

**UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA**  
**FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES**  
**DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES**

**Mémoire de fin de cycle**

**En vue de l'obtention du diplôme de master**

**Options psychologie clinique**

**Thème**

**L'état de stress post traumatique chez les  
femmes ayant fait une fausse couche**

**Présenté par :**

BABOU karima

AZERRADJ cylvia

**Encadré par :**

Mme .BOUHOUI Nadia

**Année Universitaire 2016 /2017**

# Remerciements

*Nous tenons à remercier, toute les personne qui ont contribué de prés comme de loin à la réalisation de ce travail.*

*En premier lieu, notre encadreur M, bouhoui pour ses remarque et directives.*

*Nous présentons également un grande merci Muriel chaap pour son précieux aide.*

*On remercie la psychologue de l'hôpital d'akbou (souhila) .et en particulier le chef de service.*

*Et aussi la psychologue ( Athika )*

*Nous présentons également, notre gratitude à tous nos amis, et membres de la famille qui nous ont soutenus durant l'accomplissement de notre travail,*

# DÉDICACES

*On dédie ce travail a nos parents*

*Et frères et sœurs Et nos familles, et nos amis.*

*Karima et cylvia*

## **La liste des abréviations :**

AAD : accouchement à domicile

AV : avortement.

AVS : avortement spontané.

C U : curtage.

CIM10 : classification internationale des maladies.

DSM : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

ESPT : état de stress post traumatique.

EEG : électro-encéphalogramme.

FC fausse couche.

OMS : organisation mondiale de la santé

PTSD: post-traumatic stress disorders.

TP : troubles de panique

TOC : troubles obsessionnels compulsifs.

RU : révision utérine.

## Liste des tableaux

- ✓ **Tableau N°1** : présentation des cas.
- ✓ **Tableau N°2** : grille de cotation des items de l'échelle J
- ✓ **Tableau N°3**: conversion des notes brutes en notes étalonnées par échelle.
- ✓ **Tableau N°4** : conversion de la note brute totale de la partie 1 en note étalonnée et en niveau d'intensité.
- ✓ **Tableau N°5** : des notes brutales et étalonnées du questionnaire du trauma du premier cas
- ✓ **Tableau N°6** : des notes brutales et étalonnées du questionnaire du trauma du deuxième cas.
- ✓ **Tableau N°7** : des notes brutales et étalonnées du questionnaire du trauma du troisième cas.
- ✓ **Tableau N°8**: des notes brutales et étalonnées du questionnaire du trauma du quatrième cas.
- ✓ **Tableau N°9** : des notes brutales et étalonnées du questionnaire du trauma du cinquième cas.
- ✓ **Tableau N° 10** : les résultats des cas selon le niveau d'intensité du traumatisme.

## SOMMAIRE

Introduction .....	01
Problématique et hypothèse.....	03

### Partie théorique

#### Chapitre I : grossesse et les fausses couches.

Préambule .....	08
1. Genèse de la maternité.....	08
2. Définition de la grossesse .....	08
3. Définition de l'accouchement.....	15
4. Le processus d'attachement.....	17
5. Définition de la fausse couche .....	18
6. Aspects psychologiques d'une fausse couche .....	22
7. Le soutien lors d'une fausse-couche .....	25
Conclusion .....	27

#### Chapitre II : l'état de stress post-traumatique.

Préambule .....	28
1. Histoire de stress post-traumatique .....	28
2. Le stress.....	30
3. La névrose traumatique.....	31
4. définition d'Evénement vital.....	33
5. définition du traumatisme .....	34
6. l'état de stress post-traumatique.....	34
7. Étiologie de l'état du stress post-traumatique.....	38
8. Epidémiologie de l'état du stress post-traumatique .....	39
9. Évaluation de PTSD.....	39

10. Diagnostique différentiel de stress poste traumatique.....	40
11. Les modèles explicatifs du traumatise psychique .....	42
12. La prise en charge de l'état du stress poste traumatique.....	46
Conclusion .....	49

## **Partie pratique**

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

Préambule .....	50
1. la démarche de la recherche .....	50
2. la population d'études .....	53
3. les outils utilisés dans la recherche et leur analyse .....	54
4. l'attitude du chercheur .....	64
5. les difficultés rencontrées.....	65
Conclusion .....	65

### **Chapitre II : présentation des cas et analyse de l'hypothèse**

Préambule .....	66
1. Présentation et analyses des données des entretiens .....	66
1.1 Analyse du premier cas .....	66
1.2analyse du deuxième cas .....	70
1.3analyse du troisième cas.....	74
1.4analyse du quatrième cas .....	78
1.5analyse du cinquième cas.....	82
2. synthèse des cas .....	85

3. la discussion et la vérification des hypothèses de recherche ..... 86

Conclusion générale ..... 89

## **Bibliographie**

## **Annexes**



# Introduction

## Introduction générale

Les fausses couches surviennent, en moyenne, dans au moins 15% des grossesses. Souvent difficile à vivre pour les femmes, la fausse couche est loin d'être exceptionnelle, mais bel et bien fréquente, et les retentissements psychologiques sont mal évalués.

Cet événement n'est pas une « pathologie » nouvelle et a toujours été présent dans la vie d'une femme. Mais cela n'est pas connu ou sous-estimé par les femmes, assujetties à une sorte de tabou, de silence, qui se forme autour de cet événement.

Cependant, l'évolution de la société change considérablement sa représentation et donc son vécu. D'une société où les sentiments pouvaient être masqués par l'idée de fatalité, nous passons à une société dans laquelle l'enfant est un « enfant du désir » et est programmé.

Cet arrêt de grossesse n'est alors pas seulement une perte physique mais elle représente souvent l'arrêt brutal de toutes les représentations et projets pensés, évoqués, mis en place ou se mettant en place par rapport à ce futur enfant. Dès lors se pose la question de pouvoir vivre cette fausse couche comme un événement traumatique. Pour cela, il nous paraît indispensable de se préoccuper du vécu des femmes en analysant leurs réactions, leurs visions et sentiments par rapport à cet événement passé et du temps écoulé depuis.

Notre objectif est de vérifier cette hypothèse d'avoir un état de stress post-traumatique chez les femmes ayant fait une fausse couche, en montrant alors la spécificité de cet état par rapport à cet événement. Ce travail nous permettra d'avoir une connaissance plus aiguisée des processus physiques et psychologiques mis en place face à cet événement.

## Introduction

---

Les conséquences psychologiques des fausses couches, sont encore aujourd'hui peu abordées et souvent sous estimées. Le risque serait donc de minimiser la souffrance qu'elles peuvent provoquer. Il faut un peu de temps pour se remettre d'une fausse couche.

Dans notre recherche sur l'état de stress post-traumatique chez les femmes ayant fait une fausse couche, on a présenté un plan de travail qui comporte deux parties. La première relative à un chapitre sur les fausses couches en définissant les concepts et les causes des fausse-couches puis en ayant un focus sur la grossesse, les maladies maternelles ainsi que le processus de l'attachement et l'aspect psychologique des fausses couches. Le deuxième chapitre, détermine les éléments du stress post-traumatique que ce soit concernant l'historique, les concepts de base, les symptômes, le diagnostique différentiel, ainsi que la prise en charge de la femme. Puis une partie pratique qui développe la méthodologie de recherche et l'analyse des entretiens avec les observateurs, les cas et les résultats du questionnaire. Enfin, nous établirons la conclusion de notre étude.

### La problématique

Les fausses couches ou appelés les avortements spontanés sont la cause la plus courante des complications intervenant pendant la grossesse et entraînant la perte du bébé. Ces complications sont très différentes d'un point de vue physiologique et psychologique, selon qu'elles interviennent au début ou à la fin de grossesse. (Emeline Dufour 2010).

D'après les statistiques de l'OMS, 20% des grossesses se terminent par une fausse couche. Selon la terminologie médicale, on parle d'avortements spontanés jusqu'au sixième mois de la grossesse, au-delà de cette date, on parle d'accouchements prématurés.

Une fausse couche est l'expulsion de l'utérus d'un fœtus encore incapable de survivre seul, dans certains états, notamment celle de Prentic Hall en 1982, il est précisé que durant les trois premiers mois de grossesse, le risque est deux fois plus important si la femme a dépassé l'âge de 35ans. La fréquence réelle des fausses-couches est difficile à estimer, car certaines sont très précoces, avant même qu'il y ait eu un retard de menstruation ou un diagnostic de grossesse. Généralement, on estime que les fausses-couches sont de l'ordre de 15 à 20% de toutes les grossesses connues (Hutti, 1988). Des statistiques plus récentes du Ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Algérie (2009) indiquent que le taux d'avortements spontanés est relativement stable, soit entre 12,4% et 15.2% de 2007 à 2008, ce qui correspond à environ 12 000 avortements spontanés pour 93 000 naissances. Il faut toutefois considérer que les statistiques sont constituées à partir des données d'hospitalisation, ce qui laisse envisager une proportion plus grande de femmes qui vivent un avortement spontané.

Les études épidémiologiques indiquent que lorsqu'une femme a fait une fausse-couche spontanée, le risque de fausse-couche à la grossesse suivante est très légèrement augmenté. Après deux ou trois fausses-couches successives, le

## Problématique et hypothèse

---

risque de répétition augmente plus nettement. Ainsi après deux fausses-couches, le pourcentage est estimé à 30 %, puis aux environs de 40 % après trois fausses couches. Dans la très grande majorité des cas, les causes ne sont pas connues. Cependant, après deux fausses couches consécutives, le médecin pourra rechercher une cause. (Jacques Lansac 2002 p 40. Et 42.et 109.)

Simple à traiter et souvent sans conséquence pour les futures maternités, surtout quand elle survient lors d'une première grossesse, la fausse couche est banalisée par le corps médical. L'entourage, plein de bonne volonté mais d'autant plus mal à l'aise que la fausse couche renvoie à des tabous : le sexe, le sang, la mort. Celui-ci a tendance à minorer l'événement pour se montrer rassurant et compatissant. C'est donc seul que les femmes font face à leur détresse. Or, pour surmonter ce cap difficile, il est essentiel de verbaliser. Après le choc elles ont besoin de donner un sens à l'incompréhensible. Mais aux raisons invoquées, répond souvent un sentiment d'échec et d'intense culpabilité.

A l'angoisse ressentie de ne pouvoir être mère et parfois la honte de n'avoir pas été capable de mener à terme ce projet, s'ajoute l'impression d'avoir perdu son statut social, sa raison d'être et parfois aussi un sentiment de perte de maîtrise de sa vie. À travers l'expérience de la fausse couche, les femmes éprouvent des sentiments divers, comme le chagrin, la dysphorie, la peur, l'injustice, la honte, le traumatisme ou la dévastation. L'impact psychologique et psychopathologique de la fausse couche a été largement étudié. C'est il peut persister sur une période étendue.

Chacune se remet différemment de ce traumatisme, en fonction des espoirs placés dans cette grossesse et de son tempérament. Trois mois après, 38%des femmes ont montré des troubles de stress post traumatique, 20%d'entres elles ont souffert d'anxiété et 5% de dépression. Après une telle expérience, il est fréquent que la femme semble dans des moments de dépression dont la durée

## Problématique et hypothèse

---

varie d'une femme à une autre. L'impact psychologique varie également selon la sensibilité de chaque femme, éventuellement les poids de ses croyances religieuses, sa culture et l'état d'avancement de la grossesse lors de l'interruption. Espoir brisé, attente déçue, maternité, féminité, remises en question ou inquiétudes quant à l'avenir, la femme ressent très souvent une profonde tristesse et le besoin de parler de cette terrible expérience. Elle peut parfois aller, même, jusqu'à éprouver un sentiment de culpabilité. Cet événement est à l'origine de pénibles cicatrices psychiques il constitue un vrai malaise psychique. (Joffres Corinne 2012 p, 15).

Certains chercheurs retrouvent chez ces patientes les critères du PTSD avec la transposition des rêves et des cauchemars, accompagné d'un sentiment de culpabilité et de la nécessité de réparer, au point que, selon eux, le syndrome post-avortement devrait figurer au complément des critères officiels du PTSD ( Marie lacombe 1998 p, 13)

Selon le psychiatre allemand Herman Oppenheime, en 1884, l'agent traumatisant provoquerait une réaction d'effroi qui induirait un ébranlement psychique ou effectif. Freud quant à lui défini, en 1920, que le trauma constitue un choc violent, affectant le sujet qui ne s'y attend pas. La planche et Pontalis (1978) se sont inspirés des définitions de Freud et ont considéré que le traumatisme psychique était un « événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre de manière adéquate, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique ». (De clerque M et lebigot F. 2001, p 29).

Les pensées intrusives, sentiment de détresse, flash-back, cauchemars sont les symptômes caractéristiques du stress post-traumatique et souvent, les femmes sont laissées à elle-même et que malheureusement il n'y a pas d'outils pour

## Problématique et hypothèse

---

diagnostiquer une dépression ou un traumatisme. Dans cette situation, seule la dépression post-partum est bien évaluée. (.Marie-Marthe Collard 2011 p. 2).

Aussi l'état de stress post traumatique dure longtemps et peut perturber gravement la vie d'une personne, par l'effroi qu'elle peut causer. Un mois après une fausse couche, on observe 25% de PTSD (Bowles 2006). L'étude faite 4 mois après une fausse couche montre 7% de PTSD contre 25% à 1 mois. Par la suite 34% des PTSD feront une dépression et seulement 5% des patientes sans PTSD feront une dépression. Donc le PTSD augmente le risque de dépression ultérieure chez ces patientes (Anne Danion-Grillat 2001)

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

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

### **Question générale :**

Les femmes développent t'elles le syndrome post traumatique après une fausse couche?

## Problématique et hypothèse

---

### **Hypothèse :**

Il y a beaucoup de femmes qui développent un stress post traumatique après une fausse couche.



# Partie Théorique

# Chapitre I

## Grossesse et fausse couche

## **Préambule**

De nombreux auteurs considèrent la fausse couche comme une perte périnatale et ont observé les différentes phases de la souffrance qui y font suite. Ainsi, ils ont noté que les femmes traversent initialement une phase d'agitation face au choc de la nouvelle, puis une période d'adaptation au cours de laquelle elles utilisent différentes stratégies pour faire face à l'événement, avant d'atteindre une étape de résolution. Le caractère inattendu, l'absence de personne à enterrer et de souvenirs font qu'il est particulièrement difficile de faire face à une fausse couche. Ils expliquent que les deuils sans matérialité du corps sont d'autant plus difficiles à gérer qu'aucune représentation n'existe, excluant toute cérémonie et toute possibilité de recueillement. De plus, la perte d'une grossesse s'effectue à plusieurs niveaux. Elle est à la fois réelle, avec la perte de l'embryon ou du fœtus, et symbolique, car elle menace la réalisation du désir d'enfant et le statut social de mère.

### **1. Genèse de la maternité**

La maternité est un état qui se greffe sur un développement plus général, à l'image de ce qui se passe pour les gènes de la capacité de reproduction. En effet, si les organes sexuels se forment dès les stades embryonnaires, ce n'est que bien plus tard qu'ils deviendront fonctionnels, après une croissance suffisante de l'organisme et quand des processus hormonaux les déclencheront. Autrement dit, le schéma est alors celui d'une fonction, sans doute portée par un ensemble individualisé.

La maternité est une capacité qui survient après la mise en œuvre d'un signal et qui se développe à partir d'un moment donné. Chez l'animal, on peut la concevoir selon le modèle sexuel et considérer qu'elle est aussi liée à un déclenchement hormonal. Chez l'homme, même si ces mécanismes existent, ils

demeurent sous-jacent et ne valent qu'au plan physique. Or, il faut envisager la maternité psychique. On ne saurait en faire le corollaire psychologique de ses soubassements organiques. La maternité vient ici de la situation de l'homme, elle est fondée par la nature même de son existence et c'est pourquoi elle ne peut pas être une fonction qui se met à apparaître à partir d'un moment donné. Pour être explicite, c'est parce que l'homme met au cœur de son existence son intégralité, son maintien et sa perte, que va surgir nécessairement, le besoin de la préserver, celle de se reproduire.

La maternité est la fonction de reproduction de la totalité qui s'est rajoutée ou, plus exactement qui a enveloppé et redéfini la maternité physique. On demandera quelles preuves étayent ces affirmations. Elles deviendront évidentes au fur et à mesure que l'on détaillera le devenir de la capacité maternelle. On verra ainsi qu'il y a bien chez l'être humain une maternité psychique qui est une fonction spécifique et non la somme des à-côtés psychologiques produits au cours d'une maternité physique. (Jean-Marie Delassus 2002, p 152)

## **2.1. Définition de la grossesse**

La grossesse ou gestation est l'état d'une femme enceinte, c'est-à-dire portant un embryon ou un fœtus humain, en principe au sein de l'utérus, qui est dit gravide. En général, elle fait suite à un rapport sexuel, et débute selon les points de vue à partir de la fécondation (fusion d'un ovule et d'un spermatozoïde) ou de la nidation (implantation de l'embryon dans l'utérus), et se déroule jusqu'à l'expulsion de l'organisme engendré. La grossesse normale dure en moyenne neuf mois, soit trente-neuf semaines.

La grossesse se termine en principe par un accouchement aboutissant à la naissance d'un être humain viable, rarement plusieurs. Lorsque l'organisme expulsé n'est pas viable, il s'agit d'un avortement ou fausse couche.

L'accouchement peut se faire par les voies naturelles, ou nécessiter une opération chirurgicale, la césarienne.

La grossesse s'accompagne de modifications importantes de l'organisme, que ce soit sur le plan physique, notamment au niveau de l'utérus, ou sur le plan psychique. Plusieurs pathologies peuvent survenir au cours de la grossesse, qu'elles soient spécifiques ou non. Certaines de ces pathologies, parfois sans conséquence en dehors de la grossesse, peuvent avoir un retentissement important sur l'embryon ou le fœtus. En conséquence, une adaptation du mode de vie et un suivi particulier sont conseillés pour la femme enceinte. La spécialité médicale concernée est l'obstétrique.

Plusieurs méthodes de contrôle des naissances peuvent être utilisées pour influencer sur la grossesse. Ainsi, la grossesse peut être issue du recours à la procréation médicalement assistée. Au contraire, la grossesse peut être prévenue par un moyen de contraception, ou arrêtée par une interruption volontaire de grossesse. Cependant, l'accès à certaines de ces méthodes est variable selon les pays, et est parfois interdit.

