

*Université Abderrahmane MIRA de BEJAIA
Faculté des Sciences Humaines et sociales
Département : sciences sociales
Option : psychologie clinique*

*Mémoire de fin de cycle en vue d'obtention du
diplôme de Master en psychologie clinique*

Thème

*Le stress post-traumatique chez les femmes
mastectomisées
Étude de huit cas*

Présenté par

M^{elle} Rili Nora

M^{elle} Sadaoui Mounia

Encadré par

Docteur. Sahraoui .I

Année universitaire 2014-2015

Remerciements

Ce mémoire est le résultat d'un effort constant. Cet effort n'aurait pu aboutir sans la contribution de nombres de personne, ainsi se présente l'occasion de les remercier. Tout d'abord :

- ❖ Notre sincère reconnaissance et gratitude vont à notre encadreur D' SAHRAOUI Intissar, pour sa disponibilité à encadrer ce travail à travers ses critiques et ses propositions d'amélioration.***

- ❖ Nous tenons à remercier tout le personnel du Centre Pierre et Marie Curie, de nous avoir accueilli, plus particulièrement le Professeur Bouzid, chef de service d'oncologie, et la psychologue M^e Okkar. Sans oublier le personnel de l'hôpital de Oued Amizour, qui travail dans le service d'oncologie et la psychologue du service.***

- ❖ Nous tenons aussi, à remercier d'avance les membres de jury, d'avoir consacré le temps qu'il fallait pour lire et corriger ce mémoire, et de l'honneur qu'ils nous font pour en participant à notre soutenance.***

- ❖ Enfin, nous remercions tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce modeste travail ; M^r Ferj ullah, M^R et M^e Bellache.***

RILI NORA

SADAOUI MOUNIA

Dédicace

Je dédie ce modeste travail à :

- ❖ *La mémoire de mon cher père Fatah, que Dieu bénisse son âme et le garde dans son amour.*
- ❖ *Ma mère Zina à qui j'ai toujours cherché les mots qui seraient les plus justes pour te remercier d'être toujours présente, et de m'épauler quoi qu'il arrive... mais après mure réflexion je ne vois rien d'aussi fort que "je t'aime".*
- ❖ *Mon frère Malek et mes sœurs, Ghania et son mari Hassane, Warda et son mari Hakim, Kahina et son fiancé Kakou.*
- ❖ *Mes oncles surtout tontoEl-hadi, et tonton kader*
- ❖ *Mes neveux : Younes, Fayçal, Wassim, Samy, Yasmine, Ania, et Alicia.*
- ❖ *Toute ma famille, tantes et cousins ; surtout tata aicha, Mima, Siham, Meriem, Iman et Nadjjet, khadidja, lydia, Fares, islam, et, Adam.*
- ❖ *Mes amis : Kakou, Djamel, Sarah, Amine, Lamia, Kahina, Sabrina, Mouloud, Nassima, Souad, Rebiha, Leila, Lezhar, Aida, Mina, Hilia, Katia, Akil, Idir.*
- ❖ *Ma très chère binôme MOUNIA ainsi que toute sa famille, surtout sa mère et sa grand-mère.*

NORA

Dédicaces

Je dédie cet humble travail à :

❖ *Ma très chère mère Talia :*

J'ai longtemps cherché les mots qui seraient les plus justes pour te remercier d'être toujours présente et de m'épauler quoi qu'il arrive... mais après mure réflexion je ne vois rien d'aussi fort que "je t'aime», et que Dieu le tous puissant te garde et te protège.

❖ *La mémoire de mes oncles Rachid et Khiyar, que Dieu bénisse leur âmes et les gardent dans son amour.*

❖ *Ma grand-mère Titi Sahra, mon frère Lyes, mes tentes Karima et Khedda, ainsi que mes neveux et nièces ; Yacin, Iness, Fouad, Samira, Tarik.*

❖ *Mes oncles ; Hafid et son épouse Samia, Mohamed et sa femme Nadjat et leurs enfants ; Hamou, Mellissa, Meriem.*

❖ *Mon fiancé Sofiane et ma belle famille.*

❖ *Mes amis : Lamia, Sarah, Mouloud, Rina, Sabrina, Nadira, Samia, Samira, Kahina, Sabrina, Hilia, Katia, Assia , Tawes, Lydia , Hamida, Khedoudja.*

❖ *Ma très chère binôme NORA ainsi que toute sa famille surtout sa mère, et sa sœur Kahina.*

MOUNIA

SOMMAIRE

Introduction générale-----	1
----------------------------	---

Partie Théorique

Chapitre I : Approche médicale du cancer du sein

Introduction -----	6
1. Anatomie du sein-----	6
2. Le cancer -----	7
2.1 Définition générale du cancer -----	7
2.2 Définition du cancer du sein -----	8
3. Les symptômes -----	8
4. Les différents types du cancer du sein -----	9
5. Les facteurs de risque -----	10
6. Le dépistage -----	11
7. Les traitements -----	11
Conclusion -----	13

Chapitre II : le stress post traumatique

Introduction -----	17
1. Aperçu historique -----	17
2. Le trauma -----	19
2.1 L'appareil psychique -----	19
2.2 Stress -----	19
2.3 Traumatisme psychique -----	20
3. Les causes du traumatisme-----	21
3.1 Les évènements traumatisants -----	21
4. Critères diagnostique d'état de stress post traumatique -----	22
5. La théorie freudienne du traumatisme -----	25
6. Les comportementalistes et cognitivistes -----	26
6.1 Le modèle pavlovien-----	26
6.2 Le modèle cognitiviste-----	27
Conclusion -----	28

Chapitre III :

I. Problématique et hypothèses -----	30
--------------------------------------	----

Chapitre IV : La démarche de la recherche, la population d'étude, les techniques utilisées et leurs analyses

Introduction -----	40
I. Démarche de la recherche et population d'étude -----	40
1.1. La pré-enquête -----	40
1.2. La méthode clinique-----	41
1.3. La présentation du lieu de la recherche-----	42
2. Population d'étude et critères du choix -----	43
2.1. Sélection de notre population d'étude -----	43
2.2. Tableau récapitulatif des caractéristiques -----	44
II. Les techniques utilisées -----	44
1. L'entretien clinique -----	45
2. Le questionnaire « Traumaq »-----	49
III. L'analyse des techniques utilisées-----	52
1. L'analyse de l'entretien clinique-----	52
2. L'analyse du questionnaire «Traumaq »-----	53
Conclusion -----	55

Partie Pratique

Chapitre V : présentation et analyse des résultats -----	60
---	-----------

Chapitre VI : Discussion des hypothèses -----	111
--	------------

Conclusion générale -----	116
---------------------------	-----

Bibliographie

Annexes

Introduction

Générale

La femme, cet être qui est créée pour être un symbole de beauté, de sensibilité, et de maternité, est celle qui réussie malgré les obstacles à valoir sa place de femme dans cette société moderne, se retrouve toujours confronter à des difficultés qui viennent souvent changer sa vie.

La découverte d'un cancer du sein est toujours une énorme perturbation pour les femmes et leurs partenaires. L'annonce du cancer rapproche de la mort, rappelle la condition fragile et temporaire de la vie. Pour les femmes concernées, c'est aussi une atteinte potentielle de la féminité avec la peur des mutilations à venir. Pour les jeunes patientes, cela signifie souvent également un arrêt de la fertilité, provisoire ou définitif. Même si l'espoir d'une guérison peut être davantage présent.

Aujourd'hui, le cancer du sein reste une épreuve très difficile pour les femmes et leurs proches, avec souvent des conséquences physiques et psychiques qui durent sur des mois, voire des années.

Un des traitements chirurgicaux de cette maladie est la mastectomie, qu'elle soit préventive ou curative. Le caractère mutilant de cette chirurgie pour une femme, quel que soit son âge, doit être pris en compte à tous les stades du parcours de la patiente.

A travers ce traitement la morphologie de cette femme, qui lui offre tout ses symboles de féminité se voit être mise en danger, un danger de mutilation et par la découverte en elle, d'une tumeur cancéreuse, installée dans son organe symbolique de désir, c'est alors la mort ou la disparation de son sein.

Cette ablation nécessite aussi d'autres traitements, qui s'en suit tel que la chimiothérapie ensuite la radiothérapie à fin que cette tumeur ne se propage pas vers d'autres organes, mais cette prise en charge de la patiente ne correspond pas qu'a une prise en charge somatique, mais la part de la prise en charge psychologique est extrêmement importante et indissociable.

Dans notre étude portée sur le thème « le stress post traumatique chez les femmes ayant subi une mastectomie ». Exige l'utilisation de la théorie psychanalytique sur le plan théorique afin de comprendre le stress post traumatique et l'aspect subjectif des changements endurés par ces femmes, ainsi que la théorie cognitivo-comportementale qu'on a utilisé dans notre entretien (questionnaire Traumaq), afin d'expliquer les différentes pensées et cognitions des patientes et de cerner l'aspect symptomatologique du traumatisme. Nous avons opté alors pour une approche intégrative unissant les deux théories. Notre recherche est portée sur huit cas, présent dans le service d'oncologie au Centre Pierre et Mairie Curie au niveau d'Alger. Où nous avons cherché des réponses à nos questions auprès des femmes masectomisées qui suivent des traitements néo-adjuvants de chimiothérapie et de radiothérapie ou encore d'hormonothérapie.

On a choisi de cibler notre sujet dans le cas d'un cancer du sein, et plus précisément dans le cas de mastectomie, car l'une des séquelles de cette intervention figure le traumatisme psychique sur le quel on doit se pencher davantage, afin que les patientes psychiquement traumatisées peuvent bénéficier dans le futur d'une prise en charge adéquate et que leur vie et celle de leur famille soient meilleure.

Pour nous l'accompagnement de ces femmes semble très complet et nécessite de soigner le physique et ses répercutions psychique.

De ce fait notre recherche s'est appuyée sur un plan de travail qui comporte les éléments suivants :

La première partie ; théorique subdivisée en trois chapitres qui sont comme suit :

Chapitre 1 : Consacré pour le coté médical.

Chapitre 2 : Consacré pour le coté psychologique.

Chapitre 3 : Consacré pour la problématique et les hypothèses.

La deuxième partie ; méthodologique en un seul chapitre qui est comme suit :

Chapitre 4 : Consacré pour la démarche de la recherche, la population d'étude, les techniques utilisées et leurs analyses.

La troisième partie ; pratique subdivisée en deux chapitres qui sont comme suit :

Chapitre 5 : Porte sur l'analyse des résultats.

Chapitre 6 : Porte sur la discussion des hypothèses.

Enfin, une conclusion générale qui parachèvera notamment notre étude, accompagnée des questions de perspectives.

Première partie
Partie théorique

Chapitre I

L'approche médicale du cancer du sein

Introduction

Autrefois le cancer du sein, comme tous les cancers, était une maladie méconnue, synonyme de mort. Grâce au diagnostic précoce et aux progrès thérapeutiques, actuellement beaucoup de personnes survivent à la maladie, certaines en guérissent. Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme. Le diagnostic de cancer du sein est toujours perturbant pour la patiente et sa famille, c'est pour cela que sa vie de famille et professionnelle s'en trouve profondément bouleversée.

1. Anatomie du sein

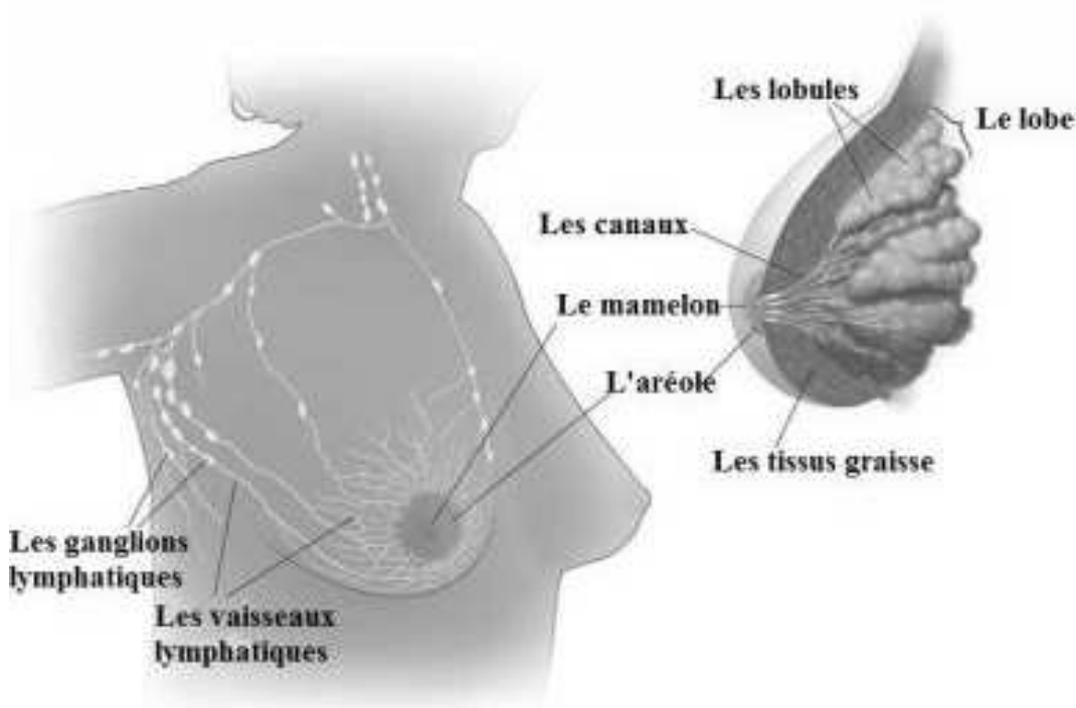
Chez la femme, le sein repose entre la seconde et la sixième cote entre le bord externe du sternum et la ligne axillaire. Pour deux tiers, il recouvre le grand pectorale (pectorale major) et, pour un tiers, le grand dentelé (serratus antérieur). Le mamelon central est entouré de l'aréole ; à la surface laquelle les glandes sébacées forment de petites évaluations arrondies.

