée comme, la première étape brillante de chaque étude, elle nous donne la possibilité de vivre directement le phénomène étudié » (ChahraouiKh., &Bénony H, 2003, p126).

La pré-enquête est la phase d'opérationnalisation de la recherche scientifique, elle consiste à définir des liens entre la construction théorique et les faits observables, son aboutissement est la mise en place de l'appareil d'observation. Cette phase comporte une observation préliminaire à l'aide d'entretiens généralement peu directs. (Chauchat, 1999, p63)

La pré-enquête a été pour nous une étape qui nous a permis d'être au courant des réalités de notre terrain d'enquête. Pour les cas qui nous concernent. Nous avons débuté notre recherche de travail par une pré-enquête d'une durée limitée, du 10 Mars jusqu'au 20 Mars 2022. Dans le but de valider notre question de départ et afin d'aboutir à une question de recherche, on a réalisé notre pré-enquête, qui a été effectuée au service de maternité à l'hôpital de Sidi-aich « CHAHID RACHID BELHOUCINE (EPH) », qui contient un service de maternité avec une gynécologues, 22 sages femmes, deux médecins généralistes, 8 infirmières et un psychologue, avec cette dernière nous avons pu visiter le lieu de notre recherche a fin de solliciter des femmes ayant eu un accouchement difficile (plus de deux fois), elle nous a aidé aussi a émettre quelque modification dans la problématique.

## **2. Le lieu de stage**

Notre étude a été effectuée à l'hôpital de Sidi-Aich, qui est un établissement public de santé inauguré en 1986, baptisé au nom du « CHAHID RACHID BELHOUCINE ». La couverture de la population en matière des prestations de soins et d'hospitalisation de toutes les régions environnantes, ce qui est concrétisé avec le décret exécutif du 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires. Le secteur sanitaire de Sidi-Aich a été créé en application de ce dispositif.

Cependant, la promulgation du décret exécutif n°07-140 du 19 mai 2007 portant la création, l'organisation et le fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité a changé la structure de ces secteurs sanitaires.

**L'EPH « CHAHID RACHID BELHOCINE » DE SIDI-AICH**, est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il a été créé et structuré conformément au **décret exécutif n°07-140**, après l'avis du wali, et sur proposition du ministre de la santé, et placé sous la tutelle du wali de la wilaya de **BEJAIA**. Sa mission principale est curative en termes de soins d'hospitalisation et de réadaptation médicale qui couvre la population d'un ensemble de communes (huit (8) communes).

**L'EPH « CHAHID RACHID BELHOCINE » DE SIDI-AICH**, est structuré en « conseil d'administration » dirigé par le directeur, et d'un organe consultatif dénommé « conseil médical », et d'après les critères de classement des établissements publics hospitaliers, l'EPH de Sidi-Aich est classé en catégorie « **B** ».

**L'EPH « CHAHID RACHID BELHOCINE »** est organisé conformément à l'**arrêté n° 2739 du 26 janvier 2008, portant la création des services et de leurs unités constitutives au sein de cet hôpital**, la mise en service graduelle et partielle de l'établissement de la capacité d'accueil de **283 lits techniques**, et d'un plateau technique qui se compose de :

- Neuf (09) services d'hospitalisation (dont un (1) service non fonctionnel c'est le service ORL) ;
- Quatre (04) salles opératoires ;
- Un (01) bloc opératoire ;
- Un service de laboratoire ;
- Un service de radiologie ;

- Une banque de sang ;
- Un centre d'hémodialyse ;
- Une pharmacie principale.

La consistance physique de l'EPH compose de quatorze (14) services et vingt-neuf (29) unités (**voir annexe n°1**). Par contre la structure intérieure de cet établissement sous l'autorité du directeur est composée de quatre (04) sous-directions avec leurs bureaux rattachés.

L'organisation administrative de l'établissement comprend :

- **La sous-direction des ressources humaines** : elle comprend trois (03) bureaux :
  - Bureau du personnel ;
  - Bureau de contentieux ;
  - Bureau de formation.
- **La sous-direction des finances et moyens** : comprend trois(03) bureaux :
  - Bureau du budget et comptabilité ;
  - Bureau de rémunération (solde) ;
  - Bureau des marchés publics.
- **La sous-direction des services de santé** : comprend trois (03) bureaux :
  - Bureau des entrées ;
  - Bureau de contractualisation et des calculs des couts ;
  - Bureau de l'organisation du suivi et de l'évaluation des activités de santé.
- **La sous-direction de la maintenance des équipements médicaux et équipements connexes** (cette dernière n'existe pas an tant que sous direction indépendante ce qui fait que ses fonctions sont assurées par la sous direction des finances et moyens) : comprend le bureau des inventaires.

Par ailleurs, et concernant les moyens humains et matériels, l'EPH afin d'atteindre leur objectif, il dispose d'une part des ressources, à savoir :

#### **Moyens humains :**

Les acteurs hospitaliers, notamment le corps médical, le personnel paramédical et administratif représentant l'ossature du système hospitalier étant donné que l'activité est tributaire massive du personnel, à savoir ;

- Corps médical : **55**
- Corps paramédical : **348**

- Corps Administratif : **102**
- Contractuelles : **60**
- Ouvriers professionnels : **51.**
- Total des effectifs de l'établissement : **442.**

**Moyens matériels :**

Les moyens matériels considérés comme l'élément le plus important pour assuré le bon fonctionnement de l'établissement, dans ce cadre l'EPH de sidi-aich, comprend ce qui suit ;

- Un (01) Scanner;
- Deux (02) Radios fixes ;
- Deux (02) Radios mobiles ;
- Une (01) Mammographie ;
- Quatre (04) Echographies ;
- Un (01) Amplificateur de brillance ;
- Deux (02) Développeuses automatiques ;
- Deux (02) Colonnes de chirurgies ;
- Deux (02) Microscopes opératoires ;
- Sept (07) Tables d'opérations ;
- Trois (03) Tables d'accouchements ;
- Trente quatre (34) Aspirateurs de chirurgie ;
- Sept (07) Bistouris de chirurgie ;
- Trois (03) Armoires de traitement d'aire
- Un(01) Chaine Elisa ;
- Neuf (09) Automates d'analyse
- Cinq (05) Microscopes de laboratoire
- Neuf (09) Spectrophotomètres
- Trente(30) Moniteurs de surveillance
- Un (01) Audiomètre ;
- Un (01) Photothérapie intensive
- Onze (11) Générateur de dialyse ;
- Sept(07) ;
- Scialytiques (plafonnier);
- Douze (12) Scialytiques mobile ;
- Un (01) Colposcope ;
- Un (01) Fibroscope ;
- Un (01) Colonoscopies ;
- Cinq (05) Défibrillateurs ;
- Cinq (05) Respirateurs ;
- Trente et un (31) Lits de réanimation ;
- Neuf (09) Appareils d'anesthésie ;
- Huit (08) Couveuses ;
- Deux (02) Tables de réanimation (nouveau né)
- Huit (08) Tables chauffante ;
- Quinze (15) Autoclaves tout type ;
- Quatre (04) Laves main ;
- Cinq (05) Banques de sang ;
- Neuf (09) Automates d'analyse ;
- Sept (07) Centrifugeuses
- Un (01) Appareil de coloration de lames ;
- Onze (11) ECG ;
- Un (01) Spiromètre ;
- Trois (03) Photothérapies conventionnelle
- Un (01) Station de traitement d'eau

**Tableau N° 1 : Consistance physique de l'EPH de Sidi aich**

En exécution de l'arrête ministériel N° 2739 DU 26/01/2008 fixant les lits techniques de l'EPH de Sidi Aich.

<i>services</i>	<i>unités</i>	<i>lits technique</i>	<i>lits organisés</i>	<i>fonctionnel</i>	<i>observations</i>
<b>Chirurgie</b>	<i>Unité femme</i>	<b>31</b>	<b>24</b>	<b>oui</b>	<i>le service orthopédie est inclus en chirurgie</i>
	<i>Unité homme</i>	<b>31</b>	<b>24</b>	<b>oui</b>	
<b>Orthopédie</b>	<i>Unité femme</i>	<b>16</b>	<b>08</b>	<b>oui</b>	
	<i>Unité homme</i>	<b>16</b>	<b>08</b>	<b>oui</b>	
<b>Gynéco-obstétrique</b>	<i>Gynécologie</i>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>oui</b>	
	<i>Obstétrique</i>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>oui</b>	
<b>Radiologie</b>	<i>Unité radiologie</i>	-	-	<b>oui</b>	
	<i>Echographie</i>	-	-	<b>oui</b>	
<b>Laboratoire</b>	<i>Microbiologie</i>	-	-	<b>oui</b>	
	<i>Biochimie</i>	-	-	<b>oui</b>	
<b>Epidémiologie</b>	-	-	-	-	-
<b>Médecine interne</b>	<i>Surveillance médicale des personnels de santé</i>	-	-	<b>oui</b>	-
	<i>Examen périodique de santé au travail</i>	-	-	<b>oui</b>	

Services	Unités	Lits technique	Lits organisés	Lits fonctionnel	Observation
<i>Médecine interne</i>	<i>unité femme</i>	<b>32</b>	<b>30</b>	<i>oui</i>	
	<i>unité homme</i>	<b>33</b>	<b>31</b>	<i>oui</i>	
	<i>unité oncologie</i>	-	<b>04</b>	<i>oui</i>	
<i>Néphrologie</i>	<i>Néphrologie</i>	<b>16</b>	-	-	
	<i>Hémodialyse</i>	-	-	-	
<i>Ophthalmologie</i>	<i>Hospitalisation</i>	<b>16</b>	<b>08</b>	<i>oui</i>	
	<i>Consultation et exploration</i>		<b>08</b>	<i>oui</i>	
<i>O.R.L</i>	<i>Hospitalisation</i>	<b>16</b>	-	<i>non</i>	<i>Manque de médecin spécialiste</i>
	<i>Consultation et exploitation</i>		-	<i>non</i>	
<i>Pédiatrie</i>	<i>Unité pédiatrie</i>	<b>20</b>	<b>20</b>	<i>oui</i>	
	<i>Néonatalogie</i>	<b>08</b>	<b>08</b>	<i>oui</i>	
<i>Pharmacie</i>	<i>gestion des produits pharmaceutique</i>	-	-	<i>oui</i>	
	<i>distribution produit pharmaceutique</i>	-	-	<i>oui</i>	
<i>U.M.C</i>	<i>Accueille et tri</i>	-	-	<i>oui</i>	
	<i>Hospitalisation</i>	<b>08</b>	<b>08</b>	<i>oui</i>	
<b>TOTAL</b>		<b>283</b>	<b>221</b>		

### 3. La population d'étude

Le groupe d'étude choisi était sélectionné parmi les femmes ayant eu un accouchement difficile.

**Tableau N°2 : Population d'étude :**

Cas	Age	Nombre Enfant	Type d'accouchement
<b>BAYA</b>	42 ans	4	Césarienne
<b>DJAWIDA</b>	33 ans	3	Accouchement dystocique
<b>LYNDA</b>	27 ans	1	Accouchement dystocique
<b>SIHEM</b>	29 ans	2	Accouchement dystocique

Ce tableau représente la population d'étude 4 cas, leur âge entre 27- 42 ans, nombre d'enfant est entre 1 à 4 enfants, type d'accouchement est césarienne et accouchement dystocique.

### 4. La méthode de recherche

Pour atteindre nos objectifs de recherche et tester nos hypothèses, nous avons choisi L'approche clinique descriptive, qui semblait plus appropriée à notre sujet de recherche, a été La manière la plus adaptée et la plus efficace d'aborder la vie intérieure de sa femme. Chaque méthode a des indications spécifiques pour l'application. Il y a des avantages, mais Il y a aussi des inconvénients, il est important de comprendre cela avant de choisir la méthode que nous allons utiliser dans notre recherche.

#### 4.1. La méthode descriptive :

La méthode clinique 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 démarche qui tendent à résoudre ces conflits

Dans notre recherche, nous avons utilisé la méthode descriptive, afin de pouvoir analyser les données récoltées.