L'avancement d'une grossesse est défini par le terme, exprimé le plus souvent en semaines d'aménorrhée, qui représentent la durée écoulée depuis le premier jour des dernières règles. La fécondation ayant lieu en moyenne deux semaines après, une grossesse durant trente-neuf semaines se déroule donc entre les termes de deux et quarante et une semaines d'aménorrhée. Souvent, le mot *terme* est également utilisé pour désigner la fin de la grossesse. ( Pierre Téqui, 2005, p. 171).

## 2.2 Modifications psychiques et psychologiques de la grossesse :

La grossesse s'accompagne de très importantes modifications psychiques et donc psychologiques. La femme enceinte tend en général à mettre en œuvre une « gestation psychique », phase durant laquelle elle se concentre sur son propre corps, sur l'image qu'elle se fait de son enfant à naître et de la relation qu'elle aura avec lui. Cela peut entraîner une plus grande indifférence vis-à-vis du reste du monde dans une première phase, avant d'assumer son rôle de mère peu après la naissance. Dans le domaine de la psychanalyse, ces modifications s'accompagnent d'une levée du refoulement, qui permet à la femme d'aborder plus facilement des questions relatives à son passé, son enfance, ou plus généralement à ses préoccupations concernant l'enfant à venir, qui font qualifier cette période de « transparence psychique » (Francesco Bianchi-Demicheli, 2004 p. 24). Ces modifications ne s'expriment pas en cas de déni de grossesse.

Cette « crise identitaire » s'accompagne de troubles (anxiété, irritabilité, vécu dépressif sans manifestation clinique de dépression) qui relèvent de mécanismes d'adaptation et sont jugés non pathologiques. Toutefois, lorsque ces symptômes sont d'une trop grande intensité, et en particulier lorsque la femme dispose d'un terrain favorable, il est nécessaire d'envisager un suivi spécifique. Les pathologies psychiatriques les plus sérieuses se manifestent généralement après l'accouchement. La plus répandue d'entre elles, les états dépressifs du post-partum sont en constante augmentation (15 à 20 %) et représentent à l'heure actuelle un véritable problème de santé publique. (Anne Danion-Grillat 2001)

### 2.2.1 Les modifications physiques pendant la grossesse

Tout au long de la grossesse, le corps de la femme enceinte évolue de manière imperceptible au début, puis évidente durant les deuxième et troisième trimestres de grossesse. Entre joies et difficultés, le tour de ces modifications qui préparent le corps à la naissance de bébé.

Au début de la grossesse, les changements sont subtils... Et pourtant presque immédiats. Dès les premiers jours de retard de règles, les hormones commencent leur travail : seins tendus, douleurs dans le bas ventre, des symptômes qui peuvent prêter à confusion et être assimilés aux symptômes prémenstruels.

Puis arrivent d'autres symptômes, plus gênants mais qui ne trompent pas : des nausées matinales, voire des vomissements le matin et durant la journée peuvent handicaper la femme enceinte. Difficile de se nourrir quand tout donne la nausée ! Elles peuvent aussi s'accompagner de dégoût pour certains aliments. Il arrive donc que ces nausées s'accompagnent d'une perte de poids.

Une fatigue accablante, signe que l'embryon s'installe confortablement au creux du ventre, se manifeste. Le corps tout entier doit se mettre au travail et puiser dans ses réserves d'énergie.

Paradoxalement, la nuit, des insomnies peuvent apparaître, souvent le signe d'une anxiété face à cette nouvelle situation !

Un premier trimestre de grossesse pas toujours facile pour certaines femmes enceintes : il faut apprendre à composer avec ces maux, mais très vite, ils deviennent un lointain souvenir...

**Changements hormonaux pendant la grossesse**

Au cours de la grossesse, la femme subit de nombreux changements dus à la gestation, aussi bien extérieurs qu'intérieurs. L'un des changements intérieurs de la grossesse est le changement hormonal qui s'opère sur la femme enceinte.

**Changements de la circulation sanguine pendant la grossesse**

Parmi les changements non visibles pendant la grossesse, il y a la circulation sanguine. Le changement de la circulation sanguine pendant la grossesse est un phénomène tout à fait normal. La femme peut donc être menée à souffrir d'une baisse de la tension artérielle qui représente l'un des symptômes de la grossesse.

**Changements de l'utérus au cours de la grossesse**

Encore un des transformations non visibles qui s'opère sur la femme enceinte: le changement de l'utérus. L'utérus est l'un des organes qui subit la plus importante transformation au cours de la grossesse. Il est évident qu'entre autres modifications, l'utérus doit augmenter en taille afin d'accueillir un bébé.

**Changements digestifs dus à la grossesse**

La digestion subit également des changements pendant la grossesse. L'œsophage, l'estomac et les intestins se transforment, ce qui peut parfois provoquer une gêne au niveau digestif et par conséquent ces modifications peuvent par exemple provoquer des nausées et des vomissements.

**Changements dermatologiques durant la grossesse**

La peau change également pendant la grossesse. Les changements de la peau pendant la grossesse font qu'il arrive parfois que la future maman voit apparaître des éruptions cutanées ou encore le masque de grossesse.



**Changements buccaux pendant la grossesse**

Entre autres transformations que subit la femme enceinte, il y a les changements de la bouche. Ainsi la sécrétion de salive change, ... etc.

**Changements respiratoires durant la grossesse**

Avec tous les changements physiques que subit la femme enceinte, sa respiration se modifie également. Le changement dans la respiration est inévitable puisqu'il est certain que la femme ne respire pas de la même façon au début de la grossesse qu'à un stade plus avancé de la grossesse.

**Changements de la poitrine au cours de la grossesse**

La poitrine de la femme enceinte se modifie également pendant la grossesse. Le changement des seins est surtout visible puisque les seins augmentent en taille pendant la grossesse. Mais les modifications sont aussi intérieures puisque, par exemple, l'intérieur des seins se modifie en vue d'un éventuel allaitement au sein. (Anne Danion-Grillat 2001)

### **2.2.2. Les bouleversements psychologiques pendant la grossesse :**

La conception d'un enfant a été grandement modifiée au cours du xx siècle. L'efficacité et l'usage répandu de la contraception ont donné aux couples le sentiment de contrôler la venue d'un enfant dans leur vie. Simultanément, la place de l'enfant dans notre société s'est progressivement modifiée pour de nombreux adultes, qui le considèrent désormais comme l'un des fruits de leur réalisation personnelle. Cette illusion de maîtrise et ces attentes quant à l'enfant, sont démenties par la réalité de la conception et de la rencontre avec un bébé, qui nous rappelle que personne ne contrôle la transmission de la vie, et qu'être parent implique un libre renoncement aux besoins des adultes. Se préparer totalement à la conception est illusoire, car une naissance est, par définition, l'un des événements de la vie dont on ne contrôle pas le déroulement, même si la science tente de maîtriser la reproduction humaine.

En revanche, il est important de se préparer à un bouleversement: la grossesse et la naissance pourront renvoyer la mère ou le père à leur passé, à leur enfance et l'arrivée de l'enfant leur demandera sans doute des aménagements psychologiques inattendus. (Jacques Lansac 2011, page16)

### **3.1 Définition de l'accouchement**

Ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et des annexes fœtales hors voies génitales de sa mère. Il dure entre 37 et 41 minutes.

L'accouchement eutocique : accouchement normal aboutira à la naissance de l'enfant par voie basse.

### **3.2 Déroulement de l'accouchement**

On parlera ici d'un fœtus en présentation céphalique qui aura bien fléchi sa tête. Pour accoucher la patiente doit se mettre en travail.

Le travail comprend 3 étapes :

- L'effacement et la dilatation du col
- L'expulsion du fœtus.
- La délivrance.

L'élément moteur de tout cela est, bien sur, la contraction utérine. Des CU régulières, rythmées, involontaires signalent le début du travail. L'intensité augmentera tout long du travail. La régularité est un signe important.

Au début, on décrit une CU toutes les 2 à 3 minutes, qui dure entre 45 et 60 secondes.

Cliniquement, pendant une contraction, l'utérus est dur partout (tout l'abdomen) puis il se relâche.

Le début du travail n'est pas signalé par la perte du bouchon muqueux. Il peut l'être par la perte des eaux, mais ce n'est pas constant. Parfois les membranes se rompent alors qu'il n'y a pas de contractions (fragilisation de la poche des eaux par le mouvement du fœtus, par une bactériose vaginale). Sous couvert d'un prélèvement vaginal négatif, on attendra 48 heures avant de déclencher la patiente. Dans la plupart des cas, elle se mettra en route toute seule pendant ce laps de temps. A l'inverse, un bébé peut lui-même percer sa poche des eaux en naissant ; elle ne se sera pas du tout rompue pendant la phase de travail.

### **3.3 La dimension psychologique de l'accouchement**

La naissance est l'un des moments les plus intenses dans la vie d'une femme. Que le travail d'accouchement soit passé inaperçu ou qu'il se soit prolongé, qu'il surprenne ou qu'il soit provoqué, le récit des femmes à propos de ce qu'elles ont éprouvé est complexe, alliant souvent la perception d'une douleur

physique intense, d'une perte des limites corporelles et d'une transformation incroyable de leur corps.

### **3.4L'expérience de l'accouchement**

Le sentiment de perte de contrôle, de son corps et du cours des événements peut être pénible. Mettant, parfois, la future maman dans une position de petite fille face à l'équipe soignant. Des angoisses de mort pour soi ou le bébé, peuvent apparaître en réponse à des perceptions corporelles de nature et d'intensité inédites. Dans ce sens, la survenue d'événements imprévus ; l'anomalie du rythme cardiaque fœtal, utilisation de forceps, révision utérine, hémorragie de la délivrance, césarienne d'urgence vient éprouver davantage la future maman, déjà inquiète.

Peuvent apparaître également des sentiments d'hostilité à l'égard du conjoint, de l'équipe soignante ou du bébé. Une grande impression de désarroi et le besoin de trouver une aide peuvent être ressentis. Dans ce cas, il est important de bien comprendre et entourer la future maman. (Jacques Lansac 2011 p. 55 et 56 et 158) .

## **4. Le processus d'attachement**

Les premiers ouvrages écrits sur le thème de l'attachement indiquaient qu'un attachement réel entre la femme et son fœtus commençait à se manifester avec les premiers mouvements du fœtus. De nos jours, nombre de chercheurs, de médecins et de femmes affirment que l'attachement est un processus graduel qui débute chez certaines femmes avant ou avec la conception dans le cas d'une grossesse planifiée. Pour d'autres femmes lors de la prise de conscience des premiers mouvements fœtaux, pour d'autres lors d'un test positif ou de la prise de conscience qu'elles sont enceintes (Marie Lacombe, 1998, p 9).

Le processus d'attachement s'initie ainsi autour du premier trimestre et entraîne une modification de l'identité chez la femme enceinte, que la grossesse ait été planifiée ou non. L'attachement repose sur les fantaisies, les attentes et les espoirs à l'égard de l'enfant, qui se doublent d'un investissement affectif énorme. Aujourd'hui, l'échographie permet aux parents d'avoir un contact très tôt avec leur bébé, il semble que le Lien affectif se solidifie encore plus rapidement (Marie lacombe 1998, p 9).

L'intensité de cet attachement ressort très nettement des témoignages de femmes interrogées au sujet de leur fausse-couche. Dans plusieurs des études recensées, les femmes interrogées ont fait allusion à leur bébé. (Marie lacombe 1998, p 10).

Par ailleurs, ces écrits indiquent également que les professionnels parlent de bébé quand tout se déroule bien, d'ors qu'ils utilisent davantage. L'expression fœtus dans les situations où l'issue de la grossesse tourne mal (Marie lacombe 1998, p 10).

### **5. Définition de la fausse couche :**

La définition de la fausse couche la plus communément acceptée est celle de l'OMS (1977) qui considère la fausse couche comme l'expulsion de l'organisme maternel d'un embryon ou d'un fœtus de moins de 500g, ce qui correspond à environ 20–22 semaines de gestation. C'est un événement très fréquent qui concerne 12–24 % des grossesses, soit environ 200000 femmes chaque année.

### 5.1 Autre définition :

La fausse couche est l'interruption précoce de la gestation, que ce soit spontanée ou provoquée par une cause soit pathologique, soit traumatique. On la distingue de l'accouchement prématuré relativement à l'absence de viabilité du fœtus (mort-nés compris).elle désigne aussi une anomalie survenant fréquemment au début de la grossesse .il s'agit d'une épreuve généralement très traumatisante pour la mère est le père .il est à noter que l'apparition d'une fausse couche ne compromet pas la réussite d'une grossesse ultérieure.( Marie lacombe.1998 p,11)

### 5.2 Les différents types de fausse couche :

On distingue globalement quatre types de fausse couche :

**1-La fausse couche précoce** qui a lieu avant 14 semaines d'aménorrhée et qui complique environ 10 % des grossesses.

**2-La fausse couche tardive** qui se déroule entre 14 et 22 semaines d'aménorrhée et concerne 1 % des grossesses.

**3-La fausse couche isolée** qui, comme son nom l'indique, survient de façon isolée, unique pouvant être suivi d'autres grossesses normales.

**4-Les fausses couches à répétition** qui concernent 1 à 5 % des femmes. Elles se caractérisent par la survenue d'au moins 3 fausses couches spontanées et consécutives avant la 14<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée.

### **5.3 Les causes de la fausse couche**

#### **1/ Les anomalies chromosomiques :**

La fausse couche ou l'avortement précoce spontané est l'arrêt au cours du premier trimestre d'une grossesse qui avait débuté normalement.

Dans la majorité des cas, elle est due à un problème chromosomique. La répartition des paires de chromosomes ne s'effectue pas correctement : 3 paires au lieu de 2 (trisomie), 1 seule paire au lieu de 2 (monosomie)... Certaines de ces anomalies chromosomiques vont empêcher le développement et la viabilité de l'embryon.

Comme la nature est bien faite, selon le principe de sélection naturelle, le corps de la mère va expulser cet embryon, qui ne pourra pas donner naissance à un enfant vivant. Parmi ces œufs "défectueux", on trouve l'œuf clair où n'existe pas ou plus d'embryon (seule s'est développée la partie destinée à former les annexes de l'œuf). Sauf exception, si la fausse couche est due à une anomalie chromosomique, cela ne doit pas faire craindre pour les grossesses suivantes.

#### **2/ Les anomalies de l'utérus**

Une anomalie dans la forme ou la taille de l'utérus, peut être préjudiciable à la poursuite de la grossesse jusqu'au terme. On distingue différentes anomalies.

Les malformations utérines corporeales : un utérus cloisonné (séparé en 2) ou encore un utérus cordiforme (trop fin et trop allongé) ne peuvent pas toujours permettre à un embryon de se développer. Si elles n'excluent pas la possibilité de donner naissance à un enfant vivant, le plus souvent prématuré, ces anomalies peuvent causer une fausse-couche selon leur degré de sévérité. Dans certains cas, il faudra envisager une intervention chirurgicale pour envisager une prochaine grossesse.

Les béances du col : le col de l'utérus est la "porte" qui doit restée fermée jusqu'au moment de la naissance. Lorsqu'il n'est pas suffisamment tonique, il peut s'ouvrir et causer une fausse couche.

L'hypoplasie de l'utérus : pour des raisons inconnues, il arrive que l'utérus soit trop petit pour permettre à la grossesse de continuer. Attention, ce n'est pas parce qu'une femme a un utérus hypoplasique, qu'elle ne pourra pas avoir d'enfant. Certaines d'entre elles arrivent à mener leur grossesse jusqu'à 33 SA (semaines d'aménorrhée). Tout dépend du degré de sévérité.

### **3/ Les anomalies hormonales**

Certains dérèglements hormonaux peuvent être à l'origine d'une fausse couche.

L'insuffisance lutéale : lorsque le taux de progestérone est insuffisant, cela pose problème dans le processus de la nidation, et peut provoquer une fausse couche. Lorsqu'une femme fait des fausses couches à répétition, le praticien lui prescrit un bilan, dont les résultats peuvent révéler l'insuffisance lutéale. Un traitement hormonal adapté pourra rétablir l'équilibre hormonal pour permettre une nouvelle grossesse.

L'hyperandrogénie : un taux de testostérone trop élevé chez une femme peut causer des fausses couches. Ce déséquilibre pourra être réglé à l'aide d'un traitement hormonal pour rendre possible une future grossesse.

### **4/ Les causes générales**

Certaines femmes font partie d'une classe à risque de fausse couche :

Les femmes ayant des maladies préexistantes comme le diabète ou l'hypertension. Pour limiter les risques d'avortement spontané précoce, ces femmes devront avoir été traitées, avoir stabilisé leur pathologie avant de démarrer leur grossesse. Elles bénéficieront d'un suivi de grossesse spécifique.



Les femmes ayant été infectées par des virus et en phase active et plutôt “méchants”, du type chlamydiae, mycoplasmes, hépatites B et C, HIV...

Le tabac et l’alcool sont des facteurs de risques de fausse couche.

( Howard J. A. Carp, Informa, Londres, 2007,p 290)

## **6. Aspects psychologiques d’une fausse couche**

La survenue d’une fausse couche spontanée est souvent vécue comme une forte déception, comme une expérience douloureuse. Cette déception est d’autant plus marquée que la femme est jeune, et qu’elle n’a pas encore d’enfants. Plus la grossesse a été désirée et investie sentimentalement, plus la déception est grande. De la même façon, la crainte d’une deuxième fausse couche est accentuée lors de la survenue d’une nouvelle grossesse, essentiellement lors de la « date anniversaire ». Dans la majorité des cas, il s’agit d’un accident de parcours isolé et les grossesses suivantes se déroulent tout à fait normalement.

À travers l’expérience de la fausse couche, les femmes éprouvent des sentiments divers, comme le chagrin, la dysphorie, la peur, l’injustice, la culpabilité, la honte, le choc émotionnel, le traumatisme ou la dévastation. L’impact psychologique et psychopathologique de la fausse couche a été largement étudié. S’il peut persister sur une période étendue, il semble que l’intensité de la douleur diminue dans le temps. Notons que les différences observées entre les études proviennent souvent du moment où l’évaluation a été faite et de la sélection de la population, notamment du fait de la définition de la fausse couche.

### **6.1 Le chagrin et le deuil**

Deux revues de travaux anglo-saxonnes ont indiqué que la souffrance à la suite d'une fausse couche concerne 40 % des femmes et se caractérise par la tristesse, la nostalgie de l'enfant perdu, le désir de parler de la perte et la recherche d'une explication. Ainsi, à partir d'une évaluation sur une échelle en 5 points, 67 % des 39 femmes interrogées se disaient très tristes trois semaines après la perte et seules 4 % des 300 femmes qui ont bénéficié d'une consultation spécialisée n'ont eu aucune réaction de chagrin. Grâce à une échelle de deuil adaptée à la fausse couche (Texas Inventory of Grief), Nikcevic et al. ont observé que le score moyen de chagrin était comparable à celui des personnes ayant perdu un proche ( $n = 204$ ).