Le sein est appelé aussi glande mammaire, a pour fonction biologique de produire du lait pour l'allaitement du nouveau-né. Sous l'influence des hormones sexuelles, les œstrogènes et progestérone produit par les ovaires à la puberté, les seins vont changer de forme et de volume pendant la période de l' de forme et de volume pendant la période de l'adolescence. Les hormones sexuelles vont avoir une influence sur cette glande tout au long de la vie. Les seins peuvent être partagés en quatre quadrants par une ligne horizontale et une ligne verticale se croisant sur le mamelon. De plus le sein présente souvent un prolongement axillaire. On peut aussi considérer le sein comme le cadran d'une montre, une lésion pouvant être localisée par exemple à 4 heures et à 10 centimètres du mamelon. (Batres. B, 1982, P. 186-198).

Donc le sein comprend trois parties

Le corps du sein proprement dit ; le mamelon qui est situé un peu au-dessus du centre du sein, qui présente 12 à 20 pores au niveau des quels s'abouchent les

canaux galactophores et l'aréole qui est à région circulaire qui entoure le mamelon, elle présente une pigmentation plus intense que la peau, et à sa surface on retrouve les tubercules de Montgomery qui contiennent des glandes sébacées et apocrines (figure1). (Gentilini et col, 1990, P.43-48)



1. Anatomie du sein

2. le cancer

2.1 Définition générale du cancer

La cellule est l'unité de base de la vie, c'est grâce à la production de cellules que le corps humain peut se développer jusqu'à l'âge adulte ; que les cellules morte sont remplacées et que les blessures cicatrisent, chaque type de cellule a un cycle cellulaire programmé et contrôlé de différenciation, de croissance et de mort, la transformation cellulaire tumorale ce traduit notamment par une perte de contrôle du cycle cellulaire, des anomalies de la réparation d'ADN. Donc la

cellule cancéreuse, échappant à tout contrôle se met à multiplier de façon désordonnée, et finit par former une masse qu'on appelle tumeur maligne. (Lagarde. Ph, 1981, P.21)

2.2 Définition du cancer du sein

Le cancer du sein est une prolifération anormale de cellule de l'organisme au niveau de la glande mammaire. Les cellules peuvent rester au niveau du sein ou migrer dans l'organisme via les vaisseaux sanguins et lymphatique. La majorité des cancers prennent naissance dans les canaux par lesquels coule le lait. Si la prolifération des cellules cancéreuses reste dans les canaux on parle de « cancer in situ ».

En revanche si les cellules sortent de la proie des canaux, on parle de « cancer infiltrant ». Comme pour l'ensemble des cancers, en l'absence de traitement, les cellules cancéreuses prolifèrent et peuvent se disséminer tout d'abord dans les vaisseaux lymphatiques de la région (sous le bras et au dessus de la clavicule), puis dans d'autres organes les répercussions sont alors de plus en plus dramatiques. (Hamburger. J, 1982, P.136)

3. les symptômes

Plusieurs peuvent apparaître chez une femme chez qu'il ne s'agisse d'un cancer. Toutefois, si un ou plusieurs de ces symptômes sont présents, il est vivement conseillé de consulter afin de s'assurer du caractère bénin et malin du symptôme.

- Présence d'une masse. Elle se présente sous la forme d'une boule qui ne bouge pas et semble ancrée dans le sein et elle n'est pas douloureuse ;
- Changement de la taille ou la forme du sein ou du mamelon ;
- Présence de ganglions augmentés de volume au niveau de l'aisselle ;
- Ecoulement d'un seul mamelon. (Horde. P, 2014, P.2-4)

➤ **Les signes tardifs**

- Douleur osseuse ;
- Nausées ;
- Perte d'appétit ;
- Perte de poids ;
- Essoufflement ;
- Toux ;
- Maux de tête ;
- Vision double ;
- Faiblesse musculaire ;
- Accumulation de liquide au tour des poumons (épanchement pleural).

4. les différents types de cancer de sein

Il existe différents types de cancer de sein. Les plus fréquents (95 se développe à partir des cellules des canaux (cancer canalaire) et des lobules (cancer lobulaire), on les appelle des adénocarcinomes.

On distingue plusieurs situations :

- Lorsque les cellules cancéreuses ont infiltré le tissu qui entoure les canaux et les lobules, on parle de cancer carcinome infiltrant. Le cancer canalaire est le cancer infiltrant le plus fréquent. Huit cancers sur dix sont des cancers canaux infiltrant. Les cancers infiltrant peuvent se propager vers les ganglions ou vers d'autres parties du corps. Les ganglions les plus souvent atteints par les cellules du cancer de sein se trouvent sous les bras, au niveau des aisselles ; on les appelle les ganglions axillaire ;
- Lorsque les cellules cancéreuses se trouvent uniquement à l'intérieur des canaux ou des lobules, sans que la tumeur ait infiltré le tissu qui les entoure, on parle de cancer in situ.
 - Le cancer canalaire in situ ou carcinome canalaire in situ est le plus fréquent : huit cancers sur dix sont des cancers canalaire in situ, ils sont les plus découverts lors du dépistage, et quelque fois

révélés par un écoulement de sang du mamelon ou un eczéma du mamelon. Il arrive que les cancers canaux in situ infiltrent les tissus voisins et deviennent des cancers infiltrant ;

- Le cancer lobulaire in situ ou néoplasie lobulaire in situ est plus rare, il est plutôt considéré comme un facteur de risque de développer un cancer du sein que comme un cancer. Sa prise en charge est même différente des autres cancers du sein. (Vernet. A et col, 2007, P.12-14)

5. les facteurs de risque

Tous les éléments pouvant augmenter le risque de développement d'une maladie sont appelés des facteurs de risques. Certains facteurs de risque peuvent être évité et d'autre pas. Les principaux facteurs de risque pour le cancer du sein sont présentés en quelque catégorie.

5.1 Facteurs de risque personnels

- Sexe féminin ;
- Age (85% des femmes de 50 ans et plus) ;
- Avoir déjà eu soi-même un cancer du sein ;
- Antécédent personnel de maladie bénigne du sein considéré risque menstruations précoces ;
- Ménopause tardive ;
- Aucune grossesse ou un premier enfant après l'âge de 30ans ;
- Utilisation d'hormonothérapie de remplacement (1/2 estrogène et progestérone) de façon prolongée plus de 5ans ;
- Consommation d'alcool (par contre une consommation modérée pourrait protéger contre d'autres maladies).

5.2 Facteurs de risque familiaux

- Avoir une mère, 1/2 une fille avec un antécédent de cancer du sein (parente au 1^{er} degré) qui ont eu un cancer du sein avant la ménopause ;
- Avoir une tante et/ou une grand-mère avec un antécédent de cancer du sein (parente au 2^{ème} degré).

5.3 Facteurs de risque génétiques

- Mutations dans les gènes BRCA1 et/ou BRCA2 (des ordres génétiques). (ESMO, 2013, P.5-6)

6. le dépistage

Un dépistage consiste à détecter un cancer avant qu'il ne se traduise par un signe anormal. Détecter tôt le cancer permet de mieux le traiter en proposant des traitements moins lourds et qui offrent plus de chances de guérison. Le but du dépistage est de détecter donc parmi des personnes a priori non malades celles qui présentent des anomalies susceptibles d'être cancéreuses ou d'évaluer en cancer afin de les traiter rapidement.

L'examen utilisé pour dépister un cancer du sein est une mammographie, cette dernière détecte des anomalies de petite taille, dont certaines seulement se révéleront être un cancer.

Ces anomalies sont parfois détectées même si l'examen clinique est normal. Si une anomalie est découverte, le médecin prescrit des examens complémentaires afin de confirmer ou d'éliminer le diagnostic du cancer (EX : la biopsie). Près de 75% des cancers du sein sont diagnostiqués entre 50ans et 69ans. (Pujol.J, 2012, P.17-19)

7. les traitements

7.1 La chirurgie

La chirurgie est souvent le premier traitement entrepris. Elle sert à enlever la tumeur cancéreuse, dans le cas du cancer du sein, elle se nomme **mastectomie**. La mastectomie est partielle ou segmentaire (une partie du sein est enlevée) ou

totale (tout le sein est retiré). Ou y'ajoute presque toujours une chirurgie aux ganglions lymphatique de l'aisselle. Le choix du type de mastectomie repose entre autres sur la taille de la tumeur, son type et son emplacement dans le sein. La préférence de la femme est aussi prise en compte.

A. Mastectomie partielle ou tumorectomie : le chirurgien enlève le tissu cancéreux (la tumeur) ainsi qu'un peu de tissu sain autour de la tumeur. On la nomme aussi chirurgie conservatrice du sein.

B. Mastectomie totale : le sein est entièrement retiré ; les glandes mammaires, le tissu gras, le mamelon et de la peau. On la choisit lorsqu'il n'est pas possible de faire une mastectomie partielle. Cela se fait dans environ 20% à 25% des cas de cancer du sein. Selon le cas, une reconstruction d'un sein peut être exécutée en même temps que la mastectomie ou à un moment ultérieur.

C. Chirurgie aux ganglions lymphatiques : afin de déterminer le stade de la maladie et de choisir le meilleur traitement après la chirurgie, il est presque toujours essentiel de savoir si le cancer a atteint les ganglions lymphatique situés au creux de l'aisselle, du coté atteint. Ces ganglions drainent la lymphe qui circule dans le sein. Cela peut se faire soit en enlevant seulement les ganglions sentinelles, soit en enlevant la chaine complète.

Cette ablation cause parfois des complications, comme un lymphoedème (accumulation des lymphes) qui est causé par la perturbation des voies de drainage habituelles et il est plus rare si l'on retire seulement les ganglions sentinelles. (Benzidane.N, 2004, P.16)

7.2 La radiothérapie : la mastectomie partielle doit généralement être suivie de radiothérapie afin de détruire les cellules cancéreuses qui pourraient être demeurées dans le sein. Elle réduit le risque qu'une tumeur réapparaisse. En cas de mastectomie totale, la radiothérapie n'est pas toujours nécessaire.

7.3 La chimiothérapie : elle utilise une classe de médicaments appelés antinéoplasiques, pour traiter les cancers. Pour le cancer de sein elle est habituellement administrée après la chirurgie.

Elle permet de déduire les cellules cancéreuses qui se seraient échappées de la tumeur principale. Le choix d'entreprendre ou non une chimiothérapie dépend du stade d'évolution de la maladie.

7.4 La thérapie hormonale : elle est la plus rare du temps combinée à la chirurgie, à la radiothérapie ou à la chimiothérapie. Si l'examen de la tumeur montre que le cancer a des récepteurs hormonaux, son développement est donc stimulé par les hormones sexuelles (les œstrogènes et la progestérone). Certains médicaments peuvent ralentir la progression d'un tel cancer en bloquant l'action des hormones.

7.5 La thérapie ciblée : c'est une nouvelle classe thérapeutique (année 2000) qui cible certains récepteurs se trouvant dans la cellule tumorale. Le plus fréquemment utilisé est le Trastuzumab (HerceptinR), qui bloque spécifiquement l'action du gène HER² par injection. Les recherches montrent que ce traitement provoque généralement moins d'effets indésirables que la chimiothérapie et la thérapie hormonale, car elle est plus ciblée que ces dernières. (Mekrachi.S et col, 2011, P.51-71)

Conclusion

Le cancer du sein, un seul mot et pourtant tellement d'évocations différentes. Certaines le voient comme un tabou, d'autre comme une maladie hanteuse ou encore comme une maladie menant à la mort. Il est sûr en tout cas que c'est une maladie qui amène bon nombre de perturbations dans la vie d'une femme et son entourage.

Chapitre II

Le stress post traumatique

Introduction

On peut imaginer que l'être humain a connu l'expérience du traumatisme dès le début de son apparition sur terre, que ce soit en réaction aux accidents, à l'expérience de la mort, aux phénomènes naturels effrayants, aux violences entre les hommes...etc.

Un traumatisme psychique se produit en effet suite à une menace grave pour la vie ou pour l'intégrité psychique ou physique, la personne y réagit avec effroi et dans un sentiment d'impuissance. Un traumatisme est un dommage de la structure ou du fonctionnement du corps ou du psychisme. Il peut être dû à un agent ou à une force extérieure, de nature physique ou chimique.

C'est après un événement potentiellement traumatisant, certaines personnes n'éprouvent que de déplaisantes réactions de stress ou ne manifestent qu'un éphémère désordre traumatique, d'autres souffrent quant à elles de troubles chroniques sous forme de symptômes sporadiques, récurrents ou fixés en névrose traumatique.