La méthode descriptive c'est l'une des méthodes qualitatives utilisées dans les enquêtes visant à évaluer certaines caractéristiques d'une population. En recherchedescriptive,



comme l'indique son nom, l'objectif est de décrire l'état et le comportement d'une série de variables.

La recherche descriptive est un type de recherche qui étudie les participants qui participent à la recherche ou à une situation donnée. La recherche descriptive ne se limite pas à des méthodologies de recherche quantitatives ou qualitatives, mais utilise plutôt des éléments des deux, souvent au sein d'une même étude. Par conséquent, un chercheur descriptif utilise souvent trois méthodes principales pour collecter et analyser les données. Ce sont des observations, des études de cas et des enquêtes.

Les études descriptives ont pour but de déterminer « ce qui est » et, par conséquent, des méthodes descriptives (Borg & Gall, 1989). La recherche descriptive a donc pour objectif principal de répondre à la question « quoi » qui concerne le groupe d'étude. En outre, il s'agit d'une recherche descriptive visant principalement à déterminer « ce qui est » qui pourrait être utilisée pour enquête sur le groupe d'étude ou la situation en question. Par conséquent, la recherche descriptive ne donne pas de réponses à la cause et à l'effet de l'occurrence particulière qui est étudiée.

En nous servant de la définition de N'da Paul, « nous pouvons indiquer que la méthode descriptive consiste à décrire, nommer ou caractériser un phénomène, une situation ». Cette méthode nous a aidés dans la description du champ de travail et de notre unité d'enquête pour mieux appréhender les différentes réalités qui s'y trouvent.

#### **4.2. L'étude de cas :**

Nous avons choisi une technique d'étude de cas qui consiste principalement à Examinez en profondeur une personne ou un groupe de personnes. Il comprend le plus Généralement sur l'histoire de la personne étudiée, ses relations avec ses proches, ses Expérience de la vie. Les études de cas sont principalement utilisées par les psychologues cliniciens Utilisez des portraits détaillés d'individus pour illustrer certains principes psychologiques.

L'étude de cas, souvent appelée aussi plus ou moins justement « observation », est avec l'entretien, la méthode la plus anciennement et la plus fréquemment utilisée dans les « sciences humaines cliniques » tant en ce qui concerne la pratique que la recherche. On peut dire, pour les distinguer, que « l'observation » met l'accent sur le regard jeté sur une réalité et

sur le matériel recueilli, alors que « l'étude de cas » porte l'intérêt sur le travail d'analyse et de présentation du matériel concernant une personne en situation. (Revault d'Allonnes, 2014)

L'étude de cas, défini en tant que observation approfondie de sujet particulier qui se produit parfois pendant des années, au cours desquelles sur son milieu de vie, sur l'incidence psychologique de certains événements sociaux sur les accidents de santé. On procède de façon analogue pour le groupe de l'ensemble des éléments recueillis, on tire de précieux renseignements sur les sujets eux même mais aussi des hypothèses et des lois d'ordre général. (Sillamy, 2003)

## **5. L'outil d'investigation**

Dans le but de recueillir le maximum d'information concernant notre thème de recherche, nous avons choisi la technique suivante : l'échelle d'évaluation de traumatisme psychique «Traumaq ».

### **5.1. L'échelle d'évaluation de traumatisme psychique « Traumaq »:**

L'échelle deTraumaq nous permettront de diagnostiquer la présence ou non d'un traumatisme.

L'échelle deTraumaq, construit à partir du DSM-IV, permet de déceler la présence ou non d'un traumatisme chez les sujets. Le Traumaq se fixe d'évaluer le syndrome post-traumatique, suite à l'exposition à un événement comportant une menace de mort pour soi ou pour les autres (critère A de DSM-IV), voire des modifications de personnalité suite à un événement traumatique.

Le Traumaq permet d'accéder aux symptômes généralement observés tels que le syndrome pathognomonique de répétition, les évitements phobiques et les symptômes neurovégétatifs. Il permet également d'évaluer des symptômes qui leur sont fréquemment associés, notamment l'état dépressif et les somatisations.

Ce test prend également en compte le « vécu traumatique » et plus particulièrement la honte, la culpabilité, l'agressivité et les répercussions sur la qualité de vie.

Cette échelle, s'adresse aux adultes, à partir de dix-huit ans, confrontés directement et de façon brutale avec le réel de la mort. Ce sont les sujets qui ont eu une perception directe de l'événement, comme les victimes ou les témoins d'une infraction pénale (agression

sexuelle, viol, agression, coups et blessures volontaires, agression à main armée, prise d'otage, séquestration, etc.), les adultes, victimes ou témoins d'un sinistre majeur avec une menace de mort et enfin les adultes victimes ou témoins d'un accident de la voie publique.

**L'échelle est composée de deux parties :**

- La première vise à rapporter le vécu durant l'événement et les réactions postérieures à celui-ci; elle constitue la base du questionnaire permettant d'établir le diagnostic.
- La seconde est destinée à mesurer le délai d'apparition et la durée des troubles décrits (Échelle facultative).

**5.2. La définition de l'échelle d'évaluation detraumaq :**

Selon les deux auteurs, cette échelle 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, P1).

**5.2.2. Les objectifs de l'échelle :**

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, p9).

**5.2.3. La population concernée :**

Cette échelle est destinée 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 exposés directement, les enfants victimes, les adultes victimes de situation répétée et les proches de victimes sont eux exclus et non concernés par l'échelle de Traumaq.

**5.2.4. Contenu del'échelle :**

Le TRAUMAQ est une échelle 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 ; 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 psychos traumatiques (depuis l'événement). La première se compose de deux sous échelles ; qui est la base du test qui permet le diagnostic :

**Pendant l'évènement :**

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

**Depuis l'évènement :**

Sous échelle 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.

Sous échelle C (5 items) : les troubles du sommeil.

Sous échelle D (5 items) : l'anxiété, l'état d'insécurité et les évitements phobiques.

Sous échelle E (6 items) : l'irritabilité, la perte de contrôle, l'hyper vigilance et l'hypersensibilité.

Sous échelle F (5 items) : les réactions psychosomatiques, physiques et les troubles adductifs.

Sous échelle G (3 items) : les troubles cognitifs (mémoire, concentration, attention).

Sous échelle H (8 items): les troubles dépressifs (désintérêt général, perte d'énergie et d'enthousiasme, tristesse, lassitude, envie de suicide).

Sous échelle I (7 items) : le vécu traumatique, culpabilité, honte, atteinte de l'estime de soi, sentiment violent et colère, impression d'avoir fondamentalement changé.

Sous échelle J (11 items) : la qualité de vie.

### **Partie 2 :**

Décalai 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'événement, les souvenirs et les images de l'événement qui reviennent (sous échelle B de la partie1).

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

3-L'agressivité, l'irritabilité et/ou la perte de contrôle (sous échelle E de lapartie1).

4-La vigilance, l'hypersensibilité aux bruits et/ou la méfiance (sous échelle E de la partie1).

5-Les réactions physiques telles que ; sueurs, tremblements, maux de tête, palpitations, nausées, etc. (sous échelle F de la partie1).

6-Les problèmes de la santé : perte d'appétit, boulimie, aggravation de l'état physique, etc. (sous échelle F de lapartie1).

7-L'augmentation de la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, nourriture, etc.) (sous échelle F de la partie1).

8- Les difficultés de concentration et/ou de mémoire (sous échelle G de la partie1).

9- Le désintérêt général, la perte d'énergie et d'enthousiasme, la tristesse, la lassitude et/ou les envies de suicide (sous échelle H de la partie1).

10-La tendance à s'isoler (Echelle J de la partie1).

11-Les sentiments de culpabilité et/ou de honte (Echelle I de la partie1).

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).

### 5.2.5. L'analyse de sous échelle d'évaluation deTraumaq :

Pour la partie 1 de l'échelle (excepté pour le sous 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).

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

### 5.2.6. Calcul des notes brutes par échelle :

**Partie 1 de l'échelle :** pour les sous échelles A à I la note par sous 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 sous échelles A et H, de 0 à 12 pour le sous échelle B, de 0 à 15 pour les sous échelles C, D et F, de 0 à 18 pour le sous échelle E et de 0 à 9 pour le sous échelle G.

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

**Tableau N° 3. Grille de cotation de sous 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 sous 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 de l'échelle 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 de l'échelle** : les informations recueillis dans cette partie sont de nature qualitative et destinées à compter le bilan clinique. Les sous échelles utilisées sont des sous échelles en neuf points qui permettent d'apprécier le délai et la durée des troubles depuis l'événement.

Afin de faire apparaître les différents niveaux de gravité du syndrome post-traumatique et compte tenu des distributions des notes brutes aux différentes sous échelles et pour la note totale, un étalonnage normalisé en cinq classes a été construit pour les notes brutes par sous échelle et pour la note totale de la partie 1.

#### **5.2.7. Analyse typologique :**

En utilisant la méthode de la classification ascendante hiérarchique des sujets (méthode centroïde de Ward), sur la base des notes étalonnées aux sous 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).

#### **5.2.8. Étalonnage normalisé en cinq classes :**

Afin de faire apparaître les différents niveaux de gravité du syndrome post-traumatique et compte tenu des distributions des notes brutes aux différentes sous échelles et pour la note totale (proches des caractéristiques de distribution normale), un étalonnage normalisé en cinq classes a été construit pour les notes brutes par échelle et pour la note totale de la partie 1 tableau N°4. Le choix du nombre de classes correspond au niveau de lisibilité idéale pour l'utilisateur de l'échelle. (C.Damiani, et M. Perira, 2009, p22)

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

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

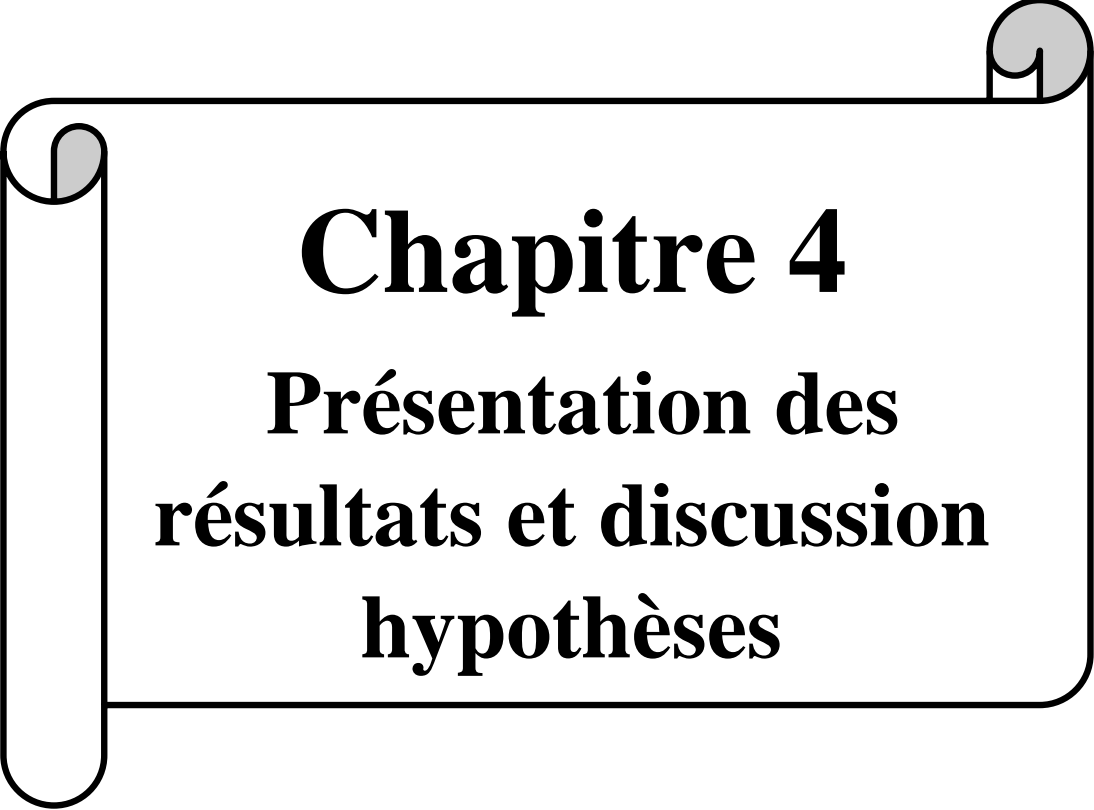
**Tableau N°5. Conversion de la note brute totale de la partie 1 en note étalonnée et en niveau d'intensité.**

Classes	1	2	3	4	5
<b>Notes brutes</b>	0-23	23-54	55-89	90-114	115et+
<b>Evaluation clinique</b>	Absence de traumatisme	Traumatisme léger	Traumatisme moyen	Traumatisme fort	Traumatisme très fort

**Synthèse :**

Dans notre travail, nous avons utilisés une méthode clinique descriptive qui se base sur l'étude de cas, afin de recueillir le maximum des données concernant le traumatisme psychique chez les femmes ayant un accouchement difficile, nous avons utilisé une seule technique qui est : l'échelle d'évaluation de traumatisme psychique « Traumaq ».