### **6.2 La dépression**

D'après Lok et Neugebauer (2007), entre 20 et 55 % des femmes ont des symptômes dépressifs à la suite d'une fausse couche. Ainsi, le score moyen de dépression des femmes ayant fait une fausse couche est plus élevée que celui de la population générale, ou qu'un groupe témoin de femmes enceintes. Quinze jours après leur fausse couche, 36% des 282 femmes interrogées présentaient une symptomatologie dépressive évaluée à l'aide d'une échelle de dépression (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale), soit 3,4 fois plus que dans le groupe témoin des femmes enceintes et 4,3 fois plus que dans celui des femmes de la c. Friedman et Gath ont été parmi les premiers à étudier les conséquences psychiatriques de la fausse couche et ont observé que 48 % des femmes interrogées avaient une symptomatologie dépressive intense mesurée au Présent State Examinations ( $n = 67$ ). En France, Garel et al. ont évalué à partir d'entretiens cliniques que trois mois après leur fausse couche, 51 % des femmes présentaient les critères d'une dépression selon le DSM-III et que le recours à

des tranquillisants ou des somnifères était pratiquement trois fois plus élevé que chez les femmes de la population générale du même âge ( $n=98$ ). L'impact de la fausse couche peut être durable puisque, six mois après la perte, les auteurs ont observé une prévalence de 11 % d'épisode dépressif majeur [39] et de 5 % de dépression mineure à l'aide d'un entretien à visée diagnostique (Diagnostic Interview Schedule) administré à 229 femmes.

### **6.3 L'anxiété**

D'après deux revues de travaux anglo-saxonnes, entre 20 et 40 % des femmes ont des symptômes d'anxiété après leur fausse couche. Comme pour la dépression, les femmes ont des scores moyens d'anxiété plus élevés que dans la population générale et qu'un groupe témoin de femmes suivies pour leur grossesse. À partir de la passation d'une échelle standardisée (Hospital Anxiety and Depression Scale) auprès de 65 femmes, Prettyman et al. et Cordle et Prettyman ont montré qu'une semaine après la fausse couche, 41 % des femmes présentaient une symptomatologie anxieuse importante, 32 % à 12 semaines et encore 26 % deux ans après.

### **6.4 Le stress et l'état de stress post-traumatique**

La fausse couche est considérée par la majorité des femmes qui y sont confrontées comme un événement très stressant. C'est un événement inattendu et brutal qui peut impliquer une douleur soudaine, des saignements, une hospitalisation et une opération et constituer ainsi un traumatisme susceptible de donner lieu à un état de stress post-traumatique avec des symptômes de reviviscence, d'évitement et d'hyper vigilance neurovégétative. À partir d'un entretien à visée diagnostique, Walker et Davidson ont montré que trois semaines après une fausse couche, 15% des femmes remplissaient les critères d'un état de stress aigu selon le DSM-IV et 35% remplissaient six des sept

critères ( $n=40$ ). Engelhard et Al ont mesuré à partir d'une échelle standardisée que la prévalence d'état de stress post-traumatique était de 25% un mois après la perte et de 7% quatre mois après ( $n=113$ ). (N. Séjourné S. Callahan, 2008, p3)

## **7 .Le soutien lors d'une fausse-couche**

Certaines femmes qui vivent une fausse-couche sont en état de grande vulnérabilité lorsqu'elles se retrouvent en milieu hospitalier. Malgré le fait que le temps d'hospitalisation d'une femme qui vit une fausse couche soit court, comparativement au temps qu'elle doit prendre pour s'en remettre. On dit que le soutien qui peut être disponible dans le milieu où la crise se présente est très important et peut influencer la résolution ou non du deuil (Brown, 1993). On a en effet constaté que tout soutien émotionnel, apporté par des intervenants clés, soit par un médecin, soit par les infirmières, soit par un groupe d'entraide, diminue les conséquences émotionnelles d'un trouble psychologique non résolu chez les femmes

Le soutien émotionnel peut être très bénéfique pour atténuer le degré de stress perçu lors des différentes étapes de deuil et pour diminuer les conséquences psychologiques d'un deuil non résolu. Il semble que si le soutien fait défaut, on augmente de façon considérable les effets négatifs sur la santé

Witzel et Chartier (1989) se sont intéressés à l'impact de la fausse-couche chez les femmes vivant cette expérience. Ces auteurs affirment que plusieurs personnes dans la société sous-estiment l'importance de l'impact d'une fausse couche.

Cette situation expliquerait que la femme qui cherche à obtenir un soutien émotionnel de son entourage se heurte souvent à une porte close. Ces mêmes auteurs soulignent que si le soutien fait défaut, le déroulement du deuil risque davantage de se compliquer.

Si on s'attend à ce que le soutien émotionnel vienne surtout du conjoint de l'intéressée, ce n'est pas toujours le cas, étant donné les différences entre les réactions de deuil chez l'homme et la femme. Le soutien peut toutefois provenir d'autres personnes de l'entourage de la femme.

Madden (1986) a constaté que l'accroissement du soutien accordé par le conjoint s'accompagne d'une diminution de la dépression chez les femmes. Par ailleurs, l'auteure a noté que l'attention, reçue d'autres personnes que le conjoint, peut aider la femme à surmonter une dépression consécutive à une fausse couche.

Cette auteure estime que la femme a besoin d'une personne très présente, en plus du conjoint, et cette personne permettrait de contrebalancer les effets négatifs des réactions, des comportements venant des personnes de l'entourage.

En effet, le soutien fourni par l'entourage est parfois limité. Les parents vivant un deuil se sentent isolés de leur famille et de leurs amis. Ces derniers se sentent mal à l'aise. L'attitude de silence observée pour protéger les parents ne fait qu'augmenter la détresse des parents. Cependant, lorsque la femme bénéficie de l'attention de l'entourage, ceci l'aide à surmonter son expérience.

Toutefois, les membres de l'entourage ne savent pas toujours que la femme était enceinte (Stack, 1980) et n'ont donc aucune raison de penser qu'elle pourrait avoir besoin d'un soutien quelconque.

Dans bien des cas, ces gens ignorent la profondeur de l'attachement entre la mère et son bébé. L'entourage s'attend à ce que le couple laisse cette expérience derrière eux et qu'il recommence à vivre (Lehman et al 1986). L'enfant est souvent perçu comme une chose, un fœtus. Il n'est pas vu comme un

être humain, probablement parce que les membres de l'entourage n'ont pas eu l'opportunité de s'attacher au bébé. (Marie lacombe, 1998 p 21).

### **Conclusion**

Dans ce chapitre nous avons abordé plusieurs points qui ont relation direct ou indirect avec les fausses couches, on toucher à la définition des concepts clé sur le chapitre ainsi que de déférente conception et qui une relation avec les fausses couches.

# Chapitre II

## L'état de stress post traumatique

## **Préambule**

C'est la seule catégorie du DSM-IV (1994) où l'étiologie soit spécifiée car il est clairement énoncé qu'il existe un lien entre un événement et une maladie psychiatrique. Alors, dans ce chapitre, nous allons aborder le sujet de stress post-traumatique, son aperçu historique et quelques définitions des concepts le concernant, puis nous passerons à l'évolution et à l'étiologie de l'état de stress post-traumatique ainsi que ses symptômes. De même, nous aborderons les facteurs de risques et les modèles explicatifs du traumatisme. Enfin, nous montrerons les différents éléments thérapeutiques de prise en charge de l'état de stress post-traumatique

### **1. Histoire de stress post-traumatique:**

Tout d'abord, la qualification et l'appellation du terme trauma remonte à l'Antiquité. Sa trace apparaît déjà dans les récits légendaires et historiques qui sont rapportés dans différents travaux, notamment ceux qu'Hérodote relate pour le choc d'Epsilon à la perception de sa mort (490 av. JC), ou encore ceux d'Hypocrate qui, lui, mentionne des rêves au contenu traumatique dans son Traité des songes. (outmache katia, selami sara ,2013 p 20)

Les observations originelles des troubles psychiques ont été effectuées pendant les guerres de religions du XVII<sup>e</sup> siècle. Ce n'est qu'après que Philippe Pinel rapporta la souffrance d'une névrose traumatique vécue par le philosophe Pascal en 1630. L'aliéniste fait aussi état des troubles psychiques déterminés par des répercussions émotionnelles de guerre qui laissent la trace d'une névrose de guerre chez un militaire retraité qu'il cite dans son Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale en 1809.



Puis, l'apparition officielle du terme stress post-traumatique, dans le champ des troubles psychiatriques, entre en vigueur en 1980. Et ce, malgré que son développement s'est effectué à la fin du XIX siècle, entre 1890 et 1897.

A l'époque où naît la psychanalyse, le concept « trauma » veut dire un événement dans la vie d'une personne qui est considéré comme suprême par sa finalité, à cause des sentiments difficiles qui s'y rattachent. (André M, Richard B, 2003 p10). En 1888, Oppenheim décrit une « névrose traumatique». Celle-ci comprenait un certain nombre de manifestation névrotique, dont des cauchemars qui n'apparaissaient qu'après l'accident, un accident de chemin de fer généralement. En conséquence, Oppenheim a basé sur un nouveau mode de vocabulaire pathologique précis, en indiquant le terme de névrose traumatique. Il a privilégié cette terminologie grâce à des questions qui ont pour but de développer les perspectives limitées par l'analyse clinique classique.

Dix ans après la guerre du Vietnam, l'école anglo-saxonne reprend la question du traumatisme. Elle remplace la notion de névrose traumatique par un nouveau concept, fondé par l'association psychiatrique américaine, après une précision de la description sémiologique de cette dernière. Puis en 1994, dans la quatrième édition du DSM (diagnostic and statistical manuel of mental disorders) détermine qu'un nouveau vocable est l'appellation qui fait l'unanimité. Ensuite, pour de nombreux auteurs comme « Croq », les notions psycho-traumatismes et le syndrome psycho-traumatique s'avèreraient plus appropriés et expliqueraient bien les événements pathologiques qui sont, à la finalité des événements traumatiques. (Benboudjema hanane, et challal baya, 2015, p, 25).

## 2. Le stress

### 2.1 Définition du stress

C'est un mot anglais utilisé depuis 1936, à la suite de H.Selye, pour désigner l'état dans lequel se trouve un organisme menacé de déséquilibre sous l'action d'agents et de conditions qui mettent en danger ses mécanismes homéostatiques.

Tout facteur susceptible de détruire cet équilibre, qu'il soit d'origine physique (traumatisme, froid...), chimique (poison), infectieuse ou psychologique (émotion), est appelé agent stressant.

Le mot stress désigne à la fois l'action de l'agent de l'agression et la réaction du corps. Selon H.Selye cette réponse non spécifique et liée à des mécanismes neuroendocrines.

Plusieurs observations scientifiques ont montré que des chocs affectifs, tels que la perte d'un conjoint provoquent l'altération voire l'effondrement des défenses de l'organisme contre les maladies et, par voie de conséquence, l'augmentation des affections graves. (Dictionnaire de la psychologie, Norberret sillamy 1933).

La définition du stress est tout d'abord physique «une force qui s'applique» puis physiologique, définie par Cannon comme une réaction visant le rétablissement de l'homéostasie perturbée, sans intervention du psychisme pour réagir : c'est une action centrale réflexe.

Selye définit le stress comme la cause et l'effet d'un processus au service d'une action.

### 2.2. Les différents niveaux de stress:

- Des évènements stressants aigus
- Des stress courts comme les examens

- Des stress de deuils ou traumatismes (état de stress aigus ou état de stress post traumatique)
- Des stress chroniques pouvant altérer l'identité

Les conséquences sont différentes allant d'une bonne adaptation physiologique et biologique du corps à une altération des fonctions neuro-végétative, neuroendocriniennes avec un impact somatique touchant les sphères cardiaques, digestives, neuromusculaires, sans oublier l'impact neuropsychologique avec altération de certaines structures cérébrales comme l'amygdale et l'hippocampe ainsi que les perturbations psychopathologiques.

Le stress a une action délétère sur la santé somatique et psychologique selon sa qualité, la durée d'exposition et toute l'histoire antérieure de l'individu.

### **3. La névrose traumatique**

Le terme de névrose est ici généralement entendu dans un sens large et extensif. Il englobe des manifestations psychiatriques plus ou moins structurées. Le traumatisme, quant à lui, peut avoir concerné le crâne, ainsi que n'importe quel endroit du corps. De nombreux auteurs ont insisté sur l'absence de corrélation entre l'importance du traumatisme et la gravité des manifestations névrotiques ultérieures. Ils soulignent la relative rareté des névroses post-traumatique à la suite d'un traumatisme crânien sévère, alors que ces névroses se développent avec prédilection dans les suites de traumatismes, apparemment bénins, sur le plan somatique.

Les troubles névrotiques peuvent exister seuls, accompagner des séquelles physiques ou se greffer sur elles.

L'événement traumatisant évoque toujours une menace de mort physique ou psychique. il y a traumatisme psychique quand la capacité de maîtrise de l'angoisse est bouleversée ou dépassée. Ce phénomène est directement provoqué

par l'entrée, en résonance, de la menace de mort et les éléments fondamentaux de l'histoire personnelle du sujet.

Les névroses post-traumatiques peuvent réaliser des tableaux cliniques variés:

-la névrose d'effroi est une réaction émotionnelle aiguë survenant presque immédiatement après le traumatisme, souvent insignifiant en lui-même. Mais ce sont les circonstances dans lesquelles il survient qui sont dramatiques (catastrophe, le chemin de fer, incendie, etc.).

-les syndromes neurasthéniques réalisent des états d'hyperexcitabilité sensorielle et sensitive évoluant sur un fond chronique d'asthénie : les troubles consistent en céphalée, algies polymorphes, palpitations, sueurs, insomnies.

-la névrose phobique est souvent faite d'agoraphobie (la peur des grands espaces).

-la névrose hystérique peut réaliser toutes les formes de conversion somatique : paralysies, algies, spasmes, aphonie.

Les syndromes dépressifs sont rarement isolés et viennent souvent colorer, à un moment ou un autre, les affections décrites ci-dessus.

D'une façon plus générale, toutes les névroses post-traumatiques ont en commun quatre types d'élément :

-un temps de latence, véritable temps d'incubation, pouvant aller de quelques jours à quelques mois. Cette phase correspond à la réorganisation psychique consécutive au traumatisme.

-Une angoisse, souvent flottante mais parfois cristallisée dans des troubles plus spécifiques (phobie, hystérie).

-Des signes spécifiques, avec l'habileté émotionnelle et phénomènes répétitifs; ces dernières apparaissent au cours du sommeil et concernent le vécu affectif accompagnant l'accident.

-Une organisation névrotique de la personnalité, se traduisant par un état de dépendance affective du traumatisme vis-à-vis de son entourage. Il s'y associe fréquemment une note revendicative à la recherche de bénéfices secondaires, parmi ceux-ci figure la reconnaissance du dommage subi, et en particulier l'attribution d'une indemnisation. (bloch, H, 1990).

#### **4. définition d'Evénement vital**

Evénement biographique susceptible de provoquer une maladie mentale et, en particulier, une dépression, en brisant le cours normal et uniforme de la vie d'un sujet paraissant jusque-là en bonne santé mentale et bien adapté.

Il ne s'agit donc pas d'un simple traumatisme psychique susceptible de déclencher un état névrotique aigu mais d'un événement bien repérable dans l'histoire du sujet, entraînant des modifications importantes dans sa vie quotidienne et ayant un effet de stress se répétant continuellement pendant une longue période d'une manière véritablement cumulative. Si la réceptivité du terrain, la fragilité de la personnalité, la prédisposition à la morbidité, jouent un certain rôle dans cette psychopathologie réactionnelle, il n'en est pas moins vrai que l'événement vital spécifique restera le facteur déclenchant de la décompensation psychique. C'est à l'occasion de grandes études épidémiologiques sur des populations étendues, que cet élément étiologique a pris une importance telle qu'on l'a introduit dans la classification des maladies mentales du DSM III et du DSM III-R et de l'axe réservé à la sévérité des facteurs psycho-sociaux. (Ibid.).

## **5. définition du traumatisme**

Le terme de traumatisme est ancien et a été utilisé initialement en chirurgie. Il vient du terme grec trauma et correspond à une blessure avec effraction. Traumatisme serait plutôt réservé aux conséquences sur l'ensemble de l'organisme d'une lésion résultant d'une violence extrême.

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

Crocq le définit comme un phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique ) d'un individu, qui y est exposé, comme victime, témoin ou acteur. Le phénomène de traumatisme psychique donne lieu subjectivement à une expérience vécue d'effroi, d'horreur et d'absence de secours (Crocq, 2001).

## **6. l'état de stress post-traumatique**

### **6.1 Définition de stress post-traumatique**

Le syndrome de stress post-traumatique est une réaction émotionnelle naturelle face à une expérience traumatisante faisant intervenir de graves

préjudices, ou bien un grave risque pour sa vie, ou encore, un grave risque pour sa vie et celle d'autres personnes.

### **6.1.1. Selon le DSM**

L'état de stress post-traumatique a été rigoureusement défini par des spécialistes de ce domaine et inscrit dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM), aux côtés de tous les autres troubles psychiatriques. Le DSM le définit comme, un trouble anxieux caractérisé par des symptômes persistants de reviviscence (cauchemars, flashbacks), d'évitement et d'émoussement (ex: évitement des situations rappelant l'événement, perte d'intérêt pour les activités habituelles) et d'activation neurovégétative (difficultés d'endormissement, sursauts exagérés comme nous l'avons expliqué en début de chapitre. La version la plus récente du DSM, le DSM –IV, définit l'expérience traumatique comme un événement objectivement dangereux ayant causé une peur intense et un sentiment d'impuissance.

### **6.1.1 Selon la CIM-10**

Selon la CIM-10 «une situation ou un événement stressant (de courte ou longue durée) exceptionnellement menaçant ou catastrophique provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus» entraînant « une réponse différée ou prolongée » dont la conséquence est dans 15 à 35% des cas, selon la nature de l'événement et le vécu subjectif du sujet, un ESPT.

## **6.2. Symptômes non spécifique du stress post-traumatique**

Ils sont moins caractéristiques d'une névrose traumatique et ils peuvent se rencontrer dans d'autres troubles anxieux ou névrotiques.

Les troubles dépressifs ou l'asthénie ne sont pas signalés dans l'PTSD, alors qu'ils sont pourtant courants. Ils se manifestent par une perte de plaisir ou une inhibition sexuelle.

