



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

Université Abderrahmane Mira de Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département de psychologie et d'orthophonie

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme Master en Psychologie

Option : Psychologie Clinique

Thème

L'amputation du pied et le traumatisme psychique chez les patients diabétiques

Étude Clinique de 04 cas au sein de l'EPH Aokas

Réalisé par :

ZIANE SARA

TAHROUST Kamelia

Encadreur

Dr. BELBESSAI RACHID

Soutenu le .../.....2024

Devant les Membres du jury

Mme. MEMMERI OUIZA.....Président

Dr. BELBESSAI RACHID..... Rapporteur

Mr. BOUCHALA MEBAREK FATAH.....Examineur

2023-2024

Remerciements

À la fin de cette étude, nous souhaitons exprimer notre immense reconnaissance envers toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin, à sa réalisation.

Nous exprimons notre reconnaissance envers Dieu pour sa bénédiction, sa volonté et le courage dont nous avons bénéficié tout au long chemin de notre projet pour nous, ces valeurs sont la clé du succès dans la vie.

Nous exprimons notre gratitude envers notre encadrant, le Dr BELBESSAI RACHID. Pour son soutien, sa disponibilité et ses précieux conseils tout au long de la réalisation de ce projet.

Nous tenons aussi à remercier Dr Kasmi Souade pour ses conseils, ses encouragements, ses remarques et son aide.

Nous adressons nos sincères remerciements à tous les membres du jury pour leur dévouement à évaluer ce travail humblement présenté.

Nous souhaitons exprimer nos remerciements les plus sincères à tous les enseignants du département des sciences sociales pour leur contribution essentielle à notre recherche.

Un grand merci aux patients diabétiques qui ont généreusement partagé leurs histoires avec nous.

Nous tenons également à remercier chaleureusement tout le personnel médical de l'hôpital d'Aokas pour leur accueil bienveillant et leur soutien continu.

Dédicaces

Je tiens à dédier mon travail à toutes les personnes qui me sont chères.

À mes chers parents, qui m'ont toujours soutenu et encouragé dans mes études, je dédie ce mémoire en signe de reconnaissance infinie pour votre amour et votre dévouement.

À mon époux et compagnon de vie, je dédie ce travail avec gratitude pour ton amour inconditionnel, ta patience et ton soutien indéfectible tout au long de mon parcours.

À ma sœur et mes deux frères Hayette, Hamza et Khoudir, sources de joie et de partage, je dédie ce travail avec gratitude pour votre présence dans ma vie, vos encouragements et les moments de complicité partagés.

À mes cher enfants et mes trésors Dylan et Enzo, qui égayent ma vie et illuminent mon quotidien, je dédie ce travail avec amour et reconnaissance pour le bonheur que vous m'apportez chaque jour.

À mes beaux-parents aimés, sources de conseils précieux et d'amour bienveillant, je dédie ce travail avec gratitude pour votre soutien indéfectible et votre place importante dans ma famille.

À mes chers neveux et nièce Saber, Yanis, Abd arrahman, Amin, leyam et Sydra, sources de joie et d'inspiration, je dédie ce mémoire en espérant que ce travail soit un exemple pour vous et vous encourage à poursuivre vos rêves avec passion.

À tous les membres de ma famille et ma belle famille, beaux frères, belles sœurs oncles, tantes, cousins, cousines.

Sans oublier ma cher binome Kamelia.

Sara

Dédicaces

Premièrement, je souhaite dédier ce travail précieux à mes parents, mes plus grands soutiens et mes sources d'inspiration les plus profondes.

À ma mère, ma première enseignante de vie, qui m'a inculqué toutes les valeurs et la bonté, je souhaite exprimer ma profonde gratitude pour tous ses sacrifices.

À mon roi, mon père source de bonheur et de réconforte, qui a toujours été présent dans les moments difficiles, je lui adressée mes plus sincères remerciements pour tous c'est sacrifices.

À ma sœur, la plus merveilleuse du monde, ainsi qu'à ses filles Ritaje et Aridje, je veux exprimer toute ma reconnaissance pour leur soutien et leur amour.

À mon frère, mon bras droit, mon pilier et mon soutien, je témoigne de ma gratitude pour sa présence indéfectible.

À mon neveu Wiliam, mon rayon de soleil.

À tous les membres de ma famille, oncles, tantes, cousins, cousines.

Sans oublier ma cher binome Sara.

Kamelia

Résumé

Le diabète, en particulier le diabète de type 2, est un facteur de risque majeur d'amputation des membres inférieurs. Cette complication découle de la neuropathie diabétique, une atteinte nerveuse qui diminue la sensibilité au niveau des pieds. L'amputation peut engendrer des conséquences psychologiques importantes, telles que le traumatisme, la dépression, l'anxiété et le trouble de stress post-traumatique (TSPT). Bien que le diabète et l'amputation aient un impact négatif sur la santé mentale est physique des individus, un soutien et un traitement adéquats permettent aux personnes amputées de mener une vie pleine et productive.

Cette étude vise à explorer et à décrire le vécu psychologique des patients diabétiques amputés. Nous nous intéressons également aux effets de la maladie sur les ressentis de ces individus. Cette recherche s'inscrit dans un cadre de référence psychodynamique. Notre étude a été réalisée au sein du service de médecine interne de l'EPH d'Aokas. Notre groupe de recherche est composé de quatre participants, Tous les participants ont fait l'objet d'un entretien clinique semi-directif et ils ont rempli le questionnaire Traumaq. Les entretiens et les questionnaires administrés ont révélé un niveau de traumatisme variable d'un cas à l'autre. En effet, tous les cas de notre groupe de recherche présentent des signes de traumatisme. Les résultats de cette étude mettent en lumière l'impact significatif de l'amputation sur le vécu psychologique des patients. Les participants dans notre étude ont exprimé des sentiments de tristesse, d'anxiété et de colère. Ils ont également rapporté des difficultés dans leurs relations interpersonnelles et leur vie professionnelle.

Mots clés : Le diabète, le diabète de type 2, pied diabétique, amputation, traumatisme psychique.

يعد مرض السكري، خاصة السكري من النوع 2، عاملاً رئيسياً لخطر بتر الأطراف السفلية. تنتج هذه المضاعفات عن الاعتلال العصبي السكري، الذي يُقلل من الحساسية في القدمين. قد تسبب عملية البتر آثاراً نفسية، مثل الصدمة النفسية، الاكتئاب، القلق واضطراب ما بعد الصدمة (PTSD). على الرغم من أن السكري وبتر الأطراف لهما تأثير سلبي على الصحة العقلية والجسدية للأفراد، فإن الدعم والعلاج المناسبين يمكن المصابين ببتير الأطراف من العيش حياة كاملة ومنتجة. هذه الدراسة تهدف إلى استكشاف ووصف التجربة النفسية للمصابين ببتير الأطراف الناجم عن مرض السكري. كما تهدف أيضاً إلى فهم تأثير المرض على مشاعر هؤلاء الأفراد. يأتي هذا البحث في إطار نظري نفسي ديناميكي. أُجريت هذه الدراسة في قسم الطب الباطني في المستشفى العام أوقاس، تم تشكيل مجموعة بحث تضم أربعة مشاركين. خضع جميع المشاركين لمقابلة شبه توجيهية وقاموا بتعبئة استبيان Traumaq. كشفت المقابلات والاستبيانات التي أُجريت عن وجود مستويات متفاوتة من الصدمة بين الأفراد. في الواقع، أظهر جميع المشاركين علامات الصدمة. تُسلط نتائج هذه الدراسة الضوء على التأثير الكبير للسكري وبتر الأطراف على التجربة النفسية للمرضى. كما أعرب المشاركون في دراستنا عن مشاعر الحزن، القلق والغضب. كما أبلغوا عن صعوبات في العلاقات الشخصية والحياة المهنية.

الكلمات الرئيسية: السكري، السكري من النوع 2، قدم السكري، بتر الأطراف، الصدمة النفسية.

Table des matières

<i>Remerciements</i>	<i>I</i>
<i>Dédicaces</i>	<i>II</i>
<i>Dédicaces</i>	<i>III</i>
<i>Résumé</i>	<i>IV</i>
<i>ملخص</i>	<i>V</i>
<i>Liste des abréviations</i>	<i>XI</i>
<i>Liste des tableaux</i>	<i>XII</i>
<i>Liste des figures</i>	<i>XIII</i>

<i>Introduction générale</i>	<i>1</i>
---	-----------------

Partie théorique

<i>Chapitre I : Diabète, pied diabétique et amputation</i>	<i>5</i>
---	-----------------

<i>Préambule</i>	<i>6</i>
------------------------	----------

I. Diabète	6
1. 1. Définition des concepts	6
2. Histoire de diabète	7
3. 3. Définition de diabète:	8
4. Critères diagnostic du diabète:	9
5. Épidémiologie de diabète dans le monde et en Algérie:	9
6. Les types de diabète	10
7. La sémiologie de diabète	11
8. Les facteurs de diabète:	12
9. Les complications de diabète du type2.....	14
10. Le traitement de diabète:	14
11. Traitement de diabète non insulino dépendant	15
12. Vécu psychologique des diabétiques	16

<i>Synthèse</i>	<i>19</i>
-----------------------	-----------

II. Le Pied diabétique	19
1. Définition de pied diabétique:	19
2. Données épidémiologiques de problème du pied diabétique	20
3. Classification des palis pieds diabétiques.....	20
4. Physiopathologie de pied diabétique	21
5. La prise en charge du pied diabétique:	24

6. Prévention de pied diabétique	24
III. L'amputation	25
1. Rappels historiques sur l'amputation	25
2. Définitions de l'amputation.....	26
3. Épidémiologie des amputations des membres inférieurs chez les diabétiques.....	26
4. Les types de l'amputation:.....	27
5. Les causes de l'amputation.....	29
6. L'aspect psychologiques des diabétiques amputés.....	30
Chapitre II : Traumatisme psychique..... 32	
Préambule..... 33	
I. L'histoire du traumatisme psychique	33
1. De l'Antiquité au 17 ^{ème} siècle : premiers récits historiques et scientifiques.....	33
2. Du 18 ^{ème} au milieu du 19 ^{ème} siècle : premières observations scientifiques et premières hypothèses étiologiques.....	33
3. Fin du 19 ^e siècle : vers une étiologie psychogénique	35
4. Le 20 ^e siècle : l'évolution de la notion de traumatisme.....	36
II. Définitions des concepts clés de la recherche :	36
1. Définitions de l'événement traumatique	36
2. Définition du traumatisme	37
3. Le stress post-traumatique.....	38
4. La résilience	39
III. Critères diagnostiques du DSM 5 et de La CIM 10 :	39
1. DSM5	39
2. CIM 10	44
IV. Diagnostic différentiel.....	45
V. Les paramètres des événements traumatisants :	46
1. Traumatismes individuelles et collectifs	46
2. Les traumatismes individuels	47
3. Les traumatismes collectifs	47
4. Traumatisme d'origine naturelle ou humaine.....	48
5. Traumatismes d'origine naturelle.....	48
6. Traumatisme d'origine humaine.....	49
VI. Les types de traumatisme :	49
1. Les traumatismes de type I, II et III, simples et complexes	49
VII. Les traumatismes directs et indirects :	52
1. Les traumatismes directs	52
2. Traumatismes indirects, la cicatrice sans la blessure :	54
VIII. Dimensions psychopathologiques et cliniques des syndromes psycho-traumatiques :	59

1. Le traumatisme psychique	59
2. Le syndrome de répétition	61
3. La signification du syndrome de répétition	64
4. Remaniements et altération de la personnalité post-traumatique	64
5. Les troubles associés	66
6. Les conséquences psychosociales du trauma et le traumatisme second.....	67
IX. Troubles psychiques postopératoires	68
X. Les effets du traumatisme.....	69
XI. Prise en charge du traumatisme.....	70
1. La prise en charge médicamenteuse (ou pharmacothérapie).....	70
2. Neurostimulations	71
3. Les psychothérapies	72
Synthèse	77
Problématique et hypothèses de recherche	78
I. Questions de la problématique	82
II. Hypothèses de la recherche :	83
III. L'intérêt de choix de thème	83
IV. Opérationnalisation des concepts	83
Partie méthodologique	
Chapitre III : Méthodologie de la recherche	86
Préambule.....	87
I. La pré-enquête.....	87
II. Les limites de la recherche	88
III. La méthode de la recherche.....	88
IV. Étude de cas.....	89
V. Lieu de recherche	90
VI. Le groupe de recherche	90
VII. Les critères de la sélection:	91
VIII. Les outils de recherche:.....	92
1. L'entretien de recherche:.....	92
2. L'entretien non –directif.....	93
3. L'entretien semi-directif.....	93
4. Le guide d'entretien.....	93
5. Le déroulement de l'entretien de recherche	95
IX. Le questionnaire d'évaluation du traumatisme psychique « <i>Trumaq</i> ».....	96

1. Définition.....	96
2. Les objectifs	96
3. La population concernée.....	97
4. Le contenu de questionnaire traumaq.....	97
5. Étalonnage normalisé en cinq classes.....	97
X. Le déroulement de la recherche.....	99
1. L'enquête et le pré- enquête	99
XI. Déontologie de la recherche et l'attitude de clinicienne	101
XII. Les Difficultés et contraintes de la recherche	102
<i>Synthèse</i>	103

Chapitre IV : présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses..... 104

Préambule..... 105

I. Présentation et analyse des résultats de la recherche	105
Cas N 1: Mr Hamid	105
1. Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi-directif.....	105
2. Synthèse de l'entretien de Mr Hamid.....	107
3. Présentation et analyse des résultats de questionnaire d'évaluation traumaq.....	107
4. Synthèse de cas de Hamid	110
Cas N2 : Mr Ali	110
1. Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi-directif.....	110
2. Synthèse de l'entretien de Mr Ali.....	112
3. Présentation et analyse des résultats de questionnaire d'évaluation Traumaq	112
4. Synthèse des données du Traumaq.....	116
Cas N03 : Mr Salim.....	116
1. Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi-directif.....	116
2. Synthèse: de monsieur Salim.....	118
3. Présentation et analyse des résultats de questionnaire d'évaluation Traumaq	118
4. Synthés de cas de Salim	121
Cas N4 : Mr Samir.....	121
1. Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi-directif.....	121
2. Synthèse de l'entretien de Mr Samir	122
3. Présentation et analyse des résultats de questionnaire d'évaluation Traumaq	123
4. Synthèse des données du traumaq	126
II. Discussion et vérification des hypothèses de la recherche	126
III. Rappel sur les hypothèses de la recherche	127

Conclusion générale..... 131

Bibliographie 135

<i>Annexes</i>	143
<i>Annexe N1 : guide d'entretien semi- directif</i>	144
<i>Annexe N2 : Traumac</i>	146

Liste des abréviations

- **APA** : American psychological Association
- **CIM** : Classification internationale des maladies
- **DSM** : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
- **EMDR** : Eye- movement desensitization and reprocessing (Désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires)
- **EP** : Le principe thérapeutique de l'exposition prolongée
- **EPH** : Établissement Public à caractère Hospitalier
- **ESPT** : État de stress post traumatique
- **OMS** : Organisation mondiale de la santé
- **PTSD** : Post traumatic stress disorder
- **TCC** : Thérapies cognitive et comportemental
- **TEP** : Thérapie d'exposition prolongé
- **TPC** : Thérapie des processus cognitifs
- **TPI** : Thérapie psychodynamique interpersonnelles
- **Traumaq** : Questionnaire d'évaluation du traumatisme psychique

Liste des tableaux

Tableau 1: Les caractéristiques des participants dans la recherche.....	91
Tableau 2: Conversion des notes brutes étalonnées par échelle.....	98
Tableau 3 : Conversion des notes brutes totales de la partie en note étalonnée et en niveau d'intensité.	98
Tableau 4: Conversion de notes brutes obtenues par Atman en notes étalonnés	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 5 : <i>Conversion des notes brutes par Mr Saïd en notes étalonnées.</i>	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 6 : Conversion des notes brutes obtenues par Hamid en notes étalonnés. ..	107
Tableau 7: Conversion des notes brutes par Mr Said en notes étalonnées.....	113
Tableau 8: Conversion de notes brutes obtenues par Mr Salim en notes étalonnées.	118
Tableau 9: Conversion des notes brutes par Saïd en notes étalonnées.....	123
Tableau 10 : Tableau récapitulatif des résultats des participants (cas).	127
Tableau 11: Tableau récapitulatif des notes étalonnées des participants (cas).	128

Liste des figures

Figure 1: Stress et trauma (F. Lebigot).	70
Figure 2: Représentation graphique du profile de Atman.... Erreur ! Signet non défini.	
Figure 3: Représentation graphique du profile du Saïd. Erreur ! Signet non défini.	
Figure 4: Représentation graphique de cas de Mr Hamid.....	109
Figure 5: Représentation graphique du profile du Mr Ali.	115
Figure 6: Représentation graphique de cas de Salim.	120
Figure 7: représentation graphique du profile du Samir.	125
Figure 8: Représentation graphique des profils des participants (cas).	129

Introduction générale

Introduction générale

La santé est un élément crucial de la vie humaine, qui influence directement notre bien-être et notre qualité de vie. Sa nature fragile et temporaire la rend d'autant plus précieuse. Tout au long de notre existence, nous sommes susceptibles de rencontrer diverses maladies, affectant sa santé de manière plus ou moins importante.

Cependant, durant toute notre existence, nous sommes confrontés à différents défis qui peuvent menacer notre santé ; maladies chroniques, traumatismes, stress, mauvaises habitudes de vie... autant de facteurs qui peuvent fragiliser notre bien-être physique et mental.

En ce sens, le diabète est un problème de santé publique majeur dans le monde, qui touche des millions de personnes, c'est une maladie chronique caractérisée par un taux élevé de sucre (glucose) dans le sang. Il s'agit d'un dysfonctionnement de la production ou bien de l'utilisation de l'insuline. Le diabète peut altérer gravement la santé et augmenter le risque de complications graves, telles que les maladies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, les maladies rénales, la cécité et les amputations des membres inférieurs.

De ce fait, l'amputation du pied diabétique est une complication grave du diabète, C'est l'ablation d'une partie du pied ou de la jambe aussi qu'elle est une intervention chirurgicale qui risque des complications graves sur le corps, et qui peut avoir un impact important sur la vie quotidienne d'une personne.

En effet, L'amputation du pied représente une épreuve physique et émotionnelle majeure qui bouleverse la vie de l'individu. La combinaison de la douleur physique, de la perte d'un membre et des bouleversements psychologiques liés à l'amputation augmente considérablement le risque de développer un traumatisme psychique.

L'objectif principal de cette recherche est d'examiner l'impact psychologique de l'amputation du pied chez les patients diabétiques. Cette étude vise à explorer le lien entre l'amputation du pied et le traumatisme psychique chez les personnes atteintes de

diabète. Il s'agit d'une recherche approfondie sur les conséquences psychologiques de l'amputation du pied chez les patients diabétiques.

Dans le but de réaliser notre étude, on a choisi comme terrain d'étude l'établissement public hospitalier (EPH) d'aokas de la wilaya de Bejaia. Les sujets de notre groupe de recherche se composent de quatre amputés (4 sujets de recherche), qui ont été choisis, en fonction des critères de sélection précis. Pour collecter les données nécessaires de notre recherche, nous avons utilisé deux outils principaux : **l'entretien semi-directif** et **le questionnaire TRAUMAQ**. La combinaison de ces deux outils nous a permis de recueillir des données à la fois qualitatives et quantitatives. Les données qualitatives obtenues par les entretiens nous ont permis de comprendre les expériences individuelles des participants, tandis que les données quantitatives obtenues par le questionnaire TRAUMAQ, qui nous ont permis de comparer les niveaux de traumatisme des sujets de la recherche et de tirer une conclusion générale.

De ce fait, Après l'introduction générale, nous avons structuré notre travail en deux parties à savoir une **partie théorique** et une **partie pratique**. En premier lieu, la première partie qui se compose de trois chapitres théoriques. L'intitulé du premier chapitre est « *Diabète, pied diabétique et l'amputation* » dans lequel nous avons présenté « *la maladie du diabète, le pied diabétique et l'amputation* ».

Le deuxième chapitre théorique s'intitule « *Traumatisme psychique* » dans lequel nous avons présenté l'historique du concept, la définition des concepts clés de la recherche, les critères diagnostiques du DSM 5 et de La CIM 10, le diagnostic différentiel, les paramètres des événements traumatisants, les types de traumatisme, les traumatismes directs et indirects, les dimensions psychopathologiques et cliniques des syndromes psycho-traumatiques, les troubles psychiques postopératoires, les effets du traumatisme, et enfin la prise en charge du traumatisme.

Quant au chapitre suivant il s'intitule « *problématique et hypothèses* » dans lequel nous avons élaboré une problématique et proposé des hypothèses que nous allons confirmer ou infirmer à la fin de notre recherche.

En second lieu, la partie méthodologique qui est composé de deux chapitres ; un chapitre intitulé « *méthodologie de la recherche* », à travers le quelle nous avons présenté en détail les démarches suivie pour mener cette recherche. Il décrit le déroulement de la pré-enquête et de l'enquête, ainsi que la présentation de lieux de stage, le groupe d'étude de recherche, la méthode de recherche et les outils utilisés dans notre recherche.

Et un deuxième chapitre qui s'intitule « *présentation, analyse et discussion des résultats* », qui est destiné à la présentation et l'analyse des données concernant les sujets de recherche, puis la discussions des hypothèses proposées au début de la recherche.

Enfin, on termine notre travail de recherche par une conclusion générale suivie de nos références bibliographiques et des annexes.

Partie théorique

*Chapitre I : Diabète,
pied diabétique et amputation*

Préambule

Dans ce chapitre, nous allons présenter l'aspect médical et psychologique de diabète de type2, celui-ci est composé de trois parties: Dans la première parti le diabète et un problème de santé publique, c'est une maladie qui peut apparaître à n'importe quel âge, lorsque le pancréas ne produit pas assez d'insuline, ou bien lorsque l'organisme n'est pas capable d'utiliser efficacement l'insuline qu'il produite, il s'agira de présenté l'aspect médical et psychologique spécifique au diabète. La seconde partie sera consacrée au pied diabétique, et enfin il portera sur l'amputation, qui est une particularité notable de notre sujet de recherche.

I. Diabète

Avant d'explorer les aspects cliniques du diabète de type2 et son impact sur l'état psychique de personne atteinte, il est essentiel de clarifier certains concepts fondamentaux qui entourent de cette maladie à savoir la santé, la maladie et maladie chronique.

1. 1. Définition des concepts

1.1. La santé

En 1986, l'organisation mondiale de la santé (OMS) a fait évoluée la définition de la santé comme suit: « la santé est définie par la capacité d'un individu ou d'un groupe à atteindre ses objectifs et à satisfaire ses besoins, tout en s'adaptant à son environnement. Ainsi, la santé est perçue comme une ressource essentielle pour la vie quotidienne. (Xiavier, D.2016, p.8).

En effet, la santé est à la fois l'absence de maladies et une ressource précieuse qui permet à une personne de réaliser ses aspirations et de répondre à ses besoins. Elle constitue ainsi un pilier essentiel pour progresser et mener une vie épanouie.

1.2. La maladie

La maladie, souvent caractérisée par un changement dans l'état de santé ou

une condition pathologique dont les causes sont identifiées, se traduit par une altération de la santé d'un individu. Chaque maladie comporte des origines, des signes cliniques et para cliniques, une évaluation, un pronostic et un traitement spécifiques. (Ybert, E. et al. 2001, p.559).

1.3. La maladie chronique:

Dans la terminologie neurologique, la maladie chronique est définie par (Berube 1991), comme une affection de longue durée caractérisée par des symptômes légers et évolutifs pouvant évoluer vers la guérison, le décès ou des complications graves liées à une maladie sous-jacente. (Berube, L. 1991, p, 130).

Les maladies chroniques se distinguent par leur évolution progressive, souvent liée à une incapacité potentielle et un risque accru de complications graves. Elles se caractérisent souvent par des rechutes, des handicaps temporaires ou permanents, ainsi qu'un risque d'invalidité.

Nous allons dans les prochaines lignes aborder la notion du diabète. Premièrement, nous allons présenter un survol de L'histoire de diabète, puis nous allons anticiper sur des différents aspects cliniques, en fin nous allons aborder l'impact néfaste de cette maladie sur la dimension psychologique de la personne atteinte.

2. Histoire de diabète

La plus ancienne description d'une maladie ressemblant au diabète remonte à L'antiquité égyptienne: papyrus de Thèbes, 1550 (av J.C) dès cette époque rentrée en effet les urines très abondante signalant cette maladie avait retenu l'attention d'ailleurs, le terme grec diabète signifie proprement « qui traverse »; voici les observations que nous livre arrêtée de Cappadoce au début du II siècle après(J.C.)«Le diabète est une affection grave peu fréquente, qui se caractérise par une fonte musculaire importante des membres des dans l'urine, le patient n'arrête pas d'uriner et ce flux est incessant comme un aqueduc qui se vide. La vie est courte désagréable et douloureuse, la soif est inextinguible, les patients sont en proie à des nausées, un état d'agitation, une soif dévorante, et en peu de temps il meurt».

Malgré la précision de médecin grec ce n'est qu'6^{ème} Siècle que s'établit, dans la littérature sanscrite, la relation entre la présence du sucre dans les urines et maladie.

Une prochaine étape est franchie avec le médecin arabe Avicenne, au 11^{ème}siècle il complète le tableau notamment en attribuant deux complications au diabète, à savoir la gangrène et la perte des fonctions sexuelles.

En Europe, c'est au 17^{ème} siècle que le médecin personnel de roi Charles II d'Angleterre, thomas Willis fait à son tour état du gout sucré de l'urine des diabétiques; plus tard au début du 19^{ème} siècle l'écossais John Rollo signale l'hyperglycémie (taux de sucre excessif dans le sang) par objectif latin mellites « sucré », permettant alors de distinguer le diabète des autres maladies également caractérisés d'abondantes émissions d'urine.

Au 19^{ème}siècle, une grande époque de la classification des maladies et l'étude de leur évolution, grâce en particulier à L'expérimentation animale. Le fameux chercheur français Claude Bernard montre que le sucre sanguin, le glucose, peut être stocké dans le foie sous forme de glycogène. Le rôle du pancréas est mis en évidence par les allemands Oskar Minkowski et Josef Von Mering, suit à l'ablation de cet organe chez les chien, celui-ci meurt peu après de diabète.

Il Restait précisé l'origine de la substance issue du pancréas, permettant d'abaisser le taux sanguin du sucre. A vingt deux ans, l'allemand Paul Langerhans décrit les groupes de cellules portant aujourd'hui son nom, sans toutefois en comprendre la fonction, l'existence d'un homme fabriquée dans les ilots de Langerhans L'insuline, de latin « insula » ile est postulée du début de XXe siècle. (Martin, B. 2006, p.10).

3. 3. Définition de diabète:

D'après la définition médicale le diabète est un trouble métabolique caractérisé par une altération de l'assimilation, de l'utilisation et du stockage du sucre provenant de l'alimentation, ce qui entraîne une élévation anormale du taux de sucre dans le sang.

Cela se traduit par un taux de glucose dans le sang élevé: on parle d'hyperglycémie, les aliments sont composés de lipides (graisse) protides (comme la viande) et glucides (sucre, féculents) ce sont eux qui fournissent l'essentiel de l'énergie dont a besoin le corps pour fonctionner, passent dans l'intestin puis rejoignent la circulation sanguin.

Quand on mange, le taux de sucre dans le sang augmente les glucides sont alors transformés essentiellement en glucose le pancréas détecte l'augmentation de la glycémie. Les cellules bêta du pancréas regroupées en masse appelés ilots de Langerhans secrètent de l'insuline permet au glucose de pénétrer dans les cellules de l'organisme, muscles, tissus adipeux et le foie où il va pouvoir être transformé et stocké.

Ainsi la glycémie peut augmenter légèrement, puis revenir à un taux normal et le glucose être converti en réserves et en énergie chez les personnes atteintes du diabète ce système ne fonctionne pas. (Grimaldi, A. Jacquemin et Heurtier, S. et al. 2005, p.26).

4. Critères diagnostique du diabète:

Dans ce paragraphe, nous avons exposé les critères diagnostiques du diabète de type 2, qui reposent sur deux mesures principales de la glycémie:

- Une glycémie à jeun supérieure à 1.26g/ (7mmol/L) c'est la mesure de la glycémie après un jeûne de 8 heures minimum.
- Une glycémie à la deuxième heure de l'hyperglycémie provoquée orale (HGPO) supérieure ou égale à 2g/l, c'est la mesure de la glycémie deux heures après avoir ingéré une solution de glucose standard lors d'un test d'HGPO. (Grimaldi, A. 2009, p. 3).

5. Épidémiologie de diabète dans le monde et en Algérie:

Selon l'OMS le nombre des personnes atteints de diabète est passé de 108 millions en 1980 à 422 millions en 2014. La prévalence mondiale du diabète chez

les adultes de plus de 18 ans est passée de 4,7% en 1980 à 8,5% en 2014, la prévalence du diabète a augmenté plus rapidement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Le diabète est une cause majeure de cécité, d'insuffisance rénale, d'accidents cardiaques, d'accidents vasculaires cérébraux et d'amputation des membres inférieurs.

En 2012, on a estimé que 1,5 de décès étaient directement dus au diabète et que 2,2 millions de décès supplémentaires devaient être attribués à l'hyperglycémie. Près de la moitié des décès dus à l'hyperglycémie surviennent avant l'âge de 70 ans. L'OMS prévoit qu'en 2030, le diabète sera la septième cause de décès dans le monde.

En Algérie, le diabète vient en deuxième position au classement des maladies chroniques, derrière l'hypertension, selon la 3^e étude nationale des indications multiples. Le nombre de personnes atteintes de diabète est en progression, passant de 0,3% chez les sujets âgés de moins de 35 ans à 4,1% chez les 35-59 ans et 12,5% chez les plus de 60 ans, selon cette étude menée par le ministère de la santé, de la Population et de la Réforme hospitalière, en collaboration avec l'office national des statistiques et des et des représentations des Nations unies Alger. ([http://www.libert-algerie.com/dossier-économique/le-diabète-deuxième-maladie-chronique-en-Algérie - 103044](http://www.libert-algerie.com/dossier-économique/le-diabète-deuxième-maladie-chronique-en-Algérie-103044))

6. Les types de diabète

6.1. Le diabète de type 1

Le diabète de type 1, également appelé diabète insulino-dépendant, est généralement diagnostiqué chez les jeunes, se manifestant souvent dès l'enfance à l'adolescence ou chez les jeunes adultes. Il s'agit d'une maladie auto-immune dans laquelle le système immunitaire produit des anticorps qui attaquent les cellules productrices d'insuline du pancréas. (Buysscharet, M. 2012, p.9).

6.2. Le diabète de type 2 (diabète non insulino-dépendant)

Le diabète de type 2 est une maladie chronique, souvent héréditaire, multifactorielle encore mal connue, sa pathogène n'est pas clairement élucidée, mais

elle semble caractérisée par deux types d'anomalies, des altérations de l'insulinosécrétion et des anomalies des effets de l'insuline sur ses tissus cibles, le DT2 est une affection métabolique chronique, l'ordre de conséquences par ces complications.

Au cours de la maladie diabétique un cercle vicieux se développe dans le déficit initial de sécrétion hormonale contribué à la détérioration métabolique progressive. Plusieurs facteurs de risque ont été identifiés, surpoids, obésité et sédentarité, facteurs génétiques, plusieurs publications ont montré l'existence d'une corrélation étroite entre le syndrome métabolique et la survenue du diabète, de fait 42% des patients diabétiques de type2 sont en surpoids (indice de masse corporelle entre 25et 30KG). (Colomb, A. 2009, p, 19).

6.3. Le diabète gestationnel(DG)

Le diabète gestationnel connu sous le nom de diabète de la grossesse, c'est une maladie fréquent qui touche entre 10et20% des grosses selon les pays il due au fait que les besoin naturels en insuline augmentent régulièrement et rapidement à partir de deuxième trimestre de la grossesse jusqu'à être doublés en fin de grossesse, chez certains femmes le pancréas n'arrive pas à produit suffisamment d'insuline pour couvrir ces besoin. (Altman, N. et al, 2014, p.20).

7. La sémiologie de diabète

Dans ce paragraphe, nous avons abordé la sémiologie de diabète en décrivant les manifestations cliniques qui lui sont associées:

- **Polyurie:** accroissement des quantités d'urine émises en 24heures.
- **Polydipsie:** soif excessive, c'est une manifestation fréquente du diabète.
- **Polyphagie:** boulimie, elle contraste avec l'amaigrissement est oriente vers le diagnostic de maladies métabolique.
- **L'amaigrissement:** perte du poids supérieur à 5% du poids corporelle.

- **Fatigue Acidocétose.** (Larousse médicale, 2012).

8. Les facteurs de diabète:

Le risque de diabète de type2 résulte d'une combinaison de facteurs génétiques, organiques et environnementaux. Qui interagissent progressivement jusqu'à l'apparition définitive de la maladie.

8.1. Facteurs génétiques:

Les facteurs génétiques jouent un rôle crucial dans l'apparition du diabète de type2, car son héritabilité est estimée entre 20% et 80% selon les études. En effet, le risque de développer ce type de diabète est de 40% chez les individus ayant un parent diabétique, jusqu'à 70% si les deux parents sont affectés par les maladies est également de 80% chez les jumeaux monozygotes et de 20% chez les jumeaux dizygotes. (Agnes, H. 2019, p.5).

8.2. Les facteurs organiques:

La résistance à l'insuline, un facteur organique, se manifeste lorsque les cellules deviennent moins réceptives à cette hormone. Cette résistance, observée notamment au niveau des cellules hépatiques, musculaires et adipeuses, conduit à une accumulation de glucose dans le sang, entraînant ainsi une hyperglycémie. En réaction à cette résistance, les cellules pancréatiques augmentent la production d'insuline peut épuiser les cellules pancréatiques, entraînant des complications associées au diabète. (Agnes, H. 2019, p.10).

8.3. Facteurs environnementaux:

Les habitudes environnementales et le mode de vie d'un individu ont également un impact sur l'apparition du diabète de type2. Parmi ces éléments, on peut citer:

8.4. La mauvaise alimentation:

Le diabète de type2 peut être causé par une alimentation déséquilibrée. Cela

signifie manger trop d'aliments riches en calories, peu riches en fibres et trop transformés, ainsi que consommer trop de graisses. Ces mauvaises habitudes alimentaires favorisent l'obésité, qui à son tour peut conduire au diabète de type2, ainsi qu'à d'autres problèmes de santé comme les maladies cardiaques. (Perlumter, G. 1997, p.217).

8.5. Le manque d'activité physique

Le manque d'activité physique est devenu plus courant en raison de l'urbanisation, de la mécanisation de travail et des modes de transport, ainsi que de la nature des loisirs modernes, ce qui entraîne une augmentation de temps passé sans bouger. Cette diminution de l'activité physique conduit à une moindre utilisation de glucose par les muscles et renforce le phénomène de l'insu lino-résistance. De plus, elle s'accompagne de la disparition des mécanismes de régulation de la température corporelle. Créant ainsi un environnement très différent de celui des populations rurales dont le mode de vie repose sur le travail physique. (Guillausseau, L.2003, p.734).

8.6. Le stress

Le stress psychologique libère des hormones de stress: glucagons catécholamines, hormone de croissance et cortisol qui ont pour effet d'augmenter la glycémie. Il s'agit en générale d'un diabète qui commence par des glycémies certes élevés, mais n'entraînent ni les symptômes ni la découverte de sa présence. (Grimaldi, A. 2000, p.26).