**Chapitre 4**  
**Présentation des**  
**résultats et discussion**  
**hypothèses**

Dans ce chapitre, on commence d'abord par la présentation de chaque cas, ensuite on passe à l'analyse des échelles, en fin on va aborder des discussions de nos hypothèses de recherche.

## 1. Présentation et analyse du cas « Baya » :

### 1.1. Présentation du cas « Baya » :

A travers les données d'échelle du traumaq, Baya âgé de 42ans, femme au foyer, niveau d'instruction première année secondaire, mère de trois (3) enfant, deux filles (2) et un (1) garçon, elle a perdu sa fille ainé, elle est morte en 2014 à l'âge de 5ans. Elle s'est présenté au service de maternité du L'EPH de sidi-aich, elle a accouché par césarienne en urgence après une tentative d'accouchement par la voie basse.

### 1.2. Présentation et analyse des données du traumaq :

**Tableau N°6 : tableau récapitulatif des résultats du profil de madame Baya.**

Sous échelles	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total
Notebrutes	16	7	8	10	10	7	5	15	10	3	91
Note étalonnées	3	3	3	4	4	4	3	4	4	3	4

Dans ce tableau on remarque que madame Baya, a obtenu une note totale de 91 étalonnée de 4 ce qui correspond à un traumatisme psychique fort.

#### ➤ Echelle d'évaluation du traumatisme :

##### -Première partie :

L'intensité de la manifestation du traumatisme est mesurée à l'aide d'une sous échelle se composant de nulle « 0 » à très fort « 3 ».

**Sous échelle A**, composée de 8 items, concerne le ressenti pendant le déroulement de l'événement. L'analyse des résultats obtenus révèle un syndrome psycho- traumatique moyen. En effet, à cet item, Baya obtient un score de 16 (max = 24). Les réponses montrent que Baya,

à la question (6) : « êtes-vous convaincu que vous allez mourir ou assister à un spectacle insupportable ? », à répondu par le chiffre 3, très fort.

**Sous échelle B**, composée de 4 items, vérifie l'omniprésence de l'événement. La note brute obtenue à ce test est de 7 (max = 10 et plus). Les images reproduisant l'événement s'imposant à Baya durant la journée, c'est l'angoisse ressentie quand elle repense à l'événement.

**Sous échelle C**, composée de 5 items, vérifie le trouble du sommeil. La note obtenue à ce test est de 8 (max = 14 et plus). Les souvenirs de l'événement empêchent Baya de dormir.

**Sous échelle D**, composée de 5 items, vérifie l'état d'angoisse. La note brute obtenue à ce test est de 10 (max = 14 et plus). Baya est devenue plus anxieuse depuis l'événement. Baya a peur de se rendre sur des lieux en rapport avec l'événement (les hôpitaux).

**Sous échelle E**, composée de 6 items, vérifie les changements survenus sur le plan de la sensibilité perceptive (bruit, méfiance, irritabilité, colère, agressivité). La note obtenue de 10 (max = 15 et plus). En effet, Baya est devenue plus attentive aux bruits. Elle est devenue très sensible et méfiante. Par contre elle n'est pas devenue agressive depuis l'événement.

**Sous échelle F**, composée de 5 items, vérifie les changements et les réactions survenus sur le plan psychosomatique. La note brute obtenue est de 7 (max = 10 et plus). En effet, dès que Baya repense à l'événement, ou si elle est dans une situation qui lui rappelle l'événement, elle respire difficilement.

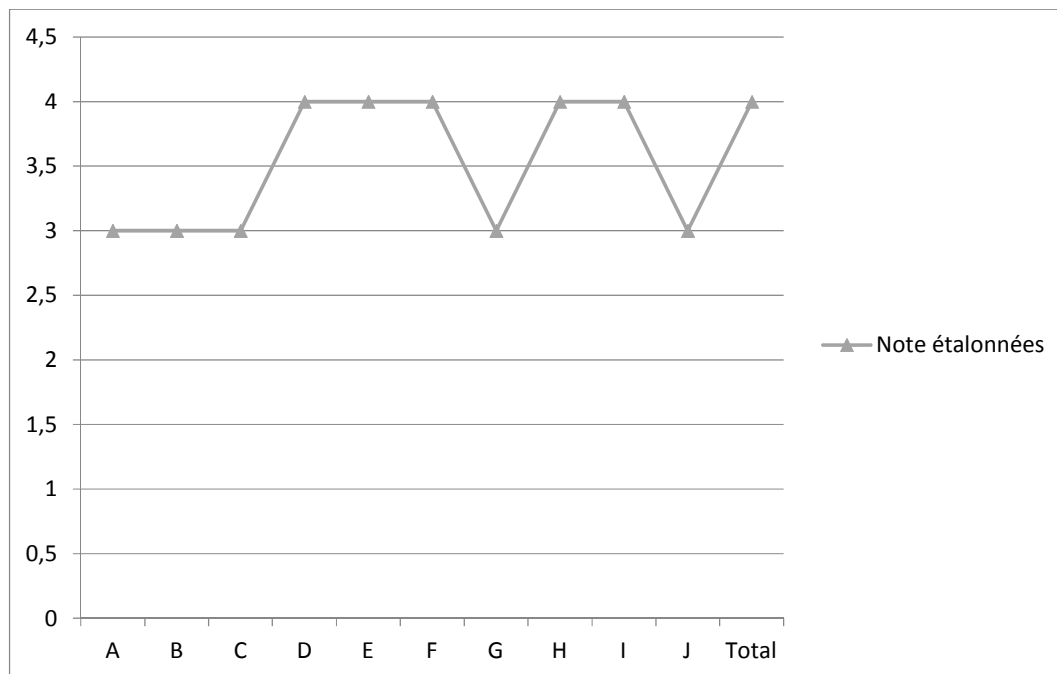
**Sous échelle G**, composée de 3 items, vérifie les troubles de mémoire et de concentration. A cette échelle, Baya obtient un score de 5 (max = 8 et plus). Les résultats obtenus révèlent des difficultés à se concentrer, et elle a des difficultés à rappeler certains éléments de l'événement.

**Sous échelle H**, composée de 8 items, vérifie l'état de dépression. La note obtenue est de 15 (max = 18 et plus). En effet, Baya depuis l'événement, se sent fatiguée, a des crises de larmes et a perdu tout intérêt pour les choses qui lui étaient importantes avant l'événement. Elle a tendance à s'isoler et à refuser les contacts.

**Sous échelle I**, composée de 7 items, vérifie la culpabilité, la honte, le changement dans sa façon de voir la vie. Baya obtient à ce test un score de 10 (max = 17 et plus). Baya n'éprouve aucun sentiment de culpabilité. Baya ressent de la haine, de la colère et elle se ressent humiliée. Depuis l'événement elle se sent dévalorisée.

**Sous échelle J**, composée de 11 items, vérifie les répercussions sur la qualité de vie. La note brute obtenue est de 3 (max = 8 et plus). Baya exprime un sentiment d'incompréhension de ce qui lui est arrivé, de son accouchement par césarienne qu'elle a vécu sur un mode traumatique, et elle a le sentiment qu'elle ne sera plus jamais comme avant.

**Courbe N°1 : représentation graphique du profil de madame Baya, présence d'un traumatisme psychique fort.**



**Sous échelles**

Ce graphe représente les notes étalonnées du cas « Baya », varie entre 3 et 4.

**-Deuxième partie :**

D'après les résultats recueillis par l'échelle du traumatisme, nous avons noté que madame Baya, a éprouvé des symptômes qui sont majoritaires remarqués entre 24 heures et 3 jours après la césarienne. Certains symptômes ils ont duré quelque semaines, mais d'autre présent à l'heure actuelle comme les troubles de sommeil et les nuits blanches.

**Synthèse du cas Baya :**

À l'aide de l'échelle du traumaq. On peut synthétiser que Baya présente un traumatisme psychique fort, et que madame Baya a mal vécu sa césarienne, elle se plaignait de douleurs intenses au niveau de la cicatrice. Ces douleurs l'empêche de prendre en charge son bébé, se qui signale l'infraction psychique qui est concrétisée par le tableau clinique du syndrome psycho-traumatique.

**2. Présentation et analyse du cas « Djawida » :**

**2.1. Présentation du cas « Djawida » :**

A travers l'échelle, Djawida âgé de 33ans, femme au foyer, niveau d'instruction quatrième année secondaire, mère de trois (3) enfants, une (1) seule fille et deux (2) garçons. Madame Djawida s'est présentée à l'hôpital Rachid Belhocine de sidi-aich au service maternité, elle a accouché d'un garçon à 39 semaines par voie basse. Elle a vécu son accouchement dystocique de manière très négative, y compris comme un événement traumatique, et ce vécu est susceptible d'avoir des conséquences négatives sur la santé mentale de la mère et sur ses capacités d'être disponible pour le nouveau-né.

**2.2. Présentation et analyse des données du traumaq :**

**Tableau N°7 : tableau récapitulatif des résultats du profil de Madame Djawida.**

<b>Sous échelles</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>G</b>	<b>H</b>	<b>I</b>	<b>J</b>	<b>Total</b>
<b>Note brutes</b>	23	11	13	13	17	12	9	20	5	9	132
<b>Note étalonnées</b>	4	5	4	4	5	5	5	5	2	5	5

Dans ce tableau on remarque que madame Djawida, a obtenu une note totale de 132 étalonnée de 5 ce qui correspond à un traumatisme psychique très fort.

➤ **Echelle d'évaluation du traumatisme :**

**-Première partie :**

**Sous échelle A** (8 items) vérifie les réactions immédiates, physiques et psychiques pendant le déroulement de l'événement. En effet, Djawida, à cet item, obtient un score de 23 qui est très élevé, (max = 24). Djawida s'est sentie mourir à plusieurs reprises.

**Sous échelle B** (4 items) vérifie le symptôme pathognomonique de répétition : l'impression de revivre l'événement et l'angoisse attachée à cette répétition. Les répétitions pathognomoniques du traumatisme psychique sont intenses. La note brute obtenue à ce test est de 11 (max = 10 et plus), elle correspond à la note maximale. Les images s'imposent à Djawida dans la journée sous forme de souvenirs intrusifs sur fond d'angoisse majeure.

**Sous échelle C** (5items) vérifie le trouble de sommeil. La note obtenue est de 13 (max = 14 et plus). Les nuits de Djawida sont caractérisées par des réveils nocturnes qui l'empêche de dormir et qui la fatigue au réveil. Elle fait des rêves terrifiants.

**Sous échelle D** (5 items) vérifie l'anxiété, l'état d'insécurité et les évitements phobiques. La note obtenue à ce test est de 13 (max = 14 et plus). L'anxiété envahit toutes les sphères psychiques et sociales. Djawida ne veut plus retourner sur des lieux en rapport avec l'événement, elle a des crises d'angoisse. Elle se sent en insécurité.

**Sous échelle E** (6 items) vérifie l'irritabilité, la perte de contrôle, l'hyper vigilance et l'hypersensibilité. La note brute obtenue est de 17 (max = 15 et plus), elle est devenue plus attentive au bruit, elle est plus irritable qu'avant, elle a de mal à maîtriser ses crises de nerfs.