Les troubles cognitifs ne sont répertoriés dans le DSM-IV mais font l'Object de fréquentes plaintes :

- Troubles de l'attention.
- Trouble de concentration.
- Trouble de mémoire
- Troubles de la conduite comme : conduites addictives (alcool, toxique, substance)
- Troubles psychotiques. (I.Croq et al, 2007, p.42)

### 6.3. Les critères du stress post-traumatique

A - Exposition à un événement traumatique ayant deux caractéristiques :

1. Menace de mort, de blessure ou de l'intégrité physique pour soi ou les autres,
2. la réponse a été une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur ; N.B agitation ou désorganisation chez l'enfant,

B - L'événement est sans cesse revécu sous forme de :

1. Souvenir intrusifs,
2. Rêves récurrents,
3. Flashbacks.
4. Détresse,
5. Réactivité physiologique,

4 et 5 sont activées par des stimuli qui ressemblent à l'événement ou en symbolisent un aspect.



C - Evitement : trois symptômes sur sept doivent être présents.

1. Certaines pensées, sentiments, conversations sont évités,
2. Certaines situations sont évitées,
3. Oubli partiel du trauma,
4. Inactivité
5. Détachement,
6. Blocage affectif,
7. Impression d'avenir bouché

D - deux symptômes d'activation, au moins dans la liste suivante :

1. Sommeil perturbé,
2. Irritabilité
3. Difficultés de concentration,
4. Hyper vigilance,
5. «Sursaut» exagéré.

E - Durée de plus d'un mois.

F- Détresse et interférence importante avec la vie sociale, professionnelle, etc.

Spécifier :

- Aigu (moins de trois mois),
- Chronique (plus de trois mois)
- Différé (apparaît six mois après le trauma)

C'est donc plus la menace subjective que la menace réelle qui est le facteur de maintien du stress-traumatique

(Jean Cottraux 2001, p. 151).

#### **6.4 Les troubles associés du PTSD**

Le manuel diagnostique statistique des troubles mentaux décrit quelques troubles associés qui se manifestent chez les sujets ayant un stress post-traumatique. Ces derniers décrivent des sentiments de culpabilité envers leur survie, un événement phobique des situations symboliques au traumatisme qui peut s'interférer avec les relations interpersonnelles, conduisant à des conflits conjugaux, divorce ou perte d'emploi. Ou encore des altérations de la modulation des affects; comportement autodestructeur et impulsif; symptômes dissociatifs; plaintes somatiques; sentiments d'inefficience, de honte, de désespoir, ou d'être sans espoir; sentiment de n'être plus comme avant; perte des croyances antérieures; hostilité; repli social; sentiment d'être constamment menacé; altération des relations avec autrui; ou changement des caractéristiques de la personnalité antérieure du sujet.

Une augmentation des risques de survenue des troubles aussi indiqués; trouble de panique; agoraphobie; trouble obsessionnel-compulsif; phobie sociale; phobie spécifique; troubles dépressifs majeurs, trouble de somatisation et troubles liés à l'utilisation d'une substance. Sans préciser si les troubles suivent ou précèdent un état post traumatique, contrairement aux symptômes qui apparaissent habituellement durant les trois premiers mois qui suivent un traumatisme, avec un délai d'apparition de plusieurs mois ou même plusieurs années (DSM-IV-TR, p.499, 501).

#### **7.Étiologie de l'état du stress post-traumatique**

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

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

### **8. Epidémiologie de stress post-traumatique**

Le stress post-traumatique correspond à 1% de la population générale (sur la vie) Il atteint 15% de milliard des populations exposées au théâtre des opérations, plus de 50% des prisonnières de guerre et plus de 75% des victimes de viol. Une Co-morbidité fréquente a été retrouvée avec les troubles anxieux, la schizophrénie et la dépression. (Cottraux. J 2002.P.52)

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

### **9.Évaluation de PTSD**

Elle établit la relation entre le ou les événements stressants et la réponse de stress post-traumatique. Il peut survenir à tout âge, y compris durant l'enfance.

Les symptômes débutent habituellement dans les trois premiers mois après le traumatisme bien que puisse exister un délai de plusieurs mois ou même de plusieurs années avant que les symptômes n'apparaissent. Fréquemment, la perturbation remplit initialement, dans les suites immédiates du traumatisme, les critères d'un état de stress aigu. Les symptômes d'hyperéveil peuvent varier dans le temps (DSM-IV, 2000, p.567).

Certains ESPT sont transitoires et traduisent des réactions adaptatives: ce sont des blessures psychiques qui ne nécessitent pas des soins spécialisés. D'autres, après plusieurs mois d'évolution, sans prise en charge le plus souvent, s'organisent sur un mode chronique, réalisant une «névrose traumatique», terme retenu dans la CIM-10, laquelle se pérennise et perturbe gravement le système défensif antérieur de la victime: on pourrait dire, de façon métaphorique, que la blessure s'est compliquée .

De nombreux outils peuvent être utilisés pour faire une évaluation psychologique de la victime présentant un ESPT : entretiens structurés ou semi structurés et des tests psychométriques (Ibid p,156).

Le DSM-IV entérine une conception plus subjective qui fait, du stress post-traumatique, les conséquences émotionnelles de l'interprétation personnelle d'une situation menaçante.

## **10. Diagnostique différentiel de stress post-traumatique**

Cette observation de stress post-traumatique est beaucoup plus évidente que la plupart des cas en raison de la nature extrême du facteur de stress et de l'ensemble de symptômes caractéristiques (ex souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement) et provoquant un sentiment de détresse et

difficultés importantes à dormir, réaction de sursaut exagérée et réactivité physiologique immédiate et pénible.

Il peut être souvent difficile en pratique de distinguer les symptômes d'un état de stress post-traumatique, des symptômes d'une simulation ou d'un trouble factice, notamment dans des contextes où des bénéfices secondaires peuvent être obtenus (p.ex. en médecine légale chez un sujet ayant commis un délit qui cherche à bénéficier de circonstances atténuantes ou dans un cadre professionnel chez une personne qui souhaite continuer à toucher une pension d'invalidité).

Il est donc important d'évaluer soigneusement toute la gamme des symptômes anxieux dissociatifs et d'activation neurovégétative décrits dans les critères B, C, D. Le trouble doit aussi causer une souffrance cliniquement significative et une altération.

Les symptômes doivent avoir été présents pendant plus d'un mois pour que l'on puisse porter un diagnostic de stress post-traumatique. Une nouvelle entité, état de stress aigu, a été incluse dans le DSM-IV car des études ont montré que la constitution d'un ensemble de caractéristique de symptômes, dans le mois qui suit le traumatisme, prédit souvent l'installation ultérieure d'un état de stress post-traumatique.

Un diagnostic est une intervention thérapeutique précoce peut aider à atténuer la sévérité des symptômes ultérieurs. On porte un diagnostic d'état de stress aigu si des symptômes du même type que ceux décrits dans l'état de stress post-traumatique apparaissent dans les semaines qui suivent un événement traumatisant ayant la même intensité extrême que celle qui est exigée pour le stress post-traumatique, et si ces symptômes persistent de 2 jours à 4 semaines. Si leur durée excède 4 semaines, le diagnostic est changé pour celui d'état de stress post-traumatique.

Un diagnostic de trouble de l'adaptation peut être indiqué chez un sujet présentant des symptômes, source de détresse, après un facteur de stress qui ne remplit pas les critères de l'état de stress post-traumatique (c'est-à-dire quand le facteur de stress était de un ou des événements qui n'ont pas provoqué une mort, n'ont pas mis en danger une vie et n'ont pas provoqué une blessure ou une menace sérieuse pour l'intégrité physique du patient ou d'autres personnes) ou bien quand les symptômes ne remplissent pas tous les autres critères de l'état de stress post-traumatique. (DSM-IV-cas clinique.1994, P163)

## **11. Les modèles explicatifs du traumatisme psychique**

### **11.1 Le modèle psychanalytique**

#### **Modèle de Freud**

Dans ce modèle freudien, élabora la théorie de la séduction (1895-1897) dans la quelle le traumatisme était à l'origine une effraction traumatique, sexuelle, passive et passée, d'un adulte sur un enfant. il décomposa le mécanisme en deux scènes, la première scène, dite de séduction, serait celle durant laquelle l'enfant subirait passivement l'abus sexuel de la part de l'adulte. Elle serait à l'origine du refoulement de la sexualité. la deuxième dans l'après coup, se situerait à la puberté et serait souvent d'apparence anodine c'est cette dernière qui donnerait au premier événement sa valeur traumatique et engendrerait les troubles, soit la question des névroses. Ainsi dans la théorie de la séduction, Freud s'éloigna de la question des névroses traumatiques. l'étiologie de l'hystérie se trouvait dans un événement traumatiques, mais de nature sexuelle, et cela dans le cadre de l'après coup.

Freud en 1897 abandonna ce modèle où l'action traumatique était externe pour un modèle où l'action traumatique apparaissait interne, fantasmée. De 1905 à 1920, Freud développa dans « les trois essais sur la théorie sexuelle », les

théories sexuelles infantiles où les traumatismes apparaissaient comme la résultante de fantasmes inconscients. Les théories de Freud concernant le traumatisme ont progressivement évolué vers une conception économique de l'appareil psychique où le traumatisme n'apparaissait plus lié à un excès de séduction interne ou externe. (Freud s, Breuer, 1895, p.32)

### **La théorie de Ferenczi :**

En 1927, dans un journal clinique « réflexions sur le traumatisme », Ferenczi décrit un événement traumatique, comme étant un choc poussant le sujet à l'anéantissement et même jusqu'à « la dissolution du soi précédent ». La force relative de l'excitation décide du degré et de la profondeur de la décomposition du moi et peut être physique et/ou morale. Ferenczi insiste sur la différence entre la sexualité de l'adulte et celle de l'enfant et parle donc de « langage de la passation » pour l'adulte et de « langage de la tendresse » pour l'enfant. C'est cette asymétrie entre l'enfant et l'adulte qui est à l'origine du trauma sexuel chez l'enfant. (M.Kédia, A.Sabouraud-seguin et al, 2013).

### **11.2 Modèle cognitivo-comportementaux de l'ESPT :**

Ce n'est que depuis sa reconnaissance dans le DSM-III sous le terme de « poste traumatic stress disorder » (PTSD), qu'il est observé un intérêt grandissant et une multiplication des études épidémiologiques concernant ce trouble. Parallèlement, les chercheurs ont essayé d'élaborer des théories permettant de comprendre les différents processus à son origine. Concernant les théories cognitives, elles font appel à la théorie des schémas de Beck, ce terme de schémas cognitifs désigne à la fois la structure cognitive et les croyances qui composent la structure cognitive. Ces croyances offrent au sujet un cadre de compréhension de ce qui lui arrive, et lui permettent de rester stable devant un événement. Plusieurs modèles théoriques comportementaux se sont développés, centrés sur

l'impact des réactions émotionnelles, anxieuses et dissociative parmi ces modèles on trouve

### 11.3.Modèle intégratif :

Une troisième appréhension du traumatisme psychique est retrouvée chez l'école française, qui est principalement représenté par L.Croq,F.Lebigot, C.Barrois opérant dans le champ du psycho-traumatisme.ils s'éloignent alors du point de vue des anglo-saxon. En effet, ils considèrent que le PTSD ne s'ouvre pas à d'autres troubles comme les maladies somatiques et les psychoses qui peuvent apparaître suite à un traumatisme.

Ces derniers signalent l'athéorisme vanté mais non appliqué des rédacteurs du DSM, qui négligent toute approche psycho dynamique du fonctionnement mental, dans leur répertoriassions des troubles accompagnants un traumatisme.

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

-Les troubles dépressifs ou l'asthénie ne sont pas signalés dans l'ESPT alors qu'ils sont pourtant courants.ils se manifestent parfois par une perte de plaisir et/ou une inhibition sexuelle.de la moitié à un tiers des sujets présentent un état dépressif majeur. Celui-ci peut persister trois ans après les faits.

- Les troubles cognitifs tels que les troubles de l'attention, troubles de la concentration et les troubles de la mémoire.

- Les troubles de la conduite et notamment les conduites additives (tranquillisants, alcool, substances toxiques), conduites

Impulsives ou agressives, passage à l'acte suicidaire

Des troubles psychotiques, à coloration souvent paranoïde peuvent apparaître



Ces symptômes sont le résultat de la recherche des différents auteurs, psychiatres et psychanalystes qui exposent point de vue dans leurs travaux comme suit :

Damiani(1997) nous fait part de son idée sur le trauma : « avec le trauma, on entre dans le domaine terrible de l'irreprésentable, c'est-à-dire celui de l'effroi et l'épouvante.la violence de la confrontation avec le réel provoque une véritable sidération du moi. L'individu s'écroule court le risque de la néantisation »

Fondateur de la psycho traumatologie en France en 1988, Claude barrois définit la névrose traumatique comme étant le résultant d'une expérience inattendue et brutale face à un événement vécu singulièrement, qui met le sujet dans une sphère tragique contenant une donnée constante, la situation traumatisante est vécue par le sujet avec un degré élevé d'effroi « rencontre avec le réel de la mort », en voyant alors son destin changé.

Au delà de l'aspect économique du traumatisante, C.barrois (1998) effectue une construction des perspective rattachées aux différentes formes de cessation communautaire détachant les sujets avec le monde : confrontation avec l'impensable de la mort, invasion par l'angoisse de néantisation, bris de l'unité de l'individu et cessation du sens.

En effet, barrois énonce que « nous savons tous ce qu'est un cadavre, mais nous ne savons pas ce qu'est la mort ».l'image traumatique restera gravée telle qu'elle a été perçu au détail près par le sujet lors de l'événement ,et resurgira à la conscience au temps présent ,non comme un souvenir qui, de par le travail de modification qu'il subit, intègre la dimension du temps passé entre le moment de l'événement et son évocation .

Louis crocq à son tour apporte une conception du traumatisme .sur le plan pathogénique, il préconise comme barrois, une visée phénoménologique en réintroduisant la question du sens et du non-sens du

traumatisme, invitant ainsi, la psychanalyse à dépasser le point de vue économique ; par delà, celle des mécanismes pathogènes ou il affirme (1965 ; 1974) que le trauma ne peut se concevoir qu'en termes de sens et non pas de mécanisme.

En effet celui-ci, défend les notions de « psycho-traumatisme » et de « syndrome psycho-traumatisme », qu'il trouve plus adéquat et mieux adapté à la représentation du phénomène morbide causé par l'événement traumatisant. Notamment face à la terminologie française (PTSD), le stress post traumatique pour lui « parler d'un stress post traumatique est non sens », exprimant par la que « le stress et un phénomène éphémère » qui est une suite immédiate à caractère aigu et bref du traumatisme, contrairement au processus du trauma qui se distingue par des symptômes durable et distants de l'événement. (ourtemache katiya ,selami sara ,2013 p,37)

## **12. La prise en charge de l'état du stress post-traumatique**

Il existe encore beaucoup d'incompréhension ou de déni de l'existence de séquelles psychologique associées à des événements traumatiques. Le recours aux soins reste insuffisant et seulement 40% des personnes atteintes d'ESPT bénéficient des soins adéquats.

### **12.1 Le débriefing psychologique**

Ceux qui interviennent pratiquent le plus souvent ce que l'on appelle « le débriefing ». C'est une technique de psychothérapie brève visant à prévenir et à soigner les différentes formes de stress qui surgissent à la suite d'un événement grave, au cours duquel la vie des victimes a souvent été mise en danger. Cette technique a été au départ mise au point par des médecins militaires, puis a été perfectionnée et modifiée pour être étendue à un incident traumatique. Les

réactions sont normales, et non la marque d'une faiblesse de caractère. Les victimes, même si elles ont des réactions émotionnelles fortes ne sont absolument pas considérées comme des cas psychiatrique. Mais il faut intervenir rapidement pour éviter qu'un événement terrible ne conduise à un véritable état de stress permanent qui risque de nous envahir pendant des années, voire tout au long de notre vie. Le débriefing consiste à offrir aux victimes l'occasion de parler du trauma dans le but précis de leur permettre d'élaborer sur l'événement et ainsi assimiler l'expérience traumatique, et de leur procurer de l'information pertinente sur les réactions de stress post traumatique afin d'aider ces personnes traumatisées à normaliser leur propres réactions. Visant ainsi à diminuer l'impact de l'événement traumatique, à prévenir le développement de désordre post-traumatique, et à accélérer la réadaptation des victimes dont l'objectif est d'entraîner la verbalisation du trauma afin d'aider ces victimes à mettre des mots sur leur vécus affectifs et cognitif traumatiques. (Annick P, Gaillochon, et All, 2009, p ; 19)

### **12.2. Thérapies psychodynamiques**

Dans le traitement des troubles post-traumatiques, les théories psychodynamiques mettent l'accent sur les concepts de défense, de relâchement et d'expression des émotions, ainsi que sur les phases de guérison du traumatisme. Dans la thérapie psycho dynamique brève qu'il a mise au point, Horowitz vise la résolution du conflit intrapsychique résultant de l'expression traumatique. Certaines études montrent que les thérapies psycho dynamiques peuvent avoir un effet bénéfique sur l'ESPT. Cependant, aucune de ces études n'est bien contrôlée et nos connaissances sur l'efficacité de type de traitement sont donc limitées.(barbara o.Rothbaum, edna b. foa 2000, p ,77.)

### **12.3. Thérapie cognitive et comportementale**

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

#### **12.3. A-La relaxation**

Relâchement détente volontaire du tonus musculaire s'accompagnant d'une sensation de repos. Utilisées en psychothérapie, les méthodes de relaxation fondées sur un entraînement régulier tendent à obtenir un relâchement général du corps afin de modifier indirectement le psychisme des sujets qui s'y soumettent. Par la détente qu'elles provoquent et ses bienfaits, les méthodes de relaxation sont utilisées dans le traitement des individus hypertendus ou présentant des troubles psychosomatique. (Jean Cottraux, 2001p.161).

#### **12.3. B-L'exposition**

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

L'implosion est une méthode plus directe, il est important de faire revivre les sensations corporelles qui ont accompagné le traumatisme. L'événement traumatique est sans cesse revécu. Il peut s'agir de souvenirs qui font intrusion inopinément dans la conscience et qui comprennent des images, des pensées ou des perceptions il peut s'agir aussi de rêves récurrents. (Jean Cottraux, 2001, P, 159)

#### **12.3.4. Pharmacothérapie:**

Les anxiolytiques des types benzodiazépines sont très conseillés dans certains symptômes de stress post-traumatiques, notamment les troubles de sommeil, reviviscence et l'hyperactivité neurovégétative. Le plus fréquent est le diazépam (valium) qui est anxiolytique très efficace. (vaiva et al 2005, p, 70).