8.7. Le tabagisme

Le tabagisme comporte de multiples dangers pour les individus qui en font usage, mais son impact se trouve considérablement renforcé lorsqu'il se combine au diabète, augmentant ainsi les risques et la sévérité des complications vasculaires. La corrélation entre la consommation de tabac et le diabète est particulièrement préjudiciable, car le tabagisme induit des changements physiologiques qui peuvent également favoriser l'apparition de diabète de type2. (Nam, P. 2019, p.10).

9. Les complications de diabète du type2

9.1. Les complications chroniques

L'absence de traitement ou un contrôle inadéquat du diabète peut conduire à six complications chroniques sur long terme.

Les complications liées au diabète comprennent des troubles oculaires tels que la rétinopathie pouvant entraîner la cécité, des problèmes rénaux tels que les infections urinaires, la néphropathie diabétique ou l'insuffisance rénale chronique, ainsi que des complications neurologiques telles que la poly neuropathie, des complications cardiovasculaires, des problèmes liés aux pieds et aux infections pouvant entraîner des ulcères voire des amputations, ainsi que des complications de système immunitaire augmentant le risque d'infections génitales et dentaires. En cas de développement de l'une de ces complications, il peut être nécessaire d'hospitaliser le patient pour une prise. (Moirira, M. 2013, p.132).

9.2. Les complications aigues:

Lorsque la glycémie est trop élevée chez un individu diabétique, deux complications aiguës peuvent se produire. La première est le coma hyperosmolaire, résultant d'une déshydratation sévère qui entraîne une toxicité sanguine mettant gravement en danger le cerveau. Ce coma constitue une urgence médicale fatale dans plus de 50% des cas. La deuxième complication, l'acidocétose, peut également être mortelle. Elle découle de l'insulinorésistance : en l'absence de glucose, l'organisme se tourne vers les graisses comme source d'énergie, mais ce processus engendre la production de toxines dans le sang, le rendant acide et toxique pour l'organisme. (Moirira, M. 2013, p.30).

10. Le traitement de diabète:

10.1. Le traitement de diabète insulino dépendant:

L'insuline est un élément vital pour la survie, mais les diabétiques de typ1 ne produisent plus cette hormone essentielle. Par conséquent, le traitement incontrôlable

pour ces individus est l'administration d'insuline.

Actuellement, l'administration d'insuline se fait obligatoirement par des injections quelques millimètre sur la peau avec des stylos ou des seringues (injections sous cutanées), ou via le cathéter d'une pompe d'insuline. On distingue deux types d'insuline.

- L'insuline humaine possédant la même structure que l'insuline produite par un pancréas humain.
- L'insuline analogue, de structure modifiée pour changer sa vitesse et sa durée d'action.

10.2. Les moyens injections sont:

- Stylos à insuline:(seringues pré-remplies).
- Leurs avantages : L'injection discrète, confort d'utilisation, facilité à l'enseignement.
- Les seringues jetables graduées est pompes à insuline.

11. Traitement de diabète non insulino-dépendant

11.1. Règles hygiéno-diététique:

- Correction des principales erreurs alimentaires qualitatives.
- Réduction des lipides surtout saturés.
- Réduction des glucides à forte pouvoir glycémiant, préférer leurs consommation en fin de repas.
- Réduction de consommation d'alcool nécessaire.
- Régimes équilibré avec répartition: 50% de glucides, 30% de lipides et 20% de protides.

- Faire de l'activité physique, toujours après une évaluation cardiologique. (Buffet, C. & Vatie, C. 2010.p.232).

11.2. Le traitement médicamenteux:

Les insulino-sensibilisateurs : sont des médicaments utilisés dans le traitement du diabète de type2.ils agissent en augmentant la sensibilité des cellules du corps à l'insuline, une hormone qui permet au glucose de pénétrer dans les cellules pour être utilisé comme source d'énergie.

- **Biguanides:** sont une classe de médicaments antidiabétiques utilisés principalement dans le traitement du diabète de type 2 la metformine est l'exemple le plus courant de biguanide.
- **Metformine:** est un médicament antidiabétique appartenant à la classe des biguanides. C'est l'un des traitements les plus couramment prescrits pour le diabète de type2.
- **Propriétés:** diminue la glycémie sans provoquer d'hypoglycémie. Il n'agit pas sur l'insulinosécrétion mais sur l'insulinorésistance qu'il diminue en augmentant l'utilisation périphérique du glucose. (Buffet, C.& Vatie, C. 2010, p.224).

12. Vécu psychologique des diabétiques

Les atteintes corporelles, qu'elles se manifestent sous forme de handicap ou de maladie chronique, provoquent des dommages et des impacts significatifs dans la vie des individus concernés. Ces manifestations peuvent survenir pendant, après voire dès l'annonce d'un diagnostic de diabète. Cette condition peut avoir un impact profond sur la vie quotidienne des patients diabétiques.

12.1. Les phases d'acceptations du diabète

Accepter un incident et les répercussions négatives qu'il entraîne dans notre quotidien, générant anxiété et demande une prise de conscience complète de la

personne. Ceci est d'autant plus vrai lorsqu'il s'agit d'une maladie chronique comme le diabète. Les phases d'acceptation du diabète sont souvent ardues et difficiles à approuver, rappelant le cycle de deuil de Freud et nécessitant des capacités et des attitudes peu communes. Pour franchir ces étapes, la personne diabétique doit posséder une certaine estime de soi, tandis que les soignants doivent instaurer une relation de confiance avec eux. Ainsi, offrir un soutien et une assistance devient essentiel. (Popelier, M. 2006, p.77).

12.2. La phase du choc

La première étape, déclenchée par l'annonce de la maladie, confronte le patient à la surprise et à l'angoisse. Apprendre qu'on est atteint de la maladie est souvent difficile à accepter pour les patients.

12.3. La phase de déni

Le patient tente ici de minimiser sa maladie en se persuadant qu'il existe des affections plus graves, imprévisibles et contraignantes que la sienne. Ainsi, il refuse de reconnaître la gravité de sa propre condition et les complications potentielles qu'elle peut entraîner.

12.4. La phase de révolte

En générale, pendant cette phase, le patient ressent une intense irritabilité et colère, qui se manifestent parfois par un comportement agressif. Il se sent souvent attaqué et menacé, cherchant à attribuer la cause de sa condition et à trouver un objet sur lequel diriger sa révolte.

12.5. La phase de marchandage

À ce moment il est plutôt collaborant et attentif aux instructions mais avec une certaine anticipation et manipulation dirigée au préalable vers ses intérêts et ses intentions; souvent il négocie des points secondaires, ce qu'il le rend parfois irritable et finit généralement par remettre en question toutes ces instructions ordonnées.

12.6. La phase de dépression

Cette étape revêt une importance capitale car elle prépare le terrain pour celle qui suit, à savoir l'acceptation. A ce stade, le patient éprouve de la tristesse et de la méditation, manifestant deux attitudes distinctes. D'une part, il peut être confronté à une dépression réactionnelle résultant de la part de la sacralité de son corps et d'une altération de la perception de soi d'autre part, comme mentionné précédemment, il peut passer par une période de deuil et de chagrin, pour la phase d'acceptation.

12.7. La phase d'acceptation

D'un point de vu émotionnel neutre, le malade demeure serein et extrêmement disposé à collaborer, exprimant une forte détermination à vivre aussi normalement que possible malgré la présence du diabète.

12.8. La phase résignation

Portant en lui une attitude de résilience et d'espoir, le patient adopte une attitude passive et docile, se conformant aux directives médicales et accordant sa confiance aux médecins.

12.9. La phase de pseudo-acceptation

Souvent, les personnes atteintes, que ce soit de diabète ou d'autres maladies, perçoivent leur condition comme une menace ou un danger grave pour leur vie. Cela affecte notamment leur intégrité sociale et professionnelle. Les conduisant parfois à refuser consciemment de se considérer comme malades et à ne pas suivre les instructions médicales. En fait, selon environ de 25% diabétiques présentent ce trouble, qui relève essentiellement du domaine psychologique, consistant à refuser d'accepter leur état de diabète. (Grimaldi, A.2005, p.129),in (Pardinielli, J. 2005, p.43).

Synthèse

Au cours de cette première partie de ce chapitre nous avons présentées les aspects cliniques et psychologiques les plus essentiels de la maladie de diabète de type 2 qui menaçant la santé dans tout le monde. Son évolution est silencieuse et insidieuse jusqu'à l'apparition des complications lourdes en termes de morbidité et de mortalité.

II. Le Pied diabétique

Dans le cadre de ce mémoire, nous avons décidé d'explorer le pied diabétique, une complication chronique du diabète. Cette pathologie revêt une importance particulière en raison de sa fréquence élevée et de sa gravité, affectant de manière significative les personnes atteintes de diabète. En effet, le pied diabétique est associé à une morbidité importante, pouvant entraîner de graves conséquences pour les patients. De plus, le non-respect des traitements prescrits peut conduire à des lésions et des ulcères, aggravant ainsi la situation.

1. Définition de pied diabétique:

1.1. Définition de pied

Le pied représente la partie distale de membre inférieur, englobant le tarse, le métatarse et les orteils. Il constitue l'extrémité inférieure d'une structure organique. (Quevauvillier, J. 2009, p.371).

a. Définition de plaie

En générale, une plaie se définit comme une altération de l'intégrité anatomique et fonctionnelle du tissu vivant, pouvant se manifester par un défaut ou une détérioration de la peau. (Ann et al, 2003, p.371).

b. Définition de pied diabétique

Le pied diabétique, une condition complexe, résulte de divers facteurs tels que les lésions nerveuses, une circulation sanguine altérée, des anomalies biomécaniques et des risques fréquents d'infection. Les lésions peuvent évoluer rapidement, et même la

plus petite blessure peut entraîner une amputation. C'est pourquoi il est essentiel pour les diabétiques de faire examiner régulièrement leurs pieds lors des consultations médicales, en prenant en compte à la fois les aspects liés au diabète et à leur environnement. (Martin, B. 2011, p.237)

2. Données épidémiologiques de problème du pied diabétique

Les statistiques épidémiologiques concernant le pied diabétique sont alarmantes : toutes les 30 secondes, un membre inférieur est amputé en raison du diabète. Dans 85%des cas, l'amputation précédée d'un ulcère. Dans les pays développés, environ 5% des diabétiques développent un ulcère perforant plantaire développent un autre ulcère après un an, et ce taux grimpe à 70% après cinq ans. (Dialibon, L. 2018, p.40).

3. Classification des palis pieds diabétiques

3.1. Pied diabétique à risque

La gestion des ulcères du pied diabétique, réputés pour leur complexité, incluant une cicatrisation lente, des infections récurrentes et un risque accru d'amputation, est optimisée au sein d'une équipe spécialisée multidisciplinaire. Cette approche collaborative implique divers professionnels de la santé, tels que médecins, infirmières, les pédiatres et les spécialistes en diabète travaillent ensemble pour offrir des soins intégrés et personnalisés. En combinant leurs expertises et en suivant des protocoles de traitement adaptés, cette équipe spécialisée parvient à réduire significativement les complications et à améliorer les résultats pour les patients souffrant d'ulcère du pied diabétique à risque. (Havan, G. 2019, p.55).

3.2. Plaie neuropathique

Le mal perforant plantaire, une plaie typiquement neuropathique, se manifeste sur un pied bien vascularisé avec des pouls détectables au niveau plantaire ou pulpaire, cette plaie est entourée d'hyperkératose et est caractérisée par son absence de douleur. (Havan, G. 2019, p.56).

3.3. Pied de Charcot

L'ostéoarthropathie diabétique, également connue sous le nom de pied de Charcot, est une complication qui se caractérise initialement par une inflammation localisée de pied ou de la cheville. Cette inflammation est causée par une destruction osseuse due à la fois à des processus inflammatoires et neuropathie. En l'absence de soulagement de la pression sur la zone affectée, elle peut entraîner des dommages osseux graves, ce qui augmente considérablement les risques pour la santé et la vie de patient. (Borens, O. 2013, p.10).

3.4. Plaie ischémique et neuro-ischémique

Les plaies ischémiques se situent généralement sur le dessus ou sur le côté de pied et ne sont pas entourées de peau épaissie. Les douleurs ressenties peuvent être causées par une infection, un manque de circulation sanguine ou les deux. Lorsqu'il y a nécrose, cela indique généralement une infection, mais dans un contexte d'ischémie. Les plaies neuro-ischémiques présentent des caractéristiques à la fois des plaies ischémiques et neuropathiques, avec moins de douleur associée. (Havane, G. 2019, p.58).

3.5. Pied diabétique infecté

L'infection du pied diabétique se caractérise par l'envahissement et la prolifération de micro-organismes, entraînant une réaction inflammatoire pouvant conduire à la destruction des tissus affectés. Les signes cliniques incluent une augmentation de volume, un œdème autour de la lésion, une sensibilité locale ou une douleur, la présence de pus et une sensation de chaleur dans la zone touchée. On estime qu'environ 4% des diabétiques seront touchés par cette complication au cours de la vie. (Havan, G. 2019, p.56).

4. Physiopathologie de pied diabétique

4.1. Les neuropathies périphériques

Liée au diabète est un facteur majeur contribuant au développement de plaies

au niveau de pied, étant impliquée dans 90% des cas d'ulcères su pied diabétique. Les neuropathies se différencient en fonction des nerfs affectés, de la sévérité du déficit et des symptômes qu'elles engendrent. Elles se subdivisent en trois types: sensorielles, motrices et végétatives. (St-cyr, Martineau, D. 2017, p.35).

4.2. La neuropathie sensitive

La neuropathie périphérique implique une altération des nerfs du système nerveux périphérique. Ces nerfs sensoriels jouent un rôle crucial en transmettant au cerveau une gamme d'informations sensorielles essentielles, telles que la température ressentie, la douleur, la pression et la perception de la position de pied La neuropathie sensitive peut être progressive et s'aggraver avec le temps. (Lozeron, P. 2016, p.2).

4.3. La neuropathie motrice

La neuropathie périphérique perturbe les nerfs moteurs qui régulent les mouvements du pied et le tonus musculaire, ce qui entraîne une diminution de la masse musculaire, c'est-à-dire de l'atrophie musculaire. (Hartemann, A. 2019, p.18).

4.4. La neuropathie végétative

La neuropathie autonome, parfois végétative, perturbe le système nerveux autonome, qui est chargé de réguler les fonctions biologiques cruciales telles que la thermorégulation et la sudation. (St-cyr, Martineau, D. 2017, p.36).

4.5. L'artériopathie des membres inférieurs

Les patients diabétiques constituent la principale cause de retard de la circulation sanguine au niveau des plaies du pied diabétiques. Lorsque des plaies chroniques se développent, l'AOMI est présente dans seulement 50% des cas, dont 10% de manière isolée et 40% en association avec une neuropathie. La prévalence de l'artériopathie chez les diabétiques varie 10 à 40% selon les critères de définition utilisés. Par rapports aux patients non diabétiques, l'AOMI présente plusieurs particularités : elle est la plus fréquente, survient plus tôt et est plus sévère. De plus, elle est souvent asymptomatique, notamment chez plus de 50% des diabétiques qui ne

présente pas des symptômes de circulation intermittente. La différence entre les sexes est également moins marquée, avec un rapport de deux hommes diabétiques pour une femme diabétique atteinte d'une artérite. De plus l'AOMI diabétiques progresse plus rapidement les artères distales, épargnant souvent les troncs aorto-iliaques. (Havan, G. 2008, pp.30-32).

4.6. L'infection

L'infection des tissus mous et ou des structures ostéo-articulaires représente une grande menace pour le pied diabétique. Les agents pathogènes impliqués sont principalement des bactéries aérobies telles que les staphylocoques, les streptocoques, les streptocoques, les Pseudomonas et les Protéus, ainsi que des bactéries anaérobies. Souvent, la flore bactérienne est polymicro-bienne. Le diagnostic repose sur l'histoire médicale du patient pour identifier un facteur déclenchant, ainsi que sur l'examen clinique révélant un pied rouge et enflé, une éventuelle porte d'entrée comme une crevasse ou des fissures, et ou une infections fongique interdigitale, qui pourrait être responsable d'une cellulite associée. (Buysscharet, M. 2006, p.117).

4.7. L'ostéo-arthropathie

L'ulcération chez les patients diabétiques est souvent associée à une augmentation localisée de la pression plantaire, favorisée par la déformation des pieds et la rigidité articulaire. Ces déformations sont causées par l'amyotrophie consécutive à la neuropathie motrice. Cela accroît le risque de lésions en provoquant des frottements par une hyper extension des orteils. De plus, la glycation des protéines de la peau, des tissus mous et des articulations entraîne une restriction des mouvements articulaires. L'examen clinique revête une importance primordiale pour identifier les signes d'hyperpression et de microtraumatismes, notamment en L'hyperkératose localisée. (Aboukrat, P. 2000, pp.209-210).

5. La prise en charge du pied diabétique:

5.1. Décharge de la plaie

Le traitement repose sur l'utilisation de dispositif de décharge adaptés en fonction de l'emplacement de la plaie, tels que des chaussures spécifiques ou des bottes plâtrées sur mesure. Dans certains cas, l'utilisation de béquilles ou de fauteuils roulants peut être nécessaire pour les patients en équilibre précaire, tandis que l'alitement peut être la seule option pour les patients présentant des complications multiples. (Largen, E. 2017, p.30).

5.2. Soins locaux

Les soins de la plaie sont essentiels pour nettoyer, enlever les tissus altérés, maintenir un environnement humide et protéger contre les agressions extérieures. Ils doivent être effectués par un infirmier spécialisé en cicatrisation, car le débridement de la plaie est crucial pour favoriser la formation de tissu granuleux. Il est nécessaire d'enlever avec précision les tissus dévitalisés, la fibrine et la corne à l'aide d'une curette ou d'un bistouri, et dans certains cas, une intervention chirurgicale peut être nécessaire pour les plaies présentant une infection bactérienne ou né-crosante. Le nettoyage avec de sérum physiologique est recommandé, sans recourir à des désinfectants ou à des produits agressifs. (Largen, E. 2017, p.31).

6. Prévention de pied diabétique

Pour les patients diabétiques:

- Évaluer s'ils peuvent inspecter leurs pieds ou s'ils ont besoin d'aide.
- Expliquer l'importance d'une inspection quotidienne complète des pieds, y compris entre les orteils.
- Assurer que les patients savent comment signaler tout changement de température, ampoule, coupure ou ulcère à un professionnel de santé.
- Réviser les pratiques à suivre, comme éviter de marcher pieds nus, porter des

chaussures, porter des chaussettes sans couture, se laver les pieds quotidiennement à l'eau tiède, et éviter l'utilisation de produits chimiques pour traiter les cors et les callosités. (Nicolaas, C. 2019, pp. 23-34).

Synthèse

Le diabète est actuellement considéré comme une maladie prédominante, avec un nombre croissant de cas. Cette maladie insidieuse ne se limite pas à ses signes mais impacte différents organes du corps. Parmi ses différentes formes, le diabète de type 2 se distingue par ses complications graves pouvant affecter les organes vitaux tels que les reins, les poumons, les yeux, le cœur, et même les pieds, souvent sujets infections.

L'apparition du diabète provoque des altérations au niveau des pieds, pouvant conduire au redoutable pied diabétique. Il est essentiel de mettre en place une prévention rigoureuse afin d'éviter toute blessure ou infection qui, par manque de la vigilance, pourrait nécessiter une amputation, cette intervention chirurgicale qui sera le titre de notre prochaine chapitre.

III. L'amputation

L'amputation constitue un défi majeur à la fois sur le plan physique et psychologique pour l'individu concerné, car elle entraîne une altération de l'apparence en amputant une partie du corps.

Cette dernière section du premier chapitre propose une analyse approfondie sur les plans historique, épidémiologique et causal, mettons en lumière les conséquences physiques et psychologiques de cette intervention. Ces éléments sont cruciaux pour une meilleure compréhension des implications tant corporelles que mentales induites par cette procédure.

1. Rappels historiques sur l'amputation

L'histoire de l'amputation remonte aux débuts de l'humanité, comme le montrent les peintures rupestres préhistoriques datant de 36000 ans qui dépeignent des

mains mutilées. Hippocrate, dans certains de ses écrits, réservait cette pratique aux membres gangrenés dans la Grèce antique, en privilégiant des méthodes visant à minimiser la douleur. (Devos, B. 2009, p.05).

Et les risques hémorragiques. Au fil du temps, les techniques d'amputation se sont perfectionnées et ont continué à évoluer. Au XVIIIe siècle, le plâtre, introduit par le médecin néerlandais Mathysen, est devenu une avancée majeure pour immobiliser les fractures, suivi par d'autres innovations techniques décrites par des chirurgiens tels que Syme, Roco, et Pirrogof au XIXe siècle. L'arrivée des rayons X, découverts par Wilhelm Conrad en 1895, a révolutionné le diagnostic des fractures. Des techniques comme l'amputation en saucisson, préconisée par Panchet en 1914, sont devenues des solutions en cas d'urgence et de choc intense, semblables à la guillotine anglaise. De nos jours, outre les traumatismes, l'amputation est utilisée pour traiter diverses affections telles que les tumeurs, les brûlures et les gangrènes, souvent causées par des traitements traditionnels des fractures. (Miret, J. 2006, p.03).

2. Définitions de l'amputation

L'amputation, opération chirurgicale visant à retirer un membre ou une partie de membre en coupant les os. (Quevaullier, J. 2009, p.43).

L'amputation, nécessitant une intervention chirurgicale pour retirer le membre atteint, est fréquemment réalisée afin de prévenir des complications graves, soulager la douleur voir éviter décès.

3. Épidémiologie des amputations des membres inférieurs chez les diabétiques

La plupart (85%) des amputations chez les personnes diabétiques surviennent après l'apparition de d'ulcères au pied, résultant de la progression de gangrènes ou d'infections. Dans les cas d'infections au niveau du pied, une amputation est nécessaire dans 20% des cas. Avec l'avancée en âge, les amputations deviennent plus fréquentes, surtout chez les hommes ou elles sont souvent multiples et touchent principalement les extrémités. (Schuldiner, S. 2019, p.71).

4. Les types de l'amputation:

4.1. Types d'amputation d'orteil

La grande majorité des amputations partielles au niveau du pied touchent un ou plusieurs orteils, mettant en évidence l'importance de la perte du premier orteil qui altère significativement la marche. La stabilité lors de la pression au sol peut être influencée de manière variable par la disparition d'autres orteils. (Jean, M. 2014, p.03).

4.2. Amputation transtatarsienne

La stabilité du pied lors de l'appui au sol repose principalement sur les calcanéums (talon), la tête des métatarsiens et les orteils. Suite à une amputation transe-métatarsienne, les appuis antérieurs du pied sont perdus, ce qui oblige le pied à adopter une position en valgus pour retrouver un appui à l'avant. Cette position peut être inconfortable car elle entraîne un contact direct des métatarsiens avec le sol, poussant le patient à marcher sur le bord externe du pied, en varus, pour compenser et soulager cette zone. En l'absence d'appareillage, une amputation transe-métatarsienne altère la démarche: le pas postérieur est réduit et les pas deviennent plus petits. (Jean, M. 2014, p,123-135).

4.3. Amputation de lisfranc:

L'amputation de lisfranc entraîne la suppression totale des orteils et des métatarsiens, entraînant la perte d'une partie de l'insertion des muscles releveurs, des péroniers latéraux et de la partie antérieure de l'arche plantaire. Cela combiné à l'action de triceps (muscle fléchisseur du pied) induit une déformation du pied en varus équin (vers le bas et vers l'extérieur). Avec cette amputation, la marche sans dispositif d'assistance est limitée à de très petits pas en raison à dérouler le pas. (Jean, M. 2014, p, 136-142).

4.4. Amputation chopart

L'amputation de Chopart implique le retrait de la partie avant le talus et du calcanéum (l'arrière-pied). La perte des insertions des muscles releveurs de pied,

combinée à l'action de triceps (muscle fléchisseur du pied), crée un déséquilibre et fait basculer l'arrière du pied vers le bas, entraînant une position en équin.

Les calcanéums adoptent alors une position plus verticale, l'appui se fait sur l'avant de l'os.

En l'absence d'appareillage, l'amputation de Chopart permet un appui au sol, mais le patient présente un déficit de stabilité et une perte de propulsion. (Jeann, M. 2014, pp.143-149)

4.5. Amputation de pied

Il existe diverses formes d'amputation, allant de la phalange ou de l'orteil jusqu'à la totalité du pied, en incluant le métatarse. Dans certains cas ou une prothèse fonctionnelle n'est pas nécessaire, une prothèse esthétique en silicone peut être préférée. (Jean, M. 2014, pp.150-162).

4.6. Amputation transtibiale (amputation de jambe)

L'amputation débute sous le genou, affectant le tibia et le péroné. Une prothèse transtibiale comprend une enveloppe pour protéger le moignon, un pied prothétique, des adaptateurs et des composants de liaison. (Jean, M. 2014, pp.110-113).

4.7. Désarticulation de genou (GRITTI)

L'amputation sépare l'articulation du genou pour enlever la partie inférieure de la jambe. La prothèse intègre une protection pour le moignon, une reproduction du genou et du pied, des adaptateurs et des éléments de connexion. (Jean, M. 2014, pp.163-165).

4.8. Amputation transfémorale (amputation de cuisse)

L'amputation commence au niveau du fémur. La prothèse est composée d'une coque de protection pour le moignon, d'une prothèse de genou et de pied, d'adaptateurs et de dispositifs de liaison. (Jean, M. 2014, pp.176-180).

4.9. Désarticulation de hanche

L'amputation survient à l'articulation de la hanche. Le bassin est employé pour réguler la prothèse. La prothèse englobe une coque de protection pour la région pelvienne, une articulation prothétique de hanche, de genou et de pied, des adaptateurs et des éléments de liaison. (Jean, M. 2014, pp.189-194).

5. Les causes de l'amputation

5.1. Les accidents et les amputations congénitales

Environ de 20% des amputations sont attribuables à des accidents. Ces amputations traumatiques surviennent principalement suite à des accidents de la route, domestiques ou professionnels, est réalisée en urgence lorsque les dommages sont irrémédiables et ne permettent pas de sauver le membre. Dans certains cas, elle peut être effectuée ultérieurement si les traitements conservateurs échouent ou entraînent des complications.

D'autre part, une absence congénitale ou plaise d'un membre peut entraîner une lésion similaire à une amputation, mais plus fréquemment conduit à la formation d'un membre malformé, parfois avec une extrémité normale. La fréquence de ces cas est difficile à déterminer et varie selon la gravité des lésions. Selon Bardot et Hindermeyer, les grandes agénésies des membres surviennent à un taux d'environ 10 à 15 cas pour 1000000 de naissances, souvent causées par des facteurs médicaux ou des anomalies embryonnaires. Des conditions telles que la lèpre, l'actinomyose et certaines affections neurologiques peuvent également être responsables, de même que les conflits armés et les mines antipersonnel, qui demeurent malheureusement des causes importantes d'amputations. Enfin, bien que relativement les erreurs médicales comme une autre cause possible d'amputation.

5.2. Les maladies

Divers maladies peuvent conduire à des complications:

Les artérites, caractérisées par des lésions inflammatoires ou dégénératives des

artères, provoquant un épaississement des parois vasculaires, parfois associé à une dilatation des vaisseaux. Elles peuvent entraîner des gangrènes et des ischémies sensitivomotrices. L'artériosclérose, une maladie dégénérative athéromateuse des artères, se manifeste souvent chez les patients diabétiques. Son évolution peut être lente et sans douleur, mais elle peut causer une gangrène ischémique des membres inférieurs survient en raison de l'interruption de l'apport sanguin.

6. L'aspect psychologiques des diabétiques amputés

Les maladies graves ou chroniques entraînent d'abord une souffrance, parfois physique, souvent importante comme signe d'alerte diagnostique. Cependant, elles provoquent surtout une souffrance psychologique et une angoisse, en raison de la menace qu'elles font peser sur l'intégrité physique et la vie. Cette souffrance peut devenir insupportable. Dans cette perspective, nous étudions l'impact de l'amputation, en mettant l'accent sur les troubles psychologiques que les personnes diabétiques amputées peuvent éprouver après une telle intervention chirurgicale, notamment le traumatisme psychique et la dépression.

6.1. Le traumatisme psychique

D'après Lemp (2006), un traumatisme est un événement violent et soudain qui provoque des changements plus ou moins importants chez la personne touchée. Lorsqu'il s'agit d'un traumatisme tel que la perte d'un membre, le patient traverse différentes étapes de deuil. Selon De Broca (2006), ce processus peut être comparé à la cicatrisation d'une blessure, un processus qui prend toute une vie (Bensmail, B. 2007).

Kubler –Ross décrit cinq étapes de deuil, mais elles ne sont pas vécues par tous les patients de la même manière. Certaines étapes peuvent se chevaucher, être absentes ou même inversées. La première étape est le déni, ou le patient refuse d'accepter ce qui lui est arrivé. Ensuite vient la colère, ou le patient se sent révolté par sa situation difficile. Puis il y a la phase de marchandage l'inévitable. La dépression peut suivre, ou le patient tente de repousser l'inévitable. La dépression peut suivre, ou le patient se replie sur lui-même. Enfin, il y a l'acceptation, ou le patient accepte sa

situation et envisage l'avenir de manière plus positive. Il faut noter que chaque patient réagit différemment.

6.2. La dépression

La dépression est un trouble émotionnel marqué par une humeur déprimée, exprimé verbalement ou non, accompagnée de tristesse ou d'agressivité. Elle peut aussi se manifester par des pensées suicidaires, des perturbations du sommeil et un sentiment général de pessimisme et de désespoir. (Blackbrun, D-M, Cottraux, J. 2008).

Cette étape est importante car elle prépare à l'acceptation qui suit. Pendant cette période le patient ressent une profonde tristesse et réfléchit beaucoup. Il peut adopter deux attitudes: une réactionnelle, due à la perte de l'estime de soi et de la perception positive de son corps, et une succession de son corps, et une succession de sentiments dépressifs et de chagrin, préparant ainsi le terrain à l'acceptation.

Synthèse

En résumé, l'amputation est souvent vue comme une étape nécessaire pour guérir et passer à autre chose. Cependant, depuis sa définition jusqu'à sa gestion, nous réalisons à quel point cette intervention est complexe et combien son impact sur la vie du patient est significatif. Il traverse des moments difficiles pour faire le deuil de son corps avec une prothèse, sachant qu'elle ne pourra jamais remplacer entièrement un membre organique.

Chapitre II : Traumatisme psychique

Préambule

Chaque jour, nous vivons une multitude d'événements. Si la plupart d'entre eux sont joyeux et positifs, d'autres, plus inattendus et brutaux, peuvent nous marquer profondément. C'est le cas des catastrophes naturelles, des accidents graves, des maladies chroniques, ou encore des interventions chirurgicales qui risquent des complications graves sur le corps, comme l'amputation d'un pied.

En effet, l'amputation du pied peut avoir un impact profond sur la personne qui la subit. Ce type d'événement peut affecter la santé physique et mentale de l'individu, et le mener au développement d'un trouble psychologique, tel que le traumatisme psychique.

I. L'histoire du traumatisme psychique

1. De l'Antiquité au 17^{ème} siècle : premiers récits historiques et scientifiques

Quelques cas anecdotiques de traumatisme émaillent les récits historiques et scientifiques de l'Antiquité au début des Temps Modernes. Les premiers témoignages relatifs aux réactions psycho-traumatiques datent de deux mille ans avant Jésus-Christ et révèlent la souffrance des Sumériens de Basse-Mésopotamie à la suite de la destruction de Nippur (Attinger, P., 2012), leur principal centre religieux, et d'Agadé. (Josse, E. 2019, p.16).

Un millénaire plus tard, vers 1100 de l'ère chrétienne, on découvre dans *La Chanson de Roland* les rêves traumatiques de Charlemagne (Gautier, 1895). Quelques siècles plus tard, en 1572, au lendemain du massacre de la Saint-Barthélemy perpétré en son nom, le roi Charles IX se plaint de flash-back à son médecin Ambroise Paré. (Sully, 1822), in (Josse, E. 2019, p.17).

2. Du 18^{ème} au milieu du 19^{ème} siècle : premières observations scientifiques et premières hypothèses étiologiques

Les 17^e, 18^e et 19^e siècles furent le théâtre de nombreux conflits armés qui offrirent un vaste champ d'observation aux spécialistes des armées. Les médecins

militaires de l’Ancien Régime nomment « *nostalgie* » et « *vent du boulet* » les troubles traumatiques présentés par les soldats en campagne effrayés par la fureur des combats ou désespérés par la mort d’un camarade tombé sous le feu ennemi (Crocq, 2012), in (Josse, E. 2019, p.17).

La seconde moitié du 19^{ème} siècle voit s’accroître l’intérêt du monde médical pour les souffrances morales des victimes. Ce sont les accidents de chemin de fer et de travail, d’une part et les études sur l’hystérie d’autre part qui ouvriront véritablement la voie aux premières hypothèses étiologiques des troubles traumatiques. (Josse, E. 2019, p.17).

Alors qu’en Angleterre et en France, les compagnies ferroviaires sont aux prises avec les voyageurs accidentés réclamant des dédommagements financiers, en Allemagne, à la même époque, les dirigeants d’usines et les assurances sont confrontés à la question de l’indemnisation des accidents de travail. C’est dans ce contexte que l’Allemand Hermann Oppenheim, neurologue à l’hôpital de la Charité de Berlin, se voue à partir de 1884 à l’étude des névroses. Cette année-là, il publie un premier article en collaboration avec son confère berlinois Robert Thomsen. Les auteurs regroupent dans une entité nosographique spécifique, qu’ils nomment « *névrose traumatique* », les symptômes disparates ayant pour point commun leur étiopathogénie traumatique. La névrose traumatique connaît rapidement de nombreux détracteurs. Oppenheim et Thomsen se voient reprocher d’avoir négligé le risque de simulation alors que le contexte est propice aux escroqueries, et ce, particulièrement depuis que le bureau de l’assurance impériale a reconnu en 1889 le dédommagement de la névrose traumatique. (Josse, E. 2019, p.18).

Paul Briquet, médecin à l’Hôpital de la Charité à Paris, est le premier à avoir décrit l’hystérie de manière systématique dans son *Traité clinique et thérapeutique de l’hystérie* (Briquet, 1859). Il tient les « *frayeurs* », les mauvais traitements, les viols et les deuils comme facteurs prédisposants, voire comme causes déterminantes de la pathologie. (Josse, E. 2019, p.18).

3. Fin du 19^e siècle : vers une étiologie psychogénique

Fin du 19^{ème}-début du 20^{ème} siècle, Pierre Janet, Josef Breuer, Sigmund Freud et Sándor Ferenczi, notamment, enrichissent les connaissances par leurs réflexions sur les processus psychiques entrant en jeu dans les réactions traumatiques et initient les premiers traitements psychothérapeutiques, en particulier des séquelles de traumatismes anciens. (Josse, E. 2019, p.18).

En 1883, Pierre Janet prend en charge l'unité de psychiatrie de l'hôpital du Havre et se penche sur la question de l'hystérie. Selon lui, cette pathologie, qu'il reconnaît pouvoir survenir sur une constitution prédisposée est, dans un grand nombre de cas, consécutive à un événement traumatisant. Il constate toutefois que les souvenirs émotionnants à l'origine des troubles sont fréquemment inconnus du malade lui-même, mais qu'ils peuvent émerger à la faveur d'un état de conscience modifié (hypnose). Janet, dont le souci thérapeutique est constant, est le premier à avoir développé les bases, toujours actuelles, de la thérapie psycho-dynamique des sujets traumatisés : faire accéder l'événement émotionnant à la conscience par l'hypnose, soutenir son élaboration par la parole, susciter la purgation des émotions qui y restent attachées (abréaction) et promouvoir son intégration à la conscience. (Josse, E. 2019, p.19).