1. Aperçue historique

Les blessures physiques jusqu'à une époque récente n'étaient pas qualifiées de traumatiques. En grec ancien, trauma signifie blessure. Quelques années après l'apparition de ce terme en médecine et en chirurgie, il est importé dans le domaine de la pathologie mentale pour qualifier des «blessures psychiques».

En 1888, Oppenheim décrit une «Névrose Traumatique ». Celle-ci comprenait un certain nombre de symptômes névrotiques, dont des cauchemars, qui n'apparaissaient qu'après l'accident, un accident de chemin de fer généralement.

Quelques années plus tard, Kraepelin décrit une «névrose d'effroi», qui ressemble beaucoup à notre névrose traumatique. Kraepelin mettait en avant l'état psychique de l'individu au moment de l'événement et insistait sur le fait qu'il n'était pas nécessaire d'avoir été dans l'accident, mais qu'il pouvait suffire d'en avoir été le spectateur. Dans ses «leçons du mardi», Charcot présente beaucoup d'observations d'hystéries traumatiques, comme il les appelle. Il affirme que l'hystérie masculine est toujours d'origine traumatique. Mais dans la première moitié du XXe siècle ce sont les psychanalystes qui vont faire avancer la clinique et la compréhension des névroses traumatiques: Abraham et Ferenczi pendant la 1ère Guerre Mondiale, Freud entre les deux guerres. Les deux premiers auteurs cités mettent en lumière l'atteinte narcissique réalisée par le traumatisme, Ferenczi parlant plus précisément de la « fin de l'illusion d'immortalité ».

Freud utilise une métaphore économique pour figurer ce qu'il appelle l'«effraction traumatique. Notons seulement que c'est à partir de la névrose traumatique qu'il a remanié sa théorie des pulsions, proposant la dualité: pulsion de vie/pulsion de mort. Immergé dans la culture américaine, Ferenczi refuse la notion de pulsion de mort, mais pose une description très argumentée et très détaillée des désordres que le traumatisme provoque dans l'appareil psychique. Dans les décennies de l'après-guerre, les psychiatres qui ont continué à s'intéresser à la névrose traumatique ont tiré des travaux des psychanalystes et de leurs prédécesseurs une description clinique de l'affection bien articulée et complète. Ça a été le cas des psychiatres militaires français : citons le livre de Juillet et Moutin, l'article princeps de Crocq et un peu plus tard le livre de Barrois. La description proposer ici sera très proche des travaux de ces auteurs. Dix ans après la guerre du Viêt Nam, les Américains vont reprendre la question à leur manière en créant une entité appelée «Post- Traumatic Stress Disorder». La notion de stress est venue chez eux remplacer celle de névrose. Le traumatisme est devenu un stress ayant

certaines particularités et la clinique de l'affection est singulièrement appauvrie. La diffusion de ce modèle américain est telle qu'il est aujourd'hui difficile d'y résister. Les conceptions présentées ici ont fait leurs preuves sur le trauma et la névrose traumatique et de montrer en quoi elles diffèrent du stress et du «Post-Traumatic Stress Disorder». Car il y a un enjeu diagnostique et thérapeutique important entre les deux conceptions présentes en Europe (François.L, 2006, P.5-6).

2. Le trauma

2.1. L'appareil psychique

Expression qui, loin d'être la conception d'un simple mécanisme, est utilisée par Freud, ou titre d'une image ou d'une « fiction », pour désigner le modèle figuratif selon lequel on peut comprendre qu'une énergie se transmet, se transforme et se différencie suivant les diverses instances (Fedida. P, 1974, P.37).

2.2. Stress

« Toute réponse de l'organisme consécutive à toute demande ou sollicitation exercées sur cet organisme » (Selye. H, 1976)

Ce concept très général a été interprété différemment selon les auteurs. Ce terme évoque la contrainte, la tension imposée à une structure mécanique. C'est dans ce sens que Delay. J, d'un « état de tension aigu de l'organisme obligé de mobiliser ses défenses pour faire face à une situation menaçante ». On a coutume de différencier la réaction de stress de l'agent stressé qui la provoque (Henriette. b, et col, 1992, P.754).

2.3. Le traumatisme psychique

Étymologiquement, signifie « blessure » : les termes de « trauma » ou de « traumatisme » expriment une violence provoquée sur le sujet par un évènement survenu dans sa vie et ayant occasionné une blessure par effraction.

Utilisés en médecine, notamment en neurologie, l'expression traumatisés « crâniens », ces termes désignent principalement une action physique propre à entraîner une lésion. La langue commune conserve l'intuition psychologique d'un évènement choc (évènement de la vie collective, scène violente dont le sujet s'est trouvé spectateur) ayant valeur, dans les conséquences qui en résultent, d'un bouleversement intérieur. La psychanalyse a reconnu, à ses débuts, l'importance du trauma psychique. Freud le caractérise de la sorte : « nous appelons ainsi une expérience vécue qui apporte, en l'espace de peu de temps, un si fort accroissement d'excitation à la vie psychique que sa liquidation ou son élaboration par les moyens normaux et habituels échoue, ce qui ne peut manquer d'entraîner des troubles durables dans le fonctionnement énergétique » la notion de trauma est alors liée à un évènement de forte portée émotionnelle, vécu par le sujet sur le mode de la suggestibilité, « oublié » par la suite pour se retrouver inscrit dans le corps sous forme de conversion . Freud a peu abandonnée la théorie causale du trauma pour prêter une fonction prévalent à la vie fantasmatique : celle-ci définit une réalité psychique capable d'assumer les significations impliquées dans l'idée du traumatisme entendu comme évènement ayant en lieu réellement (Fedida. P, 1974, P. 249).

3. Causes du traumatisme

Les causes des traumatismes on peut les distinguer en deux catégories principales

3.1. Les événements traumatisants

- la guerre;
- abus émotif, physique ou sexuelle dans l'enfance;
- avoir subi ou assisté à des actes de violence;
- viol ou tentative de viol;
- lésion ou maladie dévastent;
- la mort d'une personne proche;
- accidents de voiture de légère importance;
- intervention médical ou dentaire invasive;
- chutes et lésions de moyenne importance;
- catastrophes naturelles (tremblement de terre, tornade...);
- maladie, surtout avec la fièvre haute;
- intoxication;
- abandon, surtout en cas des enfants;
- accouchement (soi pour la mère que l'enfant);
- exposition aux températures extrêmes (froid, chaude);
- immobilité prolongée, surtout pour les enfants (plâtre, bandage forts).

4. Critères diagnostiques du F43.1 1309.811 Trouble État de Stress post traumatique

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

(1) le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des éléments durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de graves blessures ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.

(2) la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. N.-B. : Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

1. souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions. N.-B. : Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme;

2. rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse. N.-B. :

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

3. impression ou agissements soudains «comme si »l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, (les hallucinations, et des épisodes dissociatifs) (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une

Intoxication) N.-B. : Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir;

4. sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblants, à un aspect de l'événement traumatique en cause;

5. réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause.

C. Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

1. efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associées au traumatisme;

2. efforts pour éviter les activités, les endroits où les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme;

3. incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme;

4. réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités;

5. sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres;

6. restriction des affects (p. ex., incapacité à éprouver des sentiments tendres);

7. sentiment d'avenir « bouché » (p. ex., pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie.

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (Ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux de manifestations suivantes:

1. difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu;
2. irritabilité ou accès de colère;
3. difficultés de concentration;
4. hyper vigilance;
5. réaction de sursaut exagéré.

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

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (DSM 4-TR, 2000, P.503-504).

5. Théorie freudienne du traumatisme

Dans la théorie psychanalytique freudienne, le traumatisme occupe une place fondamentale, notamment pour expliquer l'étiologie de la névrose. Ainsi dans sa première théorie de la névrose, considérait le traumatisme comme résultant d'une expérience vécue source d'une excitation tellement forte que les moyens psychiques normaux et habituels ne peuvent l'endiguer et qui entraîne l'apparition des troubles psychiques. Les traumatismes infantiles ont joué un rôle primordial dans la première approche freudienne de l'étiologie de la névrose. Dans un premier temps, il s'agissait pour Freud d'expliquer la survenue de la névrose comme résultant des conséquences supposées perturbatrices des traumatismes infantiles

« réels » et « externe », dus à des « réactions sexuelles exercées par des adultes » durant l'enfance des patients névrotiques.

Dans son développement théorique ultérieure, Freud renoncera à la primauté de la réalité externe des traumatismes infantiles d'origine sexuelle (les patients souffrant de névrose pas tous été abusés ou séduits sexuellement). Freud développa alors sa théorie sur l'impact psychique, éventuellement pathogène, des situations traumatiques internes. Les aspects traumatiques pouvant s'étayer sur des fantasmes à connotation sexuelle autour de la problématique œdipienne et de l'angoisse de castration notamment.

La théorie de Freud évolue donc vers l'idée que les excitations pulsionnelles internes, tout aussi bien que les situations externes, pourraient être source de traumatisme psychique. Dans ces conditions, le trauma, qu'il soit d'origine interne ou externe, va mobiliser l'angoisse. Cette dernière apparaît alors non seulement comme une réaction au danger comme un signal d'alarme du Moi (un affect-signal du danger), mais également comme réaction à une perte ou une séparation réel ou fantasmée (sur le modèle de l'angoisse de castration). L'angoisse signifie que le Moi se trouve débordé dans ses capacités de défense, ce qui correspond au vécu traumatique. Selon Freud lors des expériences conduisant à la névrose traumatique, le pare- excitation externe est rompu et des quantités d'excitation trop grande accèdent à l'appareil psychique (Marie. A, 2005, P.77-78).

6. Les comportementalistes et cognitivistes

6.1. Le modèle Pavlovien

En 1924, Pavlov avait fortuitement observé, lors d'une crue de la Néva qui avait envahi son laboratoire et effrayé les chiens en cour de conditionnement (les animaux prisonniers nageaient désespérément dans l'eau qui était près d'atteindre

le plafond de leurs cages), un bouleversement post émotionnel des conditionnements acquis ou en cours. Les animaux présentaient des comportements d'égalisation (réponse stéréotypée à tout stimulus, quelle que soit son intensité), de désorganisations paradoxales (l'animale réagit plus aux stimuli faibles qu'aux stimuli forts), de réaction ultra paradoxale (les conditionnements positif acquis antérieurement deviennent négatifs et vice versa) et d'excitation paroxystique (comparable à la crise d'hystérie chez l'homme). En outre, Pavlov avait poussé le parallèle jusqu'aux nuances de tempérament, les tempéraments « inhibés forts » et « vifs », tant chez l'homme que chez le chien.

6.2. Les modèles cognitivistes

Les modèles dits « cognitiviste », reposent sur la connaissance qu'à le sujet du danger (structure cognitive propositionnelle de Foa. E et Kozak. J, 1986) le préparant à ce défendre ou à fuir. Si le sujet ne peut attribuer une signification de danger à une situation, sa structure cognitive propositionnelle se trouve perturbée, et il présente alors des symptômes neurovégétatifs, des réactions d'évitement injustifiées et des symptômes de reviviscence (par hyper activation de son réseau d'inter formation des signaux de danger). Pour Chemtob. C (1988), le trauma réactive certains nœuds de traitement de l'information et lève le blocage d'autres nœuds inhibiteurs, ce qui pour effet de provoquer les réactions d'alerte et l'irruption d'images et de pensées intrusives. Puis, la prise de conscience de ses propres réponses par le sujet va lui fournir un nouveau motif d'accroître sa vigilance et de déclencher de nouvelles réactions d'altère, entretenant ainsi le cercle vicieux de la réaction de danger autoentretenu avec « biais confirmatoire » Jones. J et Barlow. D (1991) proposent un modèle similaire, de passage de l'alarme apprise, et des comportements d'alerte et d'évitement à l'attitude d'appréhension anxieuse systématique (Croq. L, 2002, P.25).

Conclusion

On conclusion Le syndrome de stress post-traumatique est une réaction psychologique consécutive à une situation durant laquelle l'intégrité physique et/ou psychologique du patient et de son entourage a été menacée et effectivement atteinte (notamment accident grave, mort violente, viol, agression, maladie grave, guerre, attentat...etc.). Les capacités d'adaptation (comment faire face) du sujet sont débordées. La réaction immédiate à l'événement diffère d'une personne à une autre et sera définie par une peur intense, par un sentiment d'impuissance ou par un sentiment d'horreur ou par une indifférence.

Chapitre III

Problématique & Hypothèse

Problématique

En ces temps modernes, entendre le mot « cancer » sous-entend l'approche vers la destruction du corps et plus encore vers l'anéantissement et la mort. La cause principale et déterminante du cancer reste encore inconnue. Il existe plusieurs types de cancer, mais le plus fréquent chez les femmes est le cancer de sein. Ce dernier se traite, soit par une ablation chirurgicale, ou par la destruction des cellules atteintes par les rayons X.