Les médicaments qui ont fait la preuve d'un effet sur les ESPT sont essentiellement les antidépresseurs à savoir les imipraminiques, les IMAO, et particulièrement les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine ISRS comme fluxétine (prozac), proxétine (deroxat) sont très conseillés dans les symptômes comme les difficultés de concentration, culpabilité, hyper-vigilance. (clercq M. et lebigot F., 2001 p.299)

#### **Conclusion**

L'état de stress post traumatique, comme on a pu le constater que est la survenance de problèmes imprévus qui sont le résultat d'un événement qui a pu causer la mort de l'individu ou lui a laissé un véritable impact que soit physique ou psychique. Pour éviter cette souffrance dans la vie des victimes il faut une prise en charge immédiate et ne pas banaliser les douleurs vécues par les personnes qui on traversé cette épreuve.

# Partie Pratique

# Chapitre I

## Méthodologie de la recherche

## Préambule

Il s'agit, à ce niveau, d'explicitier l'ensemble des techniques utilisées pour mener l'étude. Dans ce chapitre seront également développés: la recherche documentaire, la pré-enquête, la population ciblée, l'univers d'enquête, la présentation du questionnaire, la présentation des guides d'entretien, l'administration du questionnaire, le dépouillement et les difficultés rencontrées.

Dans la population de notre étude, composée de 5 cas de femmes de différents âges, les entretiens avec les cas ont varié de durée entre 45 minutes et 1 heure sur une période d'un mois (01).

### 1. la démarche de la recherche :

#### 1.1 La pré-enquête

Réalisation d'une pré-enquête : la recherche qui a été élaborée doit toujours faire l'objet d'un test sur le *terrain* afin de vérifier que les sujets sont effectivement trouvables, que les questionnaires sont utilisables et ne sont pas trop longs à remplir, que les taux de réponse permettent d'obtenir les effectifs nécessaires, etc. C'est le but de la pré-enquête, qui est une simulation à l'échelle réduite de tous les aspects de la recherche, et qui invariablement amène à réviser certains aspects du protocole initial (notamment les questionnaires, qui ne sont jamais corrects d'emblée). Une recherche définitive peut alors être préparée.

Nous allons essayer de définir la pré-enquête 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 » (Chahraui kh, Benoney h2003 p126).

Du 22 février au 22 mars 2017, nous avons pu réaliser notre pré- enquête, au service de maternité de l'établissement public hospitalier d'Akbou, situé à la Wilaya de Bejaia. Durant cette période, nous avons pu assembler les données sur



le thème de notre recherche et nous avons pu choisir la population d'étude adéquate afin de nous apporter la vérification de l'hypothèse que nous avons émise en et pouvoir confronter notre hypothèse à la réalité du terrain, et réaliser ainsi notre guide d'entretien.

## 1.2 La méthode clinique

La réalisation de l'étude d'une situation à l'aide de la méthode clinique met en œuvre un certain nombre de connaissances antérieures issues des différentes perspectives de recherche à partir desquelles cette situation est envisagée : on y verra utiliser des connaissances psychologiques, des modèles divers, des connaissances ergonomiques, techniques, sociales, etc., que le psychologue aura à articuler pour élaborer une interprétation de la situation qui lui donne un sens par rapport, notamment, aux questions initialement posées à et par l'analyste. Cette interprétation d'une situation singulière a un caractère hypothétique que l'analyste peut souhaiter vérifier et appliquer ultérieurement à d'autres situations. C'est le problème de la *généralisation*: Dans quelle mesure les connaissances acquises sur cette situation singulière peuvent-elles être étendues à d'autres situations? Nous ne chercherons pas ici à aborder spécifiquement ce vaste problème, mais nous essaierons plus simplement d'en indiquer une voie d'étude possible par l'articulation des méthodes cliniques et expérimentales. Nous retrouvons déjà le souci de cette articulation chez Piaget (1947) quand il écrit que « l'examen clinique participe de l'expérience en ce sens que le clinicien se pose des problèmes, fait des hypothèses, fait varier les conditions en jeu, et enfin contrôle chacune de ces hypothèses au contact des réactions provoquées par la conversation ».

Pour Lagache (1949), la *méthode clinique* est « l'étude intensive des cas individuels ». Elle consiste à « envisager la conduite dans sa perspective propre,

relever aussi fidèlement que possible les manières d'être et de réagir d'un être humain complet et concret aux prises avec une situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui le motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits » (Piaget 1947 p. 14et15).

Les commentaires précédents permettent de dégager quelques traits essentiels de la méthode clinique qui seront exploitables dans l'étude de l'activité.

1 / Elle considère son objet d'étude dans sa globalité.

2 / Elle a un caractère approfondi et examine son objet dans toute sa complexité.

3 / Elle accorde une importance particulière au rôle du (ou des sujet(s)).

### 1.3 Exposition de lieu d'étude

L'hôpital de akbou est un établissement de santé public datant d'avant l'indépendance .avant sa construction le siège de l'hôpital civil d'Akbou était sis à l'ancien hôpital situé à la haute ville et construit en 1872. En 1959, il a été décidé de construire une nouvelle structure hospitalière et l'activité est transférée vers le nouvel hôpital baptisé au nom du Chahid Akloul Ali en 1970.

Cet établissement se situe à 70 km du chef-lieu de la Wilaya de Bejaia éloigné de 200 km de la capitale d'Alger, avec une surface de 108 m<sup>2</sup> .la Daïra d'Akbou est situé dans la vallée de la Soummam, en Petite kabylie.

#### **Description de services de chirurgie :**

Le service de chirurgie a été ouvert en 1993, il compte deux unités :

Unité femme et enfant (y compris service pédiatrie), une unité homme.

##### **1. service maternité et génécologie :** avec capacité de 22 lits

- Six chambres à quatre lits.
- Trois chambres à deux lits.

- Une salle de soin
- Une salle d'accouchement
- Pharmacie de service.
- Un bureau pour les infirmières
- Un bureau pour les chirurgiens.
- Bureau de psychologue
- Bureau de gynécologue
- Chambre des bébés

## **2- groupe d'études :**

Toute recherche scientifique s'intéresse nécessairement à une population étant donné que ses résultats seront mis à la disposition de celle-ci en vue de trouver la solution à un problème auquel elle est confrontée.

La population d'étude désigne un ensemble dont les éléments sont choisis parce qu'ils possèdent tous, une même propriété et qu'ils sont de même nature

Selon MUCHIELLI, la population d'étude est définie comme un groupe humain concerné par les objectifs de l'étude

L. D'HAINAUT, quant à lui, définit la population d'étude comme un ensemble des éléments parmi lesquels on aurait pu choisir l'échantillon, c'est-à-dire l'ensemble des éléments qui possèdent les caractéristiques que l'on veut observer (Herve,B et chahraoui,k.(2003) .

**Tableau N°1 :**

Non	Age	Nombre de fausse couche	Niveaux d'instruction	profession	Nombre d'enfants	Le mois de FC
Chafiaa	40 ans	01	9 années	Commerciale	00	02
Chahida	45 ans	03	Elle na pas fait d'étude	Femme au foyer	03	01
Soraya	39	01	Elle na pas fait d'étude	Femmes au foyer	04	02
Salima	30	03	1 année lycée	Femmes au foyer	00	02
Karima	43	01	Diplôme d'université	Directrice dans une entreprise	03	01

Partant de ces différentes définitions, nous pouvons donc dire que notre population d'étude est constituée de toutes les femmes qui ont fait une fausse couche et qui souffrent plus après cet événement (des perturbations psychologique). de différents âges et, de n'importe quels niveaux d'instruction

### 3. les outils utilisés dans la recherche et leur analyse

Nous avons utilisé les outils suivants :

#### 3.2 l'entretien clinique

L'entretien clinique est un dispositif de base en psychologie clinique, est un moment de parole durant lequel un intervieweur extrait une information d'un interviewé (dans son acte de parole) sur des actions passées, des savoirs sociaux, sur

ses valeurs, normes, représentations. Cette information était contenue dans l'ensemble des représentations associées aux événements vécus par l'interviewé. L'information a été expérimentée, absorbée par l'interviewé qui la restitue durant l'entretien avec déformation : orientation, interprétation par rapport à son expérience. La subjectivité est l'une des propriétés des entretiens.

L'entretien permet donc de comprendre le rapport du sujet au fait, plus que le fait lui-même (ne pas tomber dans le piège, s'il dit cela, c'est que ça se passe comme ça....).

Il existe différents types d'entretien, selon leur degré de structuration et nous avons utilisé l'entretien semi directive.

- L'entretien semi-directif : se situe entre l'entretien directif et l'entretien non-directif. Il est ni totalement fermé, ni totalement ouvert. Les thèmes à aborder sont fixés à l'avance. Mais l'ordre et la forme de présentation des thèmes sont libres. On procède en général à ce type d'entretien pour approfondir la connaissance d'un domaine ou vérifier l'évolution d'un phénomène connu. Pour Quivy et Campenhoudt c'est la forme qui est certainement la plus utilisée en recherche. Pour eux, le chercheur dispose d'une série de questions-guides relativement ouvertes à propos desquels il veut obtenir une information. Il ne pose pas forcément toutes les questions dans l'ordre prévu initialement. Il laisse venir le plus possible l'interviewé pour qu'il puisse parler selon une logique qui lui convient. L'intervieweur pose les questions que l'interviewé n'a abordées de lui-même.

### **3.3 Le guide d'entretien**

l'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré : il s'agit d'un « ensemble organisé de fonctions, d'opération et d'indication qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer dans ce guide, le clinicien peut formuler et préparer la consigne à l'avance.

Celle-ci sera nécessairement identique pour les sujets, elle est généralement soigneusement préparée et le clinicien veille à ce que la formulation ne soit pas inductive.

Le guide d'entretien comprend aussi les axes thématiques à traiter; le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celles-ci ne sont pas posées d'une manière directe. il s'agit davantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien. (Chahraoui, Hervé, p 66 et 69).

- **La présentation des axes du guide d'entretien :**

- 1. L'information personnelle sur le sujet :**

C'est pour recueillir les données sur le sujet. celles-ci seront d'une grande importance dans l'analyse

- votre prénom ?
- Quel est le niveau d'instruction ?
- Etes vous marié ou célibataire ?
- Quelle est votre profession ?
- Vous avez des enfants ?

- 2. Avant l'événement :**

C'est pour savoir dans quel état de santé physique et psychique se trouvait le sujet avant l'événement.

- Avez-vous des problèmes de santé avant cet événement.
- Avez-vous déjà fait une fausse couche ? combien de fois ?

- 3. Durant l'événement :**

C'est de essayé de relier entre les questions de moment de l'événement et les sentiments immédiat de l'événement.

- Vous avez senti quoi exact a ce moment la.
- Ou vous avez fait votre fausse couche (endroit).
- Vous avez sentir que vous étiez seul ya personne a vous coutes ?
- Vous avez essayé de ne Pas perdre ce bébé (si il ya avait déjà un risque ) ?

#### 4. après l'événement :

C'est de connaître si le sujet est traumatisé est connaître les effets du l'ESPT par les réponses des questions suivantes :

- pourriez vous nous parlé de ce qui est passé ou moment de l'événement ?
- vous faite des cauchemars ?
- avait des images de sang qui vient a vos pensée ?
- avez-vous sentie la peur et la crainte ?
- évitez-vous de fréquenté l'endroit ou vous avez fait votre fausse couche ?

#### 5. la vision de future :

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

- Pouvez vous nous parlé de la relation avec votre marie ?
- Pouvez-vous dépassé et oublié cet événement ?
- Vous pensez d'avoir un autre bébé ?et reprendre votre vie normale ?
- Ci vous voulez nous rajouté quelque chose que on a Pas cité durant L'entretien je sui la pour vous aidé madame nésite Pas ?

### 3.4 Questionnaire d'évaluation du traumatisme

Questionnaire d'évaluation du traumatisme psychique, mis au point par Carole Damiani et Maria Pereira-Fradin. Il s'agit un questionnaire qui permet d'évaluer la fréquence et l'intensité des manifestations psychique pendant et après l'événement.

Il évalue le syndrome post-traumatique, suite à l'exposition à un évènement comportant une menace de mort pour soi ou pour les autres. Il permet d'appréhender le syndrome psycho-traumatique de façon globale et mesure la fréquence, l'intensité des manifestations du traumatisme psychique ainsi que le vécu traumatique, c'est-à-dire

leurs répercussions sociales. Il ne mesure pas le stress.

Le test comprend deux parties :

La première partie mesure le vécu du traumatisme pendant l'événement (réactions immédiates physiques et psychiques) et les réactions postérieures à l'évènement (symptôme pathognomonique de répétition, troubles du sommeil, anxiété et évitements phobiques, hyperréactivité et hyper-vigilance, troubles cognitifs, troubles dépressifs, réactions psychosomatiques, vécu traumatique, qualité de vie, etc.). Elle constitue la base du questionnaire permettant d'établir le bilan clinique.

La seconde partie correspond à une échelle facultative et mesure le délai d'apparition et la durée des troubles décrits et leur évolution. Elle peut apporter des informations complémentaires utiles au clinicien, à l'expert ou au chercheur.

Le questionnaire se compose de 62 items répartis sur 10 échelles. Les résultats obtenus permettent de poser le diagnostic de syndrome post-traumatique, d'évaluer sa sévérité et de définir un profil individualisé. Il s'adresse aux adultes, à partir de 18 ans, confrontés directement et de façon brutale avec le réel de la mort. Ce sont des sujets qui ont eu une perception directe de l'évènement ou des témoins d'infraction pénale (viol, prise d'otage, attentats, catastrophes naturelles, rackets, tortures, séquestration, etc.). Sont donc exclus les adultes non exposés directement, les enfants victimes, les adultes victimes de situations répétées de victimisation (inceste, maltraitance, etc.) et les proches des victimes. Passation : individuelle ou collective. Temps de passation et de correction variables (Damiani C et Pereira F M 2006 p 13 et 14)

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

#### **1) Pendant l'événement :**

- Echelle A (8 items) : les réactions immédiates, physique et psychiques pendant l'événement.



**2) Depuis l'événement :**

- Echelle B (4 items) : le symptôme pathognomique de répétition : les reviviscences, l'impression de revivre l'événement, les flashes, et angoisse attachée à ces répétitions.
- Echelle C (5 items) : les troubles du sommeil.
- Echelle D (5 items) : l'anxiété, l'état d'insécurité et les évitements phobique.
- Echelle E (6 items) l'irritabilité, la perte de contrôle, l'hyper vigilance et hypersensibilité
- Echelle F (5 items) : les réactions psychosomatiques, physiques et les troubles additifs.
- Echelle G (3 items) : les troubles cognitifs (mémoire, concentration, attention)
- Echelle H(8 items ) :les troubles dépressifs (désintérêt général ,perte d'énergie et d'enthousiasme ,tristesse ,envies de suicide ).
- Echelle I (7items) : le vécu traumatique ; culpabilité, honte, atteinte de l'estime de soi, sentiments violents et colère, impression d'avoir fondamentalement changé.
- Echelle J (11 items) : la qualité de vie.  
(damiani C pereira F M, 2006, p.13).

**Partie 2 : délai d'apparition et durée des troubles décrits.**

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.

1. l'impression de revivre l'événement, les souvenirs et les images de l'événement qui reviennent (Echelle B de la partie 1).

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

Chaque item est appréhendé à partir de deux critères qui sont :

- Le délai d'apparition des troubles de puis l'événement (selon une échelle en neuf points de 0 : pas concerné à 8 : plus d'ans).
- La durée des troubles (selon une échelle en neuf points de 0 : pas concerné à 8 : trouble toujours présent à ce jour).

(Damiani C, Pereira F M. 2006, p.13-14).

- **La passation :**

Le questionnaire à 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 devrez répondre à tout 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, Pereira FM, 2006,p 15)

L'auto passation de trauma est possible uniquement dans les conditions rigoureuse ce qui permet d'envisager une passation collective ; Avant d'utiliser ce mode d'administration, il faut s'assurer que les personnes concernés comprennent les consignes données et les questions posées (capacité intellectuelles suffisantes).il faut que leur état émotionnel soit suffisamment stable pour que le recueil des réponses soit valide.

- **La cotation :**

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

- Nulle : échelon 0      -faible : échelon 1      -fort : échelon 2      -très fort : échelon
- Calcul des notes brutes par échelle.

**Partie 1 :**

les réactions immédiates (pendant l'événement) et les troubles psycho-traumatique (depuis l'événement).

Pour les échelles A à I, la note par échelle s'obtient en additionnant les réponses du sujet à chaque items (0, 1,2 points) les notes varient de 0 à 24 pour les échelles A et H, de 0à12 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 et 0 point pour une case blanche.

Réponses	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Oui											
Non											

**Tableau N°2; grille de cotation des items de l'échelle J**

- **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 par échelle et pour la note totales de la partie 1. Le choix du nombre de clases correspond au niveau de lisibilité

### **Partie 2 :**

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

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

**Tableau N°3: conversion des notes brutes en notes étalonnées par échelle.**

Classe	1	2	3	4	5
Note brute	0-23	24-54	55-89	90-114	115 +
Evaluation Clinique	Absence de traumatisme	Traumatisme léger	Traumatisme moyen	Traumatisme Fort	Traumatisme Très fort

**Tableau°4 : conversion de la note brute totale de la partie 1 en note étalonnées et en niveau d'intensité.**

- **Analyse typologique :**

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

**Profil A** : syndrome psycho-traumatique intense.

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

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

**Profil D** : syndrome psycho-traumatique léger.

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

#### **4. l'attitude du chercheur**

L'attitude du chercheur consiste à être neutre et objectif, dans certaines situations, le sujet pourrait déborder et le chercheur va essayer de le recadrer et le mettre dans la bonne voie pour le bon déroulement de la passation. Au cours de notre recherche, des sujets qui ont été envahis par des émotions donc ils pleuraient et s'agitaient, nous avons essayé de les calmer dans certaines situations, mais pour les autres, nous leur avons accordé un peu de temps pour qu'ils puissent se calmer.

Parfois, il y avait blocage et inhibition, tout à coup, les sujets s'arrêtent de parler et parfois résistent ou associent des idées dans leurs têtes, dans ce cas notre attitude été d'utiliser des relances en reformulant les questions ou en répétant leur dernières phrases.