**Sous échelle F** (5 items) vérifie les réactions psychosomatiques, physique et les troubles additifs. Le score obtenu est de 12 (max = 10 et plus). Djawida verbalise ses souffrances à travers son corps, lorsque elle repense à l'événement, elle sent survenir des maux de tête et elle respire mal. Depuis l'événement elle a des problèmes de santé, elle a augmenté la consommation des sucreries.

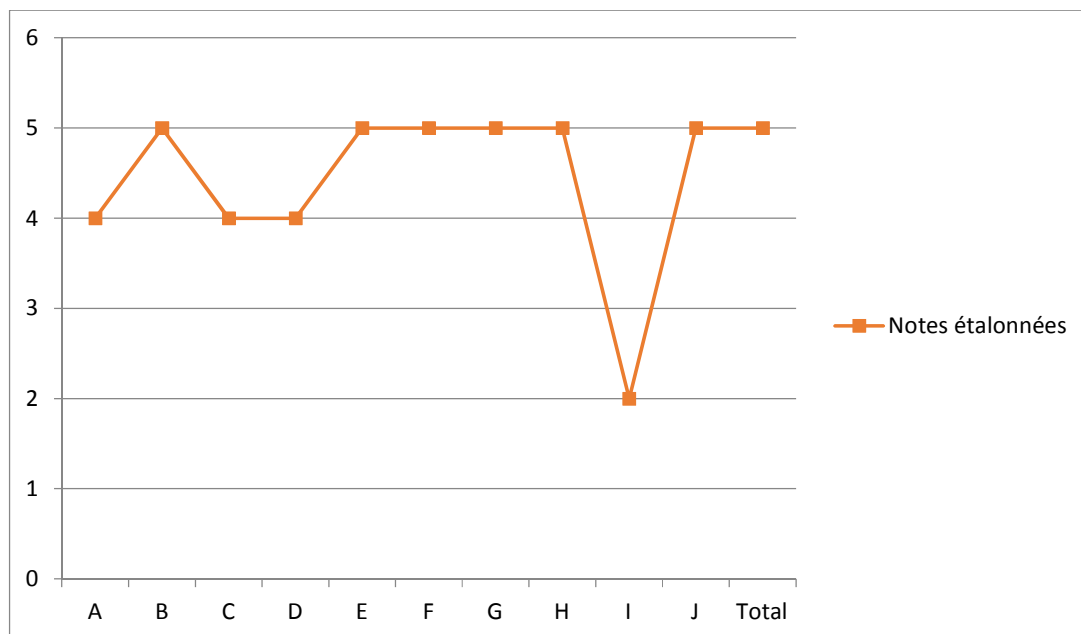
**Sous échelle G**(3 items) vérifié les troubles cognitifs (mémoires, concentration, attention), à cet item Djawida obtient une note brute de 9 (max = 8 et plus). Djawida ne parvient pas à se concentrer qu'auparavant et elle a davantage de trous de mémoire. Elle aussi des difficultés a se rappeler l'événement douloureux.

**Sous échelle H** (8 items) vérifie les troubles dépressifs (perte d'énergie et d'enthousiasme, tristesse, lassitude, l'envie de suicide). La note brute obtenue est de 20 (max = 18 et plus). Djawida elle se plaint d'un état dépressif, elle se sent triste, et épuisée depuis l'événement, elle pleure sans cesse. Elle a l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, elle a des idées suicidaire.

**Sous échelle I** (7 items) vérifie le vécu traumatique : culpabilité, honte, sentiments violents et colère, impression d'avoir fondamentalement changé. Dans cet item, Djawida obtient une note brute de 5 (max = 17 et plus). Djawida ressent de la colère et de la haine, elle a l'impression que sa vie a changé et qu'elle ne sera plus la même.

**Sous échelle J** (11 items) vérifie la qualité de vie. La note obtenue est de 9 (max = 8 et plus), Djawida ne rencontre plus ses amis comme avant, elle a rompu des relations avec ses proches, elle se sent incomprise et abandonnée par les autre. Djawida n'a pas trouvé de soutien de la part de ses proches. Elle recherche la compagnie de l'autre, elle ne trouve plus le même plaisir qu'avant.

**Courbe N°2 : représentation graphique du profil de madame Djawida, présence d'un traumatisme psychique très fort.**



**Sous échelles**

Ce graphe représente les notes étalonnées du cas « Djawida », varie entre 4 et 5.

**-Deuxième partie :**

Les résultats recueillis par l'échelle du traumaq, nous avons trouvé que madame Djawida, a rencontrer des symptômes qui sont majoritaires remarqués le jour même de l'événement après l'accouchement. Quelques symptômes ont duré moins d'une semaine, et les autres symptômes sont toujours présent à ce jour comme l'impression de revivre l'événement, les souvenirs et les images qui reviennent, les difficultés d'endormissement, la crainte de retourner sur les lieux de l'événement, l'agressivité et la perte de contrôle.

**Synthèse du cas « Djawida » :**

A partir de questionnaire d'évaluation du traumaq, on peut en déduire que Djawida présente un traumatisme très fort, Djawida a vécu un accouchement très difficile physiquement et psychologiquement. Elle avait du mal à supporter la douleur.

**3. Présentation et analyse du cas « Lynda » :**

**3.1. Présentation ducas « Lynda » :**

Lynda âgée de 27 ans, enseignante au secondaire, niveau d'instruction deuxième année master, maman d'un garçon. La jeune femme s'est présentée à la maternité de l'hôpital, là où elle a donné naissance à son premier enfant après de longues heures/jours de contractions épuisantes.

**2.2. Présentation et analyse des données dutraumaq :**

**Tableau N°8 : tableau récapitulatif des résultats du profil de Madame Lynda.**

Sous échelles	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total
Notes brutes	17	10	9	8	10	11	6	7	15	5	98
Notes étalonnées	3	5	3	3	4	5	4	3	4	3	4

Dans ce tableau, on remarque que madame Lynda a obtenu une note total brute de 98 et une note étalonnée de 4 ce qui correspond à un traumatisme psychique fort.



**Première partie :**

L'intensité de la manifestation du traumatisme est mesurée à l'aide d'une échelle qui se compose d'une nulle (0) à très forte (3).

**Sous échelle A**, composée de 8 items, concerne le ressenti pendant le déroulement de l'évènement. À cet item, Lynda obtient un score de 17 (max = 24). Les réponses montrent que Lynda à la troisième question a eu le sentiment d'être dans l'état secondaire, En effet elle a répondu par le chiffre 3 qui est très fort.

**Sous échelle B**, vérifie l'omniprésence de l'évènement. L'analyse des résultats obtenus un score de 10 (max = 10 et plus), dans la question B3, concernant les difficultés de parler de l'évènement, elle a répondu par le chiffre 3 qui est très fort.

**Sous échelle C**, vérifie le trouble du sommeil. Le score obtenu dans ce test est de 9 (max 14 et plus). Les résultats des réponses sur les questions de ce test sont très fort, par exemple dans la question C1 qui parle sur la difficulté d'endormissement Lynda a répondu par le chiffre 3 qui est très fort. Cela révèle que Lynda souffre de trouble de sommeil.

**Sous échelle D**, composée de 5 items, concerne le ressenti actuel depuis l'évènement. Le score obtenu est 8 (max = 14 et plus). Dans cet item à la question D3 dont le sujet a la crainte de se rendre sur les lieux en rapport avec l'évènement elle a répondu par le chiffre 3 très fort.

**Sous échelle E**, composée de 6 items, examine les changements apparus sur le plan de la sensibilité. Le score obtenu est 10 (max 15 et plus), le traitement des réponses obtenus dans ce cas sont très fortes par exemple à la question E6 concernant le comportement agressif depuis l'évènement elle a répondu par le chiffre 3 qui est très fort.

**Sous échelle F**, composée de 5 items, vérifie les changements survenus sur le plan psychosomatique. Le score obtenu est du 11 (max = 10 et plus). Dans la question F2 qui concerne les variations du poids, elle a répondu par le chiffre 3 qui est très fort.

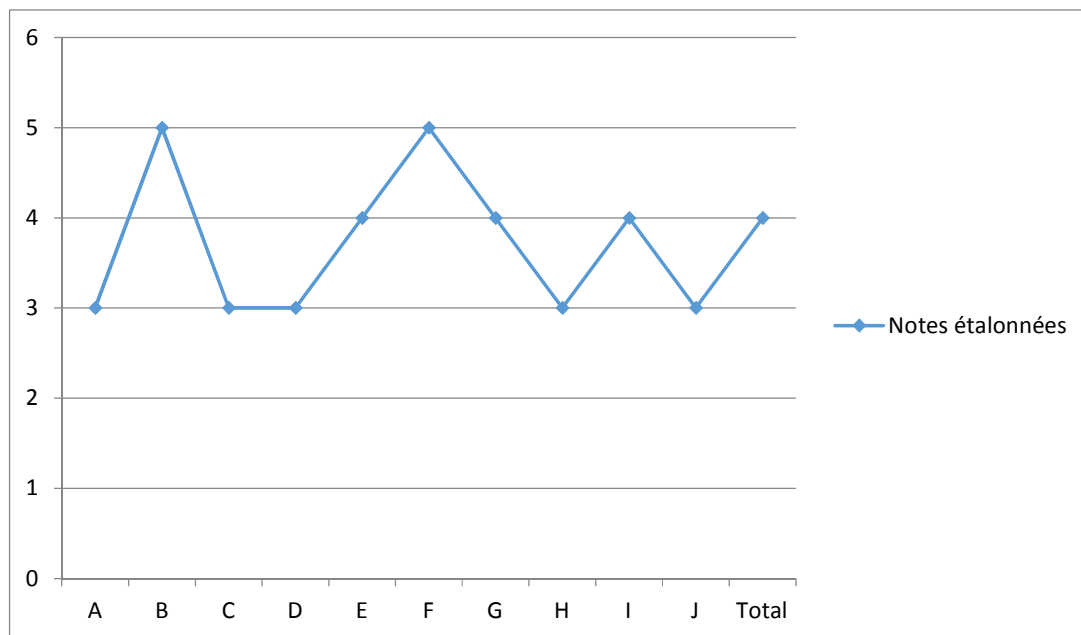
**Sous échelle G**, composée de 3 items, vérifie les troubles de mémoire et de concentration, à cet item Lynda a obtenu un score de 6 (max = 8 et plus). Dans la question G1 qui a un rapport avec la concentration, elle a répondu par le chiffre 3 très fort.

**Sous échelle H**, composée de 8 items, le score obtenu est de 7(max = 18 et plus). Lynda a répondu à la question H2 qui parle sur l'énergie et l'enthousiasme depuis l'évènement par le chiffre 2 qui est fort.

**Sous échelle I**, composée de 7 items, le score obtenu est de 15 (max =17 et plus), en effet dans cette échelle Lynda a répondu par le chiffre 3, très forte à la question I5 qui concerne le ressenti de la colère violente et de la haine depuis l'évènement.

**Sous échelle J**, composée de 11 items, concerne les répercussions sur la qualité de vie, là ce subtest Lynda obtient un score de 5 (max = 8 et plus). En effet la jeune femme ne rencontre plus ses amis avec la même fréquence qu'avant.

**Courbe N°3 : représentation graphique du profil de madame Lynda, présence d'un traumatisme psychique fort.**



**Sous échelles**

Ce graphe représente les notes étalonnées du cas « Lynda », varie entre 3 et 4.

**Deuxième partie :**

Les résultats de l'échelle du traumaq de madame Lynda montrent que la jeune maman a éprouvé des syndromes qui sont observé entre 6 mois et 1 an après son accouchement. En effet, certains de ces syndromes ont duré quelques semaines après l'événement.

**Synthèse du cas « Lynda » :**

D'après les résultats de l'échelle d'évaluation du traumaq de madame Lynda, on peut donc conclure que cette dernière souffre d'un traumatisme psychique fort suite à son accouchement.