Chez la femme le sein symbolise la féminité dans le double perceptif de la sexualité et de la reproduction (sein de la femme et sein de la mère). Le développement de cet organe est le premier signe de la puberté féminine, l'achèvement de la première grossesse, l'induction de la sécrétion, l'actée et l'entretien de cette sécrétion par l'allaitement, puis en période prés ménopausique, la glande mammaire s'atrophie, devient plus fibreuse et est dilacérée par la graisse qui, peu à peu l'envahit.

Plusieurs anomalies peuvent toucher la glande mammaire ; Telle une tumeur, c'est-à-dire un tissu dont les cellules prolifèrent rapidement et échappent au contrôle de l'organisme, évoluant ainsi à son propre compte, dans ce cas, on parle de cancer du sein, qui est le plus fréquents des cancers féminins.

Environ 800 000 nouveaux cas annuels dans le monde, environ 25% des cancers de la femme sont des cancers du sein, on estime qu'une femme sur huit développera un cancer du sein. (Saglier.J, 2003, P.05).

En Algérie, elle reste une pathologie sous-estimée, par les patientes puisque plus de 50% arrivent avec une tumeur de plus de 3cm. (Benzaidene. N, 2004, P.21).

Dans la plupart des cas, l'intervention chirurgicale est la seule solution, puisque la plupart des femmes atteintes de ce cancer, sont détectées au stade où la tumeur devient palpable. Cette intervention chirurgicale a une double action, d'une part, elle est liée au cancer qui signifie la souffrance et la mort, d'autre part liée au sein qui symbolise l'élégance et la féminité.

L'intervention chirurgicale crée certaines perturbations psychiques liées au sentiment de la perte, qui peut engendrer une dépression, l'angoisse de la mort, troubles de l'humeur...etc. Toutes ses réactions sont peut être liées à n'importe quelle maladie chronique, mais beaucoup plus à une maladie grave qui laisse des séquelles organiques ainsi que psychiques, la déformation du corps par la perte d'un organe d'une grande signification féminine, crée un sentiment de manque par rapport à d'autres femmes, cette perte constitue une menace directe et profonde à son identité féminine.

Selon M. Kédia et coll, son vécu psychique est caractérisé par une symptomatologie riche et variée dans le temps, des comportements observables (conversion, agitation, stupeur) ou émotion (anxiété et confusion). A court terme ou à long terme, les syndromes sont envisagés différemment, selon les approches actuelles ; la première globale, en référence à la psychanalyse, et la seconde purement symptomatologique en référence au manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Kédia. M, et Sabouraud-Seguin. A, et al, 2013, P. 65).

En l'occurrence, l'ablation du sein constitue un traumatisme, selon Robe I.J «la mastectomie est un traumatisme psychique plus important que n'importe quelle intervention chirurgicale » (Borten. K. I, et Ferreri, 2002, p.677).

Le concept du traumatisme psychique a été cerné pour la première fois par Pierre Janet, dans sa thèse de doctorat en lettres de 1889, « L'Automatisme psychologique », qui est des excitations liées à un événement violent viennent frapper le psychique, y pénètrent par effractions, et y demeurent ensuite comme un «corps étranger» puis, ce corps étranger va donner lieu à une dissociation de la conscience : la souvenance de cet événement qu'il dénomme «idée fixe» fait bande à part dans un recoin de préconscient, ignoré de la conscience et y suscite des manifestations psychiques ou psychomotrices «automatiques» non délibérées et inadaptées (telles qu'hallucinations, cauchemars et actes

automatiques), tandis que le reste de la conscience continue d'élaborer des pensées et des actes circonstanciés et adaptés. (Stora. J. B, 1999, P.23).

Précurseur enthousiaste, Ferenczi en 1918, lors d'un congrès international de psychanalyse rappelle que c'est Oppenheim qui est le premier à parlé de «névrose traumatique » qui est une altération physique des centres nerveux ; et à l'avoir isolé comme entité morbide. Ayant soigné les traumatisés de guerre, il explique que deux grandes tendances s'en dégagent : l'une organiciste dont les sujets ne parlent que des lésions corporelles qui récusent à toute référence psychogène, et l'autre purement économique dont les sujets ne visent que la pension de guerre les plaçant ainsi dans le répertoire des hystéries (Bouatta. C, 2007, P.29).

C'est en 1921, dans son essai Au-delà du principe du plaisir, que Freud a expliqué les aspects dynamiques de sa théorie du trauma. Il compare métaphoriquement le psychique à une vésicule vivante, boule protoplasmique en constant remaniement, protégée par une couche superficielle «pare-excitation», qui sert à la fois de contenant et de protection à l'appareil psychique, et dont le rôle est de repousser les excitations nuisibles ou de les filtrer en les atténuant, pour les rendre acceptables et assimilables (plus faciles à lier).les différences constitutionnelles font que certains individus sont dotés d'un pare-excitation fort, et d'autres non . En outre, dès que l'individu voit venir le danger extérieur, il renforce son pare excitation en mobilisant de l'énergie disponible, ce qui n'est pas toujours le cas (il peut être momentanément épuisé par un effort récent). Certains individus névrosés dont toute l'énergie interne est sans cesse refoulée n'auront jamais d'énergie disponible pour renforcer leur pare-excitation, ce qui fait qu'un même événement potentiellement traumatisant fera donc trauma pour certains individus et pas pour d'autres. Le concept de traumatisme, dit Freud, est donc relatif, dépend du rapport de forces entre les excitations venant du dehors et l'état-constitutionnel et conjoncturel- de la barrière de défenses qui les reçoit. (Crocq. L, 2007, P.6-9).

Louis Crocq à son tour apporte une conception du traumatisme, sur le plan pathogénique, il préconise comme Barrois, une visée phénoménologique en réintroduisant la question du sens et du non-sens du traumatisme, invitant ainsi, la psychanalyse à dépasser le point de vue économique ; par-delà, celle des mécanismes pathogènes où il affirme (1965 ; 1974) que le trauma ne peut se concevoir qu'en termes de sens et non pas de mécanismes (Declercq. M, et Lebigot. F, 2001, P.57).

Donc, le traumatisme psychique est appréhendé différemment d'un courant à un autre, celui de l'école anglo-saxonne se trouve présenté par l'Association Américaine de Psychiatrie qui déclare ne se référer à aucune théorie ; elle se contente donc de l'approche descriptive par observation et regroupement des troubles sous forme d'entités psychopathologiques.

Evitant le terme de « Névrose » pour s'éloigner des œuvres psychanalytiques, les créateurs du DSM transforment le terme de traumatisme psychique en PTSD (post traumatic stress disorder) ou syndrome post traumatique, une série de symptômes sont regroupés en syndrome observés chez les patients qui présentent d'éventuels troubles psycho-traumatiques. Cette série de signes est retrouvée dans une description clinique du syndrome post-traumatique. Ces symptômes à court ou à long terme s'organisent différemment selon l'événement vécu dans ce contexte, les aménagements défensifs ainsi que l'organisation préalable de la personnalité.

La description sémiologique devient alors possible dans la quatrième édition du DSM en 1994, les contours, le tableau clinique et le facteur déclenchant sont définis permettant ainsi le diagnostic de l'état de stress post traumatique (Bouatta.C, 2007, P.50).

En effet celui-ci, défend les notions de « psycho-traumatisme » et de « Syndrome psycho-traumatique », qu'il trouve plus adéquat et mieux adapté à la représentation du phénomène morbide causé par l'événement traumatisant.

Notamment face à la terminologie française du (PTSD), le stress post traumatique pour lui « parler d'un stress post traumatique est un non-sens », exprimant par-là que « le stress est un phénomène éphémère » qui est une suite immédiate à caractère aigu et bref du traumatisme, contrairement au processus du trauma qui se distingue par des symptômes durables et distants de l'événement (Boudarene. M, 2005, p.124).

Ces données nous permettent d'établir un lien entre l'événement de l'annonce d'une mastectomie chez les femmes atteintes d'un cancer du sein et son effet traumatogène. Partant alors du fait que la mastectomie est un recours médical inattendu ; elle vient contrarier l'équilibre psychique des femmes et compromettre leur destin personnel, au moment où cet événement vient bouleverser le cours de leurs vies. La phrase récurrente chez la plupart des femmes représentées par « je ne serais plus comme avant », est probablement traumatisante.

La théorie psychanalytique constitue la référence théorique de notre recherche, puisqu'elle s'intéresse au vécu psychique pendant la maladie et à son retentissement sur la vie du sujet et l'investissement de l'objet. Elle accorde une grande importance aux mécanismes de défense mis en place par le sujet et à sa vie antérieure.

Notre rencontre avec les femmes ayant subis une mastectomie s'est organisée par le biais d'une pré enquête menée au sein du Centre Pierre et Marie Curie. Cette étape a été pour nous une étape qui nous a permis d'avoir plus d'informations sur les caractéristiques de notre population d'étude, et de maîtriser l'application de nos outils, et notamment d'apporter des modifications à notre guide d'entretien.

A la lumière de tout ce que nous venons de dire, nous nous proposons de répondre aux questions suivantes :

- Est-ce que les femmes atteintes du cancer de sein ayant subi une mastectomie à la suite développent un stress post traumatique?

- Quel est l'intensité du stress post traumatique chez une femme mastectomisée ?

Afin de répondre aux questions ci –dessus, et à l'aide de notre pré-enquête nous proposons les hypothèses suivantes :

Hypothèse générale

Les femmes ayant subi la mastectomie, ce sont celles qui ont eu une intervention chirurgicale pour enlever partiellement ou totalement le sein, constitue la variable indépendante de notre recherche.

La mastectomie bouleverse de manière différente l'univers de la patiente, et entraîne des perturbations psychologiques, le plus fréquent est le stress post-traumatique qui est la variable dépendante.

Les Hypothèses partielles

La première hypothèse

Les femmes atteintes du cancer du sein ayant subi une mastectomie développent un stress post traumatique qui se manifeste par, des souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement, des rêves répétitifs des fois sous forme de cauchemars, un sentiment intense de détresse psychique, des difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu, une irritabilité ou accès de colère, difficultés de concentration.

La deuxième hypothèse

Le stress post traumatique qui existe chez les femmes atteintes du cancer du sein, se caractérise par une intensité nulle qui signifie absence du traumatisme, faible, forte, ou très forte.

Opérationnalisation des concepts**Cancer**

- L'existence de deux sortes de tumeurs bénigne et maligne ;
- une capacité proliférative qui n'est plus limitée des cellules (croissance à l'infini) ;
- l'acquisition d'un pouvoir invasif et de production de métastases.

Mastectomie

- Intervention chirurgicale qui consiste en ablation d'un ou des deux seins;
- Les ganglions et les tissus recouvrant le sein sont amputés.

État de stress post traumatique

- le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des éléments durant lesquels des individus ont été face à la mort ;
- souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement ;
- rêves répétitifs de l'événement ;
- sentiment intense de détresse psychique ;
- difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ;
- irritabilité ou accès de colère;
- difficultés de concentration.

Deuxième partie
Partie méthodologique

Chapitre IV

Démarche de la recherche, population d'étude et techniques utilisée

Introduction

Toute recherche en psychologie clinique, comme dans tout autre travail de recherche scientifique dépend d'un outil et une démarche méthodologique. Et cette dernière doit être appropriée au thème de recherche choisi, dans ce chapitre nous présenterons les étapes suivies pour la réalisation de notre recherche intitulée « le Stress Post Traumatique chez les femmes ayant subi une mastectomie », par la présentation de la méthode de recherche en suite présenter les outils de travail dont nous ferons usage et leur analyses.

I. Démarche de la recherche

1.1 La pré-enquête

Avant de passer à la démarche suivie dans notre recherche, on commencera par notre pré-enquête qui nous a permis d'élaborer nos questions et nos hypothèses.

La pré-enquête représente une étape très importante dans tout le travail de recherche. Nous avons effectué notre pré-enquête du 23 Mars 2015 au 10 Avril 2015 à l'hôpital « Mustapha Bacha » au Centre Pierre et Marie Curie, dans la ville d'Alger et ce dans l'objectif de recueillir des informations sur notre population d'étude qui se caractérise par une maladie grave qui est le cancer et plus précisément lors de la mastectomie. Mais avant d'entamer notre recherche nous avons rencontré le chef du service et la psychologue responsable de ce service à qui nous avons expliqué notre thème de recherche.

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

Pour ce qui de l'enquête que nous avons mené, nous avons travaillé avec des sujets différents, et ce par la contre indication d'appliquer les même questions et test aux même cas rencontrés lors de la pré-enquête. On a effectué un ou plusieurs entretiens selon la richesse ou la carence fantasmatique des cas.

Le déroulement de l'entretien et la passation du test ont été effectués en langue maternelle du cas (langue kabyle ou arabe). Par contre pour les cas qui maîtrisent la langue française, on a opté à l'utilisation de l'entretien et le test en langue française.

1.2 La méthode clinique

La méthode clinique « est une méthode particulière de compréhension des conduites humaines qui vise à déterminer, à la fois, ce qu'il y'a de typique et ce qu'il y'a d'individuel chez un sujet, considéré comme un être aux prises avec une situation déterminée ». (Sillamy. N, 2003, P.58)

Celle-ci cherche à répondre aux exigences de la singularité des cas permettant d'effectuer une bonne analyse diversifiée des contenus.