#### **5. les difficultés rencontrées :**

Dés le début de notre étude, nous avons rencontré plusieurs difficultés dans les réalisations de notre projet que soit dans le coté théorique ou du coté pratique, qui se résumant dans les traits suivant :

- Des obstacles pour trouver un lieu de stage. (notamment un refus de l'hôpital

de Targa Ouzemour de Bejaia sans donner la moindre explication)

- Des difficultés de trouver de la documentation sur le thème.
- Difficultés de déplacement entre le lieu de stage et université.
- Refus de la plupart des femmes de parler sur le sujet.
- Un manque de temps effectifs pour réaliser les entretiens.

### **Conclusion**

Notre étude a eu lieu au service de maternité à l'hôpital d'Akbou la Willaya de Bejaia. La méthode que nous avons adoptée est donc l'étude de cas.

Et pour la collecte des données, nous avons eu recours à deux techniques d'investigation qui sont l'entretien (semi directif) et pour évaluer ces femmes on a utilisé le questionnaire de du traumaq de Damiani C et Pereira F M pour détecter la présence ou pas d'un stress post-traumatique.





# Chapitre II

## Présentation des cas et analyse de l'hypothèse

## Préambule

Ce chapitre a déjà été utilisé dans la présentation des cas un par un, ensuite nous sommes passées à l'analyse des entretiens avec notre population d'étude ainsi que l'analyse des échelles, ensuite nous allons aborder la discussion de notre hypothèse de recherche.

## I. Présentation et analyses des données des entretiens

### Premier cas

#### 1. Présentation du cas :

Madame S CHAFIAA âgée de 40 ans, mariée de puis 5 ans habite à Akbou, elle travaille avec son mari, comme vendeuse. Elle a arrêté ses études en 9ème année. Elle est restée à l'hôpital, à cause des perturbations psychiques que la psychologue de l'hôpital a remarquées chez elle. Elle a dû la garder en surveillance, elle lui a consacré une prise en charge depuis 6 mois dès sa fausse couche.

#### 2. L'analyse de l'entretien :

Notre entretien a déroulé à L'Hôpital d'Akbou madame Chafiaa a montré une grande simplicité avec nous, mais avec une part d'hésitation pour parler avec nous.

Chafiaa nous a tout raconté avec des larmes aux yeux sur ses essais pendant 5 ans d'avoir un enfant. Elle a consulté plusieurs médecins avec son mari, dont elle n'a cessé de dire le nom et son soutien pour elle malgré la pression de sa famille, surtout sa mère qui voulait avoir un petit fils. Après plusieurs essais, elle a réussi à tomber enceinte. Elle nous a dit « **j'étais heureuse au point je n'arrive pas à le croire** » malgré que Chafiaa ait fait attention à elle-même ainsi

que son mari, après 2 mois de grossesse le fœtus n'a pas tenu à cause de son âge. La dame raconte son malheur qui lui est arrivé dans la nuit « **j'ai senti un émanation de douleurs au niveau de mon ventre au point que je n'arrivais même pas à respirer et je vois du sang qui coule entre mes jambes cela a été affreux, j'ai cru que c' était la fin de ma vie** » Après avoir été transportée à l'hôpital, les médecins non pas pu sauver ce bébé, à ce moment Chafiaa n'a pu contenir ses larmes « **c'est le pire moment que j'ai vécu dans ma vie** » ce qui lui a fait beaucoup mal c'est Elle nous a dit que « **j'avais tellement envie d'entendre un cri d'un bébé vivant qui sort de mon ventre** » la femme a fait un grand soupir et a tourné la tête. Chafiaa a ajouté que depuis cette événement elle ne vie plus une vie normale. A chaque fois que elle dort elle fait toujours des cauchemars elle nous dit « **je n'ai plus envie de poser ma tête sur l'oreiller parce que ce sont les mêmes images qui me viennent toujours** ».

Quand nous lui avons posé la question à savoir si elle pouvait à nouveau tomber enceinte, elle dit à haute voix « **jamais** » et elle nous a expliqué qu'elle ne veut jamais revivre une telle expérience. Elle nous a dit que même la chambre dans laquelle j'ai eu mes contractions, je déteste même la voir et j'ai le cœur qui bat, elle nous a rajoute qu'elle est malheureuse aussi parce que son mari la trouve toujours en larmes et aussi elle n'a pas eue de rapport sexuel avec lui depuis l'événement. Elle justifie ceci par la crainte qu'elle tombe enceinte par accident. Aussi ma famille, elle, ne comprend pas ce que je ressens « **je suis seule au monde** » tout ce que ils veulent c'est un petit fils. Ils ne savaient pas que moi je souffre encore de cet événement, je suis fatiguée même dans mon éveil.

A la fin malgré toute la souffrance que vit Chafiaa elle nous dit « **c'est plus fort que moi** » tout en gardant un sourire qui cache une profond tristesse de la dame.

### 3. présentation et analyse de questionnaire traumaq :

Chafiaa marque un traumatisme fort avec un score total de 90.

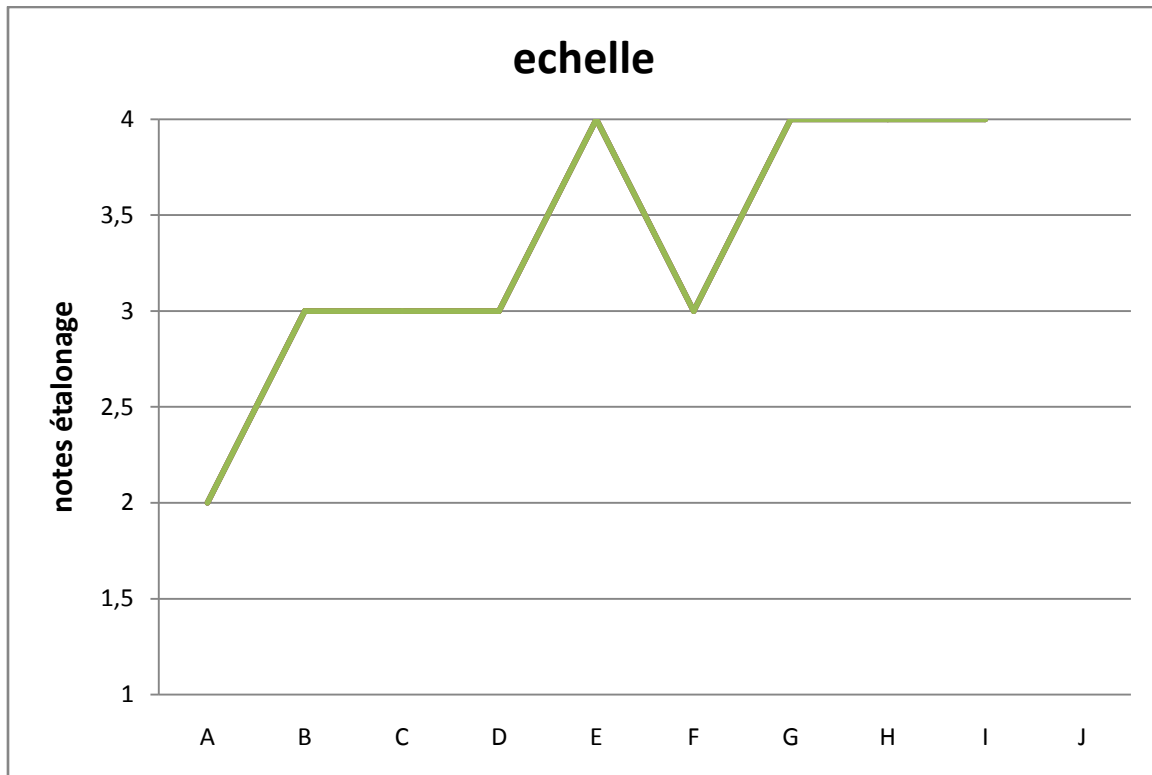
Echelle	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Note brutale	11	7	9	6	12	5	6	12	11	6
Note étalonné	2	3	3	3	8	3	4	4	4	4

Tableau N° 5

- ❖ **Echelle A** : la note total est de 11 avec note étalonnée de 2, la dame e eu le sentiment de voire la mort entre ces yeux « **c'est été affreux, j'ai cru que c'est la fin de ma vie** » elle a ressentie de la frayeur et de l'angoisse.
- ❖ **Echelle B** : la note brutale et de 7 avec une note étalonnée de 3 Chafiaa revive cette événement« **je n'ai plus envi de poser ma tête sur l'oreiller parce que ce sont les mêmes images qui me viennent toujours** ».elle a un sentiment d'angoisse quand elle pense à cette événement
- ❖ **Echelle C** : la note total est de 9 avec la note étalonnée de 3 la jeune femme trouve toujours des difficultés dans son sommeil, elle a la impression de ne pas du tout dormir « **je suis fatigué même dans mon éveil** » elle ressent une grande fatigue.
- ❖ **Echelle D** : avec une note brutale de 6 la note étalonnée de 3 elle est devenue anxieuse, aussi elle n'aime pas se rendre dans le lieu où s'est passé l'événement.
- ❖ **Echelle E** : la note total et de 12avec une note étalonnée de 8 elle est devenue plus attentive au bruit et aussi plus méfiante et aussi elle des comportements plus agressifs qu'avant l'événement.
- ❖ **Echelle F** : avec une note de brutale de 5 avec la note étalonnée de 3 Chafiaa lorsque qu'elle est dans une situation qui lui rappelle de

l'événement elle ressent une tristesse et des palpitations elle nous a dit « **que même la chambre dans la quelle j'ai eu mes contractions, je déteste même la voir et j'ai le cœur qui bat** ». la dame a augmenté la consommation de café.

- ❖ **Echelle G** : le totale de 6 avec une note étalonnée de 4 Chafiaa a prouvé des difficultés de concentration et aussi une difficulté de se rappeler de l'événement.
- ❖ **Echelle H** : la note brutale et de 12 avec une note étalonnée de 4 elle ressent une fatigue et elle a toujours des crises de larmes elle a ajouté qu'elle est malheureuse aussi parce que son mari la trouve toujours en larmes et aussi elle n'a pas eu de rapport sexuel avec lui depuis l'événement. et aussi elle s'isole toujours.
- ❖ **Echelle I** : la note totale et de 11 avec une note étalonnée de 4 elle ressent une certaine responsabilité de la perte de ce bébé et une femme qui ne peut pas être mère Elle voit que tout a changé depuis l'événement, elle n'a plus une vie normale.
- ❖ **Echelle J** : une note brutale de 6 avec une note étalonnée de 4 Chafiaa va poursuivre sa vie professionnelle mais pas à la même fréquence qu'avant et elle ressent aussi que tout son entourage ne la comprend pas.



**Figure 1 : représentation graphique du premier cas**

## **Partie 2 :**

Après un mois depuis sa fausse couche, Chafiaa montre des symptômes de stress post-traumatique tel que les cauchemars, les évitements, l'isolement et la crise de larmes. De tous ces éléments, on constate que la femme souffre d'un syndrome de stress post-traumatique intense.

### **Deuxième cas**

#### **1. Présentation du cas :**

Madame Chahida, âgée de 45 ans, elle n'a pas fait d'études, elle demeure dans un petit village de la région d'Akbou, mère de 3 enfants 2 garçons et une fille, tous les trois sont des handicapés. Elle ne travaille pas, une femme d'un grand et courage. Elle a la volonté de changer sa vie au mieux malgré la misère qu'elle vit avec ses enfants et son mari sans travail. Elle a fait trois fausses couches avant. Elle vient consulter la psychologue chaque 15 jours.

## 2. Analyse de l'entretien :

Chahda a été avec nous d'une grande compréhension et gentillesse, elle nous a confié tout ce qui s'est passé avec elle. Depuis sa grossesse, elle pas fait attention à sa santé parce que c'est elle qui a ramassé les olives de la montagne et c'est sa troisième grossesse qui échoue à cause de ce travail après son dernier enfant, qu'en principe son mari devrait faire mais tant qu'il ne veut pas le faire, elle le fait pour gagner de l'argent pour nourrir ses enfants handicapés. Elle veut à tout prix avoir un autre enfant, normal, qui va prendre soin des autres si elle lui arrive quelque chose de mal, vu qu'elle a des problèmes de santé.

Son mari l'accuse de ne pas avoir des enfants en bonne santé et aussi de ne pas être capable d'avoir un autre elle nous dit avec un air de moquerie « **mon pauvre mari il ne sait pas que c'est lui le responsable de ce que je peux avoir** ».

Chahida nous a raconté sa fausse couche avec un air triste et avec un grand courage. Elle nous dit qu'elle était chez elle après une longue journée du travail, elle a ressenti des contractions, mais elle s'est dit que cela va passer, mais avec le temps elles n'ont fait qu'augmenter. Du fait qu'elle habite dans un petit village et que son mari n'a pas de voiture pour la porter à l'hôpital elle du attendre plus de 2 heures, pour pouvoir être transportée à l'hôpital. La gynécologue lui a dit il n'y avait pas d'espoir que ce bébé vive. Chahida nous a dit que « **je peux rien faire** » elle nous dit que c'est la même chose qui lui est arrivé à chaque fausse couche. Elle nous dit « **j'ai l'habitude. A ce moment là que j'ai ressenti que le monde et le regard des gens, je me voyais seule sans personne à coté de moi. Je me suis fait de cet enfant un projet et j'avais de grands espoirs qu'il vive et qu'il soit normal** », Chahida nous a dit que elle n'a pas pleuré parce que elle sait très bien que c'est une perte normale que chaque femme peut faire une fausse couche.

## Chapitre II : Présentation des cas et analyse de l'hypothèse

La dame nous a dit que lorsque l'événement est arrivé chez elle et à la seconde où elle a vu ses enfants, que son chagrin a commencé « **je me rappelle que je n'ai pas pu leur donner un frère ou une sœur qui pourra s'occuper d'eux quand je ne serai plus là si je n'avais pas travaillé tant .....** » depuis cet événement Chaida a du mal à dormir et elle nous a dit qu'elle se réveille dans la nuit parce qu'elle fait toujours des rêves mais elle ne rappelle pas des images et ne sait pas raconter de quoi il s'agit exactement. Et dans la journée la dame nous a précisé que elle n'arrêtait pas de travailler pour ne pas penser « **mais à chaque fois que j'ai un moment de paix, je ressens une tristesse mais je garde toujours le sourire pour mes enfants.**

A la fin de notre rencontre avec Chahida elle nous a dit que malgré tout elle ne voulait pas perdre espoir qu'un jour, elle trouve une épaule sur laquelle elle puisse s'appuyer et mourir en paix.

### 3. Présentation et analyse de questionnaire du traumaq :

Chahida présente un traumatisme moyen avec un score de 50.

échelle	A	B	C	D	E	F	G	G	I	J
Note brutale	5	3	5	5	4	7	5	5	6	5
Note étalonné	1	2	3	3	2	4	3	3	3	3

Tableau N°6

- ❖ **Echelle A** : la note brutale est de 5 avec une note étalonnée de 1 pendant la fausse couche Chahida s'est sentie seule au monde « **j'ai l'habitude à ce moment là que j'ai ressenti que le monde et le regard des gens, je me voyais seule sans personne à coté de moi.**».
- ❖ **Echelle B** : la note brutale est de 3 avec une note étalonnée de 2 la femme a toujours des images de cet événement qui passe dans son esprit.



- ❖ **Echelle C** : la note brutale est de 5 avec une note étalonnée de 3 Chahida elle a depuis l'événement des difficultés d'endormissement.
- ❖ **Echelle D** : la note brutale est de 5 avec une note étalonnée de 3 la femme a du mal à se rendre sur les lieux où les contractions ont commencé et aussi elle a un sentiment d'insécurité surtout à cause de l'absence de son mari.
- ❖ **Echelle E** : la note brutale et de 4 avec une note étalonnée de 2 la femme a une irritabilité et une méfiance plus grande qu'auparavant.
- ❖ **Echelle F** : la note brutale est de 7 la note étalonnée de 4 Chahida a des détériorions physiques beaucoup de maladies ont suivi sa fausse couche.
- ❖ **Echelle G** : la note brutale est de 5 avec une note étalonnée de 3 la dame a du mal à raconter l'événement. Elle éprouve une difficulté à se rappeler de l'événement, et aussi elle oublie toujours des éléments, des détails.
- ❖ **Echelle H** : la note brutale est de 5 avec une note étalonnée de 3 Chahida depuis l'événement « **mais à chaque fois que j'ai un moment de paix, je ressens une tristesse mais je garde toujours le sourire pour mes enfants**»
- ❖ **Echelle I** : avec une note brutale de 6 avec une note étalonnée de 3 la femme ressent une certaine culpabilité « **je me rappelle que je n'ai pas pu leur donner un frère ou une sœur qui pourra s'occuper d'eux quand je ne serai plus là si je n'avais pas travaillé tant .....**» et elle est aussi dévalorisée par son mari de ne pas pouvoir garder un enfant dans son ventre.
- ❖ **Echelle J** : avec une note brutale de 5 avec une note étalonnée de 3 Chahida se sent incomprise surtout par son mari.  
Nous avons laissé cette femme avec ses douleurs qu'elle essaye de cacher pour ne pas recevoir de la pitié de la part des gens.

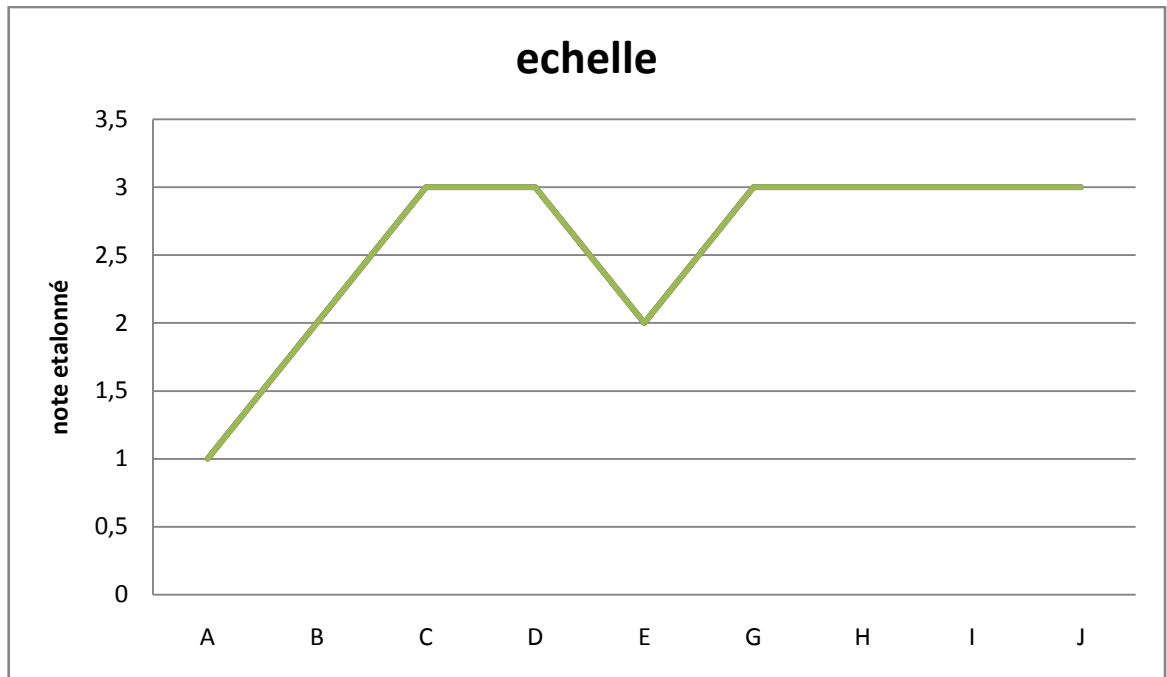


Figure 2 : représentation graphique du deuxième cas

### Partie 2 :

Il y a certain symptôme chez Chahida comme l'irritabilité et aussi les cauchemars et dans l'Is depuis l'analyse on peut remarquer que Chahida a présenté un syndrome post-traumatique léger.