En 1880, Josef Breuer prend en charge Anna O., une patiente hystérique. Avec elle, il ébauche progressivement une psychothérapie dynamique sans recours à la suggestion qui préfigure la cure psychanalytique. Breuer nomme « *méthode cathartique* » ce traitement basé sur l'abréaction (ou catharsis) des affects liés à l'événement et qui n'ayant pu se manifester sont restés « *coincés* » sous la conscience de la malade (Breuer, Freud, 1895), in (Josse, E. 2019, p.19).

En 1886, Sigmund Freud ouvre son premier cabinet privé à Vienne et, en 1889, il reçoit en consultation Emmy Von N., une patiente souffrant de troubles hystériques multiples. Il recourt à la méthode cathartique de Breuer et s'applique à réduire chaque symptôme en laissant la patiente retrouver en hypnose les circonstances traumatiques qui les ont fait naître. En enjoignant Freud à se taire et de l'écouter,

Emmy Von N. jouera un rôle important dans le dispositif thérapeutique. En effet, Freud renonce peu à peu à l'hypnose et inaugure la méthode des associations libres qui deviendra une des règles fondamentales de la psychanalyse. (Josse, E. 2019, p.19).

En 1893, Freud convainc Joseph Breuer de publier les conclusions théoriques auxquelles la méthode cathartique les a menés et les deux hommes signent conjointement un premier article. Dans cette publication, les auteurs développent une étiologie traumatique de l'hystérie proche de celle exposée par Janet quatre ans plus tôt. (Josse, E. 2019, p.19).

4. Le 20^e siècle : l'évolution de la notion de traumatisme

Tout au long du 20^{ème} siècle, l'intérêt pour les troubles traumatiques connaîtra un essor progressif et continu. Les guerres, particulièrement la guerre russo-japonaise, les deux conflits mondiaux ainsi que la guerre du Vietnam, se révéleront un terrain particulièrement fertile d'études théoriques et d'expérimentations pratiques. (Josse, E. 2019, p.20).

II. Définitions des concepts clés de la recherche :

1. Définitions de l'événement traumatique

Un événement traumatique est défini comme « *un événement au cours duquel le sujet ou d'autres personnes ont pu être menacé(e)s de mort, trouver la mort, subir des blessures graves ou des violences sexuelles. L'exposition peut se faire de différentes façons : en étant directement victime, en étant témoin direct, en apprenant que cela est arrivé* ». (Khalifa, 2019 ,pp.267).

Selon Louis Crocq, « *l'événement traumatique est un porteur de sens et vécu comme une rupture et un enjeu : rupture par rapport à la continuité du passé, enjeu comme annonce de changements potentiels importants* ». (Crocq, L.1999, p.38).

2. Définition du traumatisme

C'est un terme emprunté au domaine de la chirurgie et réservé aux atteintes corporelles. D'origine grecque, le terme « *trauma* » désigne une lésion ou une blessure produite par un agent extérieur : coup, choc, secousse violente, C'est Freud qui en a élargi le sens en le transposant dans le domaine psychique. Pour lui, on ne peut parler de traumatisme que si les capacités d'élaboration d'un sujet sont dépassées par la violence du choc subi et qu'il en résulte des dommages durables. (Liébert, P. 2015, p.47).

Freud, en 1920, dans son ouvrage « *Au-delà du principe de plaisir* », définit le traumatisme comme suit : « *Toutes excitations externes assez fortes pour faire effraction dans la vie psychique du sujet* ». Le traumatisme est donc un choc émotionnel important, généralement lié à une situation où une personne ou un groupe de personnes a senti sa vie en danger et qui met en péril son équilibre psychique. Ces situations dépassent les capacités de gestion de la majorité des individus. Elles sont « *porteuses de sens et vécues comme une rupture et un enjeu : rupture par rapport à la continuité du passé, enjeu comme annonce de changements potentiels importants* ». (Josse, E. 2007).

Le Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine – version 2024 définit le traumatisme comme suit : «*On appelle traumatisme psychique une expérience soudaine et intense provoquée par un danger, source de menace pour la vie du sujet sans que celui-ci puisse y échapper ou qu'il ait autour de lui des moyens suffisants pour y faire face* ».

Le traumatisme induit frayeur et sentiment d'impuissance. Il peut être un évènement unique ou un enchaînement d'évènements (traumatismes cumulatifs ou traumatismes en chaîne) dont la valeur traumatique tient à la résonance d'une situation apparemment anodine avec des évènements violents antérieurement vécus par le sujet. (<https://www.academiemedecine.fr/ledictionnaire/index.php?q=traumatisme+psychique>).

L'émotion choc au moment de l'évènement traumatique peut secondairement laisser place à un syndrome de répétition sous forme de rêves ou cauchemars faisant revivre l'émotion-frayeur. De manière moins spectaculaire, le traumatisme psychique peut aussi manifester sa capacité pathogène durable par de nouveaux aménagements psychiques tels que l'anxiété ou vulnérabilité aux effets d'évènements ultérieurs. (<https://www.academiemedecine.fr/ledictionnaire/index.php?q=traumatisme+psychique>).

Les situations de guerre, d'accident de la voie publique, d'agression notamment sexuelle fournissent des exemples caractéristiques de traumatisme psychique.

Les manifestations immédiates ou rapprochées du traumatisme psychique ont des expressions sont souvent intriquées et volubiles, qu'il s'agisse de rupture de comportement (stupeur, agitation), d'états confuso-oniriques ou délirants transitoires, de crise d'angoisse ou d'attaque de panique, de troubles de l'humeur (dépressifs, voire maniaques), de réactions caractérielles, de crises hystériformes, mais aussi des phénomènes psychosomatiques. Elles peuvent aussi être inapparentes et isolées, après une phase de latence. La survenue d'une névrose traumatique permet de rattacher le syndrome différé au traumatisme psychique initial. (<https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=traumatisme+psychique>).

3. Le stress post-traumatique

Le SSPT découle de la rencontre d'un individu avec un ou plusieurs événements particulièrement traumatisants. On peut le caractériser par une « *ré-expérience* » chronique de l'évènement traumatisant. L'évènement traumatisant ne passe pas dans la mémoire, il reste actualisé. (Nathan, P. 2017, p.17).

L'état de stress *post*-traumatique (ESPT) est une pathologie définie classiquement par l'apparition, après un événement reconnu comme potentiellement traumatique, d'un carré symptomatique qui comprend des phénomènes d'intrusion, des réactions d'évitement, une hyper vigilance et des perturbations des cognitions et de

l'humeur. (Saguin, E. 2022, p.43).

4. La résilience

Le terme de résilience, est un concept polysémique qui fait référence aux compétences trouvées-crées par des individus pour faire face à des événements dangereux , tels que : les événements de vie traumatiques, les accidents, les maladies, les handicaps, les carences affectives graves, les grande précarité, etc. (Anaut, M. 2015, p.28).

III. Critères diagnostiques du DSM 5 et de La CIM 10 :

1. DSM5

Nous allons, dans ce qui suit, présenter les critères de diagnostic du traumatisme psychique soit ce qui est appelé dans le manuel « *Trouble stress post - traumatique* » TSPT l'équivalent en anglais de « *Post traumatic stress diseas* » PTSD.

Le trouble se situe au cœur de la section II du manuel dans la catégorie des « *troubles liés à des traumatismes ou a des facteurs de stress* » , les critères de diagnostique sont divisés en deux ; soit les critères concernant les personnes adultes adolescentes et les enfants âgés de plus de 06 ans ainsi que les critères concernant les enfants âgés de moins de 06 ans . Ainsi nous allons mettre en avant dans ce qui va suivre les critères permettant de diagnostiquer un TSPT selon le DSM 5 concernant les adultes les adolescents et les enfants de plus de 06 ans parce que nos sujets de recherche sont tous des adultes :

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

1-En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.

2-En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.

3-En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.

4-En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p.ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

est complètement détruit pour toujours ».)

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

4-Etat émotionnel négatif persistant (p.ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).

5-Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation a ces mêmes activités.

6-Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.

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

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

1- Comportements irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.

2-Comportement irréfléchié ou autodestructeur.

3-Hyper vigilance.

4-Réaction de sursaut exagérée.

5-Problèmes de concentration.

6-Perturbation du sommeil (p.ex. Difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

F- La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

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

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

Spécifier le type :

Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un trouble stress post-traumatique ; de plus en réponse au facteur de stress le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants :

1-Dépersonnalisation : Expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (p.ex. sentiment d'être dans un rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel).

2-Déréalisation : Expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (p.ex. le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique éloigné ou déformé).

N.B. : Pour retenir ce sous type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex. période d'amnésie blackouts) manifestations comportementales d'une intoxication alcoolique aiguë), ou à une autre affection médicale (p.ex. épilepsie partielle complexe).

Spécifier si :

À expression retardée : Si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats) » (APA, 2015, pp 350-353).

2. CIM 10

Dans l'édition 2018, volume 1 de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, le traumatisme psychique trouve sa place dans la catégorie intitulée « *Trouble névrotique* », trouble lié à des facteurs de stress et des troubles somatoformes (F40-F48), plus précisément dans « *réaction à un facteur de stress sévère, et trouble de l'adaptation* » sous le code F43.1 et se présente comme suit:

État de stress post-traumatique Note : Ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Des facteurs prédisposant, tels que certains traits de personnalité (par exemple compulsive, asthénique) ou des antécédents de type névrotique, peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son évolution ; ces facteurs ne sont pas toutefois nécessaires ou suffisants pour expliquer la survenue du syndrome. Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants («*flashbacks*»), des rêves ou des cauchemars ; ils surviennent dans un contexte durable «*d'anesthésie psychique*» et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'un hyperéveil neuro-végétatif, avec hyper vigilance, état de «*qui-vive*» et insomnie. Ils sont fréquemment associés à une anxiété, une dépression ou une idéation suicidaire. La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années et entraîner une modification durable de la personnalité (F62.0). Névrose traumatique. (CIM 10, 2018, p.197).

IV. Diagnostic différentiel

Selon le DSM-5 Diagnostic Différentiel (2016), le diagnostic différentiel lié au trouble stress post traumatique inclut une panoplie de troubles. Tout d'abord, le trouble de l'adaptation qui lui contrairement au trouble stress post traumatique est caractérisé par un facteur de stress qui peut avoir toutes sorte de niveau de sévérité, et n'a pas un mode de réponse spécifique (p. ex . les symptômes de reviviscences) son diagnostic est posé lorsque la réponse à un facteur de stress extrême ne répond pas aux critères du TSPT ni a ceux d'un trouble mental, quand le mode symptomatique du TSPT survient en réponse à un facteur de stress qui n'est pas extrêmement traumatisant (p.ex. départ du conjoint, licenciement). Ensuite le deuil complexe persistant, trouble qui se trouve dans la section III du DSM-5 fait, lui aussi, parti du diagnostic différentiel du TSPT, il est caractérisé par des pensées et des souvenirs intrusifs concernant la personne décédée qui persistent au moins pendant 12 mois après le décès. Néanmoins à la différence du TSPT, ou les symptômes intrusifs et envahissants concernent les événements traumatiques liés à la perte, dans le deuil complexe persistant les symptômes intrusifs se focalisent sur plusieurs aspects du défunt, y compris des aspects positifs de la relation avec lui, et sur la détresse de la séparation. (APA, 2016, p.220).

De plus, il existe également d'autres troubles mentaux qui peuvent survenir après l'exposition à un facteur de stress extrême. Ils sont caractérisés par un mode de réponse qui réponds aux critères d'un autre trouble mental dans le DSM-5 (p.ex. trouble psychotique bref, trouble dépressif caractérisé). Le trouble obsessionnel-compulsif est lui aussi habituellement caractérisé par des pensées intrusives récurrentes, mais ces dernières sont vécu comme inappropriées et elles ne sont pas en lien avec un événement traumatique vécu. Aussi le trouble panique peut être caractérisé par un hyperérétisme et des symptômes dissociatifs, mais ceux –ci surviennent durant les attaques de panique et ne sont pas associés à un facteur de stress traumatique. (APA, 2016, p.220).

Les troubles dissociatifs sont caractérisés par des symptômes dissociatifs qui

ne sont pas nécessairement liés à l'exposition à un facteur de stress traumatique (mais qui le sont souvent). Des symptômes dissociatifs survenant dans le contexte d'un syndrome complet de TSPT peuvent justifier l'emploi de la spécification « *avec symptômes dissociatifs* ». Les troubles psychotiques (p.ex. schizophrénie) peuvent, eux aussi, être caractérisés par des symptômes perceptuels comme des illusions ou des hallucinations. Ces symptômes doivent être distingués des flash-back du TSPT, qui sont caractérisés par des intrusions sensorielles reproduisant des parties de l'événement traumatique et qui peuvent survenir avec une perte complète de la conscience de l'environnement réel. Ces épisodes sont typiquement brefs mais ils peuvent être associés à une détresse prolongée et à un hyperéréthisme exacerbé. Les flashbacks ne sont généralement pas considérés comme des phénomènes psychotiques (APA, 2016). (APA, 2016, p.220).

Le TSPT doit également être différencié d'une lésion cérébrale traumatique qui est caractérisée par des symptômes neurocognitifs (p.ex., désorientation et confusion persistantes) qui se développent à la suite d'une lésion cérébrale traumatique (p.ex. accident traumatique par accélération /décélération). Comme ce type d'événements traumatiques peut également entraîner le développement d'un TSPT, ce diagnostic doit être envisagé. Enfin la simulation est également à écarter, elle est caractérisée par l'imitation de symptômes et doit toujours être éliminée quand des bénéfices légaux, financiers ou autres jouent un rôle. (APA, 2016, p.220).

V. Les paramètres des événements traumatisants :

Les paramètres des événements traumatisants sont variés et multiples : ils peuvent être individuels ou collectifs, d'origine naturelle ou humaine, intentionnels ou accidentels, etc. (Josse, E. 2007, p.07).

1. Traumatismes individuelles et collectifs

Les situations traumatiques peuvent être vécues de manière collective (tremblement de terre, guerre, hold-up, etc.) ou individuelle (agression, viol, etc.). (Josse, E. 2007, p.07).

2. Les traumatismes individuels

Les traumatismes individuels recouvrent des réalités multiples. En voici quelques exemples :

- **Les accidents** : les accidents domestiques, de la route, au travail, les incendies, etc. (Josse, E. 2007, p.07).
- **Les agressions physiques** : les vols, hold-up, car et home-jacking avec menaces et/ou violence physique, les tiger kidnapping, les viols, la violence intrafamiliale, la torture, etc. (Josse, E. 2007, p.07).
- **Les agressions morales** : la contrainte à violer des tabous et des valeurs de sa communauté, les menaces diverses concernant la personne ou ses proches, l'atteinte à l'intégrité physique ou psychologique des proches, etc. (Josse, E. 2007, p.07).
- **Les agressions physiques et morales** : la torture, les abus sexuels, etc.
- Ces traumatismes individuels peuvent se produire dans une situation de traumatisme collectif en temps de paix (par exemple, être victime de viol dans un pays secoué par un tremblement de terre) ou dans des contextes de violence généralisée (par exemple, être victime de viol ou être torturé dans une situation de guerre). (Josse, E. 2007, p.07).

Outre le sujet qui l'a subi, un traumatisme individuel peut affecter la famille mais également la communauté. L'exemple le plus frappant est celui du viol. Il produit des sentiments d'humiliation et de honte non seulement chez la femme violée mais également dans tout son entourage. Stigmatisées socialement, ces femmes et leur famille rencontrent des difficultés dans les relations qu'elles établissent avec les membres du groupe dans son ensemble. (Josse, E. 2007, p.07).

3. Les traumatismes collectifs

- **Les accidents** : les incendies, les explosions accidentelles, les accidents industriels, nucléaires, ferroviaires, etc. (Josse, E. 2007, p.07).

- **Les agressions physiques** : les faits de guerre, les prises d'otage, les hold-up, etc. (Josse, E. 2007, p.07).
- **Les agressions morales** : les intimidations, les menaces et les humiliations de la part de dirigeants, d'une communauté ou d'un groupe de personnes à l'encontre d'une minorité, d'une communauté religieuse, d'une ethnie, etc. (Josse, E. 2007, p.08).
- **Les agressions physiques et morales** : la torture collective, les camps d'extermination, les génocides, etc. (Josse, E. 2007, p.08).

4. Traumatisme d'origine naturelle ou humaine

L'agent stressant peut être d'origine naturelle (catastrophes naturelles, épidémies) ou humaine (catastrophes industrielles, guerre, terrorisme, accidents divers, etc.). (Josse, E.2007, p.08).

5. Traumatismes d'origine naturelle

Les catastrophes peuvent être climatiques, géologiques ou épidémique : raz-de-marée, ouragans, inondations, sécheresse, famine, tremblements de terre, éruptions volcaniques, incendies de forêts, pathologies virales virulentes, etc. (Josse, E. 2007, p.08).

Les catastrophes dites « *naturelles* » ne le sont généralement que jusqu'à un certain point. Nombre d'entre elles affectent, en effet, des personnes rendues vulnérables par les conditions de vie et d'habitat qui leur sont imposées. Par exemple, les pauvres et les indigents des pays en voie de développement n'ont parfois comme possibilité pour s'installer que des zones susceptibles d'être submergées par les crues d'un fleuve. De plus, on notera que de nombreuses catastrophes naturelles ont aussi des causes ou des effets décuplés par les activités humaines (par exemple, l'effet de serre). (Josse, E. 2007, p.08).

Impuissant devant les catastrophes naturelles, l'homme y voit généralement la colère des dieux et ce, quelle que soit la culture. (Josse, E. 2007, p.08).

6. Traumatisme d'origine humaine

Lorsqu'il est d'origine humaine, l'événement peut être provoqué intentionnellement (maltraitements, agressions, guerres) ou il peut être accidentel (accidents divers, éboulis mortel provoqué en fouillant les décombres à la recherche de survivants, « *dégâts collatéraux* » des guerres). (Josse, E. 2007, p.08).

L'agent agressif peut-être un membre de la famille (par exemple, violence intrafamiliale, inceste), une connaissance (agressions dans les disputes de voisinages, abus sexuels) ou un étranger. (Josse, E. 2007, p.08).

Lorsque la mort, les blessures, la souffrance et les dégâts sont occasionnés, entretenus et exacerbés délibérément par un tiers malveillant, les valeurs humaines fondamentales, telles que la paix, la générosité, l'altruisme, la solidarité, la morale, le prix de la vie et l'intelligibilité des choses, sont déniées. Il y a transgression des lois les plus élémentaires régissant l'humanité. Le vécu traumatique suscite dès lors une interrogation sur la nature humaine. (Josse, E. 2007, p.08).

VI. Les types de traumatisme :

1. Les traumatismes de type I, II et III, simples et complexes

C'est à Lenore Terr (1991) que l'on doit la première typologie des traumatismes. Elle distingue deux catégories : les traumatismes de type I et de type II.

- Elle entend par **traumatisme de type I** un traumatisme induit par un événement unique, limité dans le temps, présentant un commencement net et une fin claire. Une agression, un hold-up, un incendie, une catastrophe naturelle sont quelques illustrations de ce genre d'incidents critiques. (Josse, E. 2019, pp.53-66).

- Elle parle de **traumatisme de type II** lorsque l'événement à l'origine des troubles s'est répété, lorsqu'il a été présent constamment ou qu'il a menacé de se reproduire à tout instant durant une longue période. La violence intrafamiliale, les abus sexuels, la violence politique, le terrorisme et les faits de guerre répondent à cette définition. (Josse, E. 2019, pp.53-66).

Eldra Solomon et Kathleen Heide (1999) spécifient une troisième catégorie, le **traumatisme de type III**, pour décrire les conséquences d'événements multiples, envahissants et violents débutant à un âge précoce et présents durant une longue période, cas typique des abus. (Josse, E. 2019, pp.53-66).

Judith Herman (1997), professeur à la Harvard Medical School, choisit de classer les traumatismes en deux catégories : les traumatismes simples et complexes. (Josse, E. 2019, pp.53-66).

- Sa définition des **traumatismes simples** les assimile aux traumatismes de type I définis par Terr. Les événements qui les engendrent constituent un événement ponctuel dans la vie du sujet. (Josse, E. 2019, p.54).

- Par **traumatisme complexe**, elle désigne le résultat d'une victimisation chronique d'assujettissement à une personne ou à un groupe de personnes. Dans ces situations, la victime est généralement captive durant une longue période (mois ou années), sous le contrôle de l'auteur des actes traumatogènes et incapable de lui échapper. Ces traumatismes complexes sont à rapprocher des traumatismes de type II précisés par Terr et s'ils débutent à un âge précoce, aux traumatismes de type III définis par Solomon et Heide. (Josse, E. 2019, p.54).

La violence intrafamiliale (violence conjugale, inceste, négligence, maltraitance et agressions physiques envers les enfants, les personnes âgées, etc.), les abus sexuels et/ou physiques extrafamiliaux, les violences exercées dans les camps de détention (torture, obligation à se soumettre à des actes dégradants et immoraux, conditions de déshumanisation extrême, etc.), les faits de guerre (bombardements, tirs, mines, siège d'une ville, recrutement forcé, etc.), la traite des êtres humains (exploitation sexuelle contrainte, travail forcé), la persuasion coercitive (endoctrinement dans les sectes, redressement idéologique en captivité, etc.) et le harcèlement (harcèlement moral ou sexuel, racket) remplissent ces critères. (Josse, E. 2019, p.54).

Ces situations sont caractérisées par la répétition de violences variées auxquelles les victimes ne peuvent échapper ou ont l'impression de ne pouvoir se soustraire : violences physiques (coups et blessures volontaires, torture, négligence grave, etc.), psychologiques (isolement, humiliations, chantage, menaces, etc.), sexuelles (viols, torture sexuelle, relations forcées avec un tiers, exploitation sexuelle contrainte, etc.) et/ou économiques (accès aux ressources interdit ou étroitement contrôlé, aliénation financière et matérielle, etc.). (Josse, E. 2019, pp.53-66).

Ce qui caractérise ces traumatismes, c'est qu'ils résultent d'une action humaine délibérée. Les lois et les valeurs qui régissent l'humanité sont profanées, bafouées et reniées par les hommes eux-mêmes. La douleur, les blessures, les sévices et la souffrance sont provoqués, voire même entretenus et exacerbés intentionnellement, par des personnes généralement censées assurer protection ou porter secours aux victimes. (Josse, E. 2019, p.55).

Actuellement, les dénominations trauma simples et complexes sont préférées à traumatismes de type I, II et III.

Les traumatismes de type I/simples constituent un événement ponctuel dans la vie d'un sujet tandis que les traumatismes de type II et III/complexes sont caractérisés par une addition et une succession de violences. Les premiers exposent les personnes à un événement unique, circonscrit dans le temps, imprévisible et d'apparition brutale ; les seconds les soumettent à une violence durable, répétée, exempte de surprise, voire prévisible. (Josse, E. 2019, pp.53-66).

Il est important de ne pas confondre une personne dont la vie est émaillée de nombreux incidents critiques ponctuels (par exemple, perdre ses biens dans un incendie puis quelques années plus tard, être délestée de son argent lors d'une agression, plus tard encore, être témoin d'un accident grave ou échapper à la mort dans un carambolage, etc.) avec celle qui souffre de traumatisme de type II/complexes. Notons toutefois que la succession rapide d'événements graves risque d'induire des troubles assimilables au traumatisme complexe. (Josse, E. 2019, p.55).

VII. Les traumatismes directs et indirects :

1. Les traumatismes directs

On parle de traumatisme direct lorsque la victime souffre d'un traumatisme après avoir été confrontée au sentiment de mort imminente, à l'horreur ou au chaos. Elle peut avoir été sujet, acteur ou témoin de l'agression ou de la menace soudaine ayant mis en danger sa vie, son intégrité physique ou mentale ou celles d'autrui. Son expérience de l'événement délétère est sensorielle (elle a vu, entendu, senti, etc.) et émotionnelle (elle a ressenti de la frayeur, de la peur, de l'angoisse, de la terreur, de l'effroi, de l'épouvante, de l'horreur, du désarroi, de l'impuissance, de la honte, etc.). Notons cependant que cette dimension émotionnelle peut être absente. En effet, dans certains cas, le sujet n'a rien ressenti de tel car il s'est dissocié de ses émotions ou, comme le dit François Lebigot, parce que le moment de l'effroi peut passer inaperçu ou être rapidement oublié de celui qui mobilise ses ressources pour faire face à la menace (De Clercq, Lebigot, 2001, p. 95), in (Josse, E. 2019, p. 55).

« Parfois même, il ressent un bref soulagement, ou une discrète euphorie de quelques heures ou de quelques jours, parce qu'il est sorti indemne de cet "enfer". » Il n'en reste pas moins que ces violences peuvent ultérieurement se révéler gravement traumatiques, la victime voyant *« plus tard, avec surprise, apparaître les symptômes de la répétition »*. (Josse, E. 2019, p.55).

1.1. La victime-sujet

Elle a subi personnellement l'événement ponctuel ou la violence chronique. Avoir été agressé physiquement, avoir fui sa maison en feu, avoir été heurté accidentellement par un véhicule, avoir été blessé par une machine industrielle dans le cadre de ses activités professionnelles, avoir été prisonnier dans l'effondrement de son habitation suite à un séisme, avoir échappé aux coulées de boue ou aux inondations en se réfugiant sur le toit de sa maison, avoir été victime de violence conjugale, avoir essuyé des tirs ennemis en temps de guerre sont quelques exemples de victimisation directe. (Josse, E. 2019, p.56).

1.2. La victime-acteur

Elle souffre d'avoir facilité ou provoqué involontairement ou volontairement l'incident.

1.2.1. Les actes involontaires

Avoir renversé mortellement un piéton avec son véhicule, avoir commis une erreur médicale ayant entraîné une infirmité ou le décès d'un patient, avoir provoqué un ultime éboulement lors des secours après l'effondrement d'un bâtiment, avoir en service déchiqueté un individu suicidaire sous les roues de sa locomotive, avoir asséné un coup mortel lors d'une altercation conjugale sont quelques illustrations d'actes accidentels. Ces événements causent fréquemment des troubles psycho-traumatiques graves pouvant du drame au suicide. (Josse, E. 2019, conduire l'auteur pp.53-66).

1.2.2. Les actes volontaires

Avoir tué des civils innocents dans le cadre d'un conflit armé, avoir assassiné des membres de sa famille dans un accès de folie (par exemple, dans une crise paranoïaque) ou par suicide altruiste (par exemple, lors d'une phase dépressive mélancolique), avoir porté préjudice, blessé ou abattu une personne en commettant un délit ou un crime sont des actes commis volontairement susceptibles de provoquer des séquelles traumatiques importantes . (Josse, E. 2019, p.57).

1.3. La victime-témoin

Elle est perturbée après avoir assisté, de manière directe ou indirecte (par exemple, par le biais d'enregistrements filmés), au déroulement d'un événement traumatique frappant un tiers. (Josse, E. 2019, pp.53-66).

Contrairement au sujet et à l'acteur, le témoin peut généralement contrôler sa propre activité pendant l'incident et est souvent en mesure d'observer plusieurs rôles : celui de l'agent agresseur, de la victime et parfois, d'un tiers « *sauveur* ». Cet angle large lui permet de s'identifier à l'un ou plusieurs de ces rôles. De nombreux témoins d'événements graves éprouvent une culpabilité post-traumatique généralement liée à

un sentiment d'incapacité à intervenir. (Josse, E. 2019, pp.53-66).

La victime témoin a, par exemple, vu le bourreau torturer un codétenu, elle était présente au moment où une personne s'est jetée sous une rame de métro, elle a été confrontée de manière répétée au visionnement de scènes sordides dans le cadre de ses activités d'enquêteur, etc. (Josse, E. 2019, pp.53-66).

Dans les grands carambolages, les accidents ferroviaires, les attentats terroristes, les incendies, les suicides (pendaison, défenestration, noyade, etc.), les homicides, etc., le personnel des services d'urgence et les médecins légistes sont confrontés à la vision de personnes gravement blessées ou à l'agonie ainsi qu'à des corps désarticulés, déchiquetés, calcinés ou putréfiés. (Josse, E. 2019, pp.53-66).

2. Traumatismes indirects, la cicatrice sans la blessure :

Une personne peut pâtir psychologiquement d'une situation vécue non par elle-même, mais par un tiers. (Josse, E. 2019, pp.53-66).

2.1. La transmission du traumatisme

En 1939, au début de la Seconde Guerre mondiale, devant la menace de bombardement des grandes villes, en particulier de Londres, le gouvernement britannique a pris la décision d'évacuer 1 500 000 enfants vers les campagnes, notamment vers Cambridge. Les premiers résultats, antérieurs aux bombardements, sur les effets de l'évacuation rapportés par la Société Britannique de Psychologie sont rassurants, le pourcentage d'enfants évacués présentant des troubles était semblable à celui de la période de paix (8 %). Mais dès les premiers mois de 1941, lorsque surviennent les bombardements, la prévalence des troubles atteint 45 à 50 % des enfants qu'ils aient été évacués ou non (Isaacs, Brown, Thoulness, 1941)! Les enfants restés sous le feu des bombardements ont manifesté les réactions les plus intenses tandis que les enfants évacués ont souffert de conséquences plus persistantes et plus pernicieuses. Éloigner les enfants du danger ne leur avait donc pas épargné la souffrance traumatique. On découvrait ainsi qu'un enfant pouvait être « *contaminé* » par le vécu de son entourage (Barnes, 1997 ; Erickson, 1989 ; Figley, 1983). Charles

Figley (2003) compare ce processus de contagion à celui de la propagation d'un virus : le traumatisme se transmet aux membres de la famille qui ne disposent pas de mécanismes de coping efficaces. (Josse, E. 2019, pp.53-66).

Il est aujourd'hui admis par de nombreux psychologues et psychiatres qu'un sujet, enfant comme adulte, qui n'a pas subi de traumatisme direct peut présenter des troubles psycho-traumatiques consécutifs aux contacts qu'il entretient avec une personne ou un groupe de personnes traumatisées (Barnes, 1997 ; Erickson, 1989 ; Figley, 1983), in (Josse, E. 2019, pp.53-66).

2.2. La traumatisation indirecte

La traumatisation indirecte se définit comme une souffrance spécifique éprouvée, dans le cadre privé ou professionnel, par les personnes en relation étroite avec un sujet ou un groupe de sujets en détresse (en fin de vie, malades, blessés, psychologiquement traumatisés, victimes de violences, laissés pour compte, etc.). Les familles, les amis, les voisins et les collègues d'une victime, les bénévoles et les professionnels engagés dans les services de secours, les soins et l'aide (médicale, sociale, psychologique, judiciaire, juridique, etc.) amenés à la côtoyer ainsi que les personnes chargées de recueillir son témoignage du drame (policiers, psychologues et psychiatres, avocats, journalistes, etc.) sont confrontés à des situations qui leur font éprouver des émotions intenses. (Josse, E. 2019, pp.53-66).

La conceptualisation de ce phénomène en est encore à ses débuts. Actuellement, différents termes sont utilisés pour le décrire : victimisation secondaire, traumatisme secondaire, stress traumatique secondaire, trouble de stress traumatique secondaire, traumatisation vicariante, traumatisme vicariant, fatigue de compassion, traumatisme empathique (Albeck, 1994), exposition par procuration (Yule et al., 1990) ou bien encore traumatisme par ricochet . À ce jour, et bien que de nombreux auteurs s'y réfèrent, il n'existe pas de définition consensuelle d'un syndrome de traumatisation secondaire ni de reconnaissance par les nosographies officielles. Rappelons que la dernière version du DSM reconnaît qu'une personne puisse être traumatisée par l'annonce d'un drame frappant un parent ou un ami proche ainsi que par l'exposition

répétée ou extrême à des détails d'événements sordides (par exemple, professionnels chargés de récolter les restes humains, policiers chargés d'affaires de maltraitance d'enfants). (Josse, E. 2019, pp.53-66).

On peut se représenter le traumatisme comme un tremblement de terre dont l'incident critique constitue l'épicentre. Les ondes de choc se propagent en cercles concentriques à partir de l'événement traumatisant tout en diminuant d'intensité à mesure qu'elles s'en éloignent. La victime directe se situe dans le foyer du séisme et les ondes de choc bouleversent progressivement son entourage ainsi que les intervenants qu'elle rencontre durant et après la crise. (Josse, E. 2019, pp.53-66).

2.2.1. Première onde de choc et traumatisation secondaire

La première onde de choc du traumatisme affecte les personnes en contact direct avec les victimes en situation de crise. Sur le plan privé, citons les conjoints ou partenaires amoureux, les parents, les enfants, les frères et sœurs ainsi que les amis proches. Parmi les professionnels, mentionnons le personnel des services de secours (équipe mobile d'aide médicale urgente et de réanimation, pompiers, forces de l'ordre) et des services d'urgence des hôpitaux, les médecins légistes, les intervenants psychosociaux (assistants sociaux, psychologues de terrain, animateurs de quartier, etc.), les journalistes de terrain, etc. Toutes ces personnes sont susceptibles de souffrir d'une traumatisation indirecte qualifiée de secondaire et nommée, selon les auteurs, victimisation secondaire, traumatisme secondaire, stress traumatique secondaire ou trouble de stress traumatique secondaire. Le cas échéant, elles sont à considérer comme des victimes secondaires. (Josse, E. 2019, pp.53-66).

2.2.2. Deuxième onde de choc, traumatisation tertiaire ou vicariante et fatigue de compassion

La seconde onde de choc du traumatisme touche les intervenants de deuxième ligne en relation avec les victimes directes et leurs proches en détresse. Parmi ceux-ci, on compte, au niveau privé, la famille, les amis, les voisins, les collègues et au niveau professionnel, les policiers de commissariat, les enquêteurs, les avocats, les magistrats,

les professionnels de la santé mentale (psychothérapeutes, psychologues, psychiatres) exerçant en cabinet ou au sein d'institutions, les journalistes de la rédaction, etc. Ces intervenants, confrontés à la souffrance mystérieuse des victimes, à leurs témoignages poignants ou à leur silence persistant, peuvent manifester des changements profonds et cumulatifs résultant d'une surcharge émotionnelle. On nomme ce trouble traumatisme tertiaire ou traumatisme vicariant. Le terme « *vicariant* », issu du latin « *vicarius* », qui prend la place d'un autre, désigne un organe ou une fonction qui joue le rôle d'un autre organe ou d'une autre fonction déficients. Par extension, il désigne ce qui est acquis ou appris par observation. Dans sa forme ultime, la traumatisme vicariant conduit à la fatigue de compassion. Lorsque elles souffrent de tels troubles, les personnes sont considérées comme des victimes tertiaires. (Josse, E. 2019, pp.53-66).

2.2.3. Troisième onde de choc et traumatisme quaternaire

La troisième onde de choc concerne les membres d'un groupe (groupe professionnel, d'âge, d'orientation sexuelle, de genre, de catégorie sociale, d'appartenance ethnique ou religieuse, etc.), d'une nation, voire l'ensemble de la population mondiale, affectés ou perturbés par un événement majeur touchant un individu ou un ensemble d'individus appartenant à la même communauté. Les vibrations traumatiques peuvent même atteindre les générations futures en raison de l'impact d'un événement majeur (par exemple, une guerre, un génocide) sur une famille, une communauté ou sur la société (voir transmission transgénérationnelle). (Josse, E. 2019, pp.53-66).

En raison de l'événement tragique subi par un des leurs, un groupe peut présenter des manifestations particulières, que nous dénommons traumatisme quaternaire, et peut être amené à modifier ses habitudes. Par exemple, les femmes évitent de se déplacer seules le soir parce qu'elles se sentent vulnérables face aux risques d'agression sexuelle ; les juifs ou les homosexuels évitent certains quartiers fréquentés par de bandes d'extrême droite dont ils redoutent les attaques ; les parents ne laissent plus leurs enfants jouer dans la rue de crainte qu'ils soient enlevés par un

pédophile, etc. (Josse, E. 2019, pp.53-66).