Pour cela, le psychologue fait une étude approfondie exhaustive du cas pour accroître les connaissances et regrouper un bon nombre d'informations concernant le sujet en souffrance afin de pouvoir évaluer, diagnostiquer, et y mettre des hypothèses étiologiques en ayant recours à des tests, des échelles cliniques, des entretiens, et des grilles d'observation .Il s'agit donc, de comprendre un sujet dans sa propre référence(linguistique, historique, familiale...) ce qui permet un rapprochement affectif ,qui permettra au sujet de s'extérioriser. Cette méthode est dite complémentariste en rapport avec la subjectivité ; et est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et des cliniciens y font souvent référence. Elle a été non seulement pratiquée par les premiers psychopathologues, comme les deux auteurs S. Freud et P. Janet pour décrire les névroses et illustrer les hypothèses théoriques, mais aussi par les médecins pour décrire les maladies et leur évolution (Chahraoui. Ket Bénony. H, 2003, P.9).

- **Etude de cas**

L'étude de cas fait partie des méthodes descriptives elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. L'étude de

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

L'avantage de l'étude de cas comme méthode de recherche, est qu'elle permet de rester au plus près de la réalité clinique en restituant le contexte d'apparition de troubles et en prenant en compte différentes dimensions (historique, affective, relationnelle, cognitive...etc.) elle permet aussi d'élaborer des hypothèses pertinentes et majeures dans la compréhension des troubles, de décrire des phénomènes rares et d'explorer des domaines nouveaux. (Ibid, P.125-127)

Nous avons eu recours à cette méthode car elle tient compte des circonstances actuelles et passées pour décrire des problèmes actuels en utilisant des outils différents tels que l'entretien et les tests, et cela répond exactement à nos objectifs car notre étude est portée sur l'étude des cas atteints d'un cancer du sein et qui ont eu une mastectomie ; Et nous avons utilisées pour le recueil de données des entretiens semi directifs et le test Traumaq.

1.3 La Présentation du lieu de la recherche

Notre stage pratique se déroule dans la ville d'Alger au sein d'un centre d'oncologie qui constitue la première structure à s'occuper de patients atteints de

type de cancer. Ce centre comporte des médecins spécialistes en oncologie, des infirmiers qui s'occupent des patientes, en plus des psychologues surviennent à l'aide des patients avant et après leurs chimiothérapie, et un bureau nous a été attribué pour notre recherche.

2. Population d'étude et critères du choix

2.1 Sélection de notre population d'étude

Notre travail portera sur des femmes atteintes du cancer de sein et qui ont subi une mastectomie, et cette recherche s'est faite de manière aléatoire selon les jours de leurs rendez-vous.

- **Critères d'homogénéité retenue**

La sélection a été faite en rapport avec des critères d'homogénéité qui se présentent comme suit ;

- Tous les cas ont la même maladie ;
- Tous les cas ont subi la même intervention chirurgicale (ablation) ;
- Tous les cas sont âgés de 20 ans et plus c'est la tranche d'âge adulte ;
- Tous les cas sont de sexe féminin, car elle touche les femmes beaucoup plus que les hommes.

- **Critères non pertinents de la sélection**

- Le niveau socioculturel n'a pas été pris en considération car le cancer est une maladie qui touche toutes les classes sociales et toutes les cultures sans aucune distinction ;
- L'âge du début de la maladie et de l'ablation diffère d'une patiente à une autre.

2.2. Tableau 1. Récapitulatif de la population d'étude

Nom	Age	Profession	Situation matrimoniale	Année de l'apparition de la maladie
Lilia	52	Couturière	Mariée	2014
Nawel	46	Femme au foyer	Mariée	2012
Lynda	49	Enseignante	Mariée	2014
Hamida	44	Psychologue	Divorcé	2011
Fatima	38	Femme au foyer	Célibataire	2014
Yasmina	49	Femme au foyer	Mariée	2014
Nadia	34	Femme au foyer	Mariée	2014
Ghania	52	Femme au foyer	Mariée	2014

Le tableau ci-dessus est un tableau récapitulatif des cas étudiés englobant l'âge, la profession, la situation matrimoniale et l'année de l'apparition de la maladie. Concernant les prénoms des cas, nous avons tenu à les changer pour garder la confidentialité selon la déontologie et l'éthique de la recherche en psychologie clinique.

II. Les techniques utilisées

1. L'entretien clinique

Parmi les techniques et méthodes de recherches utilisées, l'entretien clinique de Recherche est choisi pour accéder aux informations subjectives (histoire de vie, sentiment, représentation). Cette méthode, privilégiée dans de nombreuses disciplines des sciences humaines, c'est le cas tout particulièrement en psychologie clinique compte tenu de la spécificité de cette dernière, dont l'objectif est la création de nouvelles connaissances et la possibilité de généralisation.

Pouvant être utilisé seul ou associé à des tests psychologiques, échelles clinique ou à l'observation directe, l'entretien clinique peut faire des outils cliniques utilisés pour le recueil de données durant les procédures de recherche (Chahraoui. K, et Bénony. H, 1999, P.25).

Cet entretien est fréquemment utilisé comme méthode de production de données sous ses différents types, non directif (centré sur la personne) ou directif (ne permet pas au sujet d'exposer son point de vue) dans la recherche en psychologie clinique ou il est indispensable et irremplaçable pour accéder aux informations, subjectives (biographie, représentations, croyances, émotions, vécus, histoires personnelles, souvenirs, rêves....etc.) de l'individuel.

L'entretien clinique de recherche est le même que les entretiens thérapeutiques et ceux d'évaluation par rapport à sa conduite, aspects techniques et l'attitude clinique que le sujet pousse à adopter. Toutefois il reste différent de ces derniers au niveau de ses objectifs qui visent le développement des connaissances d'un domaine choisi par le chercheur. En trouvant réponse aux hypothèses de sa recherche et de son thème, que le chercheur produit de sa propre initiative ou il se trouve en position de demande (Ibid, p.28)

A côté de l'entretien clinique semi directif, y'a d'autre types d'entretiens; tel que l'entretien directif et non directif. Dans notre recherche on a utilisés l'entretien semi- directif.

1.1 L'entretien semi directif

Un entretien clinique semi-directif est celui ou le chercheur dispose d'un guide d'entretien à travers lequel le chercheur pose des questions aux sujets qui permet à ces derniers d'associer sur le thème sans l'aspect spontané qui est moins présent dans ce type d'entretien (Chahraoui. K, et Bénony. H, 2003, P.42)

Le clinicien sait où il veut amener son interlocuteur, quelles thématiques il veut lui voir aborder. L'idée est déjà en tête face à son interlocuteur. Les notions importantes qui l'ont conduit à décider de cet entretien, ou au moins les modalités de celui-ci, et dont l'abord constitue un objet majeur de l'entretien

même si les questions peuvent être ouvertes. On doit orienter le discours de l'interlocuteur vers les thématiques que l'on prédéfinit. Chaque question a pour objectif d'aborder ou de préciser certains aspects qui font l'intérêt du clinicien ou du chercheur. Alors c'est l'intérêt qui détermine à présent l'entretien et non pas seulement la parole libre de l'interlocuteur comme dans l'entretien ouvert. (Mareau .CH, 2011, p.45)

1.2 L'attitude du clinicien

Dans l'entretien clinique, le clinicien est présent comme interlocuteur vivant et bienveillant, mais absent autant que faire se peut dans sa problématique personnelle. Le but fondamental est de laisser parler le client, de lui permettre de parvenir à parler s'il a quelque difficulté à le faire, pour qu'il dise ce qu'il a à dire, ce qu'il veut dire, ce qu'il peut dire. Il apparait alors que, cette liberté de parole qu'on s'efforce de lui donner, il ne peut en faire qu'un usage limité par les réticences conscientes ou des résistances inconscientes, il ne veut pas, il ne peut pas tout dire, en tout cas d'emblée. Le clinicien doit interférer le moins possible avec ce discours tel qu'il s'organise spontanément, il doit ne pas entraver la parole, mais la faciliter.

Cela suppose qu'il n'a pas de curiosité intempestive, encore moins de désir inquisiteur d'extorquer la vérité. Ce qui importe, ce n'est pas seulement ce qui est dit, mais le moment où c'est dit et la manière dont c'est dit.

Il n'a pas non plus de hâte de communiquer ce qu'il comprend, l'important est de le communiquer au moment profitable pour le client. (Chiland. C, et col, 2005, P.17)

1.3 Le guide de l'entretien

C'est un premier travail de traduction des hypothèses de recherche en indicateurs concrets et de reformulation des questions de recherche en questions d'enquête. Le degré de formalisation du guide est fonction de l'objet d'étude (multi dimensionnalité), de l'usage de l'enquête (exploratoire, principale ou complémentaire) et du type d'analyse que l'on projette de faire.

Le guide d'entretien comprend aussi les axes thématiques à traiter, le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celle-ci ne sont pas posées d'une manière directe. Il s'agit d'avantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien (Bénony. H et Chahraoui.KH, 1999, P.69).

Notre guide d'entretien est constitué de quatre axes

Informations personnel

- Quel est votre nom?
- Quel est votre âge?
- Quel est votre profession?
- Quel est votre niveau d'instruction?
- Quel est votre situation matrimoniale?
- Avez-vous des enfants ? Combien?

Axe 1 : Avant et après l'ablation

Ces questions explorent la situation, des patientes lors de l'annonce de l'ablation ainsi leurs réactions et sensations. Et la qualité de leur vie.

- Comment avez-vous vécu l'annonce de votre ablation (mastectomie)?
- Quelle était votre réaction ?
- Qu'avait-vous imaginez au moment de l'annonce ? Que saviez-vous sur la mastectomie ?
- Comment s'est passé le jour de votre chirurgie ?
- En vous réveillant de l'opération, quelle a été votre première pensée?
- Comment est devenu votre quotidien depuis la mastectomie ?
- Que ressentez-vous lors de votre présentation pour la première séance de chimiothérapie?
- Quels sont les changements dans votre vie qui vous ont le plus marqué depuis la chirurgie?

Axe2 : l'état de santé antérieure

Cet axe aborde la santé antérieure à la maladie, dans le but de connaître les autres maladies déjà vécu et voir s'il ya une transmission héréditaire.

- Avez-vous souffert d'une maladie dans votre enfance?
- Avez-vous d'autres maladies autres que le cancer ?
- Parlez de vos autres hospitalisations ?
- Avez-vous subi une intervention chirurgicale avant?
- Y-a-il d'autres personnes de votre famille atteintes de la même maladie?

Axe 3 : l'investissement d'objet

Ces questions explorent la relation entre la patiente et ses proches et le soutien qu'elle a eu de la part de ces derniers.

- Quelles sont les personnes qui étaient au courant de votre mastectomie?
- Quelle a été la réaction de vos proches ?
- Craigniez-vous qu'une femme de votre famille subit la même intervention que vous ?
- Que pensez-vous du soutien qui vous ait offert par vos proches ?
- Quels sont vos relations socioprofessionnelle et avec l'équipe soignante?
- Avez-vous des activités et des passions que vous exercez?

Axe 4 : le trauma

A partir de cet axe nous allons aborder quelques troubles liées aux traumatismes tels que la dépression, la perte d'énergie et d'enthousiasme, tristesse...etc.

- Avez-vous perdu de l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'événement?
- Manquer vous d'enthousiasme depuis l'événement?
- Comment sont vos réactions vis-à-vis d'un problème?
- Éprouvez-vous des difficultés dans vos relations affectives?
- Comment vous voyez votre avenir?
- Avez tendance à vous isoler ou à refuser les contacts?

- Vous sentez- vous humiliée ou dévalorisée par ce qui s'est passé?
- Parlez-nous de ce que vous voulez?

Remarque : si la patiente a anticipé spontanément des réponses à des questions prévue par nous psychologues, nous éviterons de les poser ultérieurement.

2. Le questionnaire d'évaluation du traumatisme psychique « Traumaq »

- **Définition**

Le questionnaire Traumaq évalue le syndrome post-traumatique, suite à l'exposition à un évènement comportant une menace de mort pour soi ou pour les autres (critère A du DSM-IV). Il évalue également des symptômes fréquemment associés, notamment l'état dépressif et les somatisations est également pris en compte le « vécu traumatique » et plus particulièrement la honte, la culpabilité, l'agressivité et les répercussions sur la qualité de vie.

- **Objectifs**

- ✓ Evaluer des troubles traumatiques aigus et chronique, voire des modifications de personnalité suite à un évènement traumatique ;
- ✓ Contribuer à la recherche épidémiologique ;
- ✓ Participer à la validation d'un traitement thérapeutique ;
- ✓ Intégrer à la pratique du clinicien car il apporte une aide au diagnostic.

- **Population concernée**

Ce questionnaire est destiné aux adultes de plus de 18 ans, victimes directes ou témoins d'une confrontation brutale à une perception de mort lors d'un évènement traumatique, qu'il soit sous forme d'effraction pénale, de sinistre majeur ou technologique, d'accident de tous type avec comme lieu commun, la menace de danger, voire de mort réelle.

Cependant, les adultes qui n'ont pas été exposé directement, les enfants victimes, les adultes victimes de situation répétée et les proches de victimes sont eux exclus et non concernés par le questionnaire Traumaq.