### Troisième cas

#### 1. Présentation de cas :

Salima. A c'est une jeune femme âgée de 30 ans, mariée de puis 7 ans, elle a fait des études jusqu'au lycée puis elle a arrêté. Maintenant elle est une femme au foyer et habite la région d'Akbou . Nous avons rencontré Saalima à L'hôpital le lendemain, suivant sa fausse couche très dure selon les sages femmes. La jeune femme est très silencieuse et très calme, avec un visage triste, des larmes qui ne quittent pas ses joues .elle a fait déjà 3 fausses couches .

## 2. Analyse de l'entretien

Au début Salima a refusé de nous voir mais avec l'aide de l'équipe de L'hôpital, elle a accepté de nous écouter. Elle ne fait que répondre aux questions avec un oui ou un non, elle ne nous donne jamais des explications ou des détails sur les réponses apportées. Elle était très anxieuse et stressée mais avec le temps Salima a commencé à nous faire confiance, elle a commencé à parler. Elle nous a informées que c'est la troisième fausse couche qu'elle a faite mais les deux dernières n'ont pas provoqué la même douleur que la première. Elle nous dit: **« je rêve de cette nuit là à chaque fois que je dors le jour ou bien la nuit, elle ne quitte jamais ma tête et des fois j'entends même mes cris sur la table d'accouchement et oui, j'ai vu la mort, je me suis sentie paralysée. »** La dame ne veut pas ajouter un seul mot puis on lui a demandé de nous raconter ce qui lui est arrivé cette nuit là **« j'étais en train de préparer à manger pour la famille de mon mari, c'est là que j'ai entendu le petit frère de mon mari adresser des mots très blessant pour lui, moi je n'ai pas pu supporter qu'il lui manque de respect. J'avais mal au cœur et j'ai pleuré puis j'ai reçu comme des coups sur mon ventre et je ne me souviens plus de ce qu' il s'est passé »** Salima s'est rendue compte qu'elle avait perdu son bébé et depuis cet événement, elle ne vit plus une vie normal **« je ne dors pas bien ,quand je dors je fait des cauchemars je déteste toute femme qui porte un enfant »**. Salima ne voulait plus avoir d'enfant mais son mari et sa famille l'ont convaincue de retomber enceinte. Mais c'est toujours la même histoire et les même problèmes qui se passe avec la famille **« toutes les grossesses que j'ai faites n'ont pas la même valeur que la première »** tout les jours la femme revoit des images de sa fausse couche **« des fois je sens que le temps reviens en arrière et à ce moment les douleurs reviennent aussi et je commence à pleurer sans pouvoir arrêter »** et à ce moment là, des crises de larmes surviennent et une tristesse profonde. Salima ressent un état de d'insécurité depuis l'événement

« **j'ai peur tout le temps** ». La dame veut vraiment ne plus se souvenir de cette terrible expérience mais elle nous dit « alah ghaleb »

Salima nous a annoncées que elle ne veut plus tomber enceinte « **je veux vivre avec mon mari et pas plus** »

### 3. Présentation et analyse de questionnaire

Salima a un score de 91 elle marque un traumatisme fort .un syndrome post-traumatique intense.

Echelle	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Note brutale	14	9	7	8	9	3	6	14	14	7
Note étalonné	3	4	3	3	3	2	4	4	4	4

**Tableau N°7**

- ❖ **Echelle A** : une note brutale de 14 avec une note étalonnée de 3 Salima a ressenti une impression de mort « **oui j'ai vu la mort** » .et s'est sentie aussi impuissante.
- ❖ **Echelle B** : une note brutale de 9 avec une note étalonnée de 4 la dame « **des fois je sens que le temps reviens en arrière et à ce moment les douleurs reviennent aussi**» et aussi Salima revit l'événement dans des cauchemars « **je rêve de cette nuit là à chaque fois que je dors le jour ou bien la nuit, elle ne quitte jamais ma tête et des fois j'entends même mes cris sur la table d'accouchement**»
- ❖ **Echelle C** : la note brutale est de 8 avec un note étalonnée de 3 Salima a des difficultés d'endormissement et rêve toujours de cet événement et ressent une fatigue à son réveil.

- ❖ **Echelle D** : la note brutale est de 8 avec une note étalonnée de 3 la dame présente de l'anxiété dans tous ses comportements depuis l'événement et aussi elle avoue qu'elle se sent en état d'insécurité tout le temps.
- ❖ **Echelle E** : la note brutale est de 9 avec une note étalonnée de 3 la dame présente des troubles du sommeil ainsi qu'une plus grande méfiance qu'auparavant.
- ❖ **Echelle F** : la note brutale est 3 avec une note étalonnée de 2 lorsqu'elle pense à l'événement, elle a des maux de tête et des tremblements des mains.
- ❖ **Echelle G** : la note brutale est de 6 avec une note étalonnée de 4 Salima a des difficultés de concentration et aussi des trous de mémoire. Elle ne suit jamais les conversations avec les gens quand ils lui parlent.
- ❖ **Echelle H** : la note brutale est de 14 avec une note étalonnée de 4 la femme a tendance à s'isoler elle refuse tout contact. Elle manque d'énergie, elle passe par des états de crises de larmes et a perdu tout intérêt pour la vie.
- ❖ **Echelle I** : la note brutale est de 14 avec une note étalonnée de 4 Salima se sent humiliée et dévalorisée par son entourage, et sa vision d'avenir vie a changé totalement.
- ❖ **Echelle J** : la note brutale est de 7 avec une note étalonnée de 4 elle a rompue ses relations avec des proches, elle ne voit plus ses amis, ni sa famille, elle ne trouve plus de plaisir à sortir ou faire des voyages avec son mari.

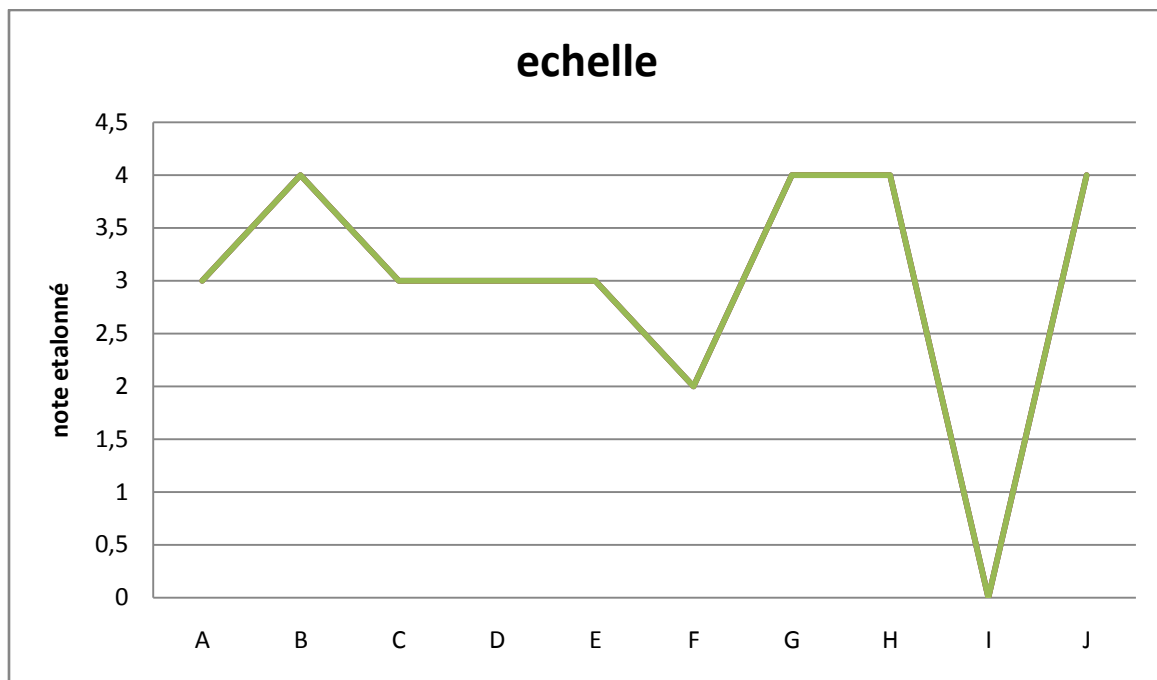


Figure 3 : présentation graphique du troisième cas

## Partie 2 :

Dans le cas de Salima on remarque, après l'analyse du questionnaire, qu'elle présente un syndrome de post-traumatique intense avec des symptômes clairs tels que l'isolement l'anxiété et aussi des rêves répétitifs et des flashbacks.

## Quatrième cas

### 1. Présentation du cas :

Soraya est une femme âgée de 39 ans, mariée très jeune, elle n'est jamais rentrée à l'école, elle est femme au foyer, mère de 4 enfants. Elle habite à Akbou. D'une grande compréhension, attentionnée, bavarde, elle a fait une fausse couche 7 mois auparavant, mais elle a beaucoup de problèmes de santé et les médecins ont du la garder à l'hôpital. Notre entretien a duré presque une heure.

## 2. Présentation et analyse de l'entretien :

À chaque fois qu'on lui pose une question, elle commence à rire, elle nous a dit qu'elle était malade et ne se sentait pas bien dans sa tête. Elle consulté déjà un psychologue, mais juste pour faire plaisir à sa famille qui n'arrêtait pas de lui demander de consulter le psychologue. Mais d'un air moqueur elle nous dit « **mais moi je sais très bien ce qui m'est arrivé c'est eux qui l'ont provoquz** » elle n'arrête pas de dire que c'est eux qui ne veulent pas de ce bébé et que c'est eux qui ont fait tomber ce bébé avec des coups sur son ventre.

Sa relation avec son mari se déroule très bien. Il « **me comprend et je sais qu'il sait que c'est vrai cette histoire de ladjnoun**» parce que selon elle, cela ne la laisse pas dormir en paix, on essaye toujours de la faire revenir sur notre sujet et de ne parler que de sa fausse couche. On remarque une certaine tristesse quand elle parle de son enfant perdu malgré le fait qu'elle a d'autres enfants « **je le voulais cet enfant, j'aime beaucoup les bébés** »

Maintenant Soraya est très heureuse parce que cet enfant n'est pas né au monde selon elle. Si elle n'avait par fait de fausse couche, ils l'auraient tué (les mauvaises esprits). Elle nous dit que «**je pense à lui de temps en temps et je le pleure mais c'est mieux comme ça**». On a demandé à cette dame de nous raconter sa fausse couche, elle a refusé parce que c'est du passé. « **Mais je ne veux plus avoir des enfants.**» Elle a rajouté que « **dans cette grossesse j'ai vécu les pires moments de ma vie** ». Au début, la femme pleure son bébé mais avec le temps elle a constaté que cela ne représente pas la fin du monde et qu'elle a aussi d'autres enfants qui lui procurent du bonheur. La jeune femme nous dit qu'elle a une vie normale avec son mari et que tout va bien. Elle se rappelle de l'événement mais pas tout le temps. Elle précise qu'elle ne ressent pas la tristesse et ne pleure pas comme dans les premiers temps.

### 3. Présentation et analyse de questionnaire du trauma :

Soraya a marqué une absence de traumatisme avec un score total de 12.

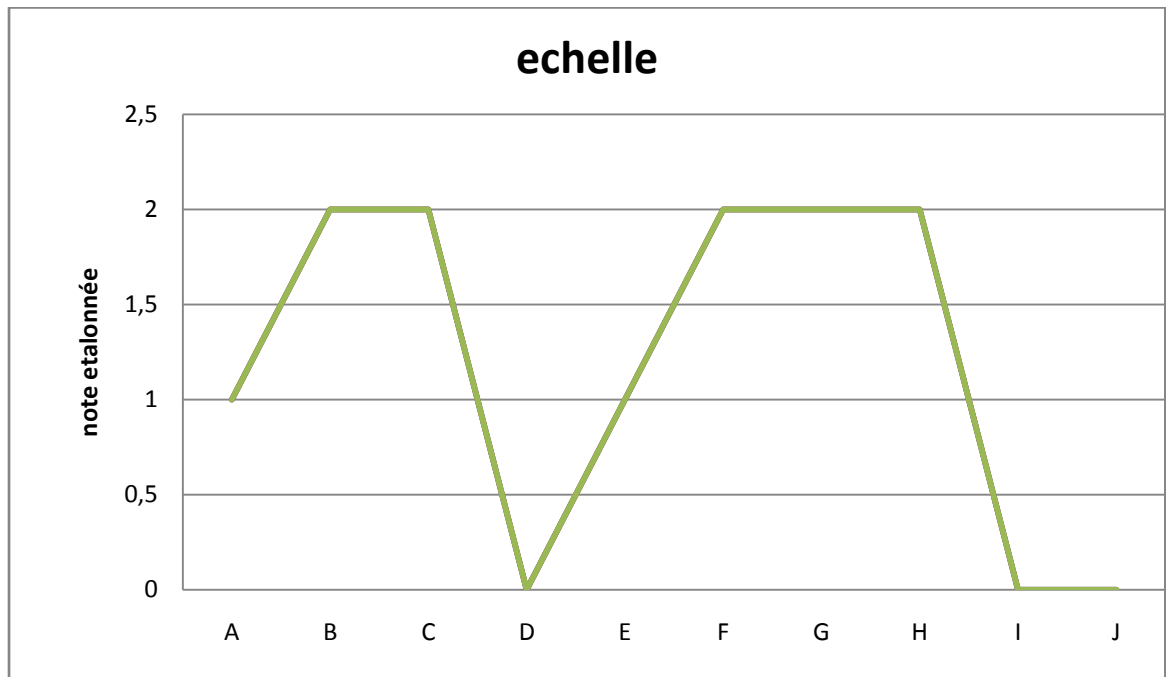
Echelle	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Notre brutale	2	2	3	0	1	1	2	2	0	0
Note étalonné	1	2	2	0	1	2	2	2	0	0

Tableau N°8

- ❖ **Echelle A** : la note brutale est de 2 avec une note étalonnée de 1 pendant l'événement Soraya s'est sentie impuissante et a eu aussi des tremblements.
- ❖ **Echelle B** : la note brutale est de 2 avec une note étalonnée de 2 la dame n'aime pas trop parler de l'événement et aussi elle ressent de l'angoisse à en parler.
- ❖ **Echelle C** : la note brutale est de 3 avec une note étalonnée de 2 la dame, ressent un mois après l'événement, des troubles de sommeil et une fatigue.
- ❖ **Echelle D** : la note brutale est de 0 avec une note étalonnée de 0 Soraya ne présente aucun critère dans cette catégorie.
- ❖ **Echelle E** : la note brutale est de 1 avec une note étalonnée de 1 elle a souffert d'irritabilité.
- ❖ **Echelle F** : avec une note brutale de 1 avec une note étalonnée de 2, Soraya a développé des problèmes de santé depuis sa fausse couche.
- ❖ **Echelle G** : la note brutale est de 2 avec une note étalonnée de 2, la dame a des problèmes de concentration.
- ❖ **Echelle H** : la note brutale est de 2 avec une note étalonnée de 2 la femme a traversé une période de crise de larme.



- ❖ **Echelle I** : la note brutale est vde 0 avec une note étalonnée de 0 elle ne présente aucun signe dans cette échelle.
- ❖ **Echelle J** : la note brutale et de 0 avec une note étalonnée de 0 elle ne présente aucun signe dans cette échelle.



**Figure 4 : présentation graphique du quatrième cas**

### Parie 2 :

Dans le cas de Soraya on peut constater d'après l'analyse de ce questionnaire qu'elle ne présente pas des symptômes du stress post-traumatique

## Cinquième cas

### 1. présentation du cas

M. karima, âgée de 40 ans, travaille dans une entreprise. Elle demeure à Akbou. Mère de 2 enfants une fille et un garçon, elle a fait une fausse couche plus de deux mois auparavant. Elle vient tous les 15 jours à l'hôpital pour des soins. Nous avons un entretien de 45 minutes, avec cette dame, en la langue française

### 2. Analyse de l'entretien

La dame a montré une grande simplicité et gentillesse envers nous. Elle a accepté de nous parler sans aucun problème et nous a relaté sa fausse couche, depuis les premiers temps de sa grossesse. En effet, la dame avait décidé de ne plus avoir d'enfant après ses deux enfants. Après une période de 6 ans, elle est tombée enceinte et cette grossesse a provoqué un sentiment de bonheur à la maison, elle a même réglé des problèmes avec son mari à son âge c'est difficile de mener une grossesse à terme et les médecins eux même lui ont précisé que cette grossesse était à risque ainsi que pour sa vie.

Au bout de 6 mois, elle est tombée malade et a attrapé un rhume. Elle a ressenti des contractions très douloureuses, elle nous a dit que « **je ne sais pas comment cela s'est passé** » Son mari l'a transportée à l'hôpital en urgence. Mais les médecins lui ont dit qu'ils ne pouvaient rien faire ni pour elle, ni pour le bébé. La dame nous a dit que « **je suis revenue de la mort** » En effet, la dame est restée en vie mais le bébé non.

Juste après cet événement, la dame elle nous a dit « **je ne peux plus ni manger, ni dormir, ni reprendre mon travail** » elle a perdu le goût de la vie. Et que lorsque son fils l'a questionnée pour savoir où était le bébé, elle a commencé à pleurer et à se souvenir de sa fausse couche. Et même la nuit « **je ne dors pas**

**bien** ». La dame a du courage. Elle nous dit que « **je me suis dit que je ne peux pas continuer ainsi, moi je veux changer ma vie et je veux oublier ça. Ce n'est qu'une fausse couche** » et la dame est allée consulter un psychologue qui l'aide à surmonter sa peur. Depuis, elle nous a dit que « **je vais bien maintenant très bien même** ». Karima voit que le futur va être mieux pour elle et aussi pour sa famille.