**4. Présentation et analyse du cas « Siham » :**

**4.1. Présentation du cas « Siham » :**

La jeune femme Siham âgée de 29 ans, femme au foyer, mère de deux (2) enfants, une fille et un garçon, niveau d'instruction deuxième année lycée, elle s'est présentée au niveau de l'EPH de Sidi-Aich, elle a accouché normale mais prématuré .

**4.2. Présentation et analyse des données du traumaq**

**Tableau N°9 : tableau récapitulatif des résultats du profil de madame Siham.**

<b>Sous échelles</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>G</b>	<b>H</b>	<b>I</b>	<b>J</b>	<b>Total</b>
<b>Notes brutes</b>	16	9	7	11	10	9	4	13	12	9	100
<b>Notes étalonnées</b>	3	4	3	4	4	3	3	4	4	5	4

Dans ce tableau, on constate que madame Siham a obtenu une note total brute de 100 qui est une note étalonnée de 4 ce qui correspond à un traumatisme psychique fort

**Première partie :**

L'intensité de la manifestation du traumatisme est mesurée à l'aide d'une échelle qui se compose d'une nulle (0) à très forte (3).

**Sous échelle A**, se compose de 8 items, à cette étape Siham obtient un score de 16(max=24). A la question A2, concernant le ressenti de l'angoisse, elle a répondu par le chiffre 3 très fort.

**Sous échelle B**, se compose de 5 items, le score obtenu c'est 8 (max=10 et plus). La réponse à la question B3 : qui parle sur les difficultés de parler de l'évènement, elle a répondu par le chiffre 3 très fort.

**Sous échelle C**, se compose de 5 items, Siham dans cette échelle obtient un score de 9 (max=14 et plus). Les résultats obtenus montrent que Siham à la question C5 qui concerne la fatigue au réveil, elle a répondu par le chiffre 2 fort.

**Sous échelle D**, se compose de 5 items. A cet item Siham obtient un score de 11(max=14 et plus). L'analyse des résultats obtenus dans cette échelle par exemple, dans la question D2 : qui parle sur les crises d'angoisse, elle a répondu par le chiffre 3 très fort.

**Sous échelle E**, se compose de 6 items. Dans ce subtest Siham obtient un score de 10(max=15 et plus). En effet, Siham a la question E4, concerne de mal à maîtriser (crise de nerf). Elle a répondu par le chiffre 3 très fort.

**Sous échelle F**, se compose de 5 items. Le score obtenu 9(max=10 et plus), à la question F5, Siham a augmenté la consommation du café noir.

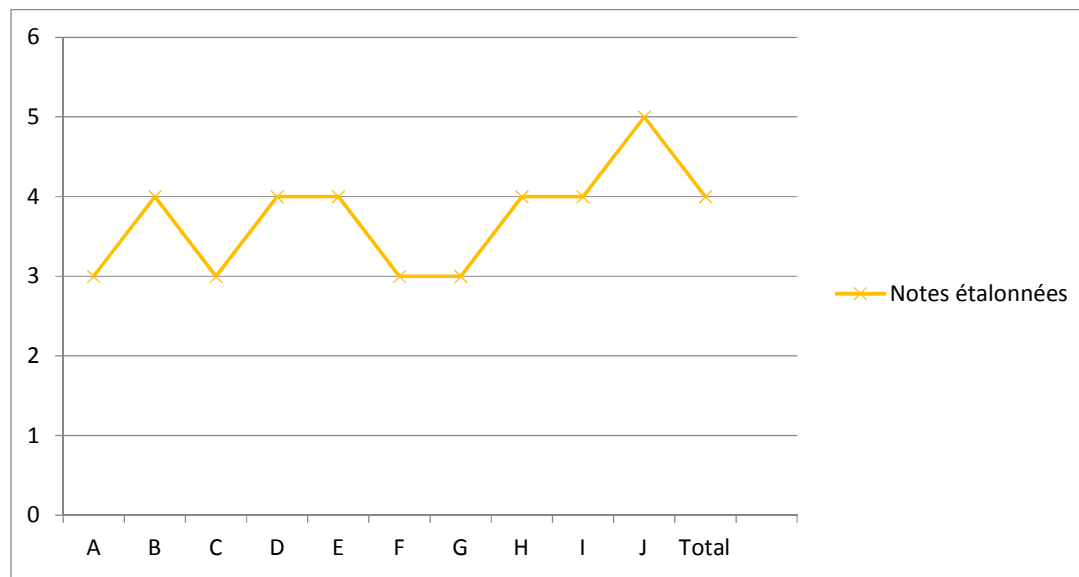
**Sous échelle G**, se compose de 3 items. Siham a obtenu un score de 6(max=8 et plus). Ses réponses sont le chiffre 3 très fort, comme à la question G1, elle a eu des difficultés à se concentrer qu'auparavant, elle a répondu par le chiffre 3 très fort.

**Sous échelle H**, se compose de 8 items. Le score obtenu est de 13 (max =18 et plus). Siham elle manque d'énergie et d'enthousiasme depuis l'évènement. En effet, dans la question H2, elle a répondu par le chiffre 3 très fort.

**Sous échelle I**, se compose de 7 items. Le score obtenu est de 11 (max = 17 et plus). Siham à la question I3 qui parle sur humiliation a répondu par le chiffre 3 très fort.

**Sous échelle J**, se compose de 11 items. Le score obtenu 9(max= 8 et plus). Siham a exprimé un sentiment d'abondance par les autres.

**Courbe N°4 : représentation graphique du profil de madame Siham, présence d'un traumatisme psychique fort.**



**Sous échelles**

Ce graphe représente les notes étalonnées du cas « Siham », varie entre 3 et 4.

**Deuxième partie :**

Suite aux résultats recueillis par l'échelle d'évaluation du traumaq. En distingue que madame Siham a éprouvé des symptômes qui sont très fort remarqué entre le jour même de l'événement à une semaine.

**Synthèse du cas « Siham » :**

On remarque d'après l'échelle d'évaluation du traumaq que madame Siham souffrait d'un traumatisme psychique fort.

## 5. Discussion et vérification des hypothèses de recherche :

Après avoir analysé le questionnaire sur les traumatismes, nous avons commencé à discuter nos hypothèses. Hypothétiquement, cela répond à notre question sur l'existence de traumatisme psychique chez les femmes ayant un accouchement difficile.

### La première hypothèse :

**Tableau N°10 : les résultats des cas selon le niveau d'intensité du traumatisme.**

Population d'étude	Note brute du traumatisme	Note étalonnée du traumatisme	Le degré du traumatisme
Baya	91	4	Traumatisme fort
Djawida	132	5	Traumatisme très fort
Lynda	98	4	Traumatisme fort
Siham	100	4	Traumatisme fort

A partir de ce tableau, nous résumons que notre cas madame (Djawida) présente un traumatisme psychique très fort, et pour les autres trois cas les dames (Baya, Lynda et Siham) présentent un traumatisme psychique fort.

Nous avons essayé à travers l'analyse de l'outil d'investigation qu'on a utilisé dans notre recherche qui est l'échelle d'évaluation du traumaq, a fin de répondre et confirmer notre première hypothèse : « **Les femmes ayant eu un accouchement difficile développent un traumatisme psychique après un accouchement difficile.** »

Dans l'analyse de questionnaire du traumaq, Madame Baya souffre d'un traumatisme psychique fort qui se montre par le ressenti de la frayeur, de l'angoisse et le sentiment d'être impuissante, triste et fatiguée.

Pour Madame Djawida, on remarque l'existence du traumatisme psychique très fort, a partir des réponses au questionnaire d'évaluation du traumaq, Djawida a répondu à tous les questions par le chiffre 3 très fort dans le sous échelle A que se compose de (8 items), et

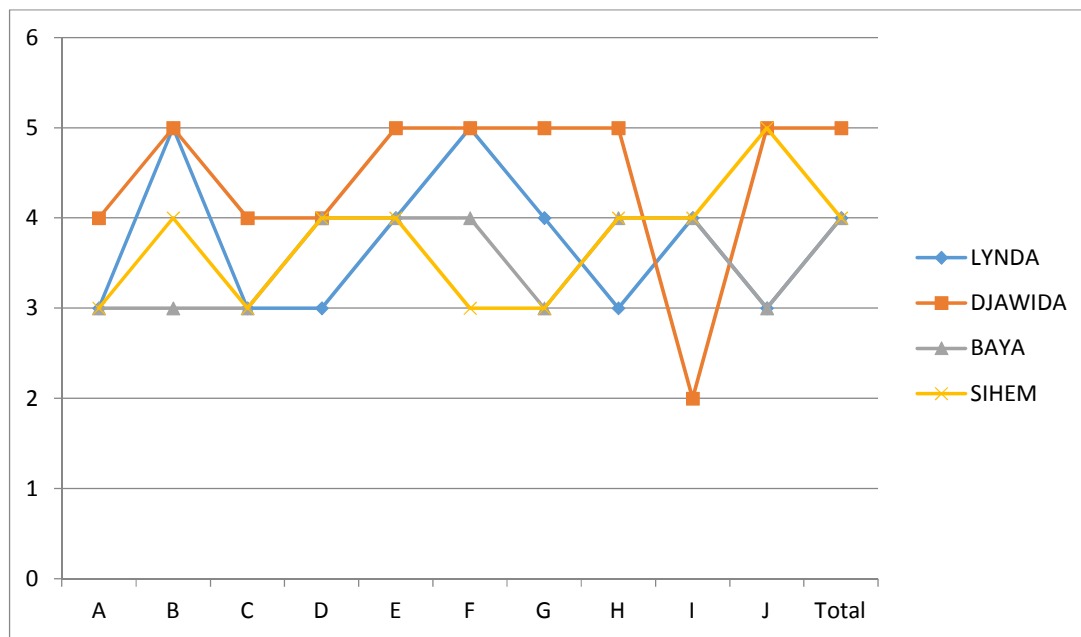
vérifie les réactions immédiates, physiques et psychiques pendant le déroulement de l'événement.

Pour madame Lynda, elle représente un traumatisme psychique fort qui se manifeste par l'impression d'être paralysée, incapable de réactions adaptée, et les souvenirs et les images qui reproduisent l'événement et les difficultés d'endormissement.

Pour madame Siham, on note la présence de traumatisme psychique fort par une forte sensation de la frayeur et de l'angoisse caractérisé par les réveils nocturne et la crainte de se rendre sur des lieux en rapport avec l'événement.

**La deuxième hypothèse :**

**Courbe N°5 : représentation graphique du profil du population d'étude.**



**Sous échelles**

Ce graphe représente les notes étalonnées de chaque cas du la population étudié.

A travers de ce graphique, qui représente la noted'étalonnage de chaque cas du la population étudiée, on peut remarquerles croisements entre les lignes, qui peuvent être expliqué par des manifestations des troubles comme les réactions psychiques et physiques pendant l'événement entre les cas Baya, Djawida, Lynda et Siham. Ainsi on remarque aussi un croisement entre les lignes de tous les sous échelles des quatre cas.

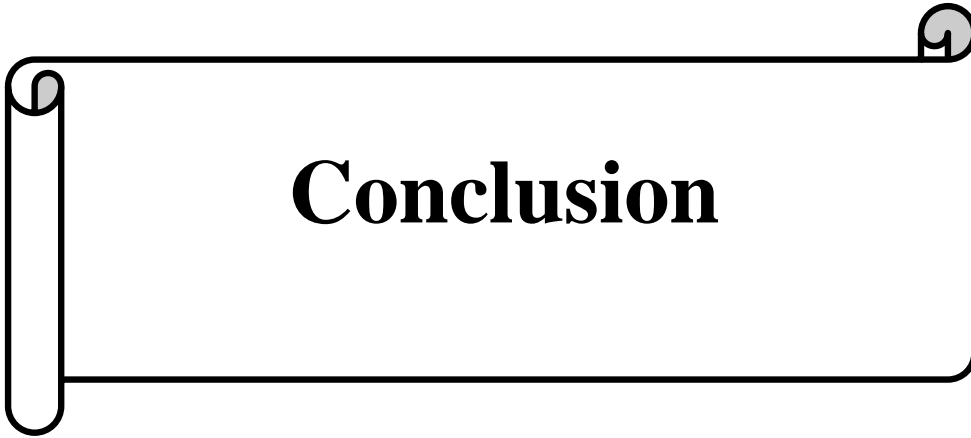
A partir de graphe, on observe une illustration d'un pic élevé pour les cas Djawida, Lynda et Siham à la note des sous échelles B. On observe aussi une illustration d'un pic bas pour le cas Djawida à la note étalonnée 2 de sous échelle I.