• Contenu du questionnaire

Le questionnaire Traumaq, est composé de 62 items répartis sur dix échelles ; qui ont fait l'objet d'une collaboration avec des spécialistes comme les professeurs François Lebigot et Louis Crocq. Dans sa formulation définitive afin que ces dernières permettent la collecte globale d'information générales suffisantes pour établir un bilan complet et ce à partir de différentes rubriques qui mettent l'accent sur des informations concernant l'évènement (son origine, sa nature, le lieu et l'intervention de la cellule d'urgence médico-psychologique), mais aussi concernant le sujet et son vécu durant l'évènement et les réactions postérieures à celui-ci à travers ces items divisés en deux parties (Damiani.C, et Pereira-Fradin. M, 2006, P.10).

La première se compose de deux échelles ; qui est la base du test qui permet le diagnostic :

Pendant l'évènement :

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

Depuis l'évènement :

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

Echelle C (5 items) : les troubles du sommeil.

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

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

Echelle F (5 items) : les réactions psychosomatiques, physiques et les troubles addictifs.

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

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

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

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

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

- L'impression de revivre l'évènement, les souvenirs et les images de l'évènement qui reviennent (Echelle B / partie 1).
- Les troubles du sommeil : difficultés d'endormissement, cauchemars, réveils nocturnes et /ou nuits blanches (Echelle D/ partie 1)
- L'anxiété et/ou les crises d'angoisse, l'état d'insécurité (Echelle D/ partie 1)
- La crainte de retourner sur les lieux de l'évènement ou des lieux similaires (Echelle D/ partie 1)
- L'agressivité, l'irritabilité et/ou la perte de contrôle (Echelle E/ partie 1)
- La vigilance, l'hypersensibilité aux bruits et/ou la méfiance (Echelle E/partie 1).
- Les réactions physiques telles que : sueurs, tremblements, maux de tête, palpitations, nausées, etc. (Echelle F/partie 1).
- Les problèmes de santé : perte d'appétit, boulimie, aggravation de l'état physique etc. (Echelle F/ partie 1).
- L'augmentation de la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, nourriture, etc.).
- Les difficultés de concentration et/ou de mémoire (Echelle G/ partie 1).
- Le désintérêt général, la perte d'énergie et d'enthousiasme, la tristesse, la lassitude, et /ou les envies de suicide (Echelle H/partie 1).

- Tendance à s'isoler (Echelle J/ partie 1).
- Les sentiments de culpabilité et/ou de honte (Echelle I/partie 1).

Cet outil est utilisé en hétéro-passation dans un temps non déterminé ; l'auto passation et la passation en groupe ne sont pas exclues en la présence de conditions rigoureuses qui sont la bonne compréhension des questions et de la consigne générale ; « Vous devez répondre à toutes les questions, vous pouvez revenir en arrière, passer une question si vous avez du mal à y répondre sur le moment mais il faudra y revenir par la suite » (Damiani. C, et Pereira-Fradin. M, 2006, P.13-14).

III. L'analyse des techniques utilisées

Pour chaque présentation d'un cas de notre population d'étude, on va procéder avec les étapes suivantes :

1. L'analyse de l'entretien clinique

I. La santé physique

- Santé antérieure (enfance) et santé actuelle,
- Facteurs héréditaire et les complications de la maladie
- Les événements important dans la vie de la patiente.

II. L'investissement d'objet

- La vie relationnelle ;(la vie familiale, socioprofessionnelle et avec l'équipe soignante,...).
- La vie sexuelle de la patiente.
- Les projets d'avenir.

III. le trauma

- Les événements traumatisants dans la vie de la patiente et leurs relations avec d'autres complications et/ou maladie.
- Les réactions de la patiente aux événements.

2. L'analyse du questionnaire Traumaq

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

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

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

• Calcul des notes brutes par échelle

Partie 1 du questionnaire : pour les échelles A à I la note par échelle s'obtient en additionnant les repenses du sujet à chaque item (0, 1, 2, 3 points). Les notes varient de 0 à 24 pour les échelles A et H, de 0 à 12 pour l'échelle B, de 0 à 15 pour les échelles C, D et F, de 0 à 18 pour l'échelle E et de 0 à 9 pour l'échelle G.

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

Tableau 2. Grille de cotation de l'échelle J

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

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

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

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

Tableau 3. Conversion des notes brutes en notes étalonnées par échelle (N=141)

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

Tableau 4. Conversion de la note brute totale de la partie 1 en note étalonnée et en niveau d'intensité.

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

Conclusion

La méthodologie permet un bon usage des techniques d'investigations choisies, qui nous permettent à nous psychologue chercheurs de répondre aux questions que nous avons posés, et une rigueur dans l'analyse des données recueillies, afin de répondre à l'objectif principal de cette recherche sur le traumatisme psychique chez les femmes ayant subi une mastectomie, et de vérifier les hypothèses qu'on a élaboré au départ.

Troisième partie

Partie pratique

Chapitre V

Présentation et analyse des résultats

- **Cas Lilia**

- 1- L'analyse de l'entretien clinique**

Lilia est une femme âgée de 52 ans, elle est cinquième d'une fratrie de six enfants (3 garçons et 3 filles). Lilia est mariée et a 3 enfants. Son niveau d'instruction ne dépasse pas la terminale (3^e AS). Elle est couturière de profession.

Profitant de sa présence à l'hôpital où elle était venue pour sa cure de chimiothérapie, nous avons saisi l'occasion pour lui demander de se prêter à nos questions. Lilia a aimablement accepté de nous accorder de son temps pour contribuer dans notre recherche.

- I. La santé physique**

- 1. La santé antérieure (l'enfance) et santé actuelle**

Lilia n'a connu aucun problème de santé durant son enfance, jusqu'à l'âge de 17 ans où elle avait eu à subir une intervention chirurgicale pour l'ablation d'un kyste ovarien. À l'âge de 46 ans, elle subit une seconde intervention chirurgicale de la thyroïde.

En 2014, Lilia, en prenant sa douche, avait remarqué une anomalie au niveau de son sein droit. Aussitôt, elle alla chez un médecin qui lui diagnostiqua un cancer du sein. Deux semaines plus tard, elle fut soumise à une série de trois séances de chimiothérapie. Dès sa dernière séance de chimiothérapie, Lilia partit en France pour avoir l'avis d'un médecin plus compétent. Ce dernier lui remit une lettre contenant son avis pour son médecin traitant en Algérie. Il s'agissait en fait de la décision d'effectuer une intervention chirurgicale pour l'ablation du sein dans les plus brefs délais.

- 2. Facteur héréditaire et les complications de la maladie**

Selon Lilia, le facteur héréditaire a une incidence sur son cancer car sa grand-mère aussi avait eu un cancer du sein.

Elle nous apprend, qu'entre autres conséquences de la chimiothérapie, elle avait connu une prise de poids importante et une fatigue qui l'empêchait d'effectuer certaines tâches.

3. Les événements important dans la vie de la patiente

Durant l'entretien, la patiente a mis l'accent sur le décès de sa mère qu'elle a trouvé du mal à accepter. En disant ; « La mort de ma mère été un choc pour moi »¹.

II. l'investissement d'objet

1. La vie relationnelle ;(la vie familiale, socioprofessionnelle et avec l'équipe soignante...)

Lilia est une personne sociable, elle a d'excellentes relations avec sa famille, et sa belle-famille. Dans sa vie professionnelle, Lilia est très respectée de la part de ses clientes avec lesquelles elle partage de bonnes relations.

Ses relations avec l'équipe soignante sont tout aussi excellentes. Lilia a tissé une confiance et une complicité particulières avec les médecins et les infirmiers.

2. La vie sexuelle de la patiente

L'activité sexuelle de la patiente a connu une diminution notable, elle en est réduite à un seul rapport par mois. Elle a décidé de s'abstenir sexuellement, car elle craignait que sa maladie s'aggravât.

3. Les projets d'avenir

La patiente compte ouvrir un atelier de couture à l'avenir afin d'élargir son champ d'action.

¹ Pour les passages de l'entretien exprimés par Lilia, ils ne sont pas traduits, puisque elle s'exprime d'emblée en langue française.

III. Le trauma

1. Les événements traumatisants dans la vie de la patiente et leurs relations avec d'autres complications et/ou maladie

Durant l'entretien, la patiente ne s'était pas appesantie, outre mesure, sur les événements traumatisants auxquels elle a dû faire face.

2. Les réactions de la patiente aux événements

Lilia souligne qu'elle est nerveuse de nature, et sa maladie a accentué sa situation et son état.

2. L'analyse de questionnaire Traumaq

Première partie : Les réactions immédiates et les troubles psycho-traumatiques ;

Echelle A : Lilia a obtenu une note brute de 15 étalonnée en 03. Elle éprouve un très fort sentiment de frayeur et d'angoisse si bien qu'elle a l'impression d'être dans un état second. Devant cet état de détresse, elle a la conviction qu'elle va mourir sur le champ. A ce moment précis, aucun sentiment d'abandon, d'impuissance et même d'angoisse n'était ressenti.

Echelle B : Lilia a obtenu une note brute de 06 étalonnée en 01. Elle n'éprouve aucune difficulté à parler sur l'événement. Dans sa narration, on retrouve une forte présence des rêves et des cauchemars en relation avec l'événement. Des images ou des souvenirs liés à cet événement, qui lui reviennent en ce moment, engendrent en elle une forte sensation d'angoisse.

Echelle C : Lilia a obtenu une note de 10 étalonnée en 05. Elle nous affirme que, jusqu'à présent, elle a éprouvé de grandes difficultés pour trouver le sommeil. Une fois endormie, elle fait des cauchemars et connaît des réveils nocturnes brutaux, ce qui fait naître en elle une forte impression de ne pas avoir dormi du tout. Ceci explique, sans nul doute, la très forte fatigue qu'elle ressent à son réveil.

Echelle D : Lilia a obtenu une note brute de 09 étalonnée en 03. On remarque la présence d'une forte anxiété chez la patiente. Dans sa crise d'angoisse, elle

développe une phobie des lieux qui lui rappellent le déroulement de l'événement. Elle évite de regarder des spectacles où il est fait référence, de près ou de loin, aux circonstances de l'événement. Elle se sent en permanence en état d'insécurité.

Echelle E : Lilia a obtenu une note brute de 06 étalonnée en 03. Elle développe un fort sentiment d'hyper vigilance qui se traduit par, une faible présence des comportements agressifs. Ainsi, elle maîtrise ses pulsions et elle est loin de fuir des situations insupportables. Elle est moins agressive depuis l'événement.

Echelle F: Lilia a obtenu une note brute de 07 étalonnée en 03. Elle confirme que depuis l'avènement de sa maladie, elle a connu une faible variation de poids, elle n'a pas développé une dépendance à des substances psycho actives et son état physique ne s'est pas détérioré. Par ailleurs, elle affirme qu'elle n'a pas été atteinte d'une nouvelle maladie dont les causes sont difficiles à identifier. Toutefois, elle ressent des maux de tête, des tremblements du corps, voire des palpitations lorsqu'elle repense à des situations qui lui rappellent l'événement.

Echelle G : Lilia obtenu une note brute de 06 étalonnée en 04. Elle a une forte difficulté à se concentrer de manière à se remémorer certains événements. Elle connaît des trous de mémoire d'une forte fréquence. Dans ce cas, l'on constate que les troubles cognitifs sont présents.

Echelle H : Lilia a obtenu une note brute de 10 étalonnée en 03. On remarque chez elle un attachement excessif à des choses qu'elle considère comme importantes. Elle manque d'énergie de telle sorte qu'elle éprouve un sentiment d'épuisement. Dans ses relations aux autres, elle manifeste un très faible sentiment d'enthousiasme. Elle ressent d'énormes difficultés dans ses relations affectives et/ou sexuelles d'où sa propension à s'isoler pour éviter le contact avec les autres. Ici, on remarque que les troubles dépressifs sont présents chez Lilia.

Echelle I : Lilia a obtenu une note 10 brute étalonnée en 04. Elle éprouve de la haine et de la colère à l'égard d'autrui et vis-à-vis de sa propre personne. Depuis

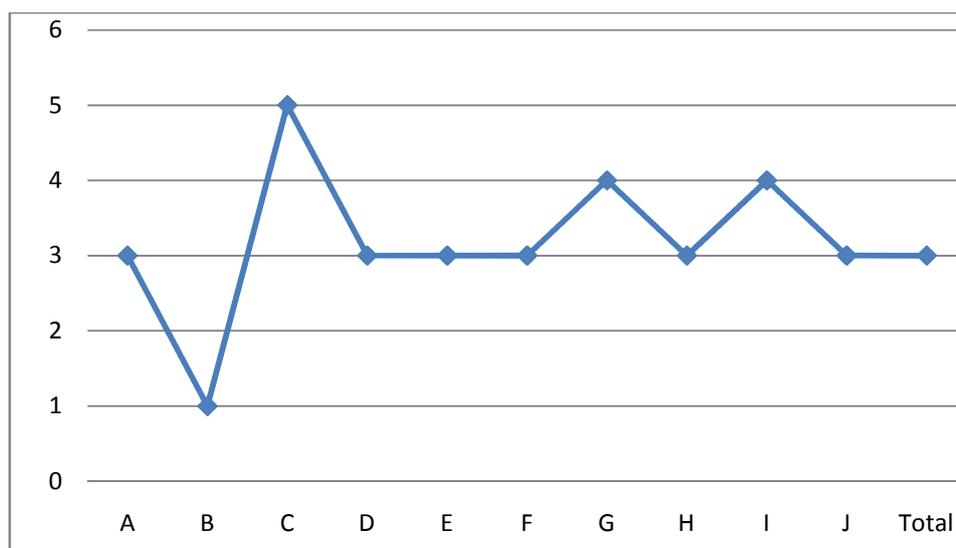
l'avènement de son cancer, sa vision du monde a changé. Elle n'est plus comme avant. Au plus profond de son être elle vit un sentiment d'humiliation et de culpabilité. Elle pense être responsable de ce qui lui est arrivé. Elle croit en une certaine malédiction.