### Présentation et analyse de questionnaire

M. Karima présente un traumatisme léger avec un score total de 32. Elle a développé une anxiété et des crises d'angoisse.

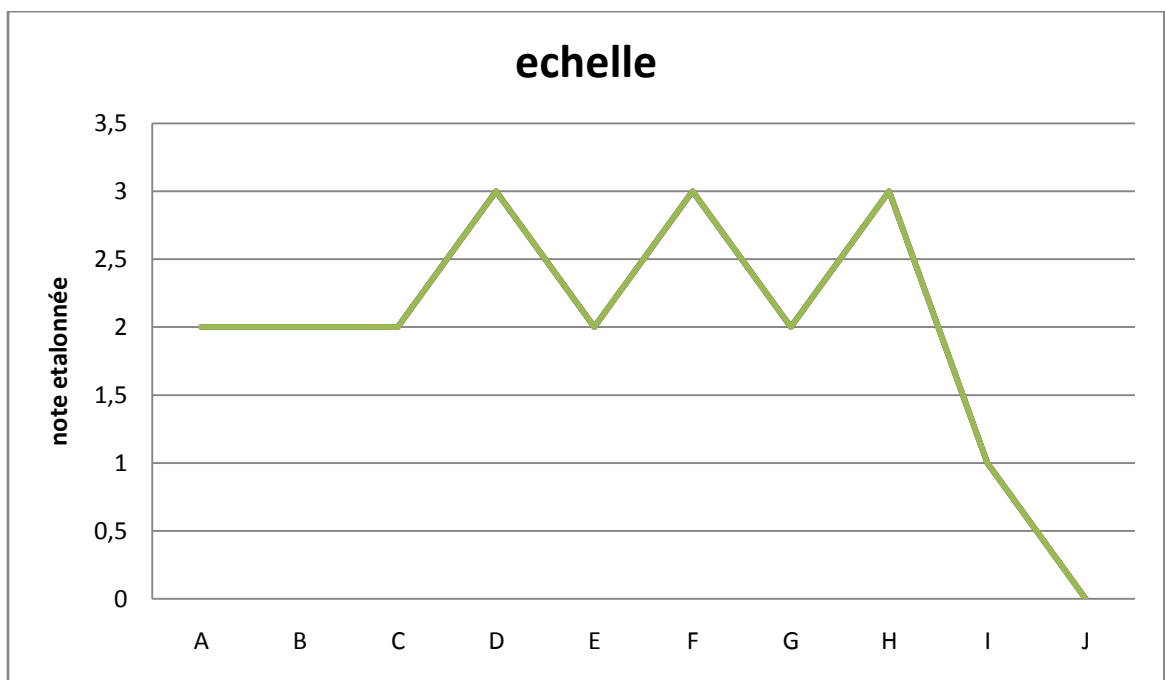
Echelle	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Note brutale	9	3	1	5	2	6	2	4	0	0
Note étalonné	2	2	2	3	2	3	2	3	1	1

**Tableau N°9**

- ❖ **Echelle A** : la note brutale est de 9 avec une note étalonnée de 2 la femme a présenté pendant l'événement de l'angoisse et de l'impuissance.
- ❖ **Echelle B** : la note brutale est de 3 avec une note étalonnée de 3, elle a des souvenirs de l'événement qui lui revient de temps en temps.
- ❖ **Echelle C** : la note brutale 1 avec une note étalonnée de 2 la dame ressent une petite fatigue au réveil.
- ❖ **Echelle D** : une note brutale de 5 avec une note étalonnée de 3 Karima est devenue anxieuse depuis l'événement et ressent aussi un état d'insécurité.
- ❖ **Echelle E** : avec une note brutale de 2 avec une note étalonnée de 2 la dame est plus méfiante qu'auparavant.
- ❖ **Echelle F** : une note brutale de 6 avec une note étalonnée de 3. Dans cette échelle la réaction, quand elle se rappelle de l'événement elle présente des

palpitations et a développé aussi des détériorations de l'état physique général depuis l'événement.

- ❖ **Echelle G** : avec une note brutale de 2 avec une note étalonnée de 2 avec un seul item concerne le fait d'avoir des trous de mémoire.
- ❖ **Echelle H** : avec une note brutale de 4 avec une note étalonnée de 3 la dame a eu des crises de larmes et aussi elle a eu tendance à s'isoler.
- ❖ **Echelle I** : avec une note brutale de 0 et une note étalonnée de 0 la dame ne présente aucuns items de cette échelle.
- ❖ **Echelle J** : avec une note brutale de 0 avec une note étalonnée de 0 Karima ne présenta aucun item de cette échelle.



**Figure 5 : présentation graphique du cinquième cas**

### Parie 2 :

Dans le cas de m .Karima, nous avons remarqué que il ya un stress post-traumatique léger chez la dame. Elle présente dans le premier mois après sa fausse couche, des manifestations du syndrome telle que la crise de larmes et un sentiment d'un état d'insécurité ainsi que de l'angoisse et de l'anxiété.

## 2. Synthèse des cas

L'entretien clinique et les résultats de questionnaire du trauma, nous a permis d'accéder à des données qui permettent de constater, après analyse, que notre population d'étude qui se compose de 5 femmes a montré des résultats différents. Nous avons pu constater que, seulement deux entre elles, ont présenté un syndrome post-traumatique fort. Les autres cas ont montré, un syndrome moyen, l'autre léger ainsi qu'un des sujets ne présentait pas de syndromes. La fausse couche est considérée, par la majorité des femmes qui y sont confrontées, comme un événement très stressant. C'est un événement inattendu et brutal qui peut impliquer une douleur soudaine, des saignements, une hospitalisation et une opération. Elle constitue ainsi un traumatisme susceptible de donner lieu à un état de stress post-traumatique avec des symptômes de reviviscence, d'évitement et d'hyper vigilance neurovégétative. Ce qui est prouvé dans notre cas d'étude:

Dans le cas de Chafiaa, celle-ci a ressenti un sentiment de frayeur. **C'était affreux, j'ai cru que c'est la fin de ma vie** et aussi les cauchemars et les flashbacks « **je n'ai plus envie de poser ma tête sur l'oreiller parce que ce sont les mêmes images qui me viennent toujours** », et le sentiment de tristesse comme le cas de Chahida « **mais à chaque fois que j'ai un moment de paix je ressens une tristesse mais je garde toujours le sourire pour mes enfants.** », et aussi le plus marquant chez ces femmes les crise de larmes démontrées dans le cas de Salima « **et je commence à pleurer sans pouvoir arrêter** » et dans son cas, aussi, nous avons pu remarquer des sentiment de peur et d'insécurité « **j'ai peur tout le temps** ». Dans la plupart des cas, ces femmes ont des difficultés d'endormissement ; par exemple le cas de Chafiaa « **j'ai plus envie de posé ma tête sur l'oreiller parce que ces les mêmes images qui me viennent toujours** ». Et aussi le cas de Salima « **je ne dors pas bien, quand je dors je fais des cauchemars je déteste toute femme qui porte**

**un enfant »** et aussi le cas de Karima « **je ne plus ni manger, ni dormir, ni reprendre mon travail**».

En somme, on peut remarquer que les crises de larmes et de tristesse, des impressions de peur et d'insécurité et de l'angoisse, critères qui sont les plus remarquables et les plus caractéristiques dans notre population d'étude.

### II. la discussion et la vérification des hypothèses de recherche

On a prédestiné les résultats du questionnaire du traumaq afin de pouvoir confirmer notre hypothèse sur la présence ou pas d'un état de stress post-traumatique.

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

Les cas	Niveaux d'intensité di traumatisme	Evaluation clinique
Chafiaa	90	Traumatisme fort
Chahida	55	Traumatisme moyen
Salima	91	Traumatisme fort
Soraya	12	Absence de traumatisme
Karima	32	Traumatisme léger

On résume dans ce tableau, que 4/5 de nos cas, sur lesquels nous avons travaillé présentent un syndrome de stress post-traumatique avec une intensité différente d'une femme à une autre. Nous trouvons :

- 2/5 des cas présentent un syndrome fort
- 1/5 des cas présentent un syndrome moyen

- 1/5 des cas présentent un syndrome léger
- 1/5 des cas présentent une absence d'un syndrome

Chafiaa est le cas le plus touché par les symptômes de l'état du stress post-traumatique avec une note de 91, vu que cette femme s'est battue pour pouvoir tomber enceinte, elle était très attachée à cette grossesse qui était en aussi sa première, de plus avec son âge, il sera difficile de retomber enceinte. De ce fait, la fausse couche est vraiment très dure à vivre pour elle. Elle en a présenté plusieurs signes, comme des comportements d'évitement et de la reviviscence de l'événement et aussi des sentiments de frayeur, de tristesse et d'angoisse ainsi que les crises de larmes.

De plus, à travers le cas de Salima qui a une note brutale de 90, nous retrouvons les syndromes de stress post-traumatique à cause de sa solitude et de son grand désir d'avoir un enfant. De plus pour Salima, la fausse couche était inattendue pour la jeune femme et aussi très douloureuse. Elle a présenté plusieurs signes tels que l'angoisse, la tristesse, la crise de larmes ainsi que l'irritabilité et l'isolement.

Chahida a marqué un score de 55. Elle présente un syndrome de stress post-traumatique moyen. Nous retrouvons un sentiment de culpabilité et d'angoisse. Elle a vécu cette fausse couche comme une perte, elle n'a jamais cru qu'elle allait perdre cet enfant. De plus, durant la fausse couche, elle a ressenti un sentiment de solitude et d'abandon par sa famille ainsi que par son mari.

Karima a marqué un score de 32 elle présente un traumatisme léger on trouve chez la femme des sentiments de tristesse et d'angoisse.

Enfin on trouve Soraya avec un score de 12 elle a un sentiment de tristesse mais qui ne correspond pas à un syndrome de stress post-traumatique.

## Chapitre II : Présentation des cas et analyse de l'hypothèse

---

Cette observation de stress post-traumatique est beaucoup plus évidente que la plupart des cas en raison de la nature extrême du facteur de stress et de l'ensemble de symptômes caractéristiques (ex souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement) et provoquant un sentiment de détresse et difficultés importantes à dormir, réaction de sursaut exagérée et réactivité physiologique immédiate et pénible .tout ces symptômes on était décrit par de nombreuse étude, que nous avons trouvé dans nos cas.

En résumé, l'intensité du traumatisme et son évaluation clinique diffère d'un sujet à l'autre, confrontant alors notre hypothèse principale, malgré la subdivision des résultats en quatre syndromes psycho traumatiques différents ; les sujets ne manifestent toutefois pas la même intensité pour chaque troubles, il est clair en effet que les retombées émotionnelles de chaque sujet diffère donc, à la différence du vécu de chaque femme.



# Conclusion

### Conclusion générale

Dans le cas de fausse couche, la pudique appellation « perte de grossesse » occulte la réalité de la sensation de « perte d'enfant ». Trop souvent la gestion des situations délicates se fait par la négation des ressentis réels, et d'une expérience qu'elle vit tout seule dans son environnement, tant familial que médical qui ne prend pas compte ce qu'elle éprouve. Elle vit cet événement comme un traumatisme qui engendre un stress post-traumatique. Cela s'exprime par des pensées intrusives ou un sentiment de détresse. Or ces femmes en grande souffrance ne seraient que peu prises en charge et leurs symptômes mal diagnostiqués.

A travers notre recherche « l'état de stress post-traumatique chez les femmes ayant des fausses couches » Nous avons essayé d'expliquer la relation de cause-à-effet existante entre ces deux variables, à travers l'analyse de l'ensemble des informations que nous avons pu récolter dans notre étude, en utilisant les outils de recherche et en établissant un guide d'entretien de recherche, appliqué en fonction d'une méthode clinique, qui nous ont permis de comprendre profondément notre population d'étude .

Après la collecte et l'analyse des données, nous avons pu répondre à notre problématique de départ et à affirmer notre hypothèse sur le développement des femmes d'un stress post traumatique après la fausse couche, qui se distingue à partir du moment de l'effroi et l'affrontement avec la réalité de la mort. Cela est bien validé, avec l'étude effectuée sur nos cas. Nous avons constaté l'existence de syndrome qui varie entre un PTSD fort, moyen et léger.

# Liste bibliographique

## **Bibliographie**

1. Anne Danion-Grillat, 2002, Les troubles psychiques de la grossesse et du post-partum .paris.
2. Annick P.et Al, (2009) « débriefing psychologique, pratique, bilan et évaluation des soins », édition. dunod, paris.
3. Barbara o. Rothbaum ,Edna b.foa 2000 « revivre après un viol » édition dunod paris .
4. Benoney H. Cgahraoui KH., 2003. « Méthode d'évaluation et recherché en psychologie Clinique » édition la plume paris.
5. Crocq L,(1999) « les névroses traumatiques »psychologie médical
6. Champagne, L. (1993). Je vis une fausse-couche. Comité multidisciplinaire périnatal. Masson paris
7. Conseil pontifical pour la famille, Lexique des termes ambigus et controversés sur la vie, la famille et les questions éthiques, éditions Plume Paris.
8. Cottraux J.(2001). « Les thérapies comportementales et cognitive » édition Masson, paris.
9. CIM10, classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé (2008) connexes, dixième révision ,2 OMS édition.
10. Damiani C.et Maria Pereira-Fradin. (2006) « traumaq, questionnaire d'évaluation du traumatisme » manuel, France.
11. De Clerque M et Lebigot F. (2001) « les traumatismes psychique » édition .Masson, paris.

12. De Montigny F. (1996). Répercussions de la mort d'un enfant sur la famille. 92, 10, 39-42.

13. DSM- IV « manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux »(1994) , édition .Masson

14. Freud S., (1920) « au-delà du principe de plaisir » édition .Payot, paris.

15 .Freud S., Breuer J., (1895). « Étude sur l'hystérie ».édition .PUF, paris

16. Lebigot F., (2005). « Traiter les traumatisme psychique ».édition Dunod, paris.

17. Lebigot F, et al. (2005).psycho-traumatisme : prise en charge et traitement » édition .Masson, pari

18. Pedinilli. J. 1, (1994). « introduction a la psychologie clinique » édition.nattin,paris.

19. Jacques Lansac ,2001 « Le grande livre de ma grossesse » édition, julien blanche.

20. Jean-Marie Delassus, 1995, 2002, « Le sens de la maternité » édition dunod, paris.

21.Herve,B et Chahraoui,k.(2003) méthode d'évaluation et recherche en psychologie clinique .paris : ed dunod.

## **Thèses**

1. Facteurs de stress prédictifs d'une perte de grossesse et de ses conséquences Joffre Corinne Diplômes universitaire « stress, traumatisme et pathologie » université paris VI faculté de Médecine Pitié-Salpêtrière 2008-2009

2. Benboudjema Hanane, et Challal Baya « l'état de stress post-traumatique chez les accidentés de la route. Université de Bejaia 2014/2015

3. Marie Lacombe les perceptions des infirmières de la situation des femmes qui vivent une fausse couche Canada 1998

4. Fausses couches précoces et rétentions ovulaires : prise en charge immédiate A. Agostini, J ,De Troyer, M. Capelle, J.-P. Estrade (publié la 29.11.2006)

5. Gisèle Geffroy –greco etat de stress post-traumatique lié à l'accouchement et algies pelviennes chroniques

## **Revues**

1. L'impact par Francine de Montigny, Chantal Verdon et Eric Tchouaket « le regard sur la recherche (vivre une fausse couche à l'urgence) : aperçu de l'expérience des femmes » (2002) paris

2. Marie-Marthe Collaed Conseillère conjugale et familiale en planning familial « Mieux accompagner les femmes dans leur avortement » (2011) paris.

3. L'impact psychologique de la fausse couche : revue de travaux Psychological consequences of miscarriage: N. Séjourné S. Callahan, H. Chabrol Centre d'études et de recherches en psychopathologie, université de Toulouse II–Le Mirail, 5, allées Antonio-Machado, 31058 Toulouse, France 2008

## **Dictionnaires**

1. Bloch, H, (1990). Grand dictionnaire de la psychologie .Ed Larousse-bordas.

2. J,Laplanche.J-B , Pontalis.(1996). Le vocabulaire de la psychanalyse. France : Delta.

3. Simmamy,N (2003).dictionnaire de psychologie .paris : larousse.

# Annexe



- **La présentation des axes du guide d'entretien :**

- 1. L'information personnelle sur le sujet :**

C'est pour recueillir les données sur le sujet .celles-ci seront d'une grande importance dans l'analyse

- votre prénom ?
- Quel est le niveau d'instruction ?
- Etes vous marié ou célibataire ?
- Quelle est votre profession ?
- Vous avez des enfants ?

- 2. Avant l'événement :**

C'est pour savoir dans quel état de santé physique et psychique se trouvait le sujet avant l'événement.

- Avez-vous des problèmes de sante avant -0cet événement.
- Avez-vous déjà fait une fausse couche ?combien de fois ?

- 3. Durant l'événement :**

C'est de essayé de relier entre les questions de moment de l'événement et les sentiments immédiat de l'événement.

- Vous avez senti quoi exact a ce moment la.
- Ou vous avez fait votre fausse couche (endroit).
- Vous avez sentir que vous étiez seul ya personne a vous coutes ?
- Vous avez essayé de ne Pas perdre ce bébé (si il ya avait déjà un risque) ?

- 4. après l'événement :**

C'est de connaitre ci le sujet est traumatisé est connaitre les effets du l'ESPT par les réponses des questions suivantes :

- pourriez vous nous parlé de ce qui est passé ou moment de l'événement ?
- vous faite des cauchemars ?
- avait des images de sang qui vient a vos pensée ?
- avez-vous sentie la peur et la crainte ?
- évitez-vous de fréquenté l'endroit ou vous avez fait votre fausse couche ?

### **5. la vision de future :**

C'est pour connaitre asque la personne a dépassé événement ou elle vive dans le souvenir de événement (le deuil).

- Pouvez vous nous parlé de la relation avec votre marie ?
- Pouvez-vous dépassé et oublié cet événement ?
- Vous pensez d'avoir un autre bébé ?et reprendre votre vie normale ?
- Ci vous voulez nous rajouté quelque chose que on a Pas cité durant L'entretien je sui la pour vous aidé madame nésite Pas ?