Pour les cas Baya, Lynda et Siham, la note total étalonnée du traumatisme est de 4 qui veut dire qu'elles souffrent d'un traumatisme psychique « **Fort** ». Et pour Djawida la note étalonnée total du traumatisme est de 5 un traumatisme psychique « **Très fort** ».

A la base des résultats et de l'analyse de l'échelle d'évaluation du traumatisme, nous pouvons approuver que notre deuxième hypothèse qui est intitulé : « **Les femmes ayant eu un accouchement difficile développent un traumatisme psychique à des degrés différents.** » est confirmé par l'existence d'un traumatisme psychique à différents degrés.

En fin, on arrive à travers le tableau N°10 et le courbe N°5 à dire que nos hypothèses sont confirmées par la présence et l'existence du traumatisme psychique chez les femmes ayant un accouchement difficile à différents degrés d'une femme à une autre.





**Conclusion**

### **Conclusion**

Ce mémoire avait pour ambition d'étudier le traumatisme psychique chez les femmes ayant un accouchement difficile, en prenant en considération leurs souffrances émotionnelles et déséquilibres.

Ces femmes ont malheureusement peu de place pour s'exprimer : souvent, leur entourage leur rappelle à quel point elles doivent être reconnaissantes d'avoir un bébé en santé ou d'être en vie. Ces femmes ne peuvent s'empêcher d'être amères; elles se referment donc avec ces émotions, sentant peu d'ouverture. Pourtant, elles ont un grand besoin d'écoute et de reconnaissance.

Lorsque une femme souffre d'un traumatisme psychique de l'accouchement, il est important que ces femmes ne s'isolent pas et ne pas enfouir les émotions en soi. Ne pas en parler donnent l'impression à celles qui le vivent d'être seules et qu'il n'est pas convenable de se sentir ainsi. Votre partenaire, vos amis et la famille doivent comprendre la place que cela prend pour vous afin d'être en mesure de bien vous soutenir. Des exercices de relaxation ou de respiration peuvent aider. Elles peuvent aussi d'essayer de remplacer les images traumatisantes par de plus rassurantes afin d'éviter la panique. Lorsque le sentiment de choc provient d'une négligence, d'une indélicatesse ou d'une violence du personnel médical, une lettre peut soulager. Cette lettre peut être écrite sans but de la transmettre à quiconque.

Chaque accouchement est un événement unique, intense et majeur dans la vie des parents. Le médecin, la sage-femme et les infirmières seront là pour soutenir ou pour intervenir si la situation se complique. Mais, c'est d'abord à la mère de mobiliser ses ressources intérieures, d'apprendre à mieux se connaître pour découvrir les moyens particuliers qui pourront lui être utiles lors de son accouchement.

Une bonne préparation permettra à la femme de développer sa confiance en sa capacité de donner naissance selon le processus physiologique naturel et aura un impact positif sur l'expérience de la naissance.

Pour se préparer au niveau émotionnel, il est suggéré de faire des exercices de réflexion sur les stratégies que vous utilisez pour faire face à la douleur, au stress et à la peur. De plus, discuter avec des personnes de confiance de vos émotions et, au besoin, consulter un professionnel sont des exemples d'autres bons moyens.

Différentes techniques pratiquées régulièrement tout au long de la grossesse permettent d'être mieux utilisé lors du travail et de l'accouchement. Le yoga prénatal, la respiration profonde, la visualisation et les massages sont quelques-unes des techniques qui peuvent être pratiquées.

Les futurs parents doivent réfléchir à l'avance au type d'accompagnement qu'ils souhaitent. La présence d'une ou deux personnes significatives (le père, le conjoint, une personne de la famille, une accompagnante, etc.) est encouragée. La femme doit s'assurer d'être pleinement en confiance avec les personnes qui l'accompagneront et d'être suffisamment à l'aise pour s'exprimer librement, se montrer nue et ne pas se sentir jugée devant ces personnes.

Dans tous les cas, Les infirmières et le médecin soutiennent la femme qui accouche et veillent à son bien-être et à celui de son bébé. Plus les futurs parents seront bien préparés à l'accouchement, plus leurs souhaits et leurs attentes seront bien communiqués aux professionnels, plus ces derniers pourront leur offrir un accompagnement satisfaisant.



## **Références Bibliographiques**

## **Bibliographie**

### **Ouvrages**

1. Albert Ciccone. Alain Ferrant. (2008). « Honte, culpabilité et traumatisme ». Dunod, Paris.
2. Bouatta, C. (2017). « Figure de la violence en Algérie aspects psychologiques et sociologique ». Bejaia : université de Bejaia.
3. Barrois, Claude. (1998). « Les névroses traumatiques ». 2<sup>ème</sup> édition. Paris, Dunod.
4. Bourgault, R. (2013). « Trauma complex, complex réactions : assessment and treatment ».
5. Chahraoui, K. Bénony, H. (2003). « Méthodes évaluation et recherches en psychologie clinique ». Paris, Dunod.
6. Claude Janin. (1996). « Figures et destins du traumatisme Le Fait psychanalytique ». Presses universitaire de France.
7. Crocq, L. (1999). « Les traumatismes psychiques de guerre ». Odile Jacob, Paris.
8. Crocq, L. (2014). « Traumatisme psychique : prise en charge psychologie des victimes ». France : Issy. Lemoulineaux.
9. Crocq, L. Dalligand, L. Tarquinio, C. (2007). « Traumatismes psychiques ». a. Prise en charge psychologique des victimes. Elsevier Masson.
10. Delahaye (Marie- Claude), (2000). « Guide pratique de la femme enceinte ». Paris, Marabout.
11. De Clercq, M. Lebigot, F. (2001). « Les traumatismes psychiques ». Paris : Masson.
12. Evelyne, Josse. (2019). « Le traumatisme psychique chez l'adulte ». Paris, p38
13. Hélène Chauchat. (1999). De l'identité du sujet au lien social. Edité par Presses Universitaires de France- PUF.
14. Hadjam H. (2000). « Guide médicale de la famille ». Alger. EDC Omega, p279.
15. Josse E. (2004). « Le traumatisme psychique. Thérapie », Médecins Sans Frontières- Belgique, document interne.
16. Kédia, M. Sabouraud-Seguine, A et al. (2008). « L'aide-mémoire de psychotraumatologie ». Paris, Dunod, 2<sup>ème</sup> édition, 2013.
17. Laplanche, J. Pontalais, J-B. (1994). « Vocabulaire de psychanalyse ». Paris : PUF.
18. Lebigot, F. (2008). « Traiter le mal par le mal : la psychothérapie des névroses traumatiques ».
19. M. Boudarène. (2005). « Le stress entre bien être et souffrance ». Editions Berti, Alger.

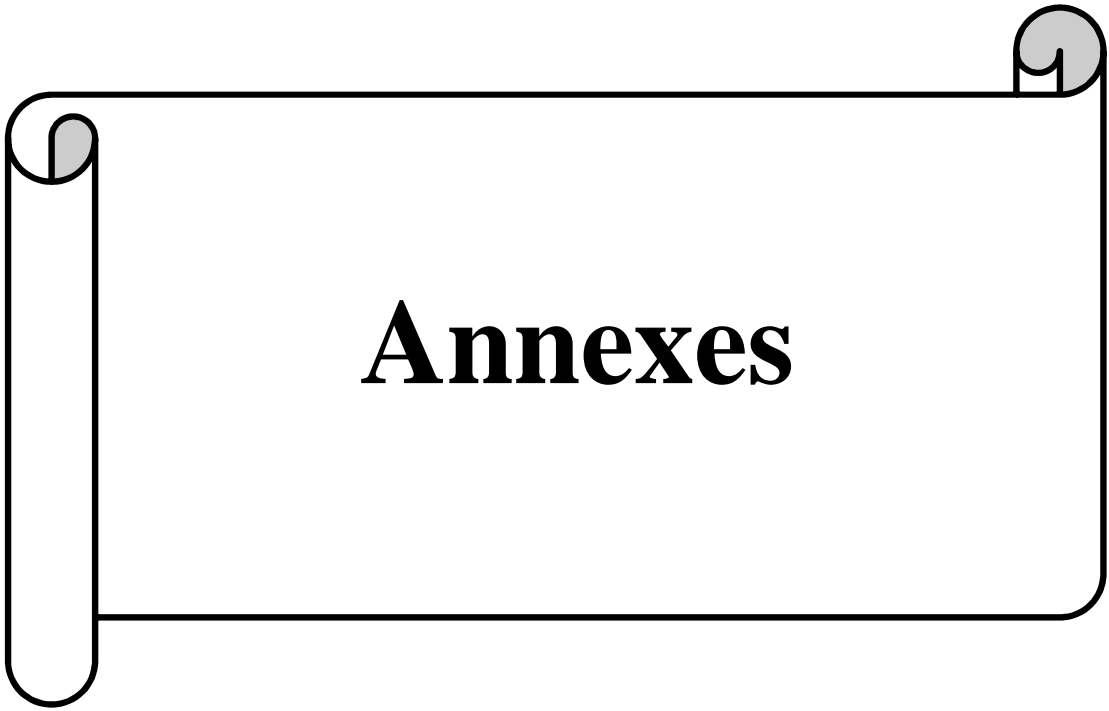
20. Marger, R. et al. (1979). « Précis obstétrique ». Paris, Masson.
21. Merger, R. et al. (1989). « Précis d'obstétrique ». Masson paris, France.
22. Merger, R. Lévy, J. « Précis d'obstétrique ». 6ème Edition, Masson : Paris, a. France. Milan, p123.
23. Milot, T. Collin-Vézina, D. & Milne, L. (2013). « Traumatisme complexe ».
24. Onno Van Der Hart. (2006). « The Haunted Self – Structural dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization ».
25. Solnit, A-J. (1982). « L'enfant vulnérable, rétrospective ». Paris, RUF.
26. Terr, L, C. (1991). « Childhood traumas: an outline and overview. Am. J. Psychiatry ». 148, p10-20.
27. Van Der Kolk B. (2005). « Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma ».

### **Dictionnaires**

1. Bourneuf, J. et al. (1995). « Le petit Larousse de la médecine ». Paris : Larousse.
2. Damiani, Carole. Pareira-Fradin, Maria. (2006). « Manuel Traumaq : Questionnaire d'évaluation du traumatisme ». Paris, ECPA, 2009.
3. NAUDIN G. GRUNBEH N. (2006). « Larousse médicale ». Paris, Larousse.
4. OMS. (1997). « L'organisation Mondiale de la Santé ».
5. Sillamy. N (2003). « Dictionnaire de la psychologie ». France, Larousse.
6. Ybert, E. (2010). « Le Petit Larousse de la médecine en 5000 articles ». Paris, Larousse, p13.

### **Sites internet**

1. <http://www.Larousse.fr/encyclopedie/divers/dystocie/45129>. Consulté le (15/02/2022). A 20h11.
2. <https://www.parents.fr/> Grossesse- Bébé- Enfant- Puériculture- Prénom. Consulté le (10/02/2022). A 23h35
3. <https://grossesse.ooreka.fr>. Consulté le (06/02/2022). A 17h20
4. Institut National de santé publique du Québec. Changements physique. En ligne. Consulté le (21/03/2022). A 22h05.
5. UVMAF. Modification physiologique de la grossesse. En ligne. Consulté le (02/03/2022). A 13h15



# **Annexes**

# Traumq

Questionnaire d'évaluation du traumatisme

*Carole Damiani*

*Maria Pereira-Fradin*

## Manuel

---



## Chapitre 3

# Administration et cotation

---

### Consignes d'administration

Ce questionnaire a été conçu pour être utilisé en hétéro-passation et le temps d'administration varie d'une personne à l'autre.