Echelle J : La note brute est de 05 étalonnée en 03. Elle ne poursuit pas sa carrière professionnelle en ce sens qu'elle ne trouve aucune sorte de différence entre ce qu'elle était et ce qu'elle fut devenue. Au niveau de performances scolaires ou professionnelles, elle se sent abandonnée et incomprise par les autres, ce qui explique qu'elle ne continue pas à rencontrer ses amis comme avant.

Le tableau ci dessous récapitule les résultats du traumatisme du cas

Lilia

Echelles	A	B	C	D	E	F	G	H	I	j	T
Notes brutes	15	6	10	9	6	7	6	10	10	5	85
Note étalonnées	3	1	5	3	3	3	4	3	4	3	3



Représentation graphique du profil du cas Lilia: Syndrome psycho traumatique moyen.

La deuxième partie : La plupart des troubles présents chez Lilia sont généralement apparus entre le premier et le trentième jour de l'événement. On parle du syndrome de reviviscence, de celui du trouble du sommeil et de celui de la crise d'angoisse, mais celui qui persiste jusqu'à maintenant, c'est le sentiment de culpabilité et de la honte.

Résumé du cas Lilia

Concernant l'hypothèse du stress post traumatique de Lilia, il est apparu au cours de son entretien qu'elle développe un stress post traumatique qui se manifeste par des difficultés d'endormissement, et une fois endormi, elle fait des cauchemars et connaît des réveils nocturnes brutaux, ce qui fait naître en elle une impression de ne pas avoir dormi du tout. Ceci explique, sans nul doute, la fatigue qu'elle ressent à son réveil, et son irritabilité.

Avec un total brute de 85 étalonné en 03, l'évaluation sur le plan clinique de Lilia est décrite comme souffrante d'un syndrome psycho-traumatique moyen.

- **Cas Nawel**

- 1- L'analyse de l'entretien clinique**

Nawel, femme âgée de 46 ans, est l'aînée d'une fratrie de six enfants, deux frères et quatre filles. Elle est mariée et mère d'une fille, Son niveau d'instruction est moyen (3AS), femme au foyer. Elle très coopérative et a répondu à toutes nos questions avec enthousiasme.

- I. La santé physique**

- 1. La santé antérieure (l'enfance) et santé actuelle**

Les antécédents médicaux de la patiente ne font état d'aucune maladie, ni d'intervention chirurgicale. En 2012, Nawel aperçoit un nodule dans son sein droit qui l'inquiéta et consulta alors un médecin, qui après examen approfondi et une mammographie, lui annonça délicatement la présence de cellules cancéreuses. Elle subit une mastectomie 20 jours, après suivi d'une cure de chimiothérapie.

- 2. Facteur héréditaire et les complications de la maladie**

D'après Nawel, sa maladie n'est pas héréditaire car aucun de sa famille ne fut atteint de cette maladie. Nawel nous a appris, qu'entre autres les effets secondaires de la chimiothérapie, elle a une douleur intenses au niveau du bras droit, ce qui a réduit son activité physique.

- 3. Les événements importants dans la vie de la patiente**

Nawel, souligne qu'elle a vendu tous ses bijoux, et ceux de sa mère, afin d'aider son mari qui était très endetté.

- II. L'investissement d'objet**

- 1. La vie relationnelle ;(la vie familiale, socioprofessionnelle et avec l'équipe soignante...)**

Nawel à une bonne relation avec son entourage, elle s'entend bien avec sa famille, ainsi qu'avec sa belle famille. Concernant le milieu professionnel, nous avons souligné précédemment qu'elle est femme au foyer. S'agissant de l'équipe soignante, elle s'entend très bien avec elle.

2. La vie sexuelle de la patiente

La vie sexuelle de Nawel a changé, elle éprouve de grandes difficultés, car elle se voit incapable de satisfaire son mari sexuellement.

3. Les projets d'avenir

Le projet d'avenir de la patiente, c'est de construire une maison, et faire une chirurgie esthétique pour reconstruction de son sein.

III. Le trauma

1. Les événements traumatisants dans la vie de la patiente et leurs relations avec d'autres complications et/ou maladie

La patiente nous a souligné la mort de ses parents, et la vente des bijoux de sa mère été un choc pour elle. Elle dit : « je pleurais sans arrêt, c'est comme si j'avais perdu ma mère » ce qu'elle juge comme facteur déclenchant de sa maladie.

2. Les réactions de la patiente aux événements

Nawel était une femme calme et sage auparavant, mais ses réactions ont changé après sa maladie ; elle est devenue nerveuse et agressive.

2. L'analyse du questionnaire Traumaq

Première partie : Les réactions immédiates et les troubles psycho-traumatiques ;

Echelle A : Nawel a obtenu une note brute 09 étalonnée en 02. Elle éprouve une forte sensation d'angoisse pendant l'événement, accompagné d'une frayeur. Nawel a connu un fort sentiment d'être dans un état second, une sensation de paralysie, d'impuissance et d'abandon par les autres.

Echelle B : Nawel a obtenu une note brute de 04 étalonnée 02. On trouve une faible présence de rêves et de cauchemars en relation avec l'événement d'images ou de souvenirs. Elle trouve des difficultés à parler de l'événement et, en ces moments là on remarque une forte sensation d'angoisse. On constate alors, l'existence du syndrome de reviviscence et d'angoisse attaché à ces nuisances récurrentes.

Echelle C : Nawel a obtenu une note de 03 étalonnée en 02. La patiente nous affirme que, depuis l'événement, elle ne trouve pas de difficultés à dormir. Elle ne fait pas de cauchemars et de rêves répétitifs en rapport avec l'événement, mais elle présente un fort sentiment de fatigue au réveil.

Echelle D : Nawel a obtenu une note brute de 05 étalonnée en 03. On remarque une faible présence d'anxiété ; et elle une forte présence d'angoisse mais elle présente une forte crainte de se rendre sur les lieux en rapport avec l'événement.

Echelle E : Nawel a obtenu une note brute de 17 étalonnée en 5. La patiente présente une très forte irritabilité et la difficulté à se maîtriser. Elle a recours aux comportements agressifs à forte intensité, elle éprouve de très fortes difficultés à maîtriser ses crises de nerfs, accompagnées d'un grand sentiment de méfiance.

Echelle F : Nawel a obtenu une note brute de 11 étalonnée en 04. Dans cette échelle, la patiente confirme que depuis l'événement, elle a remarqué une très forte variation de son poids ; et de détérioration de son état physique; ainsi qu'une dépendance à des substances psycho actives, mais elle n'a pas des problèmes de santé dont la cause est difficile à identifier, et elle développe de fortes réactions physique en repensant a l'événement.

Echelle G : Nawel a obtenu une note brute de 00 étalonnée en 01. Elle n'a aucune difficulté à se concentré, ni la difficulté à se rappeler de certains événements, ni encore des trous de mémoire. On conclut alors qu'il n'y'a aucun trouble cognitif.

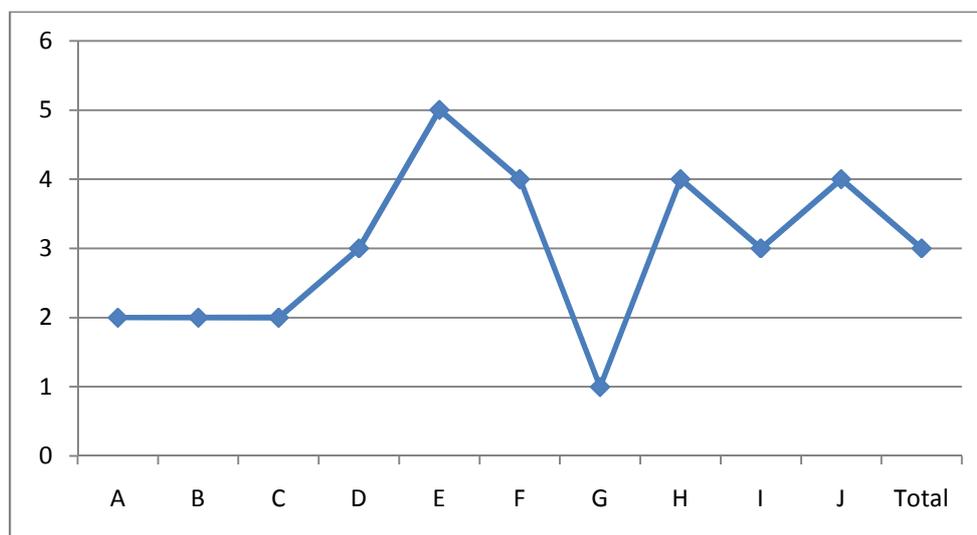
Echelle H : Nawel a obtenu une note brute de 13 étalonnée en 04. On remarque chez elle, qu'elle manque d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement, accompagner d'un faible sentiment de tristesse. Nawel éprouve de très fortes difficultés dans sa relation affective et sexuelle. On constat alors une présence des troubles dépressifs.

Echelle I : Nawel a obtenu une note brute de 09 étalonnée en 03. Elle se sent pas coupable et responsable de ce qui lui arrivé ni humilier. Par contre elle se sent dévaloriser, et qu'elle n'est plus comme avant. On constat alors une forte culpabilité, honte, sentiment violent et colère.

Echelle J : La note brute est de 07 étalonnée en 04. La qualité de vie de Nawel est bouleversée depuis l'événement. Elle se sent abandonner et incomprise par les autres. Elle n'a pas trouvé du soutient auprès de ces proches, c'est pour ça qu'elle a tendance à s'isoler.

Le tableau ci dessous récapitule les résultats du traumatisme du cas Nawel

Echelles	A	B	C	D	E	F	G	H	I	j	T
Notes brutes	9	4	3	5	17	11	0	13	9	7	78
Note étalonnés	2	2	2	3	5	4	1	4	3	4	3



Représentation graphique du profil du cas Nawel: Syndrome psycho- traumatique moyen.

La deuxième partie : Nawel présente beaucoup de troubles qui ont persisté que le jour même de l'événement jusqu'à 1 mois tel que l'impression de revivre l'événement, et les réactions physique, les crises d'angoisse et les sentiments de frayeurs, et le désintérêt général, et aussi la tendance à s'isoler, et une détérioration de sa santé de son état physique générale ce sont des troubles qui ont apparu chez Nawel.

Résumé du cas Nawel

D'après l'analyse de l'entretien du cas Nawel, on constate que la patiente développe un stress post traumatique, qu'elle manifeste par des souvenirs répétitifs sous forme d'images, durant la journée. A son réveille Nawel présente un sentiment de fatigue, et cela la conduit à une irritabilité et accès de colère.

L'évaluation sur le plan clinique de Nawel est décrite comme souffrante d'un syndrome psycho-traumatique moyen, avec un score brute de 78 étalonné en 3.

- **Cas Lynda**

- 1- L'analyse de l'entretien clinique**

Lynda est une femme âgée de 49ans, elle est l'aînée d'une fratrie de 12 enfants (9 filles et 3 garçons), issue d'une famille modeste, mariée avec 3 enfants, elle est enseignante de profession.

On a rencontré Lynda lors de sa présentation à l'hôpital pour son rendez-vous de chimiothérapie, elle était souriante et coopérative avec nous.

- I. La santé physique**

- 1. La santé antérieure (l'enfance) et santé actuelle**

La patiente a connu une enfance saine à part quelques angines répétées. Et ce, jusqu'à l'âge de 35 ans où elle a eu à subir une intervention chirurgicale de la vésicule.

En 2012, la patiente a passé un examen de mammographie où le résultat a été négatif. En 2014, Lynda découvrit un kyste au niveau de sa jambe après des examens médicaux où elle découvrit qu'elle a une tumeur osseuse, après 5 mois, Lynda remarque une anomalie au niveau de son sein gauche, où elle a subi à nouveau des examens médicaux est elle découvert qu'elle a une tumeur, par la suite, elle subit une mastectomie après 15 jours la découverte de cette maladie, il est à signaler qu'il ne s'agit pas de métastase.

- 2. Facteur héréditaire et les complications de la maladie**

Lynda ajoute qu'elle n'a personne dans sa famille proche qui soit atteint de la même maladie qu'elle, mise à part deux cousines éloignées.

Lynda souligne qu'elle a eu des douleurs intenses au niveau de son bras et qu'elle ne pouvait même pas bouger, il est à souligner que Lynda a cessé de travailler suite à sa maladie.

3. Les événements importants dans la vie de la patiente

En ce qui concerne les événements importants, la patiente n'a rien soulevé.