2.3. La transmission intergénérationnelle des traumatismes

Vers la fin des années 1960, des professionnels de la santé mentale ont remarqué que nombre d'enfants de rescapés de la Shoah nés après la guerre présentaient des signes cliniques analogues à ceux de leurs parents, et ce, même si ces derniers avaient vu les atrocités qu'ils avaient endurées. Ils ont émis l'hypothèse que les traumatismes extrêmes pouvaient se transmettre d'une génération à l'autre. Les observations d'enfants de parents victimes de torture et de parents portés disparus en Argentine ont renforcé ce postulat (Flamand, s.d.). Les recherches menées auprès des descendants de survivants de la Shoah et du génocide arménien concluent qu'intégrer de tels traumatismes nécessite au moins deux générations (Aubignat, 2007 ; Sigal, DiNicola, Buonvino, 1988 ; Altounian, 1990 ; Yeghicheyan, 1983), in (Josse, E. 2019, pp.53-66).

Le psycho-traumatisme des descendants est une « *pathologie acquise* » (Krystal, 1988) d'une génération à l'autre dont le mode de transmission serait le récit des horreurs subies par les parents ou, paradoxalement, le silence, les secrets et les non-dits. En effet, les enfants privés d'information sur les épreuves que leur famille a traversées présentent davantage de symptômes que les autres (Rousseau, 1994). L'inhibition massive des affects et les troubles dépressifs des parents joueraient également un rôle primordial dans le développement de symptômes chez les enfants. Ces symptômes sont pérennes et se maintiennent à l'âge adulte.

Si le traumatisme peut se transmettre d'une génération à l'autre, il en va de même des capacités de résilience. Les études ont montré que les enfants et petits-enfants de rescapés présentent des traits de caractère qui ont permis à leurs ascendants de survivre (capacité d'adaptation et d'initiative, ténacité, puissantes aspirations à se réaliser, valeurs familiales fortes, etc.). (Josse, E. 2019, pp.53-66).

2.4. La victimisation secondaire

Lorsque la victime d'un événement traumatisant est confrontée à une réaction

inadéquate à l'égard de son statut de victime (en termes de confidentialité et de discrétion, de sécurité, de reconnaissance, d'écoute, de soutien, de réparation, etc.), on parle de victimisation secondaire. Cette réaction peut émaner d'une personne (famille, voisinage, connaissances, etc.), des professionnels de l'intervention d'urgence et du personnel médical, d'une institution (police, justice, services administratifs, etc.), des médias, etc. (Josse, E. 2019, pp.53-66).

VIII. Dimensions psychopathologiques et cliniques des syndromes psycho-traumatiques :

Les syndromes psycho-traumatiques comportent des dimensions cliniques et psychopathologiques spécifiques qu'il est nécessaire de bien reconnaître pour engager une prise en charge adaptée : il s'agit de **1)** l'étiologie traumatisante, **2)** le syndrome de répétition et **3)** l'altération de la personnalité auxquels s'ajoutent des dimensions non spécifiques comme les troubles associés et les conséquences psychosociales du traumatisme. (Chahraoui, K. 2023, p.11).

1. Le traumatisme psychique

- L'étiologie traumatisante se définit par l'existence d'un traumatisme psychique qui est la réponse de l'individu à un événement hors du commun et dont le caractère exceptionnel doit être souligné ; il s'agit d'un accident de la vie imprévisible qui ne doit pas être confondu, comme c'est souvent le cas, avec des événements de vie stressants comme les ruptures, les conflits ou les situations de deuil non traumatiques. (Chahraoui, K. 2023, pp.12-13).

Le traumatisme psychique comporte plusieurs caractéristiques :

- **Le débordement des défenses psychologiques :** le traumatisme psychique est une réponse à un événement qui présente des aspects de soudaineté, de violence et de surprise. Par son côté inattendu et accidentel, l'événement traumatique entraîne un débordement des défenses psychologiques du sujet. C'est ce débordement psychique qui définit le trauma ; en effet, face à l'état d'impréparation, le sujet traumatisé ne peut pas réagir, car il n'a pas pu

anticiper la violence de l'événement (défaut d'angoisse signal), ce qui le laisse sidéré sur le plan psychique. (Chahraoui, K. 2023, pp.12-13).

- **La situation de violence psychique liée à une menace vitale ou à des visions d'horreur** : le traumatisme psychique est associé à des situations où le sujet a vécu un sentiment de menace vitale ou a été confronté à des visions d'horreur. Selon Barrois (1988), la rencontre tragique avec la mort agresse l'intégrité physique et mentale du sujet et fascine, sidère et paralyse son appareil psychique. Cette rencontre crée un désarroi qui tient « *à la brusque transformation de la mort en donnée immédiate* » (1988) alors qu'elle constituait auparavant une pensée abstraite. Face à ce type de situations extrêmes impliquant la proximité avec la mort, l'homme doit affronter et anticiper au plus près, dans une solitude infinie, son propre anéantissement, ce qui ne peut que provoquer une blessure psychique indélébile et transformer radicalement un individu. (Chahraoui, K. 2023, pp.12-13).
- **L'effroi** : la dimension de l'effroi est centrale dans le psycho-traumatisme et renvoie à un état de sidération et d'immobilité psychiques du sujet confronté à la grande violence de l'événement traumatique. L'effroi constitue ainsi une réaction caractéristique faisant suite à une vive émotion et se traduit principalement par un état de sidération, d'effraction psychique et de suspension de la pensée qui rend le sujet incapable d'agir et de résister. Pinel (1809), un des premiers, avait bien mis l'accent sur les conséquences considérables d'une brusque et soudaine commotion, telle qu'une joie excessive ou une forte frayeur, pouvant entraîner l'arrêt des fonctions psychiques : « *Certaines personnes, douées d'une sensibilité extrême, peuvent recevoir une commotion si profonde par une affection vive et brusque, que toutes les fonctions morales en sont comme suspendues ou oblitérées : une joie excessive, comme une forte frayeur, peut produire ce phénomène si inexplicable* » (1809, p. 184), in (Chahraoui, K. 2023, pp.12-13).
- **La rupture de l'enveloppe psychique et l'intrusion d'un « corps étranger »** : le traumatisme psychique se traduit d'un point de vue topique comme une rupture de l'enveloppe psychique, du pare-excitation (Freud, 1920), qui crée

une désorganisation psychique durable et facilite l'intrusion du traumatisme dans l'appareil psychique comme un « *corps étranger* » qui ne peut être assimilé. L'incessant retour de ce corps étranger à travers les symptômes de répétition peut être compris comme une tentative d'assimilation par le sujet. (Chahraoui, K. 2023, pp.12-13).

- **Le non-sens et l'absence de représentation :** d'un point de vue intellectuel, cognitif ou représentationnel, le traumatisme doit aussi être envisagé comme un non-sens total. En effet, les sujets traumatisés sont dans l'incapacité de comprendre, de traiter et d'analyser ce qui leur arrive, même longtemps après, et la question qui revient principalement dans leur discours est : « *Pourquoi ça m'est arrivé, pourquoi ce jour-là ?* » L'impossibilité de donner une signification au traumatisme est centrale. Le trauma psychique correspond ainsi à une absence de représentation et de fantasme associés à l'événement. Souvent, chez ces patients, c'est toute leur théorie du monde qui se retrouve bouleversée après de tels traumas, rendant incompréhensible ce qui leur arrive. (Chahraoui, K. 2023, pp.12-13).
- **Traumatisme relationnel et logique :** des travaux récents ont mis l'accent sur les traumatismes relationnels de type logique et paradoxal, en particulier chez les victimes de tortures ou de harcèlement sexuel chez qui il est important de tenir compte de la nature de la relation entre la victime et son agresseur, qui comporte des aspects d'emprise et des interactions paradoxales de type « *double lien* ». (Chahraoui, K. 2023, pp.12-13).

2. Le syndrome de répétition

Les symptômes de répétition constituent le noyau essentiel et pathognomonique des syndromes psycho-traumatiques. Ils apparaissent généralement après un temps de latence de quelques jours à quelques semaines et se traduisent par des reviviscences de l'événement traumatique. (Chahraoui, K. 2023, pp.13-15).

Plusieurs auteurs ont surtout insisté sur les cauchemars répétitifs (Barrois, 1988) mais, pour de nombreux sujets traumatisés, les manifestations de reviviscence peuvent prendre plusieurs formes qu'il est important de reconnaître, ce qui nécessite une écoute et une observation cliniques attentives. La description la plus complète de ces formes de répétitions est celle développée par Louis Crocq (1999) selon huit variantes cliniques : la vision quasi hallucinatoire de la scène traumatique, les illusions de reviviscence, les souvenirs intrusifs, les ruminations mentales, les reviviscences émotionnelles, la répétition sous forme d'actes moteurs, les conduites de répétition et les cauchemars de répétition ; toutes ces manifestations constituent une reviviscence plus ou moins mentalisée de l'événement traumatique et elles sont toujours vécues dans une grande détresse psychique (peur, impuissance) accompagnée de nombreux troubles neurovégétatifs (tachycardies, sueurs, etc.). (Chahraoui, K. 2023, pp.13-15).

Nous reprenons ici cette classification en donnant quelques exemples :

- **La vision quasi hallucinatoire de la scène traumatique :** cette forme renvoie à des images intrusives ou flashes visuels (Crocq, 1999) qui comportent des éléments principalement visuels mais aussi auditifs, olfactifs et sensitifs. Il s'agit d'images qui surgissent brusquement en dehors du contrôle du sujet et qui reproduisent visuellement la scène traumatique. Cette reviviscence donne lieu à une intense émotion et à une grande détresse avec des pleurs, un état d'agitation et des symptômes neurovégétatifs (transpiration, tremblements). Les patients les évoquent comme des flashes visuels qui se déroulent comme dans un film. Par exemple, ce patient de 32 ans qui, après un accident grave de la route, ne parvient plus à s'endormir car les images de l'accident font irruption comme dans la réalité dès qu'il a les yeux fermés. Il est alors obligé d'ouvrir les yeux et de se lever pour éviter ces visions. (Chahraoui, K. 2023, pp.13-15).
- **Les illusions :** pour Louis Crocq (1999), il s'agit de reviviscences qui constituent non pas des images mais une interprétation erronée d'une situation réellement perçue. Ainsi, ce patient de 57 ans, originaire de Turquie, qui a connu dans sa vie quatre tremblements de terre en trente ans. Ce n'est pourtant qu'après le dernier qu'il développe un syndrome psycho-traumatique. Il a vu sa

maison s'écrouler, et ne doit sa survie qu'à un appel de son frère qui lui avait demandé de le rejoindre seulement quelques minutes avant le début de la catastrophe. Il décrit en particulier des phénomènes d'illusion quand il sort dans la rue, il voit les immeubles bouger et tourner autour de lui comme si le tremblement de terre allait se reproduire. Cette vision soudaine entraîne un état de terreur et une paralysie motrice avec un cortège de manifestations neurovégétatives (tachycardies, sueurs, tremblements) et de vertiges. Ces manifestations le conduisent à rester confiné chez lui, de peur de revivre la même situation. (Chahraoui, K. 2023, pp.13-15).

- **Souvenirs intrusifs** : il s'agit de souvenirs et de pensées récurrentes qui sont associés à l'événement et qui envahissent l'espace psychique du sujet tout au long de la journée. Ces souvenirs sont davantage mentalisés, mais ils surviennent aussi en dehors du contrôle du sujet. (Chahraoui, K. 2023, pp.13-15).
- **Les ruminations mentales** : ce sont des pensées, interrogations et discours récurrents concernant : la sensation d'une coupure temporelle, l'impression d'être incompris et délaissé par les autres, le sentiment d'être dévalorisé, déçu et d'avoir profondément changé depuis le traumatisme. (Chahraoui, K. 2023, pp.13-15).
- **Les reviviscences émotionnelles** : elles sont déclenchées par un stimulus (bruit, impression d'être suivi dans la rue...) avec un vécu de menace et de danger imminents. Ces reviviscences se traduisent par des crises de larmes, d'angoisse, de colère ou de mouvements de panique. (Chahraoui, K. 2023, pp.13-15).
- **La répétition sous forme d'actes moteurs** : il s'agit de répétition de gestes pouvant avoir une valeur défensive, de tics, de réactions de recroquevillement, de sursauts physiques. Ces symptômes peuvent être assimilés parfois aux troubles de conversion. Une de nos patientes, à la suite d'un accident de car, se recroquevillait terrorisée dans sa chambre d'hôpital en pensant que son lit à roulettes allait la renverser. Ce trouble d'allure pseudo-délirante s'était

manifesté par une très vive angoisse, mais il disparut spontanément après nos premiers entretiens cliniques. (Chahraoui, K. 2023, pp.13-15).

- **Conduites de répétition** : il peut s'agir du besoin de raconter l'événement sans cesse, des jeux répétitifs chez l'enfant, de l'attrance pour les spectacles violents ou de la collection d'objets en lien avec l'événement traumatique. (Chahraoui, K. 2023, pp.13-15).
- Les cauchemars de répétition représentent la symptomatologie la plus connue. Il peut s'agir de cauchemars répétitifs de l'événement, mais aussi de rêves de fuite ou d'impuissance physique qui sont toujours suivis d'un réveil en sursaut avec vécu d'angoisse et manifestations neurovégétatives (sueurs, tachycardie...). (Chahraoui, K. 2023, pp.13-15).
- On peut ajouter à ces 8 variantes cliniques les plaintes somatiques répétitives des patients dont la symptomatologie est essentiellement focalisée sur le corps. Il s'agit de sujets qui s'adressent sans cesse au monde médical avec des plaintes répétitives souvent d'ordre fonctionnel et une mise en échec des différents traitements. (Chahraoui, K. 2023, pp.13-15).

3. La signification du syndrome de répétition

Le syndrome de répétition signe principalement la fixation temporelle et psychique à l'événement traumatique et à son impact violent. Il peut se comprendre comme l'absence d'intégration et d'assimilation du traumatisme, qui continue d'agir comme un corps étranger à l'intérieur du psychisme du sujet. C'est principalement l'impossibilité de représentation, d'élaboration et de symbolisation de l'événement qui est en lien avec les phénomènes de répétition. On peut toutefois aussi comprendre la répétition de manière active et pas seulement passive en la considérant comme une tentative de maîtrise de l'événement pour essayer d'y échapper et également comme une tentative d'élaboration non aboutie. (Chahraoui, K. 2023, p.16).

4. Remaniements et altération de la personnalité post-traumatique

L'altération et les remaniements de la personnalité représentent une dimension centrale dans les psycho-traumatismes. En effet, le traumatisme psychique semble

avoir cette capacité de modifier de manière radicale à la fois l'état de santé, mais aussi le sentiment de continuité de l'identité chez le sujet. Ce dont souffrent le plus ces patients, plusieurs mois ou années après, c'est de ce vécu de rupture existentielle entre l'avant et l'après du traumatisme et de changement profond de leur équilibre : ils ne se sentent plus les mêmes et ces sentiments provoquent une douleur intense. (Chahraoui, K. 2023, pp.16-17).

Le traumatisme a des effets de désorganisation et de réorganisation de la personnalité soulignés par de nombreux auteurs. Ferenczi (1916, 1919) les avait envisagés en intégrant la notion de régression narcissique. Le trauma provoque une blessure du moi et de l'amour-propre et a pour effet un retrait de la libido sur le moi. Ferenczi (1916, 1919) décrit ainsi des sujets traumatisés qui deviennent narcissiques et développent une attitude de détresse et de dépendance passive, avec des caractéristiques orales comme au temps où ils étaient encore enfants et attendaient de l'aide des adultes. (Chahraoui, K. 2023, pp.16-17).

Pour Fenichel (1945) la personnalité est totalement réorganisée par le traumatisme sous la forme d'une dépendance accrue, d'une régression et d'une forte ambivalence. Il souligne la dimension d'altération de la personnalité qui renvoie au blocage des fonctions du moi. En effet, toute l'énergie du sujet est concentrée seulement sur une tâche unique : il s'agit de l'énergie défensive pour maîtriser l'excitation envahissante, ce qui a pour effets de bloquer les autres fonctions comme la perception ou l'aperception et d'empêcher tout traitement de nouvelles excitations. (Chahraoui, K. 2023, pp.16-17).

Chez Fenichel, le blocage du moi se manifeste à travers trois types de blocage, qui ont été repris et développés dans les descriptions cliniques de L. Crocq (1999) :

- Le blocage de la fonction de filtration de l'environnement (correspondance DSM : symptômes d'évitement). Il se manifeste par des états d'hyper vigilance et d'alerte permanents, des réactions de sursaut, un sommeil léger, des réveils fréquents et un évitement des stimuli rappelant le trauma. Un de nos patients décrivait sa tête comme « *une passoire* » qui ne savait plus filtrer les stimuli

venant de l'extérieur ; dans son travail, il s'enfermait ainsi dans sa voiture pendant la pause du déjeuner car il ne supportait plus le bruit et les conversations de ses collègues. (Chahraoui, K. 2023, pp.16-17).

- Le blocage de la fonction de présence (correspondance DSM : émoussement de la réactivité générale) : il se manifeste par une perte d'intérêt pour les activités et les loisirs, une impression de monde lointain et d'avenir bouché. Le sujet est dans le retrait social avec une perte de curiosité et d'intérêt pour tout ce qui l'entoure. (Chahraoui, K. 2023, pp.16-17).
- Le blocage de la fonction d'amour et de relation à autrui (correspondance DSM : restriction des affects) : on retrouve ici un sentiment de détachement par rapport aux autres, une attitude de régression narcissique avec dépendance, une incapacité d'aimer et de comprendre les autres, un sentiment d'irritabilité permanent avec repli sur soi. (Chahraoui, K. 2023, pp.16-17).

5. Les troubles associés

Il existe une association fréquente entre les troubles psycho-traumatiques et de nombreux troubles d'allures somatique, dépressive, pseudo délirante et des troubles des conduites. On retrouve ainsi :

- Des troubles somatiques avec asthénie physique et psychique, difficultés sexuelles (impuissance, frigidité...), conversions, céphalées, troubles fonctionnels digestifs, ulcères, aménorrhées, troubles psychosomatiques (asthme, ulcère gastrique, hypertension, eczéma, psoriasis, diabète), plaintes somatiques diverses. Ces troubles somatiques sont bien souvent au premier plan et ces patients sont fréquemment adressés par le corps médical. (Chahraoui, K. 2023, pp.17-18).
- Des troubles névrotiques avec développement de phobies ou de rituels protecteurs vérificateurs. Une de nos patientes avait présenté un rituel de vérifications très particulier après son accident de voiture qui a eu des effets psycho-traumatiques ; tous les matins avant de partir travailler et à chaque fois qu'elle ouvrait la portière de sa voiture, des idées obsédantes l'envahissaient : «

Avait-elle bien fermé le gaz dans sa maison ? Avait-elle bien éteint la lumière ? » Elle rentrait alors systématiquement chez elle vérifier si tout était bien éteint puis revenait vers son véhicule. On perçoit bien ici la fonction de ces rituels qui visent à éviter et à conjurer l'angoisse en rapport avec la conduite automobile. (Chahraoui, K. 2023, pp.17-18).

- Des troubles des conduites avec anorexie, boulimie, tabagisme, alcool, drogue, conduites violentes. Les troubles de l'irritabilité sont très fréquents et peuvent se manifester par une forte agressivité avec l'entourage, ce qui complique généralement le tableau clinique. (Chahraoui, K. 2023, pp.17-18).
- Des troubles dépressifs qui se manifestent au travers d'épisodes dépressifs majeurs, de deuils traumatiques ou d'idées suicidaires. La co-morbidité avec la dépression est très fréquente, elle peut voiler la spécificité du tableau psycho-traumatique. (Chahraoui, K. 2023, pp.17-18).
- Des délires post-traumatiques que l'on peut retrouver dans des situations très spécifiques et que nous avons particulièrement observés en milieu médical et dans les contextes de l'exil. (Chahraoui, K. 2023, pp.17-18).

6. Les conséquences psychosociales du trauma et le traumatisme second

Les conséquences psychosociales du traumatisme doivent faire l'objet d'une évaluation attentive. On peut retrouver chez les patients, en particulier ceux avec des troubles chroniques, une altération importante de la vie relationnelle et sociale et des risques de grave marginalisation. En effet, ces patients vivent un bouleversement de leur équilibre avec une impression de rupture existentielle et un sentiment profond d'être incompris, rejeté par les autres, ce qui entraîne un repli sur soi et un retrait par rapport à leur environnement. De nombreux sujets peuvent aussi présenter à la suite du traumatisme des situations sociales et professionnelles dramatiques qui ont des conséquences néfastes sur le plan personnel et familial comme la perte d'emploi, les arrêts maladie, le licenciement ou le handicap. (Chahraoui, K. 2023, pp.18-19).

La notion de traumatisme second (Barrois, 1998) doit également être reconnue. En effet ces patients, qui ne se sentent pas écoutés dans leur souffrance par les instances médicales, sociales ou judiciaires, vivent cette non-reconnaissance comme une forme de rejet qui a pour effet de réactiver le traumatisme initial, les symptômes de reviviscence et la chronicisation de la psychopathologie. (Chahraoui, K. 2023, pp.18-19).

IX. Troubles psychiques postopératoires

Les traumatismes psychiques ont souvent été décrits dans des contextes de grande violence collective (guerres, catastrophes) ou individuelle (accidents, viols), mais très peu en milieu médical alors qu'ils sont assez fréquents. Après une brève revue de la littérature et un point théorico-clinique, nous illustrerons les dimensions cliniques et psychopathologiques spécifiques de ces traumatismes avec trois observations dans des contextes médicaux liés à la réanimation et à la chirurgie. (Chahraoui, K. 2023, p.81).

Les troubles psychiques postopératoires et plus particulièrement psychotraumatiques ont fait l'objet de rares études cliniques et psychopathologiques, même si on relève quelques travaux dans le champ de la psychiatrie qui ont surtout été développés dans les années soixante-dix en France. Il existe depuis peu un regain d'intérêt pour ces troubles, surtout dans les études médicales anglo-saxonnes. (Chahraoui, K. 2023, p.81).

Dupuytren, en 1819, avait été l'un des premiers à constater des troubles nerveux consécutifs aux interventions chirurgicales, puis d'autres auteurs ont fait état par la suite de manifestations postopératoires de type psychotique, névrotique, et de troubles dépressifs (Koupernik *et al.*, 1962 ; Goldefy, 1968 ; Goldefy *et al.*, 1973 ; Lefort G. et Oughourlian M., 1979 ; Ferret *et al.*, 1990), in (Chahraoui, K. 2023, pp.81-82).

Coldefy et Oughourlian (1979) décrivent par exemple des troubles psychiques postopératoires qui peuvent apparaître du 2^e au 15^e jour après l'intervention ; la

complication la plus observée est le syndrome confusionnel avec désorientation spatiale, confusion des idées, des personnes et des lieux, agitation désordonnée et activité onirique importante avec hallucinations visuelles. Ce syndrome disparaît généralement en quelques semaines, mais on peut voir chez certains sujets s'installer un état dépressif chronique. Coldefy (1968) notait que ce risque de complications, directement lié au geste opératoire et aux actes thérapeutiques, était de 5 %. Plus récemment, Sognot-Berat *et al.* (2001) ont également décrit après des chirurgies de nombreux troubles psychiques, allant d'attitudes de régression à des syndromes confusionnels ou délirants pendant la période postopératoire. Ces auteurs soulignent le rôle de l'hypoxie postopératoire et de la diminution de la concentration en tryptophane sérique à la suite de transfusions sanguines peropératoires qui seraient en relation avec ce type de troubles. (Chahraoui, K. 2023, pp.81-82).

X. Les effets du traumatisme

F. Lebigot fait une distinction très précise entre le stress et l'événement traumatisant. Pour l'auteur, le traumatisme par définition est nécessairement une rencontre avec « *le réel de la mort* ». (Liébert, P. 2015, p.49).

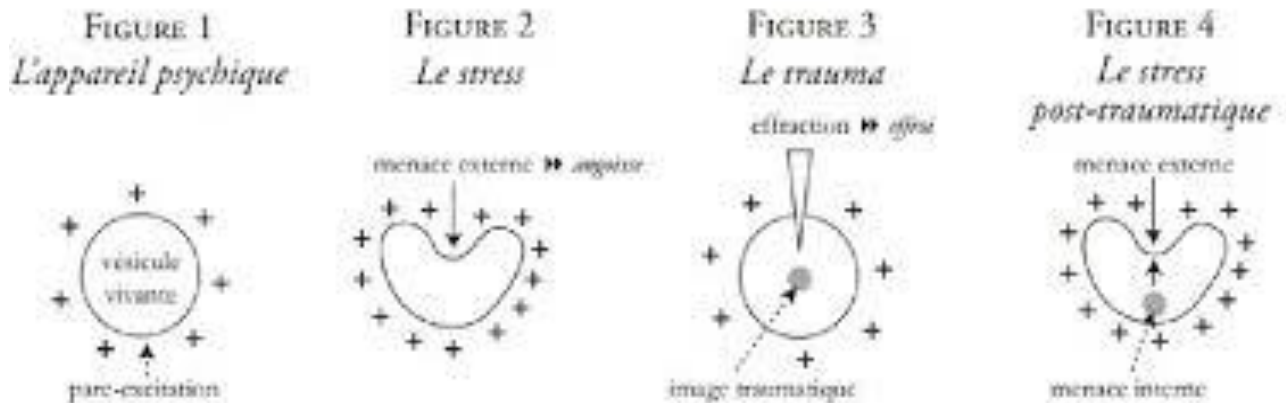
À la survenue d'un événement traumatique, des perceptions et des images liées à l'agression vont pénétrer les défenses psychiques de l'individu. Ces perceptions et sensations vont rester stockées dans le psychisme sans être élaborées. Elles vont susciter des images traumatiques et un syndrome de répétition avec anxiété (voir figure4.1). (Liébert, P. 2015, p.49).

F. Lebigot écrit :

« Une fois installée dans l'appareil psychique l'image traumatique y demeure, parfois seulement quelques jours, plus souvent des mois, des années ou toute la vie du sujet. Elle réapparaît à la conscience avec une périodicité variable, soit la nuit dans des cauchemars, soit le jour lors de brèves réminiscences. À chaque fois, l'image est identique au détail près à ce qu'elle était le jour où elle a fait effraction, et elle s'accompagne du sentiment que l'événement est en train de se

produire. Aussi les troubles psychosomatiques peuvent durer longtemps, voire très longtemps ... ». (Liébert, 2015, pp.49-50)

Figure 1: Stress et trauma (F. Lebigot).



Source : (Liébert,P. 2015,p.50) . Figure 4.1. Stress et trauma (F. Lebigot).

XI. Prise en charge du traumatisme

1. La prise en charge médicamenteuse (ou pharmacothérapie)

Aucun médicament n'a été développé dans le but de traiter spécifiquement le TSPT. Les psychothérapies peuvent être complétées par la prescription de certains psychotropes, ou d'autres thérapies de potentialisation, mais dont la taille d'effet de leur efficacité reste moindre en comparaison aux psychothérapies. (El-Hage,W. 2018, p.11).

L'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques peut être nécessaire afin de réduire les effets délétères du syndrome de reviviscence et de restaurer le sommeil. D'autres médicaments ont pu être proposés dans le TSPT aigu. L'hydroxyzine par exemple joue un rôle positif dans la gestion de l'anxiété ou du sommeil, mais sans effet thérapeutique sur l'extinction de la peur. Les benzodiazépines sont contre-indiquées, en raison du risque élevé de dépendance et d'addiction qu'elles présentent. (El-

Hage,W. 2018, p.11).

Les antidépresseurs sont reconnus comme efficaces. Ils peuvent être prescrits en seconde intention ou en cas de comorbidité dépressive. Le traitement doit être ajusté de façon rationnelle en ciblant les symptômes prédominants. En France, seules la paroxétine et la sertraline sont indiquées dans le TSPT. À l'international, d'autres molécules sont également recommandées comme la fluoxétine et la venlafaxine. Le risque d'effets secondaires des antidépresseurs est à noter, ainsi que le coût plus élevé du traitement, sa moindre acceptabilité et le risque de rechute en cas d'arrêt. En cas de non-réponse, la nefazodone, l'imipramine ou la phénelzine sont à prescrire en monothérapie. Les patients répondeurs doivent continuer le médicament pendant au moins un an avant toute tentative de réduction, en amont de son arrêt éventuel. D'autres molécules ne peuvent pas être recommandées en l'absence d'un niveau de preuves suffisant (la prazosine ou les antipsychotiques, par exemple). La pharmacothérapie du TSPT est peu investie par la recherche, mais il serait intéressant pourtant de disposer de protocoles thérapeutiques qui cibleraient certaines caractéristiques du TSPT (comme l'irritabilité, le sommeil, la dissociation). (El-Hage,W. 2018, p.11).

Des médicaments de potentialisation des thérapies d'exposition sont également à l'étude. Ces nouvelles stratégies consistent à renforcer l'effet des psychothérapies par des médicaments (propranolol, D-cyclosérine, MDMA, hydrocortisone, yohimbine, ocytocine, par exemple). Des essais cliniques évaluent l'efficacité des médicaments de potentialisation de la thérapie d'exposition *versus* placebo. D'autres études suggèrent l'intérêt des bêta-bloquants comme le propranolol dans l'extinction de la peur associée au souvenir traumatique. Le rôle et l'efficacité de ces nouvelles stratégies thérapeutiques restent à définir de manière plus fine dans les prochaines années. (El-Hage, W. 2018, p.11).

2. Neurostimulations

Les techniques de stimulation cérébrale sont en plein développement. La stimulation magnétique transcrânienne (*transcranial magnetic stimulation* [TMS]),

l'électro convulsivo thérapie (ECT), le bloc du ganglion stellaire ou la stimulation du nerf vague (VNS) ne possèdent pas de niveau de preuves suffisant de leur efficacité. Les données actuelles sont insuffisantes pour garantir l'efficacité et l'innocuité de ces techniques dans le traitement du TSPT. Les efforts mis en œuvre par la recherche ne cessent de préciser les protocoles de stimulation adaptés à chaque pathologie et améliorent leurs retombées cliniques. Considérant le modèle neurobiologique actuellement proposé pour expliquer le TSPT, chacune de ces méthodes pourrait présenter un avantage spécifique. L'implication des régions corticales préfrontales médiane, insulaire et cingulaire antérieure favoriserait par exemple des approches basées sur des stimulations corticales. Au vu du rôle primordial d'autres structures plus profondes telles que l'amygdale, leur stimulation pourrait ainsi s'avérer intéressante. (El-Hage, W. 2018, p.11).

3. Les psychothérapies

La thérapie requiert une relation de confiance, une communication claire et un cadre fiable, en opposition au cadre transgressé par le trauma. La thérapie définit un cadre de soins et peut impliquer plusieurs professionnels avec des compétences complémentaires, en vue d'aboutir à une résilience assistée. Les thérapies à proposer en première intention sont des psychothérapies structurées ayant démontré la preuve de leur efficacité, centrées sur le trauma, à savoir : la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), la thérapie d'exposition prolongée (TEP), l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (*eye movement desensitization and reprocessing*, EMDR), la thérapie des processus cognitifs (TPC) et la thérapie brève éclectique. D'autres thérapies gardent un intérêt clinique réel, bien que leur efficacité soit moins incontestable, comme la thérapie narrative avec exposition ou l'hypnose, comme une thérapie adjuvante. Nous évoquons ici quelques stratégies thérapeutiques de façon non exhaustive. (El-Hage, W. 2018, p.10).

3.1. La thérapie cognitive et comportementale

Connue sous le sigle de TCC, elle est considérée comme la prise en charge thérapeutique la plus efficace en matière d'indication en ce qui concerne les

traumatismes psychologiques. (Boudoukha, A. 2020).

Leurs principes sont clairement codifiés ; et s'articulent autour de quatre phases : évocation et description de l'expérience traumatique, apprentissage de techniques de relaxation, travail sur les capacités à communiquer sur l'expérience traumatique et, enfin, approche de la dimension cognitive du traumatisme c'est-à-dire le traitement cérébral de l'information. Leur réputation dans le traitement de l'ESPT a pu être évaluée au moyen d'études contrôlées qui montrent leurs effets sur l'atténuation des symptômes. Il est possible de les associer aux thérapies psychodynamiques ou d'inspiration psychanalytique lorsque certains symptômes persistent, ou sont insuffisamment améliorés, ou sont liés à un trouble de la personnalité. (Cottencin, O. 2009, p.243).

3.2. La thérapie d'exposition prolongée

Le principe thérapeutique de l'exposition prolongée (EP) repose sur l'activation répétée du souvenir traumatique avec engagement émotionnel et incorporation d'informations correctives de la vision du monde et de soi. L'objectif est de lutter contre l'évitement mental et comportemental, qui empêche toute transformation du souvenir traumatique. L'EP est un traitement efficace, bien toléré et sûr, considéré comme le gold standard, ou le traitement de référence. Elle permet d'appivoiser les situations évitées et le souvenir du trauma de façon graduelle, prolongée et répétée. L'EP associe ainsi une exposition en imagination et des exercices d'exposition in vivo. Elle demeure toutefois peu utilisée. Les obstacles à l'accès à l'EP viennent autant des perceptions négatives des cliniciens et de leur méconnaissance du traitement que de l'évitement des patients. (El-Hage, W. 2018, p.10).

3.3. La thérapie d'inspiration psychanalytique

Les psychothérapies psycho-dynamiques sont connus pour leur inspiration des concepts la psychanalytique. En ce qui concerne les troubles post-traumatiques, ces thérapies se penche plus sur un travail d'élaboration que de simplement éliminer les symptômes et a traiter le trauma en effet elles amènent le patient sur la voie d'un

changement profond en réexaminant son histoire propre et des conséquences que l'événement traumatique soit la rencontre avec le réel de la mort a induit .Il s'agit d'un travail thérapeutique qui peut s'avérer être long et difficile .De plus, en pratique ,l'intervention psycho dynamique s'effectue soit de manière précoce a la suite d'un débriefing ou plus tard lorsque le syndrome de répétition apparait soit quand la névrose traumatique devient handicapante aussi pour le patient que pour son entourage (Lebigot, F. 2005, p.13).

3.4. Psychothérapie EMDR

Elle a été mise en place par le Dr Francino Shapiro en 1987 et est préconisée être commandée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), la Haute Autorité de santé (HAS) et l'*American Psychological Association* (APA) dans la prise en charge du TSPT étant donné le fait que son efficacité dans leur traitement a été largement mis en évidence dont l'effet de la thérapie est maintenu jusqu'à 35 mois. Cette technique associe rappel des cognitions, des émotions et des aspects physiques de du traumatisme vécu, elle est structurée en huit étapes qui aboutissent à un changement dans le traitement de la mémoire de l'événement, une absence de détresse liée au traumatisme, l'élimination de l'inconfort physique associé à la mémoire initiale et à l'établissement d'une croyance positive sur soi. (Khalifa, S. 2019, p.269).

L'EMDR occupe une place grandissante dans la prise en charge des victimes de traumas. Elle bénéficie de résultats convaincants et fait l'objet d'une diffusion large. Les cliniciens la considèrent comme un soin psychique de premier plan pour traiter les traces traumatiques. L'EMDR s'appuie sur un modèle de traitement en huit phases qui guident la conceptualisation de cas et le plan de traitement dans la prise en charge. Son indication paraît incontestable dans le TSPT, mais elle est plus controversée dès lors que l'on est confronté à des traumatismes complexes. L'EMDR, comme la plupart des autres approches d'ailleurs, se révèle insuffisante lorsqu'elle est utilisée seule. Il est alors nécessaire d'envisager une prise en charge plus intégrative qui ne se réduit pas à l'application du protocole standard. (El-Hage, W. 2018, p.10).

Il est important de souligner que la pratique clinique de l'EMDR démontre une certaine ressemblance avec l'hypnose, même si son protocole n'implique pas la suggestion comme est le cas de l'hypnose, leur procédure sont d'une similarité indéniable en effet le sujet doit se focaliser sur une chose qui bouge et sur des images qu'il a dans la tête. (Poussin, G. 2005, p.96).