Il convient de préciser une 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».*

La qualité du diagnostic dépend en grande partie de la précision des informations recueillies et de l'attitude adoptée par l'administrateur du questionnaire (psychologue, médecin, etc.) qui doit être bienveillante et neutre. Il est nécessaire de s'assurer au préalable que le sujet maîtrise suffisamment la langue française pour comprendre les questions posées.

L'auto-passation du TRAUMAQ est possible uniquement dans des conditions rigoureuses, ce qui permet d'envisager une passation collective. Avant d'utiliser ce mode d'administration, il faut s'assurer que les personnes concernées comprennent les consignes données et les questions posées (bonne maîtrise de la langue française, capacités intellectuelles suffisantes). Il faut également que leur état émotionnel soit suffisamment stable pour que le recueil des réponses soit valide. Il est essentiel qu'un professionnel soit présent.

Dans le cadre d'une passation collective, la consigne suivante peut être lue à voix haute : *«Le questionnaire qui se trouve devant vous comporte deux pages de renseignements et deux parties. Les deux premières pages sont destinées à comprendre les conditions de l'événement qui vous est arrivé. Commencez par les remplir. Si vous rencontrez des difficultés pour répondre à une ou plusieurs questions, n'hésitez pas à demander conseil au professionnel présent. Nous vous demandons*



simplement d'attendre pour cela d'avoir répondu aux parties 1 et 2 du questionnaire. Pour les parties 1 et 2, répondez à toutes les questions posées.

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. Vous pouvez prendre le temps que vous voulez pour répondre aux questions».

## Consignes de cotation

Pour la Partie 1 du questionnaire (excepté pour l'échelle J), le sujet choisit parmi quatre modalités de réponses<sup>1</sup> correspondant à l'intensité ou la fréquence de la manifestation :

- Nulle (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, la nature des comportements mesurés ne permettant pas une évaluation nuancée. Certains items sont inversés : il convient pour la cotation d'utiliser la grille présentée dans le Tableau 3.1 pour repérer les items pour lesquels la réponse «oui» va dans le sens du syndrome post-traumatique et ceux pour lesquels c'est la réponse «non» qui va dans ce sens.

## Calcul des notes brutes par échelle

*Partie 1 du questionnaire : les réactions immédiates (pendant l'événement) et les troubles psycho-traumatiques (depuis l'événement)*

Pour les échelles A à I, la note par échelle s'obtient en additionnant les réponses du sujet à chaque item (0, 1, 2 ou 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 grisée cochée et 0 point pour une case blanche.

Tableau 3.1 Grille de cotation des items de l'échelle J

Réponse	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11
OUI											
NON											

1 - En ce qui concerne l'absence d'un échelon correspondant à une intensité moyenne, un pré-test réalisé sur quatre-vingt-deux victimes avec une échelle de réponses en cinq échelons, a montré que la modalité «Moyenne» n'était jamais choisie. Elle a donc été supprimée.



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 (voir Tableau 4.2). D'autre part une analyse factorielle confirmatoire met en évidence la présence d'un facteur principal qui représente à lui seul 45 % de la variance expliquée.

***Partie 2 du questionnaire : Délai d'apparition et durée des troubles décrits (partie facultative)***

Les informations recueillies dans cette deuxième partie sont de nature qualitative et destinées à compléter le bilan clinique (voir Etudes de cas, Chapitre 5). Les échelles utilisées sont des échelles en neuf points qui permettent d'apprécier le délai et la durée des troubles depuis l'événement.

## Étalonnage normalisé en cinq classes (Partie 1 : Réactions immédiates et troubles psycho-traumatiques)

Afin de faire apparaître les différents niveaux de gravité du syndrome post-traumatique et compte tenu des distributions des notes brutes aux différentes échelles et pour la note totale (proches des caractéristiques de distributions normales), un étalonnage normalisé en cinq classes a été construit pour les notes brutes par échelle et pour la note totale de la Partie 1. Le choix du nombre de classes correspond au niveau de lisibilité idéal pour l'utilisateur du questionnaire.

Tableau 4.4 Conversion des notes brutes en notes étalonnées, par échelle (N = 141)

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

Tableau 4.5 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 +
Évaluation clinique	Absence de traumatisme	Traumatisme léger	Traumatisme moyen	Traumatisme fort	Traumatisme très fort



## Analyses typologiques

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 (Tableau 4.4), on met en évidence quatre profils de victimes dont les caractéristiques sont présentées dans la Figure 4.1.

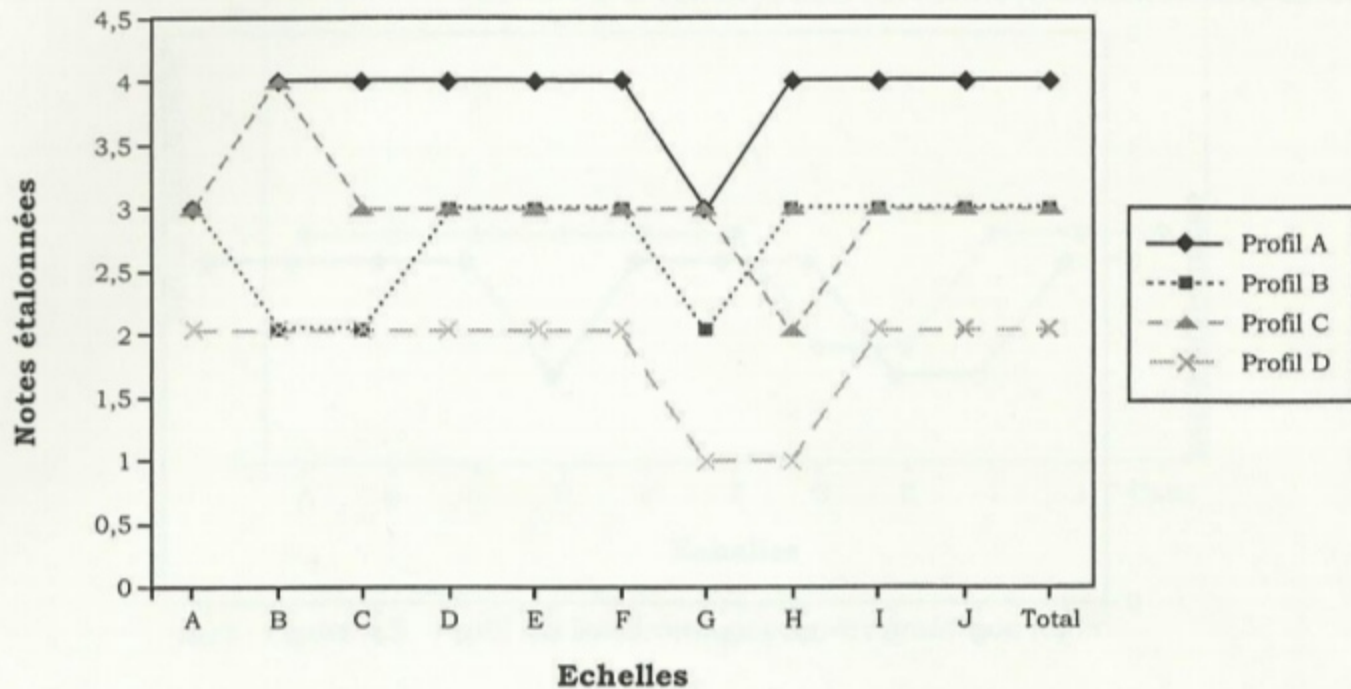


Figure 4.1 Profils cliniques mis en évidence par la méthode de classification ascendante hiérarchique des sujets (N = 141)

### Profil A : Syndrome psycho-traumatique intense (N = 58, 41 % de l'échantillon)

En plus de la note totale étalonnée élevée (au moins 4), un diagnostic de syndrome psycho-traumatique intense suppose une note étalonnée élevée à chacune des échelles. Il suppose également une réponse «oui» à la question A6 ("Avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et/ou d'assister à un spectacle insoutenable?").

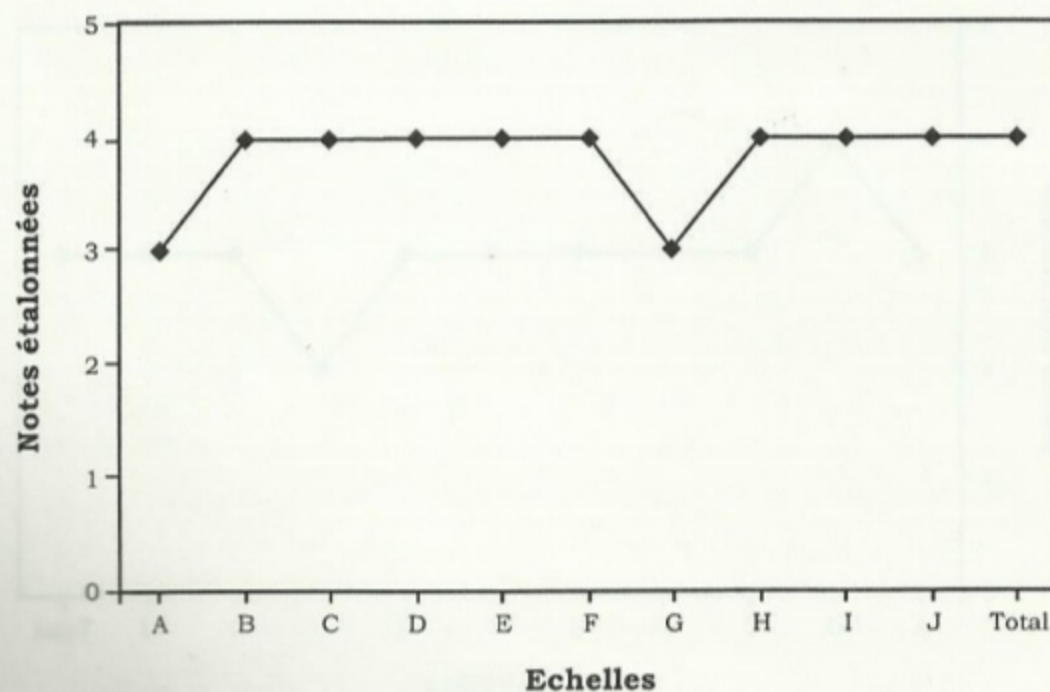


Figure 4.2 Profil A : Syndrome psycho-traumatique intense



**Profil B : Syndrome anxio-dépressif (sans syndrome psycho-traumatique déclaré) (N = 37, 26 %)**

- Note totale étalonnée moyenne (3).
- Note étalonnée moyenne (3) à l'Echelle A. L'impact traumatique de l'événement n'est pas élevé.
- Notes étalonnées faibles (2 ou moins) aux Echelles B-C-G.
- Notes étalonnées moyennes (3) aux Echelles D-E-F-H-I-J.