3.5. Thérapie des processus cognitifs

La thérapie des processus cognitifs (TPC) est un traitement cognitif comportemental centré sur les traumatismes, structuré et manualisé. L'accent est mis sur les pensées et les croyances qui ont été modifiées par les traumatismes, lesquelles alimentent les symptômes du TSPT et constituent des points de blocage qui empêchent le rétablissement. La TPC exerce une incidence positive sur les symptômes dépressifs comorbides et vise à flexibiliser les modes de pensées, principalement *via* la restructuration cognitive. Elle a été validée auprès de populations victimes de traumatismes variés et/ou multiples. Le traitement manualisé comprend douze séances. Il nécessite un investissement soutenu de la part du patient, sous forme d'exercices à réaliser quotidiennement. Bien que son efficacité soit largement appuyée par les données probantes, plusieurs patients conservent des symptômes persistants au terme du traitement. (El-Hage, W. 2018, p.10).

3.6. Thérapie narrative

Les histoires traumatiques fabriquent des conclusions identitaires négatives. La thérapie narrative aide le sujet à trouver de nouvelles significations aux traumatismes et à comprendre le sens des émotions dissociées. Elle amène également le sujet à se reconnecter à ses valeurs, parcourir des événements vécus où les actions sont en rapport avec les intentions, et où celles-ci peuvent se traduire par des prises d'initiatives. Cela refaçonne une identité narrative en mouvement, en lien avec une sécurité relationnelle retrouvée. L'approche narrative des traumatismes complexes va aider le sujet à se stabiliser avant d'aborder le travail sur les conséquences du trauma dans le présent. Ces conséquences sont travaillées dans le champ de l'action où le trauma a été vécu, de la relation lorsque le sujet a manqué de tiers sûr, et dans le champ des

intentions et des valeurs. En reliant les vécus sensoriels à des expériences intentionnelles, la mise en récit redonne au processus d'auto-affection son rôle central, pour redonner sens aux mots dans la vie du sujet. (El-Hage, W. 2018, p.10).

3.7. L'hypnose

L'hypno-thérapie a tout à fait sa place dans le traitement du TSPT, seule ou en association à d'autres psychothérapies. Son efficacité est prouvée même si elle reste moins étudiée que d'autres modalités. L'hypnose offre un cadre contrôlé, stratégique et sécurisé à la relation thérapeutique qui permet l'exposition au souvenir traumatique dans un état de conscience particulier. C'est en utilisant la dissociation hypnotique que la dissociation pathologique peut s'apaiser et qu'un phénomène d'intégration peut s'effectuer. L'hypnose permet de visiter à nouveau le trauma en l'enrichissant d'informations supplémentaires, en l'élargissant. Plus le praticien dispose d'informations, plus les angles de vue ou les manières de considérer le trauma sont possibles pour que le trauma puisse être considéré différemment. Le seul préalable non technique à la pratique de l'hypnose est d'avoir confiance dans les ressources du patient. Y croire est en effet indispensable. C'est le meilleur moyen pour qu'il se saisisse du cadre de l'hypnose pour devenir acteur, qu'il se saisisse de la sécurité relationnelle pour s'exposer, qu'il se saisisse de l'enrichissement sensoriel pour pouvoir choisir de lire autrement la scène traumatique. (El-Hage, W. 2018, pp.10-11).

Synthèse

En conclusion, le syndrome de stress post-traumatique (ESPT) se présente comme une séquelle psychologique majeure consécutive à l'exposition à un événement extrêmement stressant qui menace ou dépasse les capacités d'adaptation de l'individu. Qu'il s'agisse d'accidents graves, de décès violents, d'agressions, de maladies graves, de guerres, d'attentats ou d'autres situations traumatisantes, l'ESPT se manifeste par une réaction émotionnelle intense, caractérisée par une peur, un sentiment d'impuissance, d'horreur ou une indifférence profonde. En reconnaissant la complexité du traumatisme psychique et en mobilisant les ressources adéquates, il est possible d'accompagner les victimes sur le chemin de la guérison et de leur permettre de reconstruire leur vie.

Problématique et hypothèses de recherche

Problématique et hypothèses de recherche

L'être humain est un être complexe, composé d'une dimension physique, psychologique et sociale. Selon Serge Guimond, l'être humain est un être complexe qui peut être défini comme une entité biopsychosociale. Cela signifie qu'il est à la fois un être biologique, un être psychologique et un être social. Ces trois dimensions sont indissociables et interagissent constamment entre elles pour influencer nos pensées, nos émotions, nos comportements et nos relations interpersonnelles. (Guimond, 2018, p.17).

La santé physique et mentale a un grand impact dans notre vie, elle nous permet de penser, de ressentir et de nous adapter aux défis de la vie quotidienne. Cependant, parfois la santé physique peut être infectée et confrontée par différentes maladies chroniques, qui peuvent avoir des conséquences et des complications sur la santé physique et psychologique.

De ce fait, la maladie du diabète est une maladie chronique caractérisée par un taux élevé de sucre (glucose) dans le sang. Il s'agit d'un dysfonctionnement de la production ou bien de l'utilisation de l'insuline. C'est une maladie non transmissible qui peut être gérée, mais pas guérie. Il existe deux types principaux de diabète, le diabète de type 1 et le diabète de type 2. Le diabète peut altérer gravement la santé et augmenter le risque de complications graves, telles que les maladies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, les maladies rénales, la cécité et les amputations des membres inférieurs.

En ce sens, le diabète est un problème de santé publique majeur dans le monde, qui touche des millions de personnes, selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le nombre de personnes atteintes de diabète est passé de 108 millions en 1980 à 422 millions en 2014 et en 2015, le diabète a été la cause directe de 1,6 million de décès. Entre 2000 et 2019, les taux de mortalité due au diabète ont augmenté de 3 %, en 2019. L'OMS prévoit qu'en 2030, le diabète sera la septième cause de décès dans le monde. (OMS, 2023).

À l'instar des autres pays, la prévalence du diabète continue d'augmenter en Algérie pour atteindre 14,4 % de la population entre 18 et 69 ans, soient environ 4 millions de personnes atteintes de diabète en Algérie en 2018. Selon les instances de santé en Algérie, en collaboration avec les laboratoires Novo Nordisk, ont lancé en 2013 le projet « Baromètre » qui vise à mesurer et partager les indicateurs de performance basés sur les recommandations 2013 de la Fédération Internationale du Diabète (FID/IDF), 13,6% des hommes et 11,39% des femmes sont diabétiques. Ainsi qu'il est la 2ème cause de décès en Algérie après les maladies cardio-vasculaires, le nombre réel de personnes diabétiques en Algérie est probablement plus élevé que les estimations, car de nombreuses personnes ne sont pas diagnostiquées. (Belhadj et al., 2019, pp.188-194).

Mais par fois, le diabète peut augmenter le risque d'infections et d'ulcères aux pieds, qui peuvent parfois conduire à plusieurs complications graves tels que les maladies cardiaques et accidents vasculaires cérébraux, maladie rénale, pied diabétique, amputation et Neuropathie.

De ce fait, l'amputation du pied diabétique est une complication grave du diabète, C'est l'ablation d'une partie du pied ou de la jambe aussi qu'elle est une intervention chirurgicale qui risque des complications grave sur le corps, et qui peut avoir un impact important sur la vie quotidienne d'une personne. Il existe deux types d'amputation, l'amputation mineure qui consiste à enlever un orteil ou une partie du pied et l'amputation majeure qui consiste à une partie plus importante du pied, ou la jambe entière. Elle est généralement pratiquée lorsque tous les autres traitements ont échoué et que la vie ou la santé de la personne est en danger.

Dans le même contexte, Le taux d'amputation est 20 fois plus élevé chez les personnes diabétiques que chez les personnes non diabétiques. Selon l'OMS 500 000 amputations de membres inférieurs sont réalisées chaque année dans le monde, d'après la Fédération Française de Diabète 6 000 amputations sont réalisées chaque année en France. En Algérie on a pas trouvé de données nationales précises sur le nombre d'amputations réalisées.

En conséquence, l'amputation du pied est une expérience difficile qui peut avoir des conséquences, tels les douleurs et de l'incapacité physique, aussi que les patients peuvent avoir des sentiments de perte et de honte, souffrir de traumatismes psychiques, et la dépression, l'anxiété et surtout le syndrome de stress post-traumatique (SSPT).

Le traumatisme psychique est reconnu comme étant un trouble anxieux qui survient chez une personne suite à un événement traumatique. Selon Philippe Liébert, le traumatisme est un terme emprunté au domaine de la chirurgie et réservé aux atteintes corporelles. D'origine grecque, le terme « *trauma* » désigne une lésion ou une blessure produite par un agent extérieur : coup, choc, secousse violente, C'est Freud qui en a élargi le sens en le transposant dans le domaine psychique. Pour lui, on ne peut parler de traumatisme que si les capacités d'élaboration d'un sujet sont dépassées par la violence du choc subi et qu'il en résulte des dommages durables. (Liébert, 2015, p.47).

Le DSM-IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, et des troubles psychiatriques) de l'Association américaine de psychiatrie (APA) décrit les caractéristiques et les spécifications de ce trouble en recourant à plusieurs critères diagnostiques qui ont été élaborés au fil des années.

Le traumatisme psychique est un problème de santé publique majeur qui touche des millions de personnes dans le monde. Lors d'une précédente étude menée par l'OMS dans 21 pays, plus de 10% des personnes interrogées ont indiqué avoir été témoins de violences (21,8%); avoir été victimes de violences interpersonnelles (18,8%), d'accidents (17,7%) ou de la guerre (16,2%); ou encore avoir été témoins d'un traumatisme chez un proche (12,5%). Selon cette même étude, près de 3,6% de la population mondiale avait souffert d'un état de stress post-traumatique au cours de l'année précédente. (OMS, 2013).

En effet, l'approche descriptive est une méthode d'investigation et d'évaluation qui vise à observer, analyser et décrire les comportements, les pensées et les émotions des individus. Elle se concentre sur la description objective comme elle vise à comprendre le fonctionnement actuel et les expériences vécues par les individus, sans chercher à les interpréter ou à les juger. Elle apparaît également être l'approche qui propose plusieurs techniques pour traiter le traumatisme psychique, tels que la thérapie cognitivo-comportementales (TCC): qui vise à modifier les pensées et les comportements négatifs du patient. Thérapie psycho-dynamique: elle explore les conflits inconscients et les expériences passées qui peuvent influencer les pensées, les émotions et les comportements actuels. Thérapie systémique: qui prennent en compte l'individu dans son contexte familial et social pour comprendre les interactions et les dynamiques qui contribuent aux troubles. Thérapie basées sur la pleine conscience: qui visent à développer la conscience du moment présent et à accepter ses pensées et ses émotions sans jugement. Et la thérapie interpersonnelle: qui se concentre sur l'amélioration des relations interpersonnelles.

Ainsi, afin d'évaluer le traumatisme psychique chez les personnes hospitalisées amputées, nous avons choisis d'utiliser un guide d'entretien semi directif et le questionnaire TRAUMAQ pour mesurer le degré du traumatisme.

À la suite d'une exploration approfondie du thème « *L'amputation du pied et le traumatisme psychique chez les patients diabétiques* », et suite à Une pré-enquête auprès d'un patient hospitalisé ayant subi une amputation. Ainsi que des entretiens avec les psychologues et médecins l'ayant suivi durant son séjour. Notre question et notre hypothèse se formulent ainsi :

I. Questions de la problématique

- L'amputation du pied, chez les patients diabétiques, peut-elle engendré un traumatisme?

- Est-ce que la gravité du traumatisme psychique est associée à l'étendue de l'amputation (par exemple, amputation d'un orteil versus amputation de la jambe) ?

II. Hypothèses de la recherche :

- Les personnes diabétiques qui ont subi une amputation du pied sont plus susceptibles de souffrir de traumatismes psychiques que les personnes diabétiques qui n'ont pas subi d'amputation.
- La gravité du traumatisme psychique est associée à l'étendue de l'amputation (par exemple, amputation d'un orteil versus amputation de la jambe).

III. L'intérêt de choix de thème

Étant donné l'importance de ce sujet à l'heure actuelle et sa propagation, nous l'avons abordé afin de le comprendre et de le faire connaître aux gens à travers les informations et les définitions que nous avons pu obtenir.

IV. Opérationnalisation des concepts

Patient :

- Une personne qui reçoit des soins médicaux pour une maladie ou une blessure.
- Présence d'une pathologie ou d'une blessure.
- Consultation d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé.
- Suivi d'un traitement médical.

Hospitalisation :

- Admission dans un service d'hospitalisation.
- Prescription de soins médicaux et/ou chirurgicaux.
- Surveillance médicale continue.

Diabète :

- Une maladie chronique.

- Un taux de sucre élevé dans le sang.
- Une maladie du métabolisme.
- Une hyperglycémie.
- Maladie non transmissible.

Pied diabétique :

- Une complication du diabète.
- Présence d'un diabète de types 1 ou 2.
- Atteinte des nerfs au niveau du pied (neuropathie).
- Infection ou ulcération du pied.

Amputation :

- Intervention chirurgicale visant à retirer une partie du pied.
- Cicatrice postopératoire au niveau du pied.
- Utilisation d'une prothèse.
- Incapacité physique.

Traumatisme psychique :

- Événement ou situation extrêmement stressante.
- Choc émotionnel.
- Troubles du sommeil et fatigue.
- Stress post-traumatique.
- Difficultés à faire confiance et à communiquer.
- Troubles de la concentration.
- Troubles anxieux et dépressifs.

Partie méthodologique

Chapitre III :
Méthodologie de la recherche

Préambule

Dans la recherche en psychologie, tout comme dans d'autres domaines de l'investigation scientifique, il est nécessaire de mettre en place une méthode, c'est-à-dire un ensemble de principes et de règles pour planifier la démonstration inductive et administrer la preuve.

Dans notre étude et dans ce chapitre, nous aborderons la méthode et la façon dont nous avons abordé notre sujet d'étude, qui est « le traumatisme psychique et l'amputation de pied diabétiques » nous avons choisi ce thème en raison de l'interaction entre le soma et la psyché. Ainsi, nous présenterons notre méthode de recherche, suivie des outils et des techniques utilisés, leurs analyses, ainsi que le lieu et le déroulement de la recherche.

I. La pré-enquête

L'étape de pré-enquête est une phase cruciale dans le processus de recherche, la pré-enquête a pour but de recueillir des informations préliminaires sur le terrain. Son principal objectif est d'aider à fourmiller une problématique plus précise et à élaborer des hypothèses solides et étayées. De plus elle permet de déterminer les objectifs spécifiques que le chercheur devra atteindre pour valider ses hypothèses. Cette section doit être révisée pour plus de clarté. (Aktouf, O. 1987, p.120).

Lors de la première étape de ce travail de recherche, nous avons soigneusement planifié notre démarche. Nous nous sommes rendus à L'hôpital d'Aokas en mars 2024 pour illustrer au psychologue et au médecin chef notre objectif de recherche et la nature de diplôme préparé. Après avoir obtenu une lettre de stage, nous avons adressé une demande au directeur de l'établissement de santé, laquelle a été approuvée.

Au cours d'une pré-enquête de dix jours au sein de L'établissement, nous avons rassemblé des informations générales et s'assurer de la disponibilité de notre population d'étude à travers des entretiens avec le personnel médical et le psychologue. Avec l'aide du personnel de l'hôpital, nous avons rédigé un guide

d'entretien et choisi les outils de mesure appropriés. Ensuite, nous avons mené des entretiens avec 6 cas des hommes diabétiques amputés. En leur offrant la liberté de partager leurs expériences concernant leur maladie.

II. Les limites de la recherche

- **Délimitation spatiale:** la recherche s'est déroulée à L'EPH d'Aokas.
- **Limite de temps :** du mars 2024 au 2 avril 2024.
- **Limite de groupe:** l'étude a été effectuée sur 6 cas des hommes diabétiques amputés.
- **Techniques de recherche:** entretien de recherche semi directif, échelle traumaq.
- **Approche:** descriptive.

III. La méthode de la recherche

Dans toute démarche de recherche scientifique, le chercheur doit sélectionner une méthode adaptée en fonction du sujet abordé, de problématiques étudiées et des objectifs visés. Selon Grawitz (1993), une méthode consiste en toutes les activités intellectuelles qu'une discipline entreprend pour atteindre, prouver et vérifier les vérités qu'elle recherche. Elle se compose d'étapes et de procédures visant à comprendre la réalité, ou du moins une partie de celle-ci. (Grawitz, M. 2001, p.358).

Cette approche d'investigation s'intéresse à l'analyse du comportement humain dans des contextes spécifiques. Elle décortique en détail les actions des individus, leur signification, leur organisation et leur évolution, tout en identifiant les conflits présents et les stratégies pour les résoudre. (Chahraoui, Kh. Bénony, H. 2003, p.11).

Pour étudier les répercussions psychologiques du traumatisme psychique et de l'amputation chez les hommes diabétiques, nous avons opté pour la méthode clinique. Cette méthode s'avère particulièrement pertinente car elle nous permet d'explorer en

profondeur les aspects psychologiques des troubles organiques et de la situation difficile. En observant et en décrivant minutieusement les ressentis, et les comportements des participants, nous visons à saisir l'intégralité de leur expérience et à cerner les particularités de leur situation.

Mettons en avant que cette méthode, largement utilisée, vise à comprendre les comportements humains en identifiant à la fois ce qui est typique et ce qui est individuel chez un sujet confronté à une situation spécifique. (Sillamy, N. 2003, p.57).

Les études de cas impliquent l'observation d'un individu ou d'un petit groupe, souvent utilisées pour comprendre des phénomènes complexes ou peu compris. Le clinicien cherche à décrire avec précision les problèmes d'un sujet en tenant compte de diverses circonstances, comme son histoire, sa personnalité et ses relations. Il recueille des données variées provenant d'entretiens, d'exams psychologiques et de témoignages pour formuler des hypothèses sur l'origine des comportements problématiques, en se concentrant sur les facteurs les plus influents. (Albarello, L. 2011, p.03).

IV. Étude de cas

L'étude de cas s'inscrit dans le domaine des méthodes d'analyse qualitatives et il se caractérise par l'examen approfondi d'un individu, d'une communauté, d'une organisation ou d'une société particulière. Elle s'appuie principalement sur des techniques qualitatives telles que les entretiens semi-dirigés, mais peut également intégrer des outils quantitatifs afin de recueillir des données. Ces données constituent la matière première indispensable à l'élaboration d'une représentation structurée et explicative, reflétant fidèlement l'histoire et la subjectivité du cas étudié, tout en respectant les principes de totalité et de singularité. (Fernandez, L. Pedinielli, J-L. 2006 pp.41-51).

En récapitulant, la méthode clinique individualisée, tenant compte des spécificités linguistiques, cognitives, émotionnelles et historiques de chaque patient, s'avère particulièrement efficace. Notre étude approfondie s'est penchée sur les

expériences psychologiques de six hommes diabétiques ayant subi une amputation du membre inférieur.

V. Lieu de recherche

Nous avons réalisé notre stage à L'hôpital d'Aokas, durant la période du 18/02/2024 au 02/04/2024 après la acceptation de directeur de l'hôpital. Cette expérience a été bénéfique, nous plongeant au cours d'un établissement médical emblématique qui témoigne de l'histoire coloniale et post -indépendances d'Algérie après la réforme sanitaire de 2008, l'hôpital est devenu une Établissement public Hospitalier (EPH), proposant une large gamme de services incluant la médecine interne, la chirurgie générale et la maternité.

Pendant ce stage, nous avons eu l'opportunité de nous immerger dans le service de médecine interne, placé sous la direction de madame Taiakout Samia. Ce service est organisé en sections distinctes pour les hommes et les femmes, disposant d'un totale de 16 lits. De plus l'équipe médicale comprend un psychologue clinicien, un neurologue, garantissant une prise en charge complète des patients.

VI. Le groupe de recherche

Notre recherche s'est basée sur les patients diabétiques amputés à L'EPH d'Aokas. Notre groupe de recherche composé de 04 cas, dont les prénoms ont été modifiés pour protéger leur anonymat. Conformément aux principes éthiques du code déontologique, nous avons obtenu le consentement éclairé des participants. Le consentement éclairé, tel que défini par Pedinielli et Fantini(2009). Implique que chaque participant est informé des objectifs de la recherche ainsi que des risques potentiels qu'il pourrait encourir, conformément aux directives éthiques.

Dans la présentation des cas étudiés, nous avons intégré l'identité des patients, leur parcours personnelle et familiale, ainsi que le diagnostic de la maladie ayant nécessite l'amputation. Cette section revêt une importance capitale en ce qu'elle permet de décrire le profil des patients dans leurs contextes préopératoires, tout en respectant strictement les obligations déontologiques en matière de confidentialité et

d'anonymat des personnes enquêtu.

VII. Les critères de la sélection:

Les critères sur lesquels nous nous sommes appuyés pour la sélection des cas inclus dans notre groupe de recherche étaient les suivants:

- Tous les cas sont des hommes adultes diabétiques. Nous considérons un adulte comme étant une personne ayant achevé sa croissance et présentant un certain niveau d'équilibre et de maturité psychologique.
- Tous les cas sont atteints de diabète de type 2, étant donné que cette forme de diabète est souvent associée au pied diabétique.
- Tous les cas sont des hommes ayant subi une amputation d'un ou de plusieurs membres inférieurs en raison du diabète.

Nous avons établi ces critères suite à nos observations préliminaires, qui ont montré que le nombre des hommes diabétiques était élevé que celui des femmes dans notre étude.

Dans la partie qui suit, nous allons mettre en lumière et définir dans un tableau les traits distinctifs de notre groupe d'étude. Ce tableau comprendra les prénoms des sujets, modifiés pour des raisons éthiques, ainsi que leur âge, leur niveau d'éducation, leur situation professionnelle, leur statut matrimonial, la durée de leur diabète, le niveau d'amputation.

Tableau 1: Les caractéristiques des participants dans la recherche.

Nom	Hamid	Ali	Salim	Samir
Age	65	68	70	59
Niveau d'instruction	Aucun	Secondaire	primaire	primaire
Situation professionnelle	Agriculture	Retraité	Retraité	Sans emploi
Situation matrimonial	Marié	Marié	Marié	Marié
Début de diabète	12 ans	07 ans	10 ans	15ans
Niveau d'amputation	La cheville	Le genou	orteils	orteils
Durée d'hospitalisation	15 jours	03 mois	15 jours	05 jours

Ce tableau expose les caractéristiques de notre groupe d'étude, formé d'hommes adultes dont les noms sont anonymes. Leur âge s'étend de 59 à 70 ans, avec une diversité de niveaux d'éducation, allant du primaire au moyen. Leur situation professionnelle varie entre retraités et fonctionnaires. Tous sont atteints de diabète de type 2 depuis plus de 05 ans et ont subi une amputation.

VIII. Les outils de recherche:

Cette section se consacrera à la présentation des instruments et outils que nous avons jugés les plus pertinents pour la conduite de ces outils s'est appuyée sur plusieurs critères rigoureux, parmi lesquels leur adéquation à notre thématique de recherche, leur fiabilité avérée et leur validité scientifique. Deux méthodes de collecte de données ont été privilégiées l'entretien clinique semi-directif et questionnaire d'évaluation du traumaq.

1. L'entretien de recherche:

Nous avons décidé d'utiliser les entretiens cliniques comme première méthode pour dialoguer avec nos patients et approfondir notre recherche sur le traumatisme psychique et l'amputation du pied chez les diabétiques.

Bien que l'entretien serve principalement à obtenir des informations, le chercheur doit maintenir une attitude théorique attentive afin que ses interventions suscitent des éléments d'analyse riches et féconds. (Luc Van, C. Raymond, Q. 2011, p.170).

Les personnes sont en perpétuel conflit avec elles-mêmes, leur environnement et autrui, cherchant un équilibre précaire. Leur évolution est marquée par leur histoire, d'où l'importance de l'assistance psychologique pour résoudre ces tensions internes. La construction, et les entretiens constituent le pilier pour établir une relation et comprendre leur psyché. (Pedinelli, J-L. 2006, pp. 36-37).

L'entretien implique au moins deux participants, avec une dynamique inégale entre le sujet et le psychologue. Ce dernier doit aller au-delà de l'écoute passive en

stimulant et soutenant le sujet pour favoriser son développement. Bien que cette asymétrie découle du statut professionnel du psychologue, son efficacité dépend également de la qualité de la relation, influencée par ses compétences techniques, son éthique et sa personnalité. (Pedineli, J-L 2006, pp.36-37).

L'entretien clinique peut être adapté à divers contextes et objectifs tels que le diagnostic, la thérapie ou la recherche.

On trouve Trois types d'entretien clinique :

2. L'entretien non –directif

Dans l'entretien non-directif, le clinicien adopte une posture neutre et laisse le sujet s'exprimer librement.

3. L'entretien semi-directif

Dans l'entretien semi-directif, le clinicien encourage l'expression personnelle du sujet tout en explorant des thèmes spécifiques à l'aide d'un guide d'entretien. À l'inverse, l'entretien directif, prédéterminé par le chercheur en fonction de ses hypothèses, n'est pas considéré comme clinique. (Bénony, H. Chahraoui, kh, 1999, pp.48-49).

Le sujet est incité s'exprimer librement, ce qui représente une méthode d'investigation scientifique direct utilisée tant individuellement que parfois en groupe. Cette approche semi-directive vise à obtenir des informations qualitatives approfondies en favorisant l'expression spontanée à partir de question ouvertes. L'examineur peut également guider le sujet vers des questions spécifiques pour obtenir les réponses recherchées. (Angers, M. 1997, p.144).

4. Le guide d'entretien

L'entretien clinique de recherche est systématiquement accompagné d'un guide d'entretien dont le degré de structuration peut varier. Ce guide est défini comme un ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui orientent

l'activité d'écoute et d'intervention de l'intervieweur. Dans ce guide, les consignes sont formulées et préparées à l'avance par le chercheur, garantissant ainsi une approche standardisée pour tous les sujets. (Bénony, H. Chahraoui, kh, 1999, p.144).

Pour mener notre entretien, nous avons élaboré un guide composé de trois axes, chacun contenant des questions spécifiques à notre recherche. Ces questions visent à récolter des informations essentielles sur notre groupe de recherche. Bien que les questions aient été initialement posées en français, nous les avons traduites en arabe pour faciliter la compréhension par le groupe de la recherche.

4.1. Le Guide d'entretien est structuré en quatre axes, à savoir:

- **Les informations personnelles:**

1-quel âge avez-vous ?

2-quelle activité professionnelle exercez-vous ?

3-quel est votre niveau d'instruction ?

4-quel est votre état matrimonial ?

Axe 1 : information sur le diabète :

1-comment avez-vous découvert votre maladie ? Est à quel âge ?

2-quels sont les signes qui sont apparus ?

3- avez-vous des complications liées au diabète ?

4-avez-vous des antécédents dans la famille ?

5- pouvez-vous nous raconté ou bien décrire votre ressenti d'annonce de diagnostic ?

6- suivez-vous un régime particulier ?

Axe 2: Renseignement sur l'hospitalisation et l'amputation :

1. depuis quand vous été hospitalisé ?
2. depuis quand vous été amputé ?
3. pouvez-vous nous raconté ou bien décrire votre sentiments lors de l'annonce de l'amputation ?
4. avez-vous accepté votre nouvel état ?
5. pouvez-vous nous raconté votre réaction face a la complication de la maladie ?
6. pouvez-vous nous raconté ce que vous avez ressenti avant l'amputation ?
7. pouvez-vous nous raconté votre décrire votre réaction après l'intervention chirurgicale ?
8. Depuis l'amputation avez-vous des problèmes de sommeil ?

Axe 3 : information sur le futur:

1. Avez-vous des craints pour le futur
2. Avez-vous des projets pour l'avenir ?

5. Le déroulement de l'entretien de recherche

Dans la première étape, nous avons mené un entretien préliminaire avec nous participants après avoir expliqué l'objectif de notre recherche. Ensuite Dans la deuxième partie, nous avons collecté des données en réalisant des entretiens semi – directifs avec les hommes diabétiques amputés, afin de les préparer à répondre au questionnaire d'évaluation du traumatisme psychique, la durée moyenne de ces entretiens était 40 minutes. Nous sommes basés sur un guide d'entretien composé en trois axes.

IX. Le questionnaire d'évaluation du traumatisme psychique « *Trumaq* »

Pour mieux comprendre les effets du traumatisme psychologique, nous avons choisi d'utiliser le questionnaire traumaq. Cet outil, développé par Carole Damian et Maria Pereira –Fardin, comporte 56 questions réparties en 10 échelles. Il permet d'évaluer avec précision la fréquence et l'intensité des symptômes du traumatisme psychique à la fois pendant et après l'événement traumatique.

1. Définition

Conçu par Damiani et Pereira-Fradin, le traumaq se limite à l'évaluation des troubles psychologiques découlant d'événements critiques et potentiellement mortels. La personne qui passe le questionnaire a vécu personnellement, a été témoin ou été exposée à un ou plusieurs événements ou des personnes ont péri ou ont été menacées de mort, ont subi des blessures graves, ou ont vu leur propre sécurité physique ou celle d'autrui compromise. (Damiani, P-F. 2009, p.1).

2. Les objectifs

Évaluation des troubles traumatiques aigus et chroniques, y compris les modifications de la personnalité : le traumaq permet d'identifier et de mesurer la sévérité des symptômes des troubles de stress post-traumatique et d'autres pathologies liées au trauma, qu'ils soient aigus ou chroniques. Il peut également évaluer l'impact du trauma sur la personnalité de l'individu.

Contribution à la recherche épidémiologique: les données recueillies à l'aide du traumaq sont essentielles pour étudier la prévalence et les caractéristiques des troubles traumatiques dans différentes populations. Cela permet de mieux comprendre les facteurs de risque et les mécanismes sous-jacents du trauma, et d'améliorer la prévention et les interventions.

Participation à la validation de traitements thérapeutiques: le traumaq joue un rôle crucial dans l'évaluation de l'efficacité des traitements pour les troubles traumatiques. En mesurant les changements symptomatiques avant et après le

traitement, il permet de déterminer si une intervention particulière est bénéfique pour les patients souffrant de trauma.

Intégration dans la pratique clinique : l'intégration du traumaq dans la pratique clinique des professionnels de santé mentale apporte une aide précieuse au diagnostic et à la prise en charge des troubles traumatiques. Il permet aux cliniciens d'évaluer avec précision la gravité des symptômes, d'identifier les comorbidités potentielles et de suivre l'évolution du patient tout au long du traitement. (Damiani, C. Pereira, F. 2009, p.9).

3. La population concernée

Le questionnaire de trauma que s'adresse aux adultes âgés de 18 ans ayant vécu ou assisté à un événement traumatique impliquant une confrontation direct avec la mort ou une menace de mort imminente.

Toutefois, il n'est pas destiné aux adultes non directement exposés, aux enfants victimes, aux adultes confrontés à des situations répétées, ni aux proches des victimes.

4. Le contenu de questionnaire traumaq

Le questionnaire traumaq est un outil qui évalue l'impact psychique avant et après un événement traumatique. Avec ses 65 questions réparties sur 10 échelles, il permet de mesurer divers symptômes comme les répétitions, les troubles du sommeil, l'anxiété. Il est également à évaluer le vécu traumatique, l'adaptation sociale et la qualité de vie, ainsi qu'à diagnostiquer et à évaluer la gravité du syndrome post-traumatique, et à définir un profil personnalisé en fonction des scores obtenus.

5. Étalonnage normalisé en cinq classes

Afin d'optimiser les niveaux de gravité du syndrome post-traumatique, nous avons mis en place un système de classification en cinq classes pour les scores bruts de chaque échelle et pour le score total, en se basant sur des distributions proches de la normale. Cette méthode, choisie pour sa lisibilité, facilite l'interprétation des résultats

pour les utilisateurs du questionnaire. (Damiani, C. et Pereira, M.F. 2009, p.22).

Tableau 2: conversion des notes brutes étalonnées par échelle

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

Le tableau fourni présente une méthode claire et efficace pour convertir les scores des notes brutes en notes étalonnées, organisées en échelles de A à J, avec des notes allant de un à cinq. Chaque échelle est associée à une note étalonnée spécifique.

Tableau 3 : conversion des notes brutes totales de la partie en note étalonnée et en niveau d'intensité.

Classe	1	2	3	4	5
Note brute	0-23	24-54	55-89	90-114	115 et +
Évaluation Clinique	Absence de traumatisme	Traumatisme Léger	Traumatisme moyen	Traumatisme fort	Traumatisme très fort

Le tableau fourni complète de conversion des notes brutes en proposant une évaluation clinique détaillée des scores obtenus. Organisé en cinq classes allant de un à cinq, ce tableau permet d'interpréter la gravité du traumatisme psychique subi par l'individu en fonction de son score brut.

X. Le déroulement de la recherche

1. L'enquête et le pré- enquête

« *L'enquête consiste à tester les hypothèses à l'aide d'opérations concrètes, dans le but de répondre à l'objectif établi* ». (Blanchet, G. 2014, p.35).

L'enquête clinique occupe une position unique, à la confluence de la psychologie clinique et de la recherche en laboratoire. Elle s'intéresse aux problèmes rencontrés par les individus, à leurs tentatives de résolution, aux réponses qu'ils élaborent et à l'engagement de leur personnalité tout entière. Cependant, l'enquête va au-delà de l'étude individuelle. Elle cherche à identifier des régularités entre les groupes, les opinions, les comportements et les connaissances. Son objectif ultime est de dégager des lois général qui expliquent de manière rationnelle les liens entre ces éléments, permettant de prédire, dans une certaine mesure, les comportements, les opinions. (Ghiglione et richard. 2007, p.35).

Notre enquête s'est étendue sur une période de deux mois, débutant le 18 février 2024 et se terminant le 04 avril 2024, à l'EPH d'AOKAS, plus précisément au service médecine interne. Nous avons effectué des visites deux fois par semaine, de 9h00 à 14h00, afin de recueillir un maximum d'informations sur les patients diabétiques amputés.

Avant de débiter notre enquête, nous avons pris soin d'obtenir le consentement éclairé de chaque participant. Cette démarche s'est déroulée en consultation avec le médecin traitant de chaque sujet, afin de nous assurer de sa capacité à répondre aux questions et à participer aux différentes activités de l'étude, sans que cela ne porte préjudice à sa santé.

Tout au long de l'enquête, nous avons bénéficié d'une coopération exemplaire de la part des patients. Ils ont manifesté une volonté sincère de répondre à nos questions, tout en respectant leur droit de participer activement à notre étude. Leur consentement éclairé a été obtenu en toute transparence. Nous leur avons garanti que leurs informations personnelles seraient traitées de manière confidentielle et anonyme,

et utilisées scientifique. En expliquant clairement notre démarche et nos objectifs à chaque participant, nous avons pu de constituer un groupe d'étude représentatif.

Afin de recueillir les données essentielles à notre recherche, nous avons débuté par mener des entretiens semi-directifs avec les patients. Au cours de ces entretiens, nous avons expliqué aux participants que nous leurs poserions des questions sur leur parcours personnel, leur diabète, et leur amputation, afin de comprendre leur douleur est souffrance psychologique.

Les entretiens sont déroulés dans les chambres des patients, étaient donné en tenant compte de leur état de santé et de leur incapable à se déplacer. La durée de chaque entretient variait d'un patient à l'autre, généralement entre quelques minute une heure, en raison des interruptions des médecins et des infirmiers pour prodiguer les soins nécessaires. Certain patients étaient plus bavards que d'autres, ce qui influençait la durée de leurs entretiens.

Nous avons élaboré notre guide d'entretien en français et en arabe, car les membres de notre groupe de recherche maîtrisent ces langues. Bien que la plupart des patients comprennent le français, certains préfèrent s'exprimer en arabe. Voire ils utilisent un mélange de français et de kabyle pour répondre aux questions, Ce que nous respectons et acceptons pleinement.