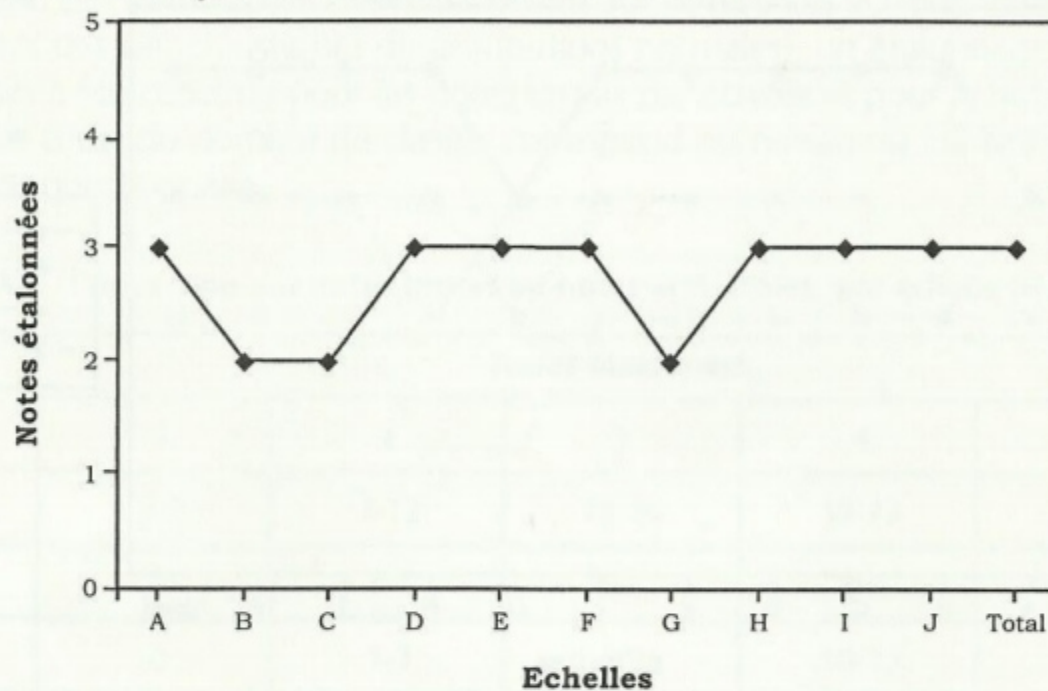


Figure 4.3 Profil B : Syndrome anxio-dépressif (sans syndrome psycho-traumatique déclaré)

**Profil C : Syndrome psycho-traumatique modéré (sans troubles dépressifs) (N = 20, 14 %)**

- Note totale étalonnée moyenne (3).
- Echelle A : note étalonnée élevée ou moyenne ; réponse «oui» à la question A6 ("Avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ?").
- Note étalonnée élevée (4 ou plus) à l'Echelle B (répétitions).
- Notes étalonnées moyennes (3) aux Echelles C à G, I et J.
- Note étalonnée faible à l'Echelle H (troubles dépressifs)<sup>1</sup>.

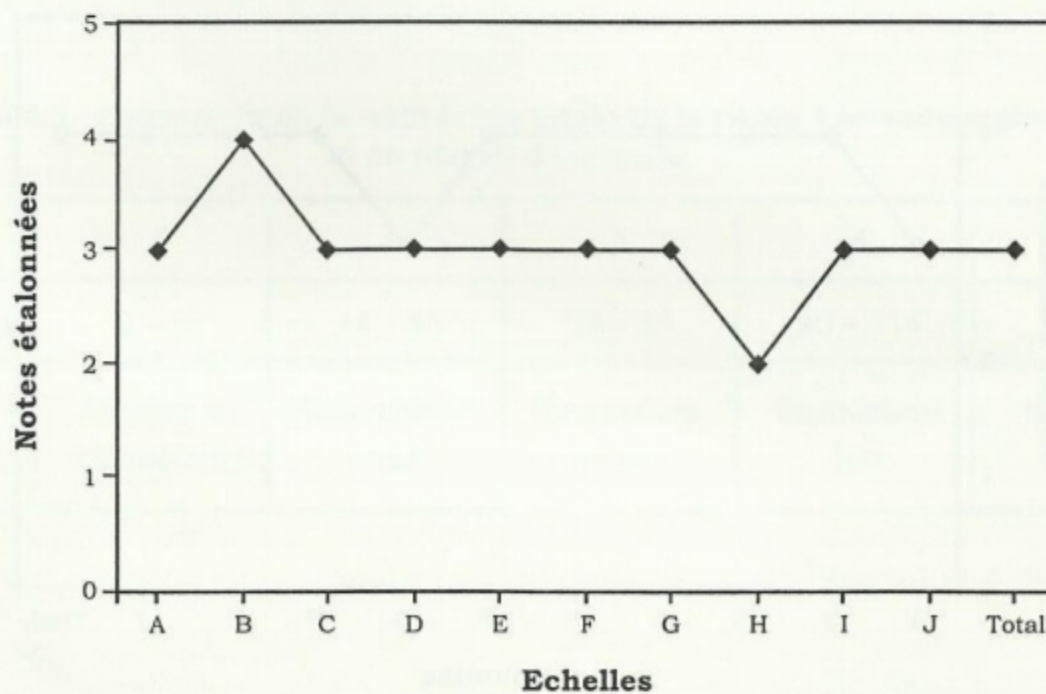


Figure 4.4 Profil C : Syndrome psycho-traumatique modéré (sans troubles dépressifs)

1 - On peut trouver des syndromes psycho-traumatiques modérés avec troubles dépressifs.

### Profil D : Syndrome psycho-traumatique léger (N = 26, 18 %)

- Note totale étalonnée faible (2 ou moins).
- L'ensemble des notes étalonnées est faible (2 ou moins).

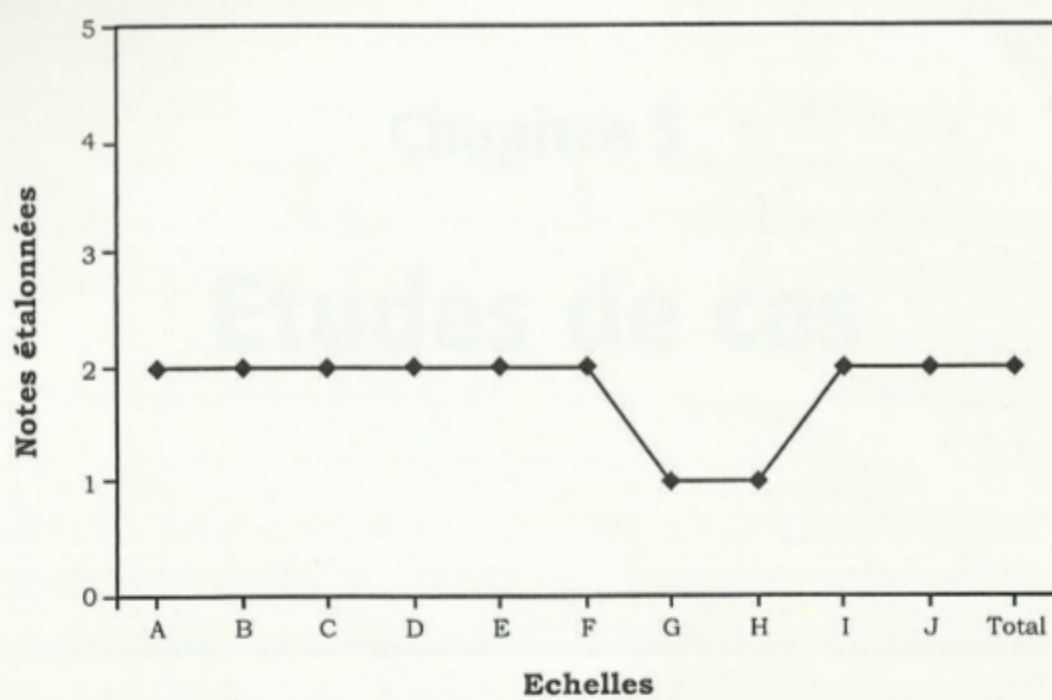


Figure 4.5 Profil D : Syndrome psycho-traumatique léger

# 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
- ITT<sup>1</sup>  Non  Oui Nombre de jours : \_\_\_\_\_ Arrêt de travail  Non  Oui Durée : \_\_\_\_\_
- IPP<sup>2</sup>  Non  Oui Pourcentage : \_\_\_\_\_

### \* Nature de l'événement

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

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

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

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



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

*Situation familiale*

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

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

*Situation professionnelle*

Etudiant(e)

Salarié(e) : plein temps  temps partiel

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

*Etat de santé*

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

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

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

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

Date : \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_

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

Non  Oui

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

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

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

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

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

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

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

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

Durée : \_\_\_\_\_

## PREMIERE PARTIE

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

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

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

### Pendant l'événement

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

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

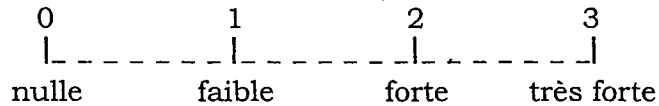
### Depuis l'événement

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

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

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

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



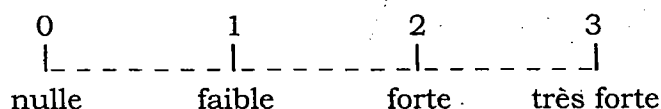
		0	1	2	3
<b>D1</b>	Etes-vous devenu anxieux(se), tendu(e) depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D2</b>	Avez-vous des crises d'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input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

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

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

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

### Intensité (ou fréquence) de la manifestation



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

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

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

## DEUXIEME PARTIE

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

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

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

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

### Durée des troubles

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

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

# Résultats au TRAUMAQ

## Cotation des échelles de la première partie

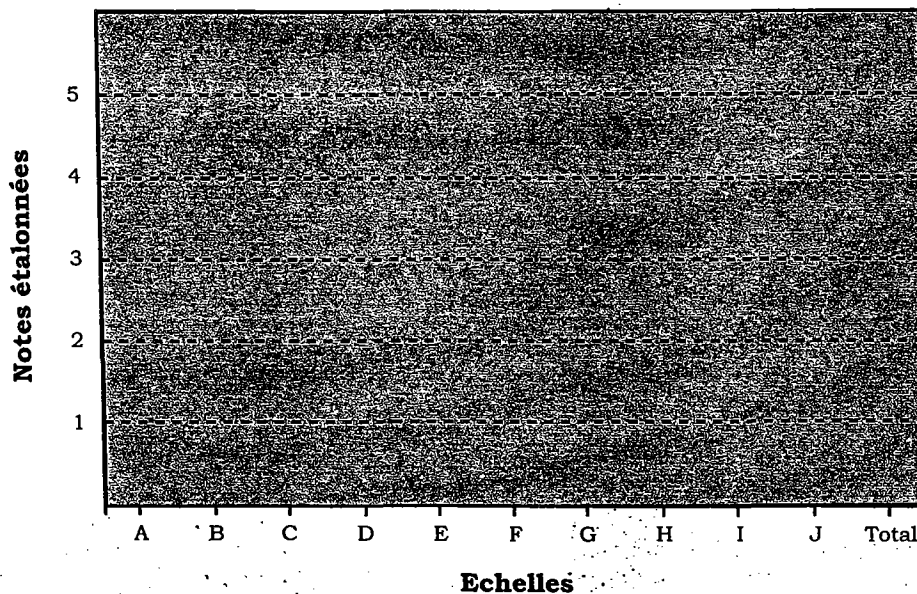
Les notes brutes des échelles A à I correspondent à la somme des points attribués aux items.

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

## Conversion des notes brutes en notes étalonnées

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

## Profil



## Résumé

Un accouchement dystocique est un accouchement difficile, on regroupe ainsi sous le terme d'accouchement dystocique tous les accouchements où des difficultés surviennent, notamment concernant les contractions utérines, la dilatation du col de l'utérus, la descente et l'engagement du bébé dans le bassin, la position du bébé lors de l'accouchement, etc.

A travers cette recherche, nous avons tenté de décrire et d'explorer la nature de vécu psychologique chez les femmes ayant un accouchement difficile. Pour mener à bien ce travail, nous avons opté pour la méthode clinique de type descriptive par études de cas, ainsi que l'échelle de traumatisme psychique nommé « questionnaire d'évaluation de trauma », que nous avons appliqué sur quatre femmes ayant un accouchement difficile.

Les résultats obtenus indiquent de grandes difficultés en ce qui concerne le vécu de ce traumatisme psychique, et des perturbations émotionnelles qui se caractérisent par un isolement, des troubles anxieux, perturbations de sommeil et autres.

**Mots clés :** accouchement dystocique, accouchement difficile, traumatisme psychique, perturbations émotionnelles.

## Abstract

A dystocic delivery is a difficult delivery, the term dystocic delivery is thus grouped together under the term dystocic delivery all deliveries where difficulties arise, in particular concerning uterine contractions, dilation of the cervix, the descent and engagement of the baby in the pelvis, the position of the baby during childbirth, etc.

Through this research, we tried to describe and explore the nature of psychological experience in women with difficult childbirth. To carry out this work, we opted for the clinical method of the descriptive type by case studies, as well as the psychic trauma scale called "trauma assessment questionnaire", which we applied to four women with a difficult childbirth.

The results obtained indicate great difficulties with regard to the experience of this psychic trauma, and emotional disturbances which are characterized by isolation, anxiety disorders, sleep disturbances and others.

**Key words :** dystocic childbirth, difficult childbirth, psychic trauma, emotional disturbances.