Dans la deuxième partie nous avons utilisé un questionnaire d'évaluation du traumatisme de Carole Damiani et Maria Pereira Fardin (2009) que nous avons choisi avec notre promoteur pour mieux comprendre comment l'amputation à un impact sur le vécu psychologique de sujet et évaluer comment il peut adapter a lors handicaps.

A la clôture de chaque entretien et de chaque évaluation, nous avons tenu à exprimer notre profonde gratitude aux patients pour leurs participations actives à notre étude. Nous avons salué leur courage et leur générosité d'avoir consacré du temps, malgré leurs douleurs et souffrances, à répondre à nos questions. Leur implication précieuse a joué un rôle crucial dans la réussite de notre recherche.

XI. Déontologie de la recherche et l'attitude de clinicienne

La déontologie est un ensemble de règles et de devoirs établis par une profession pour encadrer, avec pour objectif premier la protection du patient et de ses proches contre tout éventuel abus des praticiens. Elle se fonde sur des principes moraux tels que le respect de la dignité et des libertés individuelles. (Piedinielli, J-L. Rouvier, S. 2000, pp.41-46).

Les principes fondamentaux, incluant le respect des droits de la personne, la compétence, la responsabilité, l'intégrité, le respect des objectifs établis et l'indépendance professionnelle, s'appliquent de manière évidente au psychologue-chercheur. De même, le principe de qualité scientifique est essentiel. Il est également primordial de souligner l'importance d'obtenir le consentement des participants et de respecter leur droit de se retirer à tout moment.

Dans le domaine de la recherche, le chercheur est responsable des conclusions de ses travaux, en exposant en détail la méthodologie utilisée pour obtenir les résultats il doit être prêt à fournir un rapport aux participants, détaillant les techniques utilisées. Les directives exigent que les données utilisées à des fins de recherche, de publication ou de communication soient traitées de manière à préserver l'anonymat des personnes concernées, conformément aux lois sur la protection des informations personnelles. (Varescon, I. 2013, p.63).

Le psychologue praticien doit rester attentif, même si le patient évoque des idées communes. Cela nécessite du chercheur une concentration soutenue pour relancer certains sujets ou résumer ce qui a été dit. L'empathie du chercheur implique la compréhension des valeurs et du contexte du patient, l'acceptation sans jugement et l'évitement de toute forme de normativité. Il est essentiel de manifester un réel intérêt en utilisant des expressions telles que je vois je comprends, et de relance la discussion pour approfondir les thèmes abordés dans le guide d'entretien. Différents types de relances sont possibles, comme la répétition des derniers mots prononcés ou le rappel des éléments mentionnés précédemment, mais il est crucial de ne pas risquer de synthèses incorrectement la pensée du patient. (Legarve, J-B. 1996, pp.207-225).

Par conséquent, le clinicien doit adopter une neutralité bienveillante. Cela implique qu'il ne doit pas laisser ses propres opinions ou jugements influencer, et que son attitude ne doit pas être ni rigide ni distante. De plus, ses interventions ne doivent pas avoir d'effets préjudiciables, et ses réactions émotionnelles ne doivent pas perturber le déroulement de l'entretien. (Pardinielli, J-L. 2012, p.41).

Dans le cadre de notre recherche scientifique, nous avons adopté une attitude rigoureuse et cruciale pour mener à bien notre travail. Durant notre enquête en groupe nous avons veillé à maintenir une neutralité totale, évitant ainsi toute influence sur les réponses des patients. Notre rôle consistait avant tout à encourager l'expression de nos sujets sans porter de jugement. Nous sommes attachés à comprendre leurs cas, à suivre leur pensée et leurs émotions, tout en maintenant une distance empathique. Nous avons également favorisé une écoute attentive, marquée par signes de compréhension et des moments de silence respectés. De plus nous avons utilisé des techniques de reformulation pour clarifier les propos et faciliter la communication. Ces approches nous ont permis d'établir un climat de confiance avec nos participants, et de les accompagner tout au long de nous échange, favorisant ainsi leur coopération. Pendant les entretiens individuels, nous avons adopté une approche non directive, en privilégiant l'écoute active et empathique. Et en posant éventuellement des questions ouvertes, sans orienter les réponses ou exprimer de jugement.

XII. Les Difficultés et contraintes de la recherche

Pendant notre recherche pour réaliser ce travail, nous avons rencontré plusieurs obstacles que nous allons aborder dans les prochaines lignes.

Le principal problème que nous avons rencontré était de trouver un lieu pour effectuer notre stage pratique, ce qui a entraîné plusieurs changements de thème de recherche. De plus, nous avons rencontré une autre difficulté, à savoir l'indisponibilité de la documentation nécessaire pour notre travail de recherche. Ces deux difficultés ont considérablement retardé notre démarrage.

Synthèse

Pour conclure, il est crucial de souligner le rôle central de la méthodologie dans toute recherche scientifique, car elle guide toutes les étapes, de la formulation des hypothèses à leur vérification. Elle assure également le respect des règles et des procédures nécessaires, en suivant une progression intellectuelle qui oriente notre étude vers ses objectifs.

*Chapitre IV : présentation, analyse des
résultats et discussion des hypothèses*

Préambule

Ce chapitre final se focalise sur la partie pratique de notre recherche, qui vise explorer le lien entre le traumatisme psychique et l'amputation chez les patients diabétiques. Pour ce faire, nous adopterons une approche méthodologique clinique en employant divers outils, tels que des entretiens cliniques semi-directifs et le questionnaire d'évaluation standardisés trumaq. L'objectif principal est d'analyser l'influence des différents niveaux d'interaction sur la vulnérabilité psychique des patients, en prenant en compte les dimensions singulières et subjectives de leurs expériences.

Ensuite, nous examinerons les résultats obtenus afin de déterminer dans quelle mesure ils confirment ou infirment nos hypothèses, en nous appuyant sur l'approche descriptive.

I. Présentation et analyse des résultats de la recherche

Cas N 1: Mr Hamid

1. Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi-directif

Monsieur Hamid, un agriculteur âgé de 65 ans, est marié et père de sept enfants. Il n'a jamais été scolarisé. L'entretien avec monsieur Hamid a eu lieu le matin du 4 mars 2024 dans sa chambre du service de médecine interne de l'EPH d'Aokas. En raison de son état de santé, il lui était impossible de se déplacer. L'entretien a duré 40 minutes.

Monsieur Hamid, bien que fatigué, a fait de son mieux pour répondre à nos questions. Afin de gagner sa confiance, nous avons traduit les questions dans sa langue natale. Nous avons également pris le temps de lui expliquer notre objectif et de lui assurer que tous les informations qu'il partagerait avec nous resteraient confidentielles et anonymes.

Axe1 : information sur le diabète

Monsieur Hamid a relaté l'histoire de sa maladie avec un sentiment de fatigue, mais il a fait de son mieux pour nous expliquer comment et quand cette maladie a commencé chez lui. Monsieur Hamid nous a confirmé qu'il est diabétique depuis 12 ans. Tout a commencé par un accident de travail. Après lequel « *je suis tombé et me suis congelé la tête pendant des travaux* »¹, dans la réanimation, a-t-il expliqué qu'il a perdu beaucoup de sang et qu'il était en état de choc. Après ma sortie de l'hôpital, j'ai constaté que j'avais pris du poids et que je souffrais d'une fatigue intense et d'une soif intense. Une douleur insupportable s'est également manifestée au niveau de mon orteil. Le médecin l'a informé que son état était de la nécessité d'une amputation.

Axe2:information sur l'hospitalisation et l'amputation

Monsieur Hamid a été hospitalisé deux fois. La première fois, suite à son accident de travail, il est resté hospitalisé pendant un mois. La deuxième hospitalisation a duré 15 jours et était due à une infection au niveau de son orteil. Monsieur Hamid attribue la cause de son amputation au port de chaussures trop serrées qu'il n'avait jamais portées auparavant.

L'annonce de l'amputation par le médecin a été un moment très difficile pour Monsieur Hamid. Il n'avait jamais imaginé devoir retourner à l'hôpital pour la deuxième fois. Le jour de l'amputation arrivé, Monsieur Hamid était effrayé et anxieux, craignant même la mort. Il avait une aversion pour les hôpitaux. Au réveil, il a ressenti une légère douleur, mais son état s'est progressivement amélioré. Avec le temps, Monsieur Hamid a fini par accepter sa situation, se répétant le dicton y aura du bien, incha'Allah.

Axe3:informations sur le futur

Lorsqu'on l'a interrogé sur ses rêves pour l'avenir, Monsieur Hamid a confié son souhait le plus cher rester en bonne santé et ne plus jamais retourner à l'hôpital.

1 ghelighutighaqueruyiwligh g l'khedma

2. Synthèse de l'entretien de Mr Hamid

En se basant sur les données de cet entretien, on peut conclure à un état émotionnel bas chez monsieur Hamid. Son discours révèle la présence d'affects négatifs, suggérant une humeur triste. L'intervention chirurgicale qu'il a subie a eu un impact important sur sa vie, entraînant à la fois des limitations physiques et psychologiques. Cela se traduit par une perte d'intérêt pour les activités quotidiennes et des troubles du sommeil.

3. Présentation et analyse des résultats de questionnaire d'évaluation traumaq

3.1. Première partie : les réactions immédiates et les troubles psycho-traumatique

Dans ce qui suivre nous allons convertir les notes brutes obtenues par Hamid aux échelles du questionnaire TRAUMAQ en notes étalonnée.

Tableau 4 : Conversion des notes brutes obtenues par Hamid en notes étalonnés.

Échelle	Note brute obtenu	Note étalonnée
A	16	03
B	08	04
C	11	04
D	07	03
E	11	04
F	04	03
G	04	03
H	06	03
I	06	03
J	07	04
Total	80	03

3.2. Pendant l'événement : les réactions immédiates et les troubles psycho-traumatique

3.2.1. Pendant l'événement

Échelle A: notre sujet a acquis une note brutale de 16, étalonnée en 3. Il a une sensation de frayeur moyenne pendant l'événement. Il a également le sentiment d'être paralysé et la conviction qu'il va mourir. Pendant l'événement, il éprouve un fort sentiment d'abandon et une forte sensation d'impuissance.

3.2.2. Depuis l'événement

Échelle B: Hamid obtenu une note brute de 8, étalonné à 4. On observe une très forte présence d'image et de souvenirs envahissants liés à l'événement, qui s'imposent à lui jour et nuit. Il présente également une présence moyenne de rêves et de cauchemars. On remarque une sensation d'angoisse moyenne.

Échelle C: Hamid a récolté une note brute de 11, étalonnée à 4. Depuis l'événement, il a une forte difficulté d'endormissement et des réveils nocturnes fréquents, ce qui lui donne l'impression de ne pas dormir du tout.

Échelle D: notre sujet dans cette échelle a récolté une note brutale de 7, étalonnée à 3. On remarque la présence d'une forte anxiété chez lui. Il présente une forte intensité d'évitement des liens avec l'événement.

Échelle E: dans cette échelle notre sujet a une note brutale de 11, et une note étalonnée en 4. Hamid affirme qu'il a des difficultés à maîtriser ses crises de nerfs et qu'il ressent un fort sentiment d'agressivité, ce qui se traduit par un changement de comportement depuis l'événement.

Échelle F: Hamid a acquis une note brute de 4, étalonnée on 3. Il ne présente pas de réactions physiques telles que des maux de tête et des tremblements lorsqu'il repense à des situations qui rappellent l'événement. Il a également quelques variations de poids.

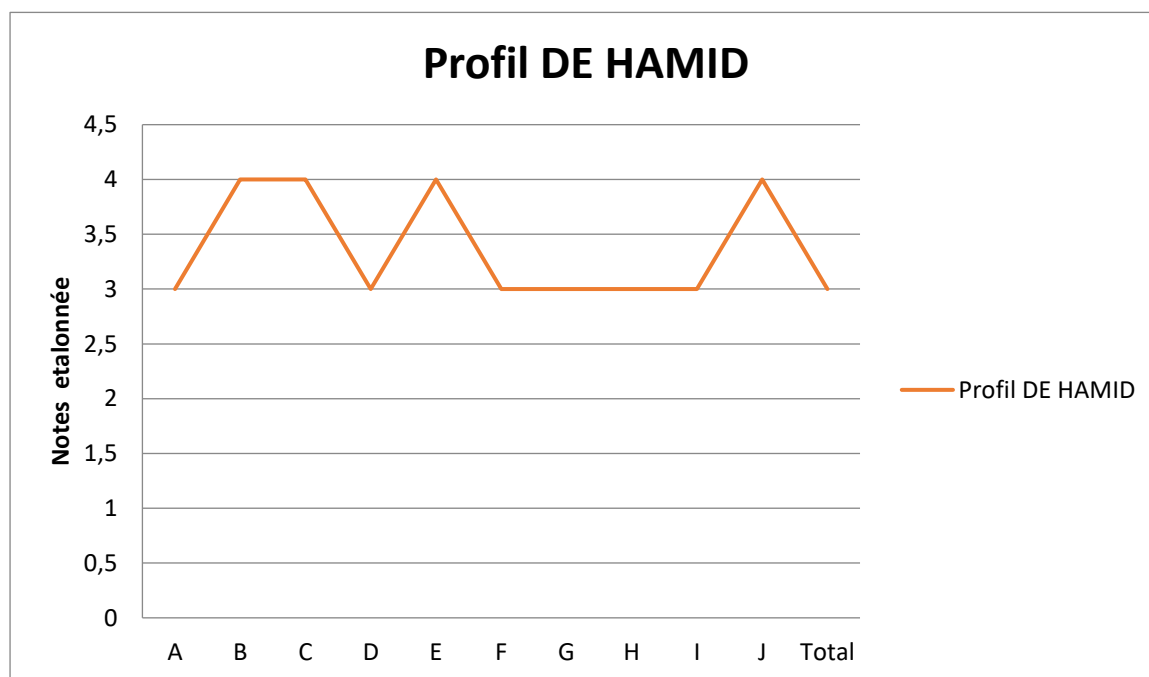
Échelle G: la notes brutales et 4, étalonnée on 3. Hamid ne présente plus de difficultés de concentration ni de tours de mémoire. Il n'a plus de difficulté à se rappeler de l'événement.

Échelle H: la note brutale et 6 étalonnée on 3. Hamid il présent un manque d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement, d'enthousiasme depuis l'événement, accompagné d'un sentiment de tristesse et de crises de larmes. Cependant, il présente une faible tendance à s'isoler et à éviter les contacts avec les autres.

Échelle I : le sujet dans cette échelle a obtenu une note brutale de 6, étalonnée de 3. Il ressent un sentiment de responsabilité ou de culpabilité vis-à-vis de ce qui lui est arrivé et une faible sensation d'humiliation.

Échelle J : notre sujet a récolté une note brutale de 7, étalonnée de 4. Il ne pratique plus autant de loisirs et n'éprouve plus même plaisir qu'auparavant. Cependant, il cherche davantage de compagnie et la présence d'autrui.

Figure 2: Représentation graphique de cas de Mr Hamid.



Ce graphique présente le profil psychologique de Hamid, il indique mo un

syndrome psycho traumatique moyen, avec une note étalonnée de 3, le plaçant dans la troisième classe correspondant à un traumatisme moyen, selon le manuel traumaq qui convertit la note brute totale en note étalonnée et en niveau d'intensité.

3.3. La deuxième partie

Les symptômes de traumatisme sont apparus entre 24 heures à 3 jours suivant l'événement et ont duré moins d'une semaine. Ils comprenaient des réactions physiques et psychiques immédiates. Dès le jour de l'amputation, on observait également des troubles du sommeil et un isolement social.

4. Synthèse de cas de Hamid

Enfin, à la lumière de la présente analyse, les résultats de Monsieur Hamid au questionnaire traumaq nous permettent de conclure qu'il souffre d'un syndrome psycho-traumatique modéré. Cette conclusion s'appuie sur la présence des scores suivants :

Échelle A (Réactions immédiates physiques et psychiques) : score élevé, indiquant la présence de symptômes physiques et émotionnels importants dans les heures suivant l'événement traumatique.

Échelle B (Reviviscences) : score élevé, indiquant la présence de flashbacks, cauchemars et autres intrusions mentales liées à l'évènement traumatique.

Échelle C (Troubles du sommeil) : score élevé, indiquant la présence de difficultés à s'endormir, à rester endormi.

Échelle E (Irritabilité) : score élevé, indiquant la présence d'épisodes de colère, d'agressivité ou de frustration.

Cas N2 : Mr Ali

1. Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi-directif

Le sujet Ali est un homme âgé de 68 ans, il est le troisième de sa fratrie, père

de 6 enfants, retraité il a été un conducteur d'engins et de pompe à béton. Depuis 3 mois, il a eu une intervention chirurgicale (amputation) causé par la complication de la maladie du diabète. Ce dernier lui a laissé une séquelle physique et émotionnelle.

L'entretien s'est déroulé dans L'EPH d'aokas plus précisément dans le service médecine, la matinée du 18 mars, durant l'entretien Mr Ali semblait être mal à l'aise et pressée d'en finir.

Axe1: information sur le diabète

Les premiers symptômes sont apparus il ya 07ans, il a dit : « *Au départ j'avais des maux de Tête, faiblesse et une fatigue chronique plus l'envie excessive de aller aux sanitaire. Alors j'ai décider de consulter un médecin.* ».et après 07 ans il commence à avoir des complications de sa maladie du diabète tel que le pied diabétique et les infections au niveau de son pied. Il nous a également confirmé que ces parents est également diabétiques. Il nous informe que à l'annonce du diagnostic c'est vrai au début il n'a pas accepté son état mais avec le temps il a du l'accepté, en disant : « *au début je n'avais pas accepté cette maladie ni ce diagnostic, et je me imaginé pas me priver des sucreries et suivre un régime stricte, mais avec le temps j'ai enfin accepter ma situation et ma maladie.* ».

Axe2:information sur l'hospitalisation et l'amputation

Mr Saïd est hospitalisé depuis 03mois, amputé depuis 01 mois. Il nous informe que ce n'est pas la première fois qu'il a été hospitalisé, il a été déjà hospitalisé en raison de sa maladie et d'infections au niveau de son pied. Après avoir donné plusieurs chance le médecin a immédiatement recommandé l'amputation du genou. « *je me suis retrouvé face à une inimaginable réalité de mon état. L'idée de devoir vivre sans mon pied me rend fou et triste.* ». Mr Ali nous décrit son sentiment après l'amputation et il semblait être mal à l'aise et pressée d'en finir : « *Au début, j'avais beaucoup de douleurs dans mon membre résiduel (la partie de la jambe qui reste après l'amputation), aussi que j'ai l'impression que mon membre amputé était toujours présent, et je peut le bouger, des fois il tremble. Surtout la nuit quand je*

me réveil d'un cauchemar. J'avais également du mal à marcher et à retrouver mon équilibre. J'ai dû utiliser une chaise roulante, ce qui a été difficile pour moi.».

Aussi qu'il nous confirme qu'il a des difficultés d'endormissement (avoir l'impression de ne pas dormir du tout, réveils nocturnes).

Axe3:informations sur le futur

En ce qui concerne la question que nous lui avons posée sur ses projets futurs il nous a dit : *« mon projet pour le futurs est d'avoir une prothèse pour pouvoir marcher, de courir et de faire des choses que je ne pourrais pas faire sans elle. ».*

2. Synthèse de l'entretien de Mr Ali

En se basant sur les paroles de Mr Ali, nous pouvons constater que l'amputation du Mr Ali a potentiellement déclenché un traumatisme psychique. Ainsi qu'il présente des symptômes du syndrome du membre fantôme (présence des sensations et douleurs du membre fantôme).

3. Présentation et analyse des résultats de questionnaire d'évaluation Traumaq

3.1. Première partie : les réactions immédiates et les troubles psycho-traumatique

Dans ce qui va suivre nous allons convertir les notes brutes obtenues par Said aux échelles du questionnaire TRAUMAQ en notes étalonnées :

Tableau 5: conversion des notes brutes par Mr Said en notes étalonnées

Échelle	Notes brutes obtenu	Notes étalonnées
A	20	04
B	10	05
C	14	05
D	12	04
E	17	05
F	07	04
G	08	05
H	22	05
I	15	04
J	08	05
Total	133	05

3.1.1. Pendant l'événement

Échelle A : Mr Ali a obtenu une note brute de 20, étalonnée de 04. Pendant l'événement il éprouve une forte sensation de frayeur, une très forte sensation d'angoisse, un fort sentiment d'être dans un état second, aussi qu'une très forte manifestations physique tel que les battements de cœurs, augmentation de tension, et les tremblements, ainsi que il présente un très fort sentiment d'impuissance et une très fort certitude qui allait mourir.

3.1.2. Depuis l'événement

Échelle B : dans cette échelle le sujet a Mr Ali a obtenu un note brutale 10 étalonnée on 05. On trouve une forte difficulté de parler d'événement, ainsi qu'il éprouve un très fort sentiment d'angoisse quand il pense a cette événement et un très fort présence de l'événement dans les rêves et les cauchemars

Échelle C : le sujet a obtenu une note brutale de 14 étalonné on 05. Il éprouve des difficultés d'endormissement qu'auparavant, réveils nocturnes, l'impression de ne pas dormir du tout et ou réveil il se sent fatiguée, et une très fort présence des cauchemars.

Échelle D : Mr Ali a obtenu a obtenu une note brutale de 12, étalonnée on 04. Il est

devenu anxieux depuis l'évènement, il présente des crises d'angoisse, il se sent dans un état d'insécurité, il hésite de se rendre sur des lieux en rapport avec l'évènement ainsi que il évite des situations qui évoque l'évènement.

Échelle E : il a obtenu une note brutale de 17, étalonnée on 05. Il est très attentif aux bruits, très méfiant et très vigilant qu'auparavant, il ne maîtrise pas ces crises de nerf, ainsi qu'il a des comportements agressifs et il se sent plus agressif depuis l'évènement.

Échelle F : le sujet a obtenu une note brutale de 07, étalonné on 04. Il a des maux de tête lorsqu'il repense à des situations qui lui rappellent l'évènement. Il n'a pas de variation de poids, mais par contre il a une forte détérioration de son état physique générale, de forts problèmes de sante dont la cause a été difficile à identifier depuis l'évènement, ainsi qu'il a augmenté la consommation du café.

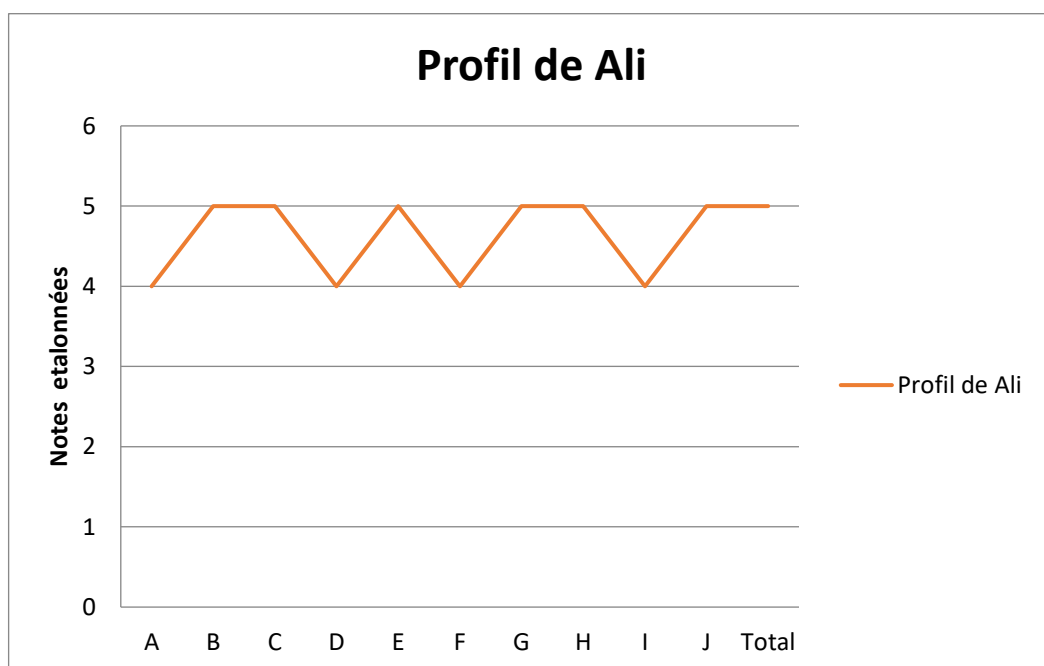
Échelle G : pour cette échelle le sujet a obtenu une note brutale de 08, étalonnée on 05. Il a une très forte difficulté à se concentrer et plus de trous de mémoire qu'auparavant, ainsi que une fort difficulté de se rappeler de certain élément de l'évènement.

Échelle H : Mr Ali a obtenu une note brutale de 22, étalonné on 05. On remarque que le sujet a perdu l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour lui avant l'évènement, un fort manque d'énergie et d'enthousiasme depuis l'évènement, il a une très fort impression de fatigue et d'épuisement, il est triste, il a une très forte impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécu, il affirme qu'il a des difficultés dans ces relations affectives et que son avenir est paru ruiné ainsi que il s'isole et il refuse le contact.

Échelle I : il a obtenu une note brutale de 15, étalonné on 04. il a une très forte penser qu'il est le responsable de ce qui lui passer et coupable de la façon dont les événements sont dérouler. Il se sent humilié et dévalorisé, il ressent de la colère violant depuis l'évènement, ainsi qu'il ne se voie pas comme avant et il a changé sa façon de voir la vie, les autres.

Échelle J : pour cette dernière échelle le sujet a obtenu une note brute de 08, étalonnée en 05. Il a déclaré qu'il n'a pas rompu des relations avec des proches, mais il se sent incompris et abandonné par les autres et que il a trouvé un grand soutien auprès de ses proches, mais et il ne cherche pas davantage de la compagnie et il ne rencontre pas ces amis avec la même fréquence. Il affirme qu'il ne pratique pas autant de loisirs qu'auparavant car il ne trouve pas le même plaisir, et enfin il se sent pas moins concerné par les événements qui touchent son entourage.

Figure 3: représentation graphique du profil du Mr Ali.



Cette figure nous montre une représentation spécifique du profil de Ali, qui présente un syndrome psycho-traumatique très fort, enregistré par l'obtention d'une note brute totale de 133, et étalonnée de 05 qui est classé dans la cinquième classe qui correspond, au traumatisme très fort, selon le tableau de conversion de la note brute totale en note étalonnée et en niveau d'intensité du manuel Traumaq.

3.1.3. Deuxième partie : Délai d'apparition et durée des troubles

Nous constatons d'après les résultats obtenus par le questionnaire trauma que l'événement qui est l'amputation du genou de monsieur Ali, a entraîné chez lui, les sentiments de la culpabilité et l'hypersensibilité aux bruit qui apparaissent le jour

même de l'amputation, mais d'autres ne sont apparues qu'après 24h de l'intervention chirurgicale. Quand à la durée de ces réactions qui s'intensifient à des périodes, elle diffère, entre la première semaine et un mois, alors qu'il y a des réactions qui persistent dans le temps, et ce changement est soumis à l'état psychique et physique de la victime.

4. Synthèse des données du Traumaq

Monsieur Ali présente un syndrome psycho-traumatique très fort, par la note brute totale de 133, et la note étalonnée de 05, qui présente des réactions immédiates, physiques et psychiques (**échelle A**), et l'impression de revivre l'événement et l'anxiété attachée à ces répétitions (**échelle B**). Des troubles du sommeil (**échelle C**), l'anxiété et l'évitement phobique (**échelle D**), un état d'irritabilité et d'hyper-sensibilité (**échelle E**), ainsi que la présence des réactions psychosomatiques à (**l'échelle F**), des troubles dépressifs (**échelle H**), et des troubles cognitifs (**échelle G**), en fin le sujet a obtenu une note de 08 à (**l'échelle J**), qui exprime une diminution de la qualité de vie du sujet.

Cas N03 : Mr Salim

1. Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi-directif

Monsieur Salim, homme âgé de 70 ans, ayant un niveau d'instruction de sixième année primaire et père de 8 enfants, est retraité.

Lors de l'entretien qui s'est déroulé à l'EPH d'Aokas, plus précisément dans le service médecine interne, le 21 mars 2024, dans sa chambre en raison de ses difficultés à marcher, l'entretien a duré 40 minutes. Nous lui avons expliqué notre objectif et notre statut de stagiaire en psychologie clinique. Il a accepté de répondre à nos questions.

Axe 1: information sur le diabète

Monsieur Salim nous a raconté son histoire. Il est diabétique depuis 15 ans,

c'est-à-dire depuis 2009. La découverte de son diabète était liée à certains signes: il buvait beaucoup d'eau, sa vision était parfois floue et sa bouche sèche. Ces signes le dérangent beaucoup, surtout lorsqu'il était invité chez des membres de sa famille. Au début ces signes se manifestaient rarement, mais avec le temps, ils sont devenus plus fréquents et plus intenses. Il savait que ces signes du diabète car son père est diabétique, mais il n'est pas sûr. Il a donc décidé de consulter un médecin pour confirmer ses soupçons et faire un bilan. Quand il a fait le bilan le médecin remarque une glycémie supérieure à 2g/L, ce qui, selon les critères diagnostiques du diabète, correspond à une glycémie à jeun supérieure à 1,26g/L. Monsieur Salim est donc diabétique.

Cependant, il nous a accompagnées de complications des ulcérations au niveau de son pied, plus précisément au niveau de la cheville. Au début, il a suivi un traitement médicamenteux et un régime alimentaire, mais les ulcérations ne se sont pas améliorées. Son médecin lui a alors prescrit des soins infirmiers et un changement de pansement régulier.

Axe2:information sur l'hospitalisation et l'amputation

Le sujet de notre recherche a été admis à l'hôpital pendant une période de 15 jours en raison de problème au pied. Après une semaine de soins, le sujet a déclaré : *« après une semaine d'essais et de soins pour mon pied, mon médecin m'a dit que mon pied nécessitait une intervention chirurgicale »*². Le médecin a informé le sujet que son pied ne pouvait pas être sauvé et qu'une intervention chirurgicale était nécessaire. Bien qu'initialement réticent à subir l'opération, le sujet a finalement pris la décision de l'accepter après mûre réflexion. Il a déclaré : *« je n'aurais jamais imaginé devenir handicapé à cause d'un pied. Au début, j'ai eu vraiment peur, mais après réflexion, j'ai accepté de faire l'intervention »*³.

Après l'opération, le sujet a fait face à une douleur intense et à un profond sentiment de tristesse, se concentrant, après avoir eu une discussion avec un

2 après semana g mi tenitwayin atariw , tebibiw inayid belik atariw ilaqas opération.

3 jamais maginigh adughalagh da3iban f seba utariw.

psychologue, il a commencé à ressentir une légère amélioration de son état émotionnel.

Axe 3 : informations sur le futur

Lorsque nous avons évoqué le sujet de projet de futur avec monsieur Salim, il nous a dit : Quand j'étais en bonne santé, j'ai rêvé de faire Omra. Mais maintenant, avec mon état actuel, je pense que c'est impossible.

2. Synthèse: de monsieur Salim

En se basant sur les données récoltées de cette entretien, nous pouvons dire que monsieur Salim a présenté plusieurs syndromes de traumatisme psychique, tels que l'anxiété, une humeur triste et une perte d'intérêt pour les activités nécessaires à sa vie.

3. Présentation et analyse des résultats de questionnaire d'évaluation Traumaqu

Dans ce qui suit nous allons convertir les notes brutes obtenus par aux échelles du questionnaire traumaque en notes étalonné.

Tableau 6: conversion de notes brutes obtenues par Mr Salim en notes étalonnées.

Échelle	Notes brutes obtenu	Notes étalonnées
A	16	03
B	07	03
C	11	04
D	05	03
E	06	03
F	03	02
G	01	02
H	08	03
I	09	03
J	06	04
Total	72	03

3.1.1. Pendant l'événement : les réactions immédiates et les troubles psycho-traumatique

Échelle A : notre sujet dans cette échelle a obtenu une notes brute de 16 étalonnée en 03, il éprouve un forte sentiment de frayeur pendant l'événement.il a également le sentiment d'être paralysé et la conviction qu'il va mourir. Pendant l'événement, il éprouve un fort sentiment d'abandon et une forte sensation d'impuissance.

3.1.2. Depuis l'événement

Échelle B: monsieur Salim a récolté une notes brute de 07 on étalonnée 03. On observe une très forte présence d'image et de souvenirs envahissants liés à l'événement, qui s'imposent à lui jour et nuit. Il présente également une présence moyenne de rêves et de cauchemars. On remarque une sensation d'angoisse moyenne.

Échelle C : Salim a acquis une note brute de 11, étalonnée à 04. Depuis l'événement, il a une forte difficulté d'endormissement et des réveils nocturnes fréquents, ce qui lui donne l'impression de ne pas dormir du tout.

Échelle D : notre sujet dans cette échelle a récolté une note brutale de 05, étalonnée on 03.on remarque une sensation moyenne de l'anxiété chez lui. Il ne présente aucune tendance à éviter les liens avec l'événement.

Échelle E : monsieur Salim dans cette échelle récolté une note brutale de 06, étalonnée on 03.on remarque qu'il n'est pas vigilant aux bruits depuis l'événement, et il est plus irritable qu'avant. Il n'était pas agressif pendant l'événement.

Échelle F : notre sujet dans cette échelle a acquis une note brutale de 03, étalonnée on 02. On remarque que notre sujet présente des réactions physiques, aucune variation de poids. Ainsi, il ne présente aucun problème de santé depuis l'événement.

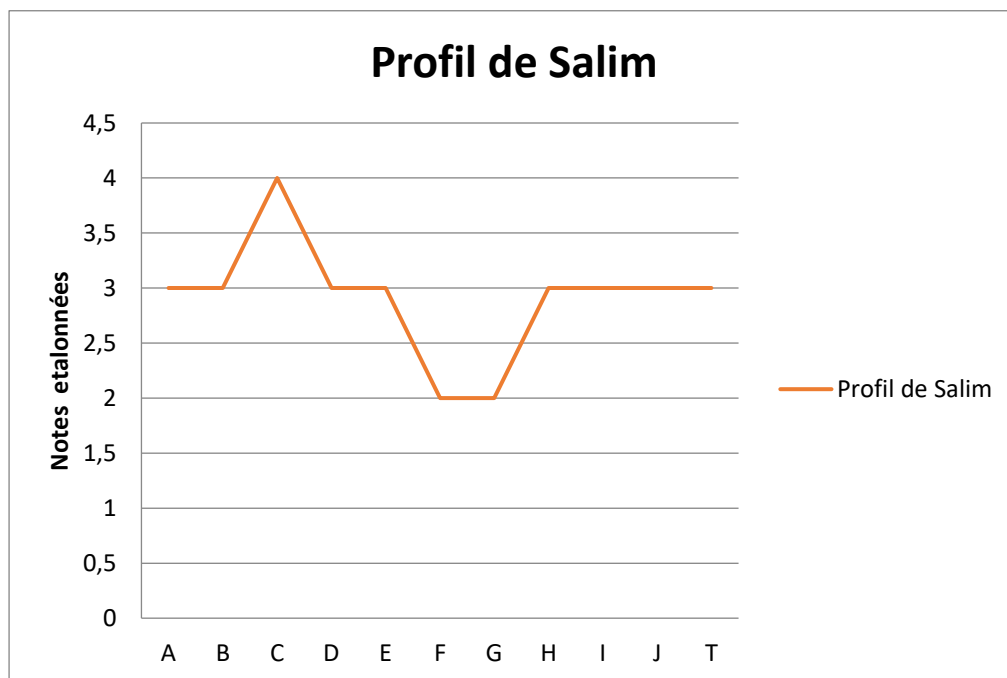
Échelle G : monsieur Salim dans cette a récolté une note brutale de 01, étalonnée on 02. Notre sujet il n'a pas de difficulté de concentration, aussi aucun trous du mémoire qu''auparavant.

Échelle H : notre sujet dans cette échelle a acquis une note brutale de 08, étalonnée à 03. Il n'a pas perdu intérêt pour des choses qui étaient importantes pour lui. Il ne manque pas d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement, il n'a pas tendance à s'isoler.

Échelle I : monsieur Salim dans cette échelle a récolté une note brutale de 09, étalonnée on 03. Il pense qu'il est responsable de la façon dont les événements se sont déroulés. Il pense qu'il n'était pas comme avant.

Échelle J : notre sujet dans cette échelle a acquis une note brutale de 06, étalonnée on 04. On remarque que notre sujet. Il ne pratique plus autant de loisirs et n'éprouve plus même plaisir qu'auparavant. Cependant, il cherche d'avantage de compagnie et la présence d'autrui.

Figure 4: Représentation graphique de cas de Salim.



Le graphique présente le profil de monsieur Salim présente un niveau modéré de syndrome psycho traumatique, avec une note étalonnée de 3 ce qui classé dans la troisième catégorie de traumatisme moyen d'après le manuel traumaq.

3.2. La deuxième partie

Les symptômes de traumatisme sont apparus de jours même de l'événement, immédiatement après l'événement. Ils comprenaient des réactions physiques et psychiques immédiates, et également les troubles de reviviscences, et l'isolement social ont été présents dès le jour de l'amputation.

4. Synthés de cas de Salim

À partir des informations recueillies lors de l'entretien clinique et du questionnaire traumq, il est possible de conclure que monsieur Salim présente un traumatisme psychique modéré, illustré par sa réaction d'effroi, indiquant ainsi une atteinte psychique substantielle manifestée par le tableau clinique du syndrome psycho traumatique.

Cas N4 : Mr Samir

1. Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi-directif

Le sujet Samir est un homme âgé de 59 ans, père de 6 enfants (5 filles et 1 garçon), en chaumage. Depuis 05 jours, il a eu une intervention chirurgicale (amputation) causé par la complication de la maladie du diabète. Ce dernier lui a laissé une séquelle physique et émotionnelle.

L'entretien s'est déroulé dans L'EPH d'aokas plus précisément dans le servisse médecine, la matinée du 25 mars, durant l'entretien Mr Samir semblait être à l'aise.

Axe1: information sur le diabète

Les premiers symptômes sont apparus il ya 15 ans, il a dit : « *Au départ j'avais une faiblesse et une fatigue cornique plus une soif intense plus le besoin d'uriner plus souvent que d'habitude et des fois j'ais une vision floue, alors j'ais décider de*

consulter un médecin. »⁴. Et après 15 ans il commence à avoir des complications de sa maladie du diabète telle que le pied diabétique et les infections au niveau de son pied. Il nous a également confirmé que ces parents sont également diabétiques. Il nous informe qu'à l'annonce du diagnostic il a accepté son état et avec le temps il s'est habituée, en disant : « *au début j'ai accepté cette maladie et avec le temps j'ai enfin je me suis habituée.* »⁵.

Axe2:information sur l'hospitalisation et l'amputation

Mr Samir est hospitalisé depuis 05 jours, amputé depuis 04 jours. Il nous informe que ce n'est pas la première fois qu'il a été hospitalisé, il a été déjà hospitalisé en raison de sa maladie et d'infections au niveau de son pied. Après avoir donné plusieurs chances le médecin a immédiatement recommandé l'amputation des orteils. « *Au début je me suis retrouvé face à une situation inimaginable de mon état.* »⁶. Mr Samir nous décrit son sentiment après l'amputation et il semblait être mal à l'aise et pressé d'en finir : «*Au début, j'avais beaucoup de douleurs et des maux de tête.* »⁷. Aussi qu'il nous confirme qu'il a des difficultés d'endormissement (avoir l'impression de ne pas dormir du tout.).

Axe3:informations sur le futur

En ce qui concerne la question que nous lui avons posée sur ses projets futurs il nous a dit: je souhaite vivre longtemps car j'ai beaucoup de rêves que je veux réaliser. Parmi ces rêves, il y a celui d'avoir une maison et acheter une voiture pour ces enfants.

2. Synthèse de l'entretien de Mr Samir

À partir des dires de Mr Samir, nous pouvons constater que notre sujet présente des manifestations claires du traumatisme en réaction à cette intervention

4 abrid amenzo shosagh iymaniwh fechlagh toujours 3eyoughe ernoyas tfadagh bezaf rnigh trohagh bezaf gh les toilette f aman tasa , wahi tisa3thin tawalagh flou c'est pour sa rohagh gh tbib.

5 gebrid amenzo mi iqeblagh lahlakiw mais wahi delweqth kan rnigh nomagh dides.

6 au debut ofighed imaniuw zath iweth la situation jamais majinightid nel halayno.

7 au début, twaqrahagh mlh irna iquerhiyi oqeroyiw.

chirurgicale.

3. Présentation et analyse des résultats de questionnaire d'évaluation Traumaq

3.1. Première partie: les réactions immédiates et les troubles psycho-traumatique

Dans ce qui va suivre nous allons convertir les notes brutes obtenues par Saïd aux échelles du questionnaire TRAUMAQ en notes étalonnées :

Tableau 7: Conversion des notes brutes par Saïd en notes étalonnées.

Échelle	Notes brute obtenu	Note étalonnées
A	10	02
B	04	02
C	05	03
D	04	02
E	06	03
F	10	05
G	04	03
H	09	03
I	12	04
J	07	04
Total	71	03

3.1.1. Pendant l'événement

Échelle A : le sujet a obtenu une note brute de 10, étalonnée de 02. Pendant l'événement il n'a pas éprouvée une sensation de frayeur, mais il a éprouvée une très forte sensation d'angoisse, un faible sentiment d'être dans un état second, aussi qu'une forte manifestations physique tel que les battements de cœurs, augmentation de tension, et les tremblements, ainsi que il se sent seul et il présent un fort sentiment d'impuissance.

3.1.2. Depuis l'événement

Échelle B : Mr Samir a obtenu un note brutale 04 étalonnée on 02. On trouve qu'il éprouve un fort sentiment d'angoisse quand il pense a cette événement, et une faible présence de l'événement dans ces rêves et ces cauchemars, mais il n'est pas difficile pour lui de parler de cette événement.

Échelle C : pour cette échelle le sujet a obtenu une note brutale de 05 étalonné on 03. Il éprouve des difficultés d'endormissement qu'auparavant, il a l'impression de ne pas dormir du tout et ou réveil, et il a une faible présence des cauchemars.

Échelle D : il a obtenu a obtenu une note brutale de 04, étalonnée on 02. Il est devenu anxieux depuis l'évènement, il ne présente pas des crises d'angoisse, il se sent dans un état d'insécurité, il hésite de se rendre sur des lieux en rapport avec l'événement.

Échelle E : il a obtenu une note brutale de 06, étalonnée on 03. Il est attentif aux bruits, mais il n'est pas méfiant qu'auparavant, il ne maîtrise pas ces crises de nerf, ainsi qu'il a des comportements agressifs et il se sent plus agressif depuis l'événement.

Échelle F : le sujet a obtenu une note brutale de 10, étalonné on 05. Il a des maux de tête lorsqu'il repense à des situations qui lui rappellent l'événement. Il n'a pas de variation de poids, mais par contre il a une très forte détérioration de son état physique générale, de forts problèmes de sante dont la cause a été difficile à identifier depuis l'événement, ainsi qu'il a augmenté la consommation du café.

Échelle G : pour cette échelle le sujet a obtenu une note brutale de 04, étalonnée on 03. Il a une très forte difficulté a se concentrer et plus de trous de mémoire qu'auparavant, ainsi que une fort difficulté de se rappeler de certain élément de l'événement, et il a augmenter la consommation de certains substances (café, cigarette, nourriture.).

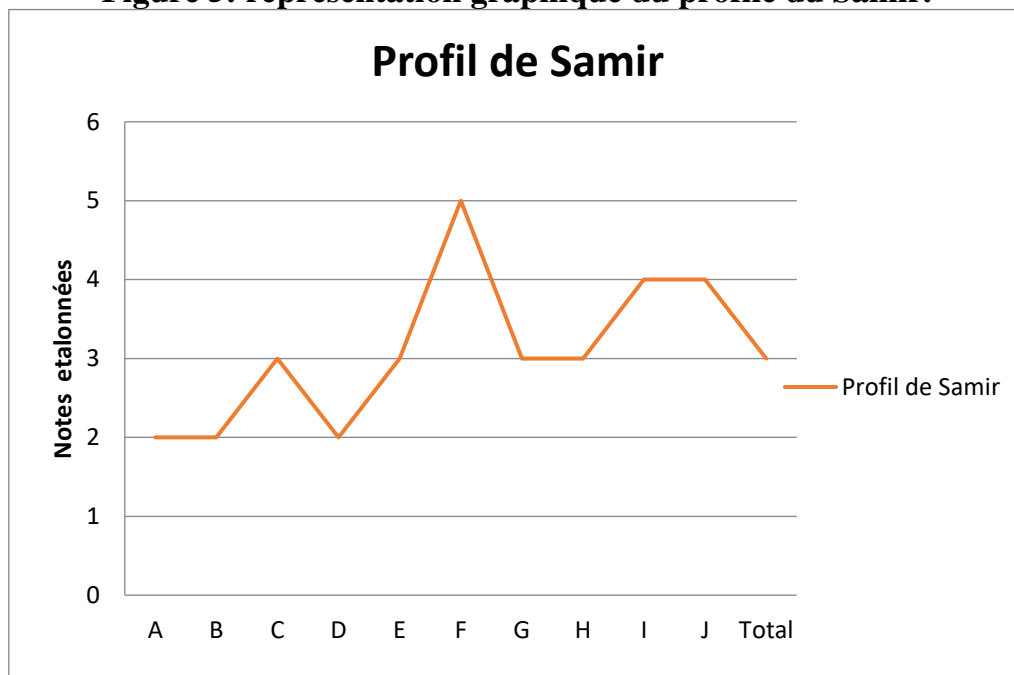
Échelle H : Mr Samir a obtenu une note brutale de 09, étalonné on 03. On remarque que le sujet a perdu l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour lui avant l'événement, il a une faible impression de fatigue et d'épuisement, il a l'impression

que la vie ne vaut pas la peine d'être vécu, il affirme qu'il a des difficultés dans ces relations affectives, et que son avenir est paru ruiné depuis l'événement ainsi que il s'isole et il refuse le contact.

Échelle I : il a obtenu une note brutale de 12, étalonné on 04. Il a une t forte penser qu'il est le responsable de ce qui lui passer et coupable de la façon dont les événements sont dérouler. Il ne se sent pas humilié par ce qui s'est passé, il ressent de la colère violant depuis l'événement, ainsi qu'il ne se voie pas comme avant et il a changé sa façon de voir la vie, les autres.

Échelle J : pour cette dernier échelle le sujet a obtenu une note brutale de 07, étalonnée on 04. Il a déclaré qu'il n'a pas rompu des relations avec des proches, mais il ne rencontre pas ces amis avec la même fréquence, il se sent incompris par les autres et que il a trouvé un grand soutien auprès de ses proches, ainsi qu'il cherche d'avantage de la compagnie, mais il ne rencontre pas ces amis avec la même fréquence. Il affirme qu'il ne pratique pas autant de loisirs qu'auparavant, et enfin il se sent pas moins concerné par les évènements qui touchent son entourage.

Figure 5: représentation graphique du profil du Samir.



Cette figure nous montre une représentation spécifique du profil de Samir, qui présente un syndrome psycho-traumatique moyenne, enregistré par l'obtention d'une

note brute totale de 71, et étalonnée de 03 qui est classé dans la troisième classe qui correspond, au traumatisme moyenne, selon le tableau de conversion de la note brute totale en note étalonnée et en niveau d'intensité du manuel Traumaq.

3.2. Deuxième partie : Délai d'apparition et durée des troubles

Nous constatons d'après les résultats obtenus par le questionnaire trauma que l'événement qui est l'amputation de la cheville de monsieur Samir, a entraîné chez lui, des difficultés d'endormissement, les sentiments de la culpabilité et l'hypersensibilité aux bruit qui apparaissent après 24h de l'amputation, mais d'autres ne sont apparues qu'après 4 jours de l'intervention chirurgical. Quand à la durée de ces réactions qui s'intensifient à des périodes, elle diffère, entre immédiatement après événement, alors qu'il y a des réactions qui persistent dans le temps, et ce changement est soumis à l'état psychique et physique de la victime.

4. Synthèse des données du traumaq

Monsieur Samir présente un syndrome psycho-traumatique moyenne, par la note brute totale de 71, et la note étalonnée de 03, qui présente des troubles du sommeil (**échelle C**), un état d'irritabilité et d'hyper-sensibilité (**échelle E**), ainsi que la présence des réactions psychosomatiques à (**l'échelle F**), des troubles dépressifs (**échelle H**), et des troubles cognitifs (**échelle G**), en fin le sujet a obtenu une note de 07 à (**l'échelle J**), qui exprime une diminution de la qualité de vie du sujet.

II. Discussion et vérification des hypothèses de la recherche

Suite à l'analyse des entretiens cliniques de recherche et des réponses au questionnaire Traumaq, nous entamerons une discussion de nos hypothèses. Ces hypothèses visent à apporter des réponses claires aux questions soulevées par notre problématique de recherche :

- L'amputation du pied, chez les patients diabétiques, peut-elle engendrer un traumatisme?

- Est-ce que la gravité du traumatisme psychique peut-il être associée à l'étendue de l'amputation (par exemple, amputation d'un orteil versus amputation de la jambe) ?

III. Rappel sur les hypothèses de la recherche

- Les personnes diabétiques qui ont subi une amputation du pied sont plus susceptibles de souffrir de traumatismes psychiques que les personnes diabétiques qui n'ont pas subi d'amputation.
- La gravité du traumatisme psychique est associée à l'étendue de l'amputation (par exemple, amputation d'un orteil versus amputation de la jambe).

L'analyse du contenu des entretiens révèle que les personnes ayant subi une amputation du pied présentent effectivement une symptomatologie traumatique. Cette symptomatologie varie d'un individu à l'autre. Confirmant ainsi notre première hypothèse. Et en s'appuyant sur une analyse du contenu du questionnaire Traumaq, nous poursuivrons notre exploration des hypothèses de recherche. Cette analyse nous permettra de confirmer ou d'infirmier ces hypothèses.

Suite à la passation individuelle du questionnaire Traumaq à notre groupe de recherche, les résultats obtenus ont été cotés et illustré dans le tableau récapitulatif présenté ci-dessous. Ce tableau résume les scores bruts obtenus par chaque participant et permet également de formuler les observations suivantes:

Tableau 8 : Tableau récapitulatif des résultats des participants (cas).

Les participants (cas) dans la recherche	Mr Hamid	Mr Ali	Mr Salim	Mr Samir
Notes brute obtenu	80	133	72	71
Notes étalonnées	03	05	03	03
Niveau d'intensité	Traumatisme moyenne	Traumatisme très fort	Traumatisme moyenne	Traumatisme moyenne

L'analyse des scores bruts révèle à une absence de répétition, quelle que soit l'intensité du traumatisme subi. En effet, chaque participant obtient un score unique

qui reflète la gravité de son expérience traumatique.

Le cas de Mr Hamid, a obtenu une note brute de 80, étalonnée en 03, qui indiquent un traumatisme moyen. Le cas de Mr Ali, a une note brute de 133, étalonnée en 05, qui correspond à un traumatisme très fort. Le cas de Mr Salim obtient une note brute de 72, étalonnée en 03, également qui indique un traumatisme moyenne. Enfin, le cas de Mr Samir qui a obtenu une note brute de 71, étalonnée en 03, qui se traduit par un traumatisme moyen.

De ce fait, on remarque l'absence de répétition des scores bruts, et que chaque cas est unique, le score le plus bas est de 71, est obtenu par le cas de Mr Samir, tandis que le score le plus élevé qui est 133, est obtenus par le cas de Mr Ali.

Ce tableau présente les scores étalonnés obtenus par chaque cas, sur chacune des échelles du questionnaire Traumaq, qui représente les différents troubles et réactions qui pouvant survenir suite à un événement traumatique, dans le cadre de notre recherche sur, « *L'amputation du pied et traumatisme psychique chez les patients diabétiques* ».

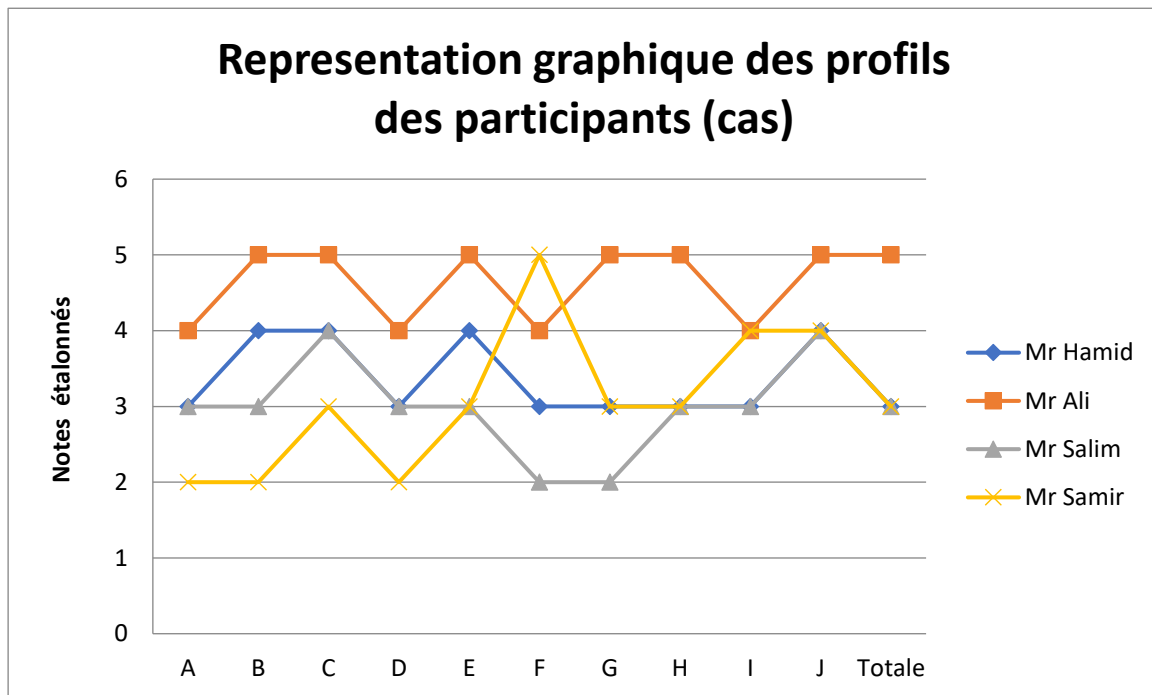
Tableau 9: Tableau récapitulatif des notes étalonnées des participants (cas).

Échelle	Mr Hamid	Mr Ali	Mr Salim	Mr Samir
A	03	04	03	02
B	04	05	03	02
C	04	05	04	03
D	03	04	03	02
E	04	05	03	03
F	03	04	02	05
G	03	05	02	03
H	03	05	03	03
I	03	04	03	04
J	04	05	04	04
Totale	03	05	03	03

D'après l'analyse des scores étalonnés de ce tableau ci-dessus on remarque la présence de manifestations communes relevant du même trouble chez la majorité des

participants (cas), tel que sur les échelles H et J. Cependant, on observe une variété des scores étalonnés dans d'autres échelles, tel que B, et F, et d'autres échelles dont on remarque que 2 cas ont la même note tel que A, C, D, E, G, et I.

Figure 6: Représentation graphique des profils des participants (cas).



Cette figure nous montre une représentation spécifique des profils des participants qui peuvent être évaluées et interprétées en fonction du même degré de sévérité des symptômes et de la même intensité de manifestation des troubles, dont on remarque au premier lieu un croisement entre les lignes des profils de 02 participants, (entre 02 profils) à l'échelle A, C, D, et I, entre le profil de Mr Hamid et celui de Mr Salim, entre le profil de Mr Salim et Mr Samir à l'échelle E, et le profil de Mr Ali et celui de Mr Samir à l'échelle I. en fin celui de Mr Hamid et Mr Salim à l'échelle G.

En second lieu, on observe le croisement de 03 profils (Mr Hamid, Mr Salim, et Mr Samir) à l'échelle H, et J.

À la fin d'après ces résultats observer dans cette représentation graphique, on peut distinguer que les 04 participant souffrent du traumatisme psychique a différent degré, 03 participants qui souffrent d'un traumatisme moyenne (Mr Hamid, Mr Salim, et Mr Samir), et le cas de Mr Ali qui souffre d'un traumatisme très fort.

D'après cette analyses on peut distinguer que nos hypothèses : « *Les personnes diabétiques qui ont subi une amputation du pied sont plus susceptibles de souffrir de traumatismes psychiques que les personnes diabétiques qui n'ont pas subi d'amputation.* », et « *La gravité du traumatisme psychique est associée à l'étendue de l'amputation (par exemple, amputation d'un orteil versus amputation de la jambe).* », sont confirmés par l'existence du traumatisme psychique chez tous les participants dans notre recherche, a différent niveau d'intensité, et de gravité qui est associée a l'étendu de l'amputation, (le cas de Mr Ali qui souffre d'un traumatisme très fort suit a l'amputation de la jambe, et le cas de Mr Salim qui a un traumatisme moyenne suit a l'amputation de ces orteils).

Synthèse

En concluent ce chapitre, on constate que l'amputation du pied chez les diabétiques évoque clairement un traumatisme psychique chez eux. Notre recherche a permis de confirmé nos hypothèses de recherche et d'identifier un ensemble de signes cliniques qui caractérisent le traumatisme.

Conclusion générale

Conclusion générale

En conclusion, notre recherche a permis d'explorer l'aspect psychologique de la maladie et son impact sur le ressenti et le vécu des individus, comme le suggère le titre de notre mémoire. « *L'amputation du pied et le traumatisme psychique chez les diabétiques* ».

Cependant, l'individu est confronté à divers obstacles qui menacent et fragilisent sa santé physique et mentale : maladies chroniques, traumatismes, stress, mauvaises habitudes de vie.

La maladie du diabète est une maladie chronique qui se caractérise par un taux de sucre (glucose) élevé dans le sang. Il s'agit d'un dysfonctionnement de la production ou bien de l'utilisation de l'insuline. De ce fait, le diabète peut présenter une menace importante sur la santé, qui augmentant considérablement le risque des complications graves telles que les maladies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, les maladies rénales, et les amputations des membres inférieurs.

L'amputation du pied diabétique, est une conséquence grave du diabète, qui implique l'ablation d'une partie du pied ou de la jambe. C'est une intervention chirurgicale qui risque des complications graves sur le corps, et qui peut avoir un impact important sur la vie quotidienne d'une personne.

De ce fait, l'amputation d'un membre inférieur peut être une expérience traumatisante qui bouleverse la vie de l'individu sur plusieurs plans physique, et psychologique.

Cette étude se concentre spécifiquement sur l'exploration des bouleversements psychologiques vécus par les patients diabétiques amputés, confrontés à la double épreuve du diabète et de la perte d'un membre. Au-delà de la douleur physique, l'amputation engendre un traumatisme psychique chez ces patients diabétiques. C'est pourquoi nous avons choisi d'étudier ce thème dans le but de détecter la présence de traumatisme psychique chez ces amputés qui souffrent parfois

en silence.

De ce fait, nous nous sommes appuyés sur l'approche descriptive qui vise à comprendre le fonctionnement actuel et les expériences vécues par les individus,

Grâce à cette approche, nous avons pu explorer toutes les variables étudiées. Tout en favorisant une participation active des sujets qui a enrichi notre analyse. L'utilisation d'outils d'évaluation standardisés, comme l'échelle de questionnaire traumaq, qui a garanti la collecte de données objectives et permis d'obtenir une diversité de résultats.

Ainsi, notre étude s'est menée à l'EPH d'Aokas, spécifiquement au cœur de service de médecine interne. Notre groupe de recherche est composé de quatre patients, tous sont des hommes adultes diabétiques amputés.

D'après les résultats analysés on peut distinguer que nos hypothèses : « *Les personnes diabétiques qui ont subi une amputation du pied sont plus susceptibles de souffrir de traumatismes psychiques que les personnes diabétiques qui n'ont pas subi d'amputation.* », et « *La gravité du traumatisme psychique est associée à l'étendue de l'amputation (par exemple, amputation d'un orteil versus amputation de la jambe).* », sont confirmés par l'existence du traumatisme psychique chez tous les participants dans notre recherche, à différents niveaux d'intensité, et de gravité qui est associée à l'étendue de l'amputation, (le cas de Mr Ali qui souffre d'un traumatisme très fort suite à l'amputation de la jambe, et le cas de Mr Salim qui a un traumatisme moyen suite à l'amputation de ces orteils).

Par ailleurs, notre recherche a été parsemée de défis. Durant notre stage, nous avons dû faire face à un environnement loin d'être idéal pour le déroulement des entretiens avec les patients, marqué par le bruit, un manque d'hygiène et d'aération, et des ressources matérielles. Nos tentatives pour trouver un espace de travail adéquat n'ont pas abouti à un résultat favorable. De plus, sur le plan théorique, le manque d'accès à la documentation sur le lien entre le diabète et le traumatisme psychique a constitué un obstacle supplémentaire.

En conclusion, nous espérons que notre recherche a contribué à l'apport d'une certaine compréhension sur les difficultés psychologiques vécues par les patients diabétiques amputés, tel que le traumatisme psychique. A la fin on tente de proposer quelque thèmes qui peuvent constituer une idée de départ pour les futures recherches sur le traumatisme psychique et sur les patients diabétiques. « L'impact du traumatisme psychique sur les relations familiales (parents, enfants) », « l'image corporelle et l'estime de soi chez les patients diabétiques amputés ».

Bibliographie

Ouvrages

1. Aboukrat, P. (2000). *Dépistage et prévention du pied diabétique à risque*. Paris, France : MF2.
2. Aktouf, O. (1987). *Méthodologie des sciences sociales*. Québec, Canada : Les presses de l'université.
3. Albarello, L. (2011). *Choisir l'étude de cas comme méthode de recherche*. Paris, France : De Boeck.
4. Angers, M. (1997). *Initiation pratique à la méthode de la science humaine*. Alger casbah, Algérie .
5. Altman, N.J. (2014). *Le grande livre du diabète* .France : Eyrolles.
6. André, G. & al,(2009).*Guide pratique du diabète* .Paris, France : Masson.
7. Anges, H. & André, G. (2019). Pourquoi devient-on diabétique de type2. Dans *le Guide pratique de diabète* .Paris, France : Elsevier Masson.
8. Boudoukha, A. H. (2020). *Burn- out et stress post-traumatique. (2e éd)*. Dunod.
9. Buffet, C. & Vartie, c. (2011).*Endocrinologie Diabète Nutrition*. Italie : Elsevier Masson.
10. Bénony, H. Chahraoui, KH. (2003). *Méthode évaluation et recherche en psychologie clinique*. Paris, France : Dunod.
11. Bénony, H. Chahraoui, KH. (1999). *L'entretien clinique à la psychologie clinique 2* édition, Paris, France.
12. Blanchet, A. & Gotman, A. (2014). *L'enquête et ses méthodes: l'entretien*. Paris, France : Armand.
13. Bensmail,B.(2007). *Un pionnier de la psychiatrie algérienne*. Constantine, Algérie : khyan.

14. Blackburn, D-M, Cottraux, J. (2008). *Psychothérapie cognitive de la dépression*. 3eme. éd Paris, France : Masson.
15. Buysschaert, M. (2006). *Diabétologie clinique*. Belgique : Le Boeck et Larcier.
16. Berube, L. (1991). *Terminologie de neuropsychologie et de neurologie du comportement*. Montréal, Canada : De la Chenelière.
17. Brons, O. & Grastaldi, G. & Ruiz, J. (2013). *Pied de Charcote*. Dans : Un diagnostic à ne pas manquer. Suisse. Misse au point.
18. Crocq L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris, France : Ed Odile Jacob.
19. Coulomb, A. & al, (2009). *Sept Proposition pour faire face à l'épidémie silencieuse de 19^{ème} Siècle: Le diabète francophone*. New York.
20. Dalibon, L. (2018). *Le pied diabétique infect : actualités pharmaceutique*. Paris, France : Elsevier Masson SAS.
21. Devos, B. (2009) *Amputation et désarticulation du pied et de cheville*. Paris, France : Elsevier Masson.
22. Grimaldi, A. (2005). *Le guide gourmand du diabétique de type 2*. Paris, France : Elsevier Masson.
23. Grawitz, M. (2001). *Méthode des sciences sociales*. Paris, France : Dalloz
24. Ghiglione, R. & Richard, J-f. (2007). *Cours de psychologie*. Paris, France : Dunod.
25. Guimond, S. (2018). *Psychologie sociale* (7^e éd.). Paris, France : Dunod.
26. Hateman, A.G. (2019). *Trouble trophiques du pied diabétique diabétologie*. Paris, France : Elsevier Masson.
27. Havan, G. (2019). *Conduite à tenir devant une plaie chronique pied diabétique*. Paris, France : Elsevier Masson.

28. Jean, M. (2014). *Amputation Guide pratique et complet*. Paris, France : Elsevier Masson.
29. Jean, L. Pedinelli. (2006). *Introduction à la psychologie clinique*. (2^e éd). Paris, France.
30. Josse, É. (2019). L'histoire du trauma. Dans *Le traumatisme psychique chez l'adulte*, De Boeck Supérieur.
31. Largen, E. & Mbermba, J. (2017). *Pied diabétique*. Paris, France : Elsevier Masson.
32. Liébert, P. (2015). *Définition des traumatismes psychiques précoces*. Dans Quand la relation parentale est rompue. Paris, France : Dunod.
33. Lozeron, P. (2016). *La Neuropathie chez les diabétiques*. Paris, France : Elsevier Masson.
34. Moira, M. (2013). *Les interventions en psychologie la santé*. Paris, France : Dunod.
35. Nicolas, C. Shaper, & Van, N. (2019). *Recommandation pratique sur la prévention et prise en charge de pied diabétique*. Paris, France : Elsevier Masson.
36. Nam, P. (2019). *L'atlas de diabète*. Fédération internationale du diabète. Paris, France : Elsevier Masson.
37. Perlumter, G. (1997). *Endocrinologie diabétologie Nutrition*. Paris, France : Estem de Valenciennens.
38. Pedinielli, J-L. (2012). *Introduction à la psychologie clinique*. Paris, France : Armand colin.
39. Pedinielle, J. (2005). *Cours psychothérapie d'inspiration psychanalytique*. Paris, France : IED.
40. Popielier, M. (2006). *Le diabète*. Paris, France : Clavier Bleu.
41. ST-Cyr, D. Martineau, L. (2017). *L'ulcère du pied diabétique*. Paris, France : Elsevier

42. Schuldiner, S. (2009). *Epidémiologie de pied diabétique et aspects économique*. Paris, France : Elsevier Masson.
43. Xiavier, D.T. (2016). *Pratiquer l'éducation thérapeutique*. Dans l'équipe et les patients. Paris, France : Elsevier Masson.

Revues

1. Cottencin, O. (2009). *Les traitements du psycho traumatisme*. Dans Stress et trauma, 4(9), (p.241- 244). Bulletin.
2. Guillausseau, L. la loi-Michelin, M. (2003). physiopathologie de diabète de type2. La revue de médecine interne. 24(11).
3. Khalfa, S. , (2019) . *Prise en charge du traumatisme psychique par la thérapie EMDR et mécanismes cérébraux impliqués*. Dans Revue de neuropsychologie 11(3), (p.267-272).
4. Lebigot, F. (2005). *À propos des psychothérapies psycho-dynamiques*. Dans Victimologie & Criminologie Approches cliniques.(p.13-18).
5. Legavre, J-B. (1996). *La Neutralité dans l'entretien de recherche*. La revue des sciences sociale du politique. (35), (p.207-225). Paris: Persée.
6. Poussin, G. (2005). *La méthode EMDR et les troubles post traumatiques*, dans *Victimologie & Criminologie, Approches cliniques*. (p.95-102).

Article

1. Fernandez, L. et Pardinielli, J-L. (2006). *La recherche en psychologie clinique*. Dans Recherche en soins infirmiers. (48), (p.41-51).
2. Pardinielli, J-L. et Fantini, C. (2009). *Ethique en psychologie clinique*. In lonesecu. (p.381-396). (Collection de Nouveaux cours de psychologie Master et doctorat).Paris, France: Puff.

3. Pedinielli, J-L, et Rouvier, S. (2000). *Éthique en clinique psychologique*. Dans l'éthique entre épistémologie et consensus. (445), (p.41-46).Bulletin de la psychologie.
4. Varescon, I. (2013). *Différence entre éthique et déontologie*. (p.237 à 241).Paris.

Article de revue en ligne

1. Anaut, M. (2015). *La résilience : évolution des conceptions théoriques et des applications cliniques*. Dans Recherche en soins infirmiers, 2(2), (p.28-39). Consulter à <https://doi.org/10.3917/rsi.121.0028>.
2. El-Hage, W. (2018). *Prise en charge des troubles post-traumatiques*. Dans Rhizome, (3) (p.10-25). <https://doi.org/10.3917/rhiz.069.0010>.
3. Nathan, P., (2017). *Le stress post-traumatique*. Dans : le comprendre pour le prévenir et éviter le handicap. 2(26), (p.13-20). <https://www.cairn.info/revue-securite-et-strategie-2017-2-page-13.htm?contenu=article>.
4. Saguin, E. (2022). *Sommeil et état de stress post-traumatique*. Dans : intrications cliniques et perspectives thérapeutiques, (p.43-49). <https://www.cairn.info/revue-defense-nationale-2022-HS1-page-43.html>.

Article en ligne

1. Belhadj, M., Arbouche, Z., Brouri, M., Malek, R., Semrouni, M., Zekri, S., Abrouk, S. (2019). *BAROMÈTRE Algérie : enquête nationale sur la prise en charge des personnes diabétiques*. in : Médecine des Maladies Métaboliques, 13(2),

- (p.188-194).<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1957255719300550?via%3Dihub>
2. Chahraoui, K. (2023). *15 cas cliniques en psychopathologie du traumatisme*. (p.11-19). Dunod. Consulté à l'adresse https://www.cairn.info.snd11.arn.dz/feuilleter.php?ID_ARTICLE=DUNOD_CHAHR_2023_01_0003.
 3. Chahraoui, K. (2023). *15 cas cliniques en psychopathologie du traumatisme*. (p, 81-82). Dunod. Consulté à l'adresse https://www.cairn.info.snd11.arn.dz/feuilleter.php?ID_ARTICLE=DUNOD_CHAHR_2023_01_0079.
 4. Josse, É. (2019). *L'histoire du trauma*. Dans *Le traumatisme psychique chez l'adulte*. (p.16-26). De Boeck Supérieur. https://www.cairn.info.snd11.arn.dz/feuilleter.php?ID_ARTICLE=DBU_JOSSE_2019_02_0015.
 5. Liébert, P. (2015). *Quand la relation parentale est rompue*. (p.49-50). Dunod. Consulté à l'adresse : https://www.cairn.info.snd11.arn.dz/feuilleter.php?ID_ARTICLE=DUNOD_LIEBE_2015_01_0045.

Dictionnaires

1. American Psychiatric Association. (2015), *DSM-5, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, (p.350-353). Elsevier Masson.
2. American Psychiatric Association. (2016), *DSM-5, Diagnostics différentiel*, (p.220), Elsevier Masson.
3. Delage, V. (s. d.). *Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine*. Consulté à l'adresse <https://www.academie-medecine.fr/ledictionnaire/index.php?q=traumatisme+psychique>

Sites internet

1. Josse, E. (2007). *Le traumatisme psychique Quelques repères notionnels*. Dans *resilience-psy.*/. Consulté à l'adresse <https://www.resilience-psy.com>.

2. Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2018). *La Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, 10e Révision (CIM-10), Volume 1. Genève: OMS. F43.10 - Trouble de stress post-traumatique aigu.
3. Organisation mondiale de la Santé: OMS. (2023, 5 avril). *Diabète*. Consulté à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.
4. Organisation mondiale de la Santé: OMS. (2013, août 6). *les soins de santé mentale après un traumatisme*. Consulté à l'adresse <https://www.who.int/fr/news/item/06-08-2013-who-releases-guidance-on-mental-health-care-after-trauma>.

Annexes

Annexe N1 : guide d'entretien semi- directif

Information personnelles sur le sujet

1. Quel âge avez-vous ?
2. Quel est votre niveau d'instruction ?
3. Quelle activité professionnelle exercez- vous ?
4. Quel est votre état matrimonial ?

Axe1 : information sur le diabète :

5. Comment avez- vous découvert votre maladie ? Est à quel âge ?
6. Quels sont signes qui sont apparus ?
7. Avez- vous des antécédents dans la famille ?
8. Pouvez- vous nous raconté ou bien décrire votre ressenti d'annonce du diagnostic ?
9. Suivez-vous un régime particulier ?

Axe2 : Renseignement sur l'hospitalisation et l'amputation :

10. Depuis quand vous été hospitalisé ?
11. Depuis quand vous été amputé
12. Pouvez- vous nous décrire votre sentiment lors de l'annonce de l'amputation?
13. Pouvez- vous nous décrire votre sentiment après l'amputation ?
14. Avez-vous accepté votre nouvel état ?
15. Pouvez- vous nous raconter quelle a été votre réaction face a la

complication de la maladie ?

16. Pouvez- vous nous raconter ce que vous avez ressenti avant l'amputation ?

17. Pouvez- vous décrire votre réaction après l'intervention chirurgicale ?

18. Depuis L'amputation avez- vous des problèmes de sommeil ?

Axe3 : Renseignement sur le futur :

19. Avez-vous des craints pour le futur ?

20. Avez- vous des projets pour l'avenir ?

Annexe N2 : Test Traumac

Traumac

Questionnaire d'évaluation du traumatisme

Carole Damiani
Maria Pereira-Fradin

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

Nom : _____

Prénom : _____

F M Age : _____

Date de passation : _____

Lieu de passation : _____

Informations concernant l'événement :

Événement individuel Collectif Nature* : _____

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

Date : _____

Durée : _____

Blessures physiques : Non Oui Description : _____

Séquelles actuelles : _____

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

Non Oui

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

IPP² Non Oui Pourcentage : _____

*** Nature de l'événement**

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

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

¹ ITT = Interruption Temporaire de Travail² IPP = Incapacité Permanente Partielle

Renseignements généraux concernant la période antérieure à l'événement :

<p><i>Situation familiale</i></p> <p>Marié(e) ou en concubinage <input type="checkbox"/> Divorcé(e) ou séparé(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf/Veuve <input type="checkbox"/></p> <p>Nombre d'enfants (préciser leur âge) : _____</p>
<p><i>Situation professionnelle</i></p> <p>Etudiant(e) <input type="checkbox"/></p> <p>Salarié(e) : plein temps <input type="checkbox"/> temps partiel <input type="checkbox"/></p> <p>Sans emploi : homme ou femme au foyer <input type="checkbox"/> chômage <input type="checkbox"/> congé parental <input type="checkbox"/> en stage formation <input type="checkbox"/> congé maladie <input type="checkbox"/> retraité(e) <input type="checkbox"/></p>
<p><i>Etat de santé</i></p> <p>Aviez-vous des problèmes de santé : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> lesquels : _____</p> <p>Suiviez-vous un traitement médical : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> de quelle nature : _____</p>
<p>Avez-vous déjà consulté un psychologue, un psychiatre ou un psychothérapeute : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Avez-vous suivi une psychothérapie : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> sous quelle forme : _____ Date : _____ Durée : _____</p>
<p>Avez-vous vécu d'autres événements qui vous ont profondément marqué(e) :</p> <p>Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Nature : _____ Date : _____</p>

Renseignements concernant la période postérieure à l'événement :

<p>Avez-vous consulté un psychologue, un psychiatre ou un psychothérapeute : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Suivi d'une psychothérapie : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Sous quelle forme : _____ Date de la première séance : _____ Nombre de consultations (à ce jour) : _____</p> <p>Traitement médical : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Lequel : _____ Durée : _____</p>

PREMIERE PARTIE

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

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

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

Pendant l'événement

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

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

Depuis l'événement

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DEUXIEME PARTIE

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

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

Délai d'apparition des troubles depuis l'événement

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

Durée des troubles

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

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

Résultats au TRAUMAQ

Cotation des échelles de la première partie

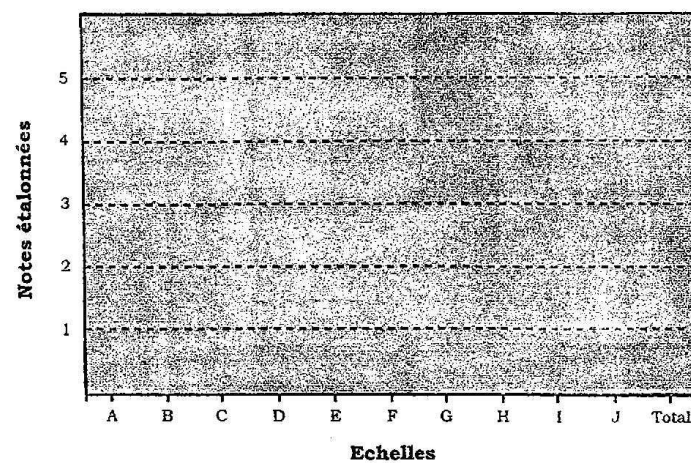
Les notes brutes des échelles A à I correspondent à la somme des points attribués aux items.

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

Conversion des notes brutes en notes étalonnées

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

Profil



Annexe N3 : Résultats obtenus (Test Traumac)

Traumac

Questionnaire d'évaluation du traumatisme

Carole Damiani
Maria Pereira-Fradin

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

Nom : _____

Prénom : _____

F M Age : 65

Date de passation : 04/03/24

Lieu de passation : 04/03/24

Informations concernant l'événement :

Événement individuel Collectif Nature* : _____

Lieu (domicile, voie publique, etc.) : EPH d'AOKAS

Date : 04/03/24

Durée : 40 min

Blessures physiques : Non Oui Description : _____

Séquelles actuelles : _____

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

Non Oui

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

IPP² Non Oui Pourcentage : _____

* Nature de l'événement

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

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

¹ ITT = Interruption Temporaire de Travail² IPP = Incapacité Permanente Partielle

PREMIERE PARTIE

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

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

Intensité (ou fréquence) de la manifestation			
0	1	2	3

nulle	faible	forte	très forte

Pendant l'événement

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

		0	1	2	3
A1	Avez-vous ressenti de la frayeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A2	Avez-vous ressenti de l'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A3	Avez-vous eu le sentiment d'être dans un état second ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4	Avez-vous eu des manifestations physiques comme, par exemple, des tremblements, des suees, une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération des battements du cœur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A5	Avez-vous eu l'impression d'être paralysé(e), incapable de réactions adaptées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A6	Avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A7	Vous êtes-vous senti seul(e), abandonné(e) par les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A8	Vous êtes-vous senti impuissant(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total A		16			

Depuis l'événement

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

		0	1	2	3
B1	Est-ce que des souvenirs ou des images reproduisant l'événement s'imposent à vous durant la journée ou la soirée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B2	Revivez-vous l'événement dans des rêves ou des cauchemars ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B3	Est-il difficile pour vous de parler de l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B4	Ressentez-vous de l'angoisse lorsque vous repensez à ces événements ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total B		06			

		0	1	2	3
C1	Depuis l'événement, avez-vous plus de difficultés d'endormissement qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C2	Faites-vous davantage de cauchemars ou de rêves terrifiants (au contenu sans rapport direct avec l'événement) ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3	Avez-vous plus de réveils nocturnes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C4	Avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C5	Etes-vous fatigué(e) au réveil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total C		11			

Intensité (ou fréquence) de la manifestation

0 1 2 3
 |-----|-----|-----|
 nulle faible forte très forte

		0	1	2	3
D1	Etes-vous devenu anxieux(se), tendu(e) depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D2	Avez-vous des crises d'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D3	Craignez-vous de vous rendre sur des lieux en rapport avec l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D4	Vous sentez-vous en état d'insécurité ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D5	Évitez-vous des lieux, des situations ou des spectacles (TV, cinéma) qui évoquent l'événement ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total D					07

		0	1	2	3
E1	Vous sentez-vous plus vigilant(e), plus attentif(ve) aux bruits qu'auparavant, vous font-ils plus sursauter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E2	Vous estimez-vous plus méfiant(e) qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3	Etes-vous plus irritable que vous ne l'étiez avant ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E4	Avez-vous plus de mal à vous maîtriser (crise de nerfs, etc.) ou avez-vous davantage tendance à fuir une situation insupportable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E5	Vous sentez-vous plus agressif(ve) ou craignez-vous de ne plus contrôler votre agressivité depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E6	Avez-vous eu des comportements agressifs depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total E					11

		0	1	2	3
F1	Lorsque que vous y repensez ou que vous êtes dans des situations qui vous rappellent l'événement, avez-vous des réactions physiques telles que, par exemple, maux de tête, nausées, palpitations, tremblements, sueurs, respiration difficile ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F2	Avez-vous observé des variations de votre poids ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F3	Avez-vous constaté une détérioration de votre état physique général ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F4	Depuis l'événement, avez-vous des problèmes de santé dont la cause a été difficile à identifier ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F5	Avez-vous augmenté la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, médicaments, nourriture, etc.) ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total F					04

		0	1	2	3
G1	Avez-vous plus de difficultés à vous concentrer qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G2	Avez-vous plus de "trous de mémoire" qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G3	Avez-vous des difficultés à vous rappeler l'événement ou certains éléments de l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total G					04

Intensité (ou fréquence) de la manifestation

0 1 2 3
 |-----|-----|-----|
 nulle faible forte très forte

		0	1	2	3
H1	Avez-vous perdu de l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H2	Manquez-vous d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H3	Avez-vous des impressions de lassitude, de fatigue, d'épuisement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H4	Etes-vous d'humeur triste et/ou avez-vous des crises de larmes ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H5	Avez-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, voire des idées suicidaires ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H6	Eprouvez-vous des difficultés dans vos relations affectives et/ou sexuelles ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H7	Depuis l'événement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H8	Avez-vous tendance à vous isoler ou à refuser les contacts ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total H					06

		0	1	2	3
I1	Vous arrive-t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour en éviter certaines conséquences ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I2	Vous sentez-vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'événement, et/ou d'avoir survécu alors que d'autres ont disparu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I3	Vous sentez-vous humilié(e) par ce qui s'est passé ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I4	Depuis l'événement vous sentez-vous dévalorisé(e) ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I5	Ressentez-vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I6	Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même ou de voir les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I7	Pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total I					06

J1	Poursuivez-vous votre activité scolaire ou professionnelle ?	oui	<input type="radio"/> non	1 1 1 0 1 0 0 0 1 1 1
J2	Avez-vous l'impression que vos performances scolaires ou professionnelles sont équivalentes à avant ?	oui	<input type="radio"/> non	
J3	Continuez-vous à rencontrer vos amis avec la même fréquence ?	oui	<input type="radio"/> non	
J4	Avez-vous rompu des relations avec des proches (conjoint, enfant, parent, etc.) depuis l'événement ?	oui	<input type="radio"/> non	
J5	Vous sentez-vous incompris(e) par les autres ?	<input type="radio"/> oui	non	
J6	Vous sentez-vous abandonné(e) par les autres ?	oui	<input type="radio"/> non	
J7	Avez-vous trouvé un soutien auprès de vos proches ?	<input type="radio"/> oui	non	
J8	Recherchez-vous davantage la compagnie ou la présence d'autrui ?	<input type="radio"/> oui	non	
J9	Pratiquez-vous autant de loisirs qu'auparavant ?	oui	<input type="radio"/> non	
J10	Y trouvez-vous le même plaisir qu'auparavant ?	oui	<input type="radio"/> non	
J11	Avez-vous l'impression d'être moins concerné(e) par les événements qui touchent votre entourage ?	<input type="radio"/> oui	non	
Total J				07

DEUXIEME PARTIE

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

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

Délai d'apparition des troubles depuis l'événement

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

Durée des troubles

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

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

Résultats au TRAUMAQ

Cotation des échelles de la première partie

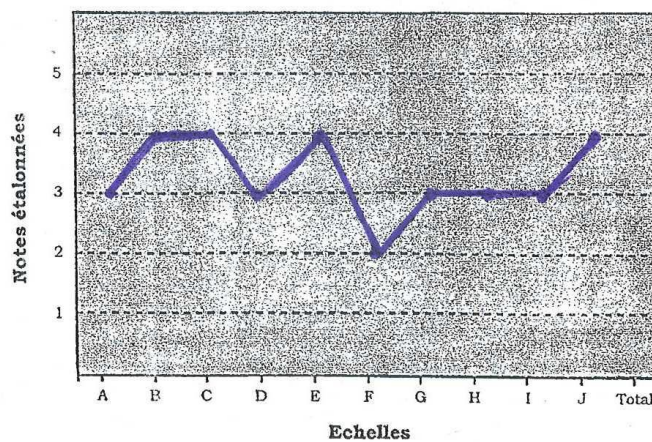
Les notes brutes des échelles A à I correspondent à la somme des points attribués aux items.

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

Conversion des notes brutes en notes étalonnées

Echelles	Notes brutes	Notes étalonnées				
		1	2	3	4	5
A	16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0-6	7-12	13-18	19-23	24
B	08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0	1-4	5-7	8-9	10 et +
C	11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0	1-3	4-9	10-13	14 et +
D	07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0	1-4	5-9	10-13	14 et +
E	11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0-1	2-4	5-9	10-14	15 et +
F	04	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0	1-3	4-6	7-9	10 et +
G	04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0	1-2	3-5	6-7	8 et +
H	06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0	1-3	4-11	12-17	18 et +
I	06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0-1	2-5	6-9	10-16	17 et +
J	07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0	1	2-5	6-7	8 et +
Total	80	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0-23	24-54	55-89	90-114	115 et +

Profil



Traumaq

Questionnaire d'évaluation du traumatisme

Carole Damiani
Maria Pereira-Fradin

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

Nom : _____
Prénom : _____
 F M Age : 68
Date de passation : 14/03/24
Lieu de passation : EPH d'Aubas

Informations concernant l'événement :

Événement individuel Collectif Nature* : _____

Lieu (domicile, voie publique, etc.) : EPH d'Aubas

Date : 18/03/24

Durée : _____

Blessures physiques : Non Oui Description : _____
Séquelles actuelles : _____

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

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

IPP² Non Oui Pourcentage : _____

* Nature de l'événement

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

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

¹ ITT = Interruption Temporaire de Travail

² IPP = Incapacité Permanente Partielle

PREMIERE PARTIE

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

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

Intensité (ou fréquence) de la manifestation			
0	1	2	3

nulle	faible	forte	très forte

Pendant l'événement

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

		0	1	2	3
A1	Avez-vous ressenti de la frayeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A2	Avez-vous ressenti de l'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A3	Avez-vous eu le sentiment d'être dans un état second ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4	Avez-vous eu des manifestations physiques comme, par exemple, des tremblements, des sueurs, une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération des battements du cœur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A5	Avez-vous eu l'impression d'être paralysé(e), incapable de réactions adaptées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A6	Avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A7	Vous êtes-vous senti seul(e), abandonné(e) par les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A8	Vous êtes-vous senti impuissant(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total A		20			

Depuis l'événement

Nous allons maintenant aborder ce que vous ressentez actuellement.

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

		0	1	2	3
C1	Depuis l'événement, avez-vous plus de difficultés d'endormissement qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C2	Faites-vous davantage de cauchemars ou de rêves terrifiants (au contenu sans rapport direct avec l'événement) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3	Avez-vous plus de réveils nocturnes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C4	Avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C5	Etes-vous fatigué(e) au réveil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total C		11			

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

		0	1	2	3
H1	Avez-vous perdu de l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H2	Manquez-vous d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H3	Avez-vous des impressions de lassitude, de fatigue, d'épuisement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H4	Etes-vous d'humeur triste et/ou avez-vous des crises de larmes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H5	Avez-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, voire des idées suicidaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H6	Eprenez-vous des difficultés dans vos relations affectives et/ou sexuelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H7	Depuis l'événement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H8	Avez-vous tendance à vous isoler ou à refuser les contacts ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total H					22

		0	1	2	3
I1	Vous arrive-t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour en éviter certaines conséquences ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I2	Vous sentez-vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'événement, et/ou d'avoir survécu alors que d'autres ont disparu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I3	Vous sentez-vous humilié(e) par ce qui s'est passé ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I4	Depuis l'événement vous sentez-vous dévalorisé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I5	Ressentez-vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I6	Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même ou de voir les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I7	Pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total I					15

J1	Poursuivez-vous votre activité scolaire ou professionnelle ?	oui	<input checked="" type="radio"/> non	1
J2	Avez-vous l'impression que vos performances scolaires ou professionnelles sont équivalentes à avant ?	oui	<input checked="" type="radio"/> non	1
J3	Continuez-vous à rencontrer vos amis avec la même fréquence ?	oui	<input checked="" type="radio"/> non	1
J4	Avez-vous rompu des relations avec des proches (conjoint, enfant, parent, etc.) depuis l'événement ?	oui	<input checked="" type="radio"/> non	0
J5	Vous sentez-vous incompris(e) par les autres ?	<input checked="" type="radio"/> oui	non	1
J6	Vous sentez-vous abandonné(e) par les autres ?	<input checked="" type="radio"/> oui	non	1
J7	Avez-vous trouvé un soutien auprès de vos proches ?	<input checked="" type="radio"/> oui	non	0
J8	Recherchez-vous davantage la compagnie ou la présence d'autrui ?	oui	<input checked="" type="radio"/> non	1
J9	Pratiquez-vous autant de loisirs qu'auparavant ?	oui	<input checked="" type="radio"/> non	1
J10	Y trouvez-vous le même plaisir qu'auparavant ?	oui	<input checked="" type="radio"/> non	1
J11	Avez-vous l'impression d'être moins concerné(e) par les événements qui touchent votre entourage ?	oui	<input checked="" type="radio"/> non	0
Total J				08

DEUXIEME PARTIE

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

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

Délai d'apparition des troubles depuis l'événement

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

Durée des troubles

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

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

Résultats au TRAUMAQ

Cotation des échelles de la première partie

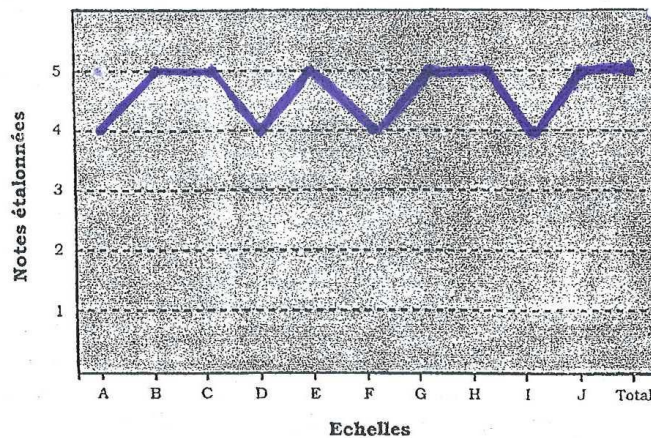
Les notes brutes des échelles A à I correspondent à la somme des points attribués aux items.

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

Conversion des notes brutes en notes étalonnées

Echelles	Notes brutes	Notes étalonnées				
		1	2	3	4	5
A	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0-6	7-12	13-18	19-23	24
B	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		0	1-4	5-7	8-9	10 et +
C	14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		0	1-3	4-9	10-13	14 et +
D	12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0	1-4	5-9	10-13	14 et +
E	17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		0-1	2-4	5-9	10-14	15 et +
F	07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0	1-3	4-6	7-9	10 et +
G	08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		0	1-2	3-5	6-7	8 et +
H	22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		0	1-3	4-11	12-17	18 et +
I	15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0-1	2-5	6-9	10-16	17 et +
J	08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		0	1	2-5	6-7	8 et +
Total	133	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		0-23	24-54	55-89	90-114	115 et +

Profil



Troisième
cas d'enquête

Traumaq

Questionnaire d'évaluation du traumatisme

Carole Damiani
Mària Pereira-Fradin

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

Nom : _____

Prénom : _____

F M Age : 70

Date de passation : 21/03/2024

Lieu de passation : EPH d'AORAS

Informations concernant l'événement :

Événement individuel Collectif Nature* : _____

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

Date : 21/03/2024

Durée : 40 min

Blessures physiques : Non Oui Description : _____

Séquelles actuelles : _____

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

Non Oui

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

IPP² Non Oui Pourcentage : _____

* Nature de l'événement

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

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

¹ ITT = Interruption Temporaire de Travail

² IPP = Incapacité Permanente Partielle

PREMIERE PARTIE

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

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

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

Pendant l'événement

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

		0	1	2	3
A1	Avez-vous ressenti de la frayeur ? (حزوني)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A2	Avez-vous ressenti de l'angoisse ? قلوب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A3	Avez-vous eu le sentiment d'être dans un état second ? الذبول	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4	Avez-vous eu des manifestations physiques comme, par exemple, des tremblements, des suees, une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération des battements du cœur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A5	Avez-vous eu l'impression d'être paralysé(e), incapable de réactions adaptées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A6	Avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A7	Vous êtes-vous senti seul(e), abandonné(e) par les autres ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A8	Vous êtes-vous senti impuissant(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total A		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
		16			

Depuis l'événement

Nous allons maintenant aborder ce que vous ressentez actuellement.

		0	1	2	3
B1	Est-ce que des souvenirs ou des images reproduisant l'événement s'imposent à vous durant la journée ou la soirée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B2	Revivez-vous l'événement dans des rêves ou des cauchemars ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B3	Est-il difficile pour vous de parler de l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B4	Ressentez-vous de l'angoisse lorsque vous repensez à ces événements ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total B		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
		7			

		0	1	2	3
C1	Depuis l'événement, avez-vous plus de difficultés d'endormissement qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C2	Faites-vous davantage de cauchemars ou de rêves terrifiants (au contenu sans rapport direct avec l'événement) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3	Avez-vous plus de réveils nocturnes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C4	Avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C5	Etes-vous fatigué(e) au réveil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total C		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
		11			

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

		0	1	2	3
D1	Etes-vous devenu anxieux(se), tendu(e) depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2	Avez-vous des crises d'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D3	Craignez-vous de vous rendre sur des lieux en rapport avec l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D4	Vous sentez-vous en état d'insécurité ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D5	Évitez-vous des lieux, des situations ou des spectacles (TV, cinéma) qui évoquent l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total D					5

		0	1	2	3
E1	Vous sentez-vous plus vigilant(e), plus attentif(ve) aux bruits qu'auparavant, vous font-ils plus sursauter ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E2	Vous estimez-vous plus méfiant(e) qu'auparavant ? حذر	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3	Etes-vous plus irritable que vous ne l'étiez avant ? سريع الإحساس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E4	Avez-vous plus de mal à vous maîtriser (crise de nerfs, etc.) ou avez-vous davantage tendance à fuir une situation insupportable ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E5	Vous sentez-vous plus agressif(ve) ou craignez-vous de ne plus contrôler votre agressivité depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E6	Avez-vous eu des comportements agressifs depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total E					6

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

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

Intensité (ou fréquence) de la manifestation

0 1 2 3
 |-----|-----|-----|
 nulle faible forte très forte

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

		0	1	2	3
I1	Vous arrive-t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour en éviter certaines conséquences ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I2	Vous sentez-vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'événement, et/ou d'avoir survécu alors que d'autres ont disparu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I3	Vous sentez-vous humilié(e) par ce qui s'est passé ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I4	Depuis l'événement vous sentez-vous dévalorisé(e) ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I5	Ressentez-vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I6	Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même ou de voir les autres ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I7	Pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total I					9

J1	Poursuivez-vous votre activité scolaire ou professionnelle ?	oui	<input checked="" type="radio"/> non	1
J2	Avez-vous l'impression que vos performances scolaires ou professionnelles sont équivalentes à, avant ?	oui	<input checked="" type="radio"/> non	1
J3	Continuez-vous à rencontrer vos amis avec la même fréquence ?	oui	<input checked="" type="radio"/> non	1
J4	Avez-vous rompu des relations avec des proches (conjoint, enfant, parent, etc.) depuis l'événement ?	oui	<input checked="" type="radio"/> non	1
J5	Vous sentez-vous incompris(e) par les autres ?	oui	<input checked="" type="radio"/> non	0
J6	Vous sentez-vous abandonné(e) par les autres ?	oui	<input checked="" type="radio"/> non	0
J7	Avez-vous trouvé un soutien auprès de vos proches ?	<input checked="" type="radio"/> oui	non	0
J8	Recherchez-vous davantage la compagnie ou la présence d'autrui ?	<input checked="" type="radio"/> oui	non	0
J9	Pratiquez-vous autant de loisirs qu'auparavant ?	oui	<input checked="" type="radio"/> non	1
J10	Y trouvez-vous le même plaisir qu'auparavant ?	oui	<input checked="" type="radio"/> non	1
J11	Avez-vous l'impression d'être moins concerné(e) par les événements qui touchent votre entourage ?	<input checked="" type="radio"/> oui	non	1
Total J				6

DEUXIEME PARTIE

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

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

Délai d'apparition des troubles depuis l'événement

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

Durée des troubles

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

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

Résultats au TRAUMAQ

Cotation des échelles de la première partie

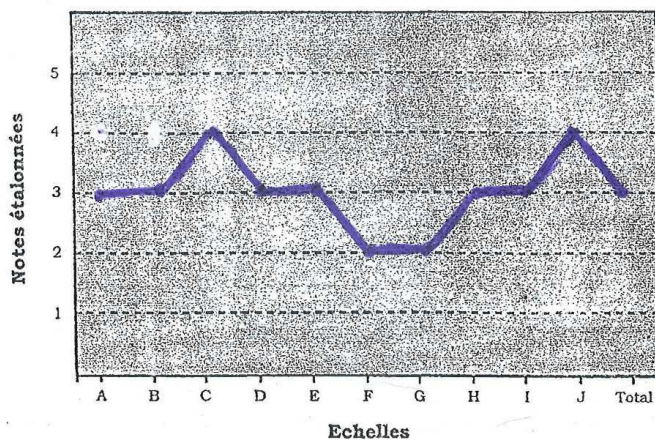
Les notes brutes des échelles A à I correspondent à la somme des points attribués aux items.

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

Conversion des notes brutes en notes étalonnées

Echelles	Notes brutes	Notes étalonnées				
		1	2	3	4	5
A	16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0-6	7-12	13-18	19-23	24
B	7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0	1-4	5-7	8-9	10 et +
C	11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0	1-3	4-9	10-13	14 et +
D	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0	1-4	5-9	10-13	14 et +
E	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0-1	2-4	5-9	10-14	15 et +
F	3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0	1-3	4-6	7-9	10 et +
G	1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0	1-2	3-5	6-7	8 et +
H	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0	1-3	4-11	12-17	18 et +
I	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0-1	2-5	6-9	10-16	17 et +
J	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0	1	2-5	6-7	8 et +
Total	70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0-23	24-54	55-89	90-114	115 et +

Profil



Traumaq

Questionnaire d'évaluation du traumatisme

Carole Damiani
Maria Pereira-Fradin

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

Nom : _____

Prénom : _____

F M Age : 59

Date de passation : 25/03/2024

Lieu de passation : EPH de Xoras

Informations concernant l'événement :

Événement individuel Collectif Nature* : _____

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

Date : 25/03/2024

Durée : 50 min

Blessures physiques : Non Oui Description : _____

Séquelles actuelles : _____

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

Non Oui

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

IPP² Non Oui Pourcentage : _____

* Nature de l'événement

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

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

¹ ITT = Interruption Temporaire de Travail² IPP = Incapacité Permanente Partielle

PREMIERE PARTIE

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

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

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

Pendant l'événement

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

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

Depuis l'événement

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

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

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

Intensité (ou fréquence) de la manifestation

0 1 2 3
 |-----|-----|-----|
 nulle faible forte très forte

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

		0	1	2	3
I1	Vous arrive-t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour en éviter certaines conséquences ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I2	Vous sentez-vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'événement, et/ou d'avoir survécu alors que d'autres ont disparu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I3	Vous sentez-vous humilié(e) par ce qui s'est passé ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I4	Depuis l'événement vous sentez-vous dévalorisé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I5	Ressentez-vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I6	Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même ou de voir les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I7	Pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total I					19

J1	Poursuivez-vous votre activité scolaire ou professionnelle ?	oui	<input checked="" type="radio"/> non	1
J2	Avez-vous l'impression que vos performances scolaires ou professionnelles sont équivalentes à avant ?	oui	<input checked="" type="radio"/> non	1
J3	Continuez-vous à rencontrer vos amis avec la même fréquence ?	oui	<input checked="" type="radio"/> non	1
J4	Avez-vous rompu des relations avec des proches (conjoint, enfant, parent, etc.) depuis l'événement ?	oui	<input checked="" type="radio"/> non	0
J5	Vous sentez-vous incompris(e) par les autres ?	<input checked="" type="radio"/> oui	non	1
J6	Vous sentez-vous abandonné(e) par les autres ?	oui	<input checked="" type="radio"/> non	0
J7	Avez-vous trouvé un soutien auprès de vos proches ?	<input checked="" type="radio"/> oui	non	0
J8	Recherchez-vous davantage la compagnie ou la présence d'autrui ?	<input checked="" type="radio"/> oui	non	0
J9	Pratiquez-vous autant de loisirs qu'auparavant ?	oui	<input checked="" type="radio"/> non	1
J10	Y trouvez-vous le même plaisir qu'auparavant ?	oui	<input checked="" type="radio"/> non	1
J11	Avez-vous l'impression d'être moins concerné(e) par les événements qui touchent votre entourage ?	<input checked="" type="radio"/> oui	non	1
Total J				7

DEUXIEME PARTIE

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

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

Délai d'apparition des troubles depuis l'événement

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

Durée des troubles

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

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

Résultats au TRAUMAQ

Cotation des échelles de la première partie

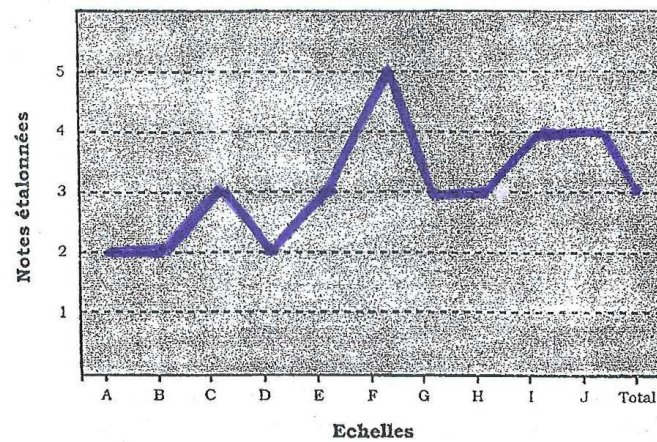
Les notes brutes des échelles A à I correspondent à la somme des points attribués aux items.

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

Conversion des notes brutes en notes étalonnées

Echelles	Notes brutes	Notes étalonnées				
		1	2	3	4	5
A	10	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0-6	7-12	13-18	19-23	24
B	4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0	1-4	5-7	8-9	10 et +
C	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0	1-3	4-9	10-13	14 et +
D	4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0	1-4	5-9	10-13	14 et +
E	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0-1	2-4	5-9	10-14	15 et +
F	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		0	1-3	4-6	7-9	10 et +
G	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0	1-2	3-5	6-7	8 et +
H	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0	1-3	4-11	12-17	18 et +
I	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0-1	2-5	6-9	10-16	17 et +
J	7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0	1	2-5	6-7	8 et +
Total	71	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0-23	24-54	55-89	90-114	115 et +

Profil



L'amputation du pied et le traumatisme psychique chez les patients diabétiques

Étude Clinique de 04 cas au sein de l'EPH Aokas

Résumé

Le diabète, en particulier le diabète de type 2, est un facteur de risque majeur d'amputation des membres inférieurs. Cette complication découle de la neuropathie diabétique, une atteinte nerveuse qui diminue la sensibilité au niveau des pieds. L'amputation peut engendrer des conséquences psychologiques importantes, telles que le traumatisme, la dépression, l'anxiété et le trouble de stress post-traumatique (TSPT). Bien que le diabète et l'amputation aient un impact négatif sur la santé mentale est physique des individus, un soutien et un traitement adéquats permettent aux personnes amputées de mener une vie pleine et productive.

Cette étude vise à explorer et à décrire le vécu psychologique des patients diabétiques amputés. Nous nous intéressons également aux effets de la maladie sur les ressentis de ces individus. Cette recherche s'inscrit dans un cadre de référence psycho-dynamique. Notre étude a été réalisée au sein du service de médecine interne de l'EPH d'Aokas. Notre groupe de recherche est composé de quatre participants, Tous les participants ont fait l'objet d'un entretien clinique semi-directif et ils ont rempli le questionnaire Traumaq. Les entretiens et les questionnaires administrés ont révélé un niveau de traumatisme variable d'un cas à l'autre. En effet, tous les cas de notre groupe de recherche présentent des signes de traumatisme. Les résultats de cette étude mettent en lumière l'impact significatif de l'amputation sur le vécu psychologique des patients. Les participants dans notre étude ont exprimé des sentiments de tristesse, d'anxiété et de colère. Ils ont également rapporté des difficultés dans leurs relations interpersonnelles et leur vie professionnelle.

Mots clés : Le diabète, le diabète de type 2, pied diabétique, amputation, traumatisme psychique.

ملخص

يعد مرض السكري، خاصة السكري من النوع 2، عاملاً رئيسياً لخطر بتر الأطراف السفلية. تنتج هذه المضاعفات عن الاعتلال العصبي السكري، الذي يُقلل من الحساسية في القدمين. قد تسبب عملية البتر آثاراً نفسية، مثل الصدمة النفسية، الاكتئاب، القلق واضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) على الرغم من أن السكري وبتر الأطراف لهما تأثير سلبي على الصحة العقلية والجسدية للأفراد، فإن الدعم والعلاج المناسبين يمكنان المصابين بتر الأطراف من العيش حياة كاملة ومنتجة. هذه الدراسة تهدف إلى استكشاف ووصف التجربة النفسية للمصابين بتر الأطراف الناجم عن مرض السكري. كما تهدف أيضاً إلى فهم تأثير المرض على مشاعر هؤلاء الأفراد. يأتي هذا البحث في إطار نظري نفسي ديناميكي. أُجريت هذه الدراسة في قسم الطب الباطني في المستشفى العام أوقاس، تم تشكيل مجموعة بحث تضم أربعة مشاركين. خضع جميع المشاركين لمقابلة شبه توجيهية وقاموا بتعبئة استبيان Traumaq. كشفت المقابلات والاستبيانات التي أُجريت عن وجود مستويات متفاوتة من الصدمة بين الأفراد. في الواقع، أظهر جميع المشاركون علامات الصدمة. تُسلط نتائج هذه الدراسة الضوء على التأثير الكبير للسكري وبتر الأطراف على التجربة النفسية للمرضى. كما أعرب المشاركون في دراستنا عن مشاعر الحزن، القلق والغضب. كما أبلغوا عن صعوبات في العلاقات الشخصية والحياة المهنية.

الكلمات الرئيسية: السكري، السكري من النوع 2، قدم السكري، بتر الأطراف، الصدمة النفسية.