II. l'investissement d'objet

1. La vie relationnelle ;(la vie familiale, socioprofessionnelle et avec l'équipe soignante)

Lynda est une femme sociable, souriante, elle a une bonne relation avec sa famille, sa belle famille, ainsi que ses collègues de travail, mais quant à l'équipe soignante elle a trouvé des difficultés à se familiariser avec eux car ils n'étaient pas coopératifs avec elle. Elle dit ; « quand je suis arrivé ici les infirmiers ne discutaient pas avec moi, ils m'observaient d'un œil plutôt bizarre»¹.

2. La vie sexuelle de la patiente

La vie sexuelle de Lynda na pas changé, mais après la mastectomie Lynda n'accepte pas que son mari la touche au niveau de son sein.

3. Les projets d'avenir

Lynda compte reprendre sa vie professionnelle, et aller vivre en Europe après sa retraite.

III. Le trauma

1. Les événements traumatisants dans la vie de la patiente et leurs relations avec d'autres complications et/ou maladie

Durant l'entretien, Lynda ne souligne aucun événement traumatisant dans sa vie

¹Pour les passages de l'entretien exprimés par Lynda, ils ne sont pas traduits, puisque elle s'exprime d'emblée en langue française.

2. Les réactions de la patiente aux événements

Les réactions de Lynda face aux événements n'ont pas connu de changement, car Lynda est de nature nerveuse et irritable.

2- Présentation et analyse de questionnaire de traumaq : les réactions immédiates et les troubles psycho-traumatique ;

Echelle A : Lynda a obtenu la note de 19 étalonnée en 04, elle présente un très fort sentiment de frayeur et d'angoisse, et un fort sentiment d'être paralysée et la conviction qu'elle va mourir. A ce moment là un très fort sentiment d'abandons, d'impuissance était ressenti, accompagné de faibles manifestations physiques.

Echelle B : Lynda a obtenu une note brute de 04 étalonnée en 01, où elle ne trouve pas de difficultés de parler sur l'événement, et on ne trouve pas de présence des rêves et des cauchemars, en relation avec l'événement, les images et les souvenirs s'imposent chez elle avec une très forte intensité, en ce moment là, on remarque une forte sensation d'angoisse quand elle repense à ces événements.

Echelle C : Lynda a obtenu une note de 01 étalonnée en 02, elle nous affirme qu'elle ne trouve ni des difficultés à dormir, ni des cauchemars et des réveils nocturnes, et ni l'impression de ne pas dormir du tout ce qui explique, mais elle ressent un faible sentiment de fatigue à chaque un de ses réveils.

Echelle D : Lynda a obtenu une note brute de 10 étalonné en 01, on remarque que Lynda ne présente aucun signes d'anxiété, ni d'état d'insécurité, et ni d'évitement phobique.

Echelle E : Lynda a obtenu une note brute de 10 étalonnée en 04, elle développe un très fort sentiment d'hyper vigilance, une faible présence de comportement

agressif, elle maîtrise des situations et elle est loin de fuir des situations insupportable, elle se considère moins agressive depuis l'événement.

Echelle F: Lynda a obtenu une note brute de 03 étalonnée en 02, depuis l'événement Lynda, confirme qu'elle a eu de très fortes variations de poids, elle n'a pas développer une dépendance a des substances psycho active , ni une détérioration de son état physique ou développé une maladie dont les causes sont difficile à identifier, ni des maux de tête, et de tremblement ...etc., lorsque elle repense à des situations qui lui rappellent l'événement.

Echelle G : Lynda a obtenu une note brute de 03 étalonnée en 02, elle a une faible difficulté à se concentrer, elle a une forte difficulté à se rappeler de certains événements, mais elle n'éprouve pas des trous de mémoire.

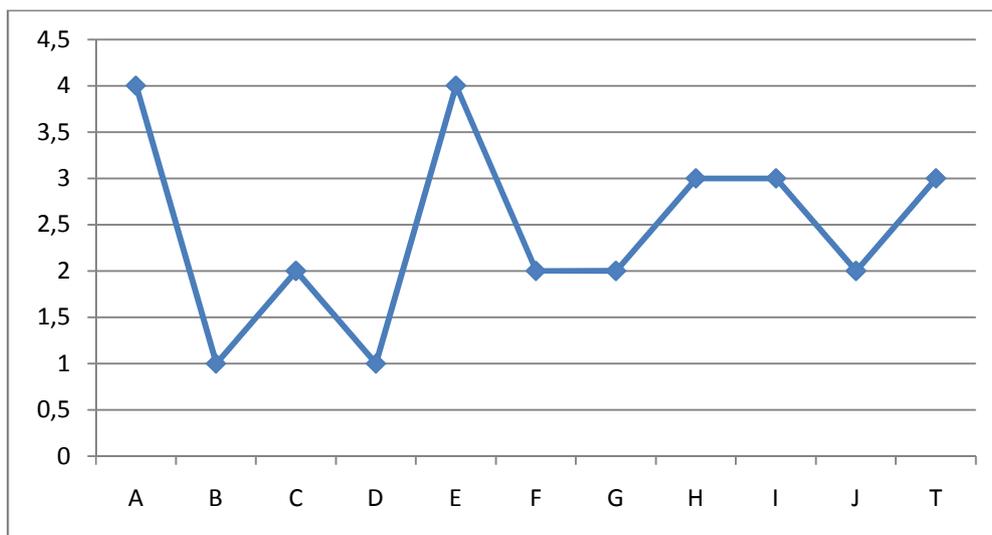
Echelle H : Lynda a obtenu une note brute de 09 étalonnée en 03, on remarque chez elle, qu'elle s'attache toujours a des choses qu'elle considère comme importante, il ne manque pas d'énergie, toujours actif, enthousiaste, mais il a des faibles tendances à s'isoler et a éviter des contacts avec les autres.

Echelle I : Lynda a obtenu une note 11 brute étalonné en 03, elle n'éprouve pas de sentiment de haine, de colère violente depuis l'événement, sa vision a changé à l'égard des autres et même à son égard, elle n'est pas comme auparavant où elle se sentait pas humilié, ni dévalorisée, par contre, elle à un très fort sentiment de responsabilité de ce que s'est passé.

Echelle J : Lynda a obtenue une note brute de 03 étalonnée en 02, elle n'a pas le même plaisir et ne pratique pas autant de loisirs qu'auparavant. Elle se sent abandonnée, et incomprise par les autres, mais elle ne cherche pas d'avantage leur compagnie ou leur présence, ce qui explique qu'elle ne continue pas à rencontrer ses amis comme avant, et elle à l'impression d'être moins concernée par les événements qui touchent son entourage.

Le tableau ci dessous récapitule les résultats du traumatisme du cas Lynda

j	Echelles	A	B	C	D	E	F	G	H	I	T
3	Notes brutes	19	3	1	0	10	3	3	9	11	62
2	Note étalonnées	4	1	2	1	4	2	2	3	3	3



Représentation graphique du profil du cas Lynda: Syndrome psycho-traumatique moyen.

La deuxième partie : la plupart des troubles présentés chez Lynda sont généralement apparus entre 1 semaine et 1 mois. On parle, de syndrome de reviviscence ; crise d'angoisse ; irritabilité ; troubles cognitifs ; des manifestations dépressives, mais celui qui continue à exister jusqu'à maintenant, c'est le sentiment de culpabilité et de honte.

Résumé du cas Lynda

Concernant l'hypothèse du stress post-traumatique de Lynda, il est apparu au cours de son entretien, qu'elle développe un stress post-traumatique, qui se manifeste par des images et des souvenirs, qui s'imposent à elle avec une angoisse durant la journée. Mais durant la nuit Lynda ne trouve aucune difficulté

d'endormissement ou de sommeil interrompu. Lynda même, avant d'avoir subi une ablation de son sein, elle était d'humeur nerveuse et irritable, et elle y'ait jusqu'à aujourd'hui.

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

- **Cas Hamida**

- 1- L'analyse de l'entretien clinique**

Hamida est une femme âgée de 44 ans, fille unique d'une famille assez aisée socialement. Hamida est divorcée sans toutefois avoir eu d'enfants. Cette femme a un niveau d'instruction universitaire si bien qu'elle exerce comme psychologue scolaire dans le cycle primaire.

Profitant de sa présence au CPMC où elle était venue prendre un rendez-vous, nous avons saisi l'occasion pour lui demander de se prêter à contribuer dans notre étude. Hamida a aimablement accepté de nous accorder cet entretien. Durant tout le temps que nous avons partagé avec elle, cette dernière a fait preuve d'une importante sérénité et d'une rare disponibilité.

- I. La santé physique**

- 1. La santé antérieure (l'enfance) et santé actuelle**

Les antécédents médicaux de la patiente ne font état d'aucune maladie ni d'intervention chirurgicale.

En 2011, Hamida avait ressenti de fortes douleurs abdominales si bien qu'elle était allée consulter un médecin. Après une échographie abdominale et une mammographie, il s'est avéré que la patiente n'avait rien d'anormal au bas ventre mais qu'elle était atteinte d'une tumeur cancéreuse au niveau du sein.

Elle fut admise au service d'oncologie pour ablation de son sein. Quelques jours plus tard, elle était soumise à des cures de chimiothérapie afin d'éradiquer les cellules cancéreuses dont son sein est atteint. Aujourd'hui, la patiente a arrêté les séances de chimiothérapie pour entamer une thérapie ciblée à raison de trois fois par semaine.

- 2. Facteur héréditaire et les complications de la maladie**

Selon Hamida, le facteur héréditaire n'a aucune incidence sur son cancer, car elle est le seul membre de la famille à avoir eu cette maladie.

Elle nous a appris, qu'entre autres conséquences de la chimiothérapie, elle avait connu une prise de poids importante et se plaignait de la fatigue qui l'empêchait de faire certaines tâches.

La conséquence la plus alarmante chez Hamida est, sans nul doute, la chute de ses cheveux qui l'avait poussée à porter une perruque.

3. Les événements important dans la vie de la patiente

Durant l'entretien, la patiente n'a pas mis l'accent sur les événements important dans sa vie.

II. l'investissement d'objet

1. La vie relationnelle ;(la vie familiale, socioprofessionnelle et avec l'équipe soignante...)

Hamida est une personne sociable, elle a d'excellentes relations avec ses parents pour les quelles ressentait une peine immense sachant leur souffrance à cause de sa maladie. Etant leur unique fille, elle aurait souhaité les combler de bonheur au lieu de leur apporter de la tristesse et de l'inquiétude en raison de son divorce et sa maladie.

Dans sa vie professionnelle, Hamida est très respectée. Tout baigne dans l'harmonie avec ses collègues avec les quels elle partage de bonnes relations.

Après l'intervention chirurgicale, Hamida a fait part à son médecin du désir d'avoir des explications plus détaillées sur sa maladie. Ce dernier n'ayant pas satisfait sa curiosité comme elle voulait, Hamida s'adonna personnellement à des recherches sur le Web et ailleurs afin d'assouvir sa soif de tous savoir sur son cancer.

2. La vie sexuelle de la patiente

La patiente n'a aucune vie sexuelle car elle est divorcée depuis l'année 2007 et qu'à présent, elle ne nourrit aucune intention de se marier une seconde fois.

3. Les projets d'avenir

La patiente n'a aucun projet d'avenir à part celui de continuer à exercer sa profession, dont on déduit que le travail est très organisateur pour elle, puisqu'il est très investi. En tout état de cause, elle n'a pas l'intention de vivre désormais loin de ses parents.

III. Le trauma

1. Les événements traumatisants dans la vie de la patiente et leurs relations avec d'autres complications et/ou maladie

Durant l'entretien, la patiente ne s'était pas appesantie, outre mesure, les événements traumatisants auxquels elle a dû faire face. Bien au contraire, elle pensait dur comme fer que son mariage qui n'avait duré qu'un mois pourrait être la cause de sa maladie. C'est ainsi que, selon ces conclusions, la patiente n'aurait pas dû subir l'intervention chirurgicale ayant abouti à l'ablation de son sein.

2. Les réactions de la patiente aux événements

Depuis que Hamida a subi l'ablation de son sein, elle fut devenue nerveuse. D'humeur instable, elle réagit avec colère face aux situations qui le mettent sous tension. La sérénité dont elle faisait preuve avant sa maladie a cédé place à un manque de contrôle de soi, et aux recours aux comportements. On souligne encore que Hamida a des difficultés à évoquer ses souvenirs.

2. L'analyse de questionnaire Traumaq

Première partie : Les réactions immédiates et les troubles psycho-traumatiques ;

Echelle A : Hamida a obtenu une note brute 03 étalonnée en 01. Elle éprouve un sentiment faible de frayeur et une forte angoisse pendant l'événement, mais n'éprouve pas le sentiment d'être paralysé et la conviction qu'elle va mourir. Pendant l'événement aucun sentiment d'abondons, ou d'impuissance n'est ressenti.

Echelle B : Hamida a obtenu une note brute de 02 étalonnée 02. Elle trouve des difficultés de parler sur l'événement et on trouve une faible présence des rêves et des cauchemars en relation avec l'événement et des images ou des souvenirs, en ce moment là on remarque une forte sensation d'angoisse.

Echelle C : Hamida a obtenu une note de 00 étalonnée en 01. La patiente nous affirme que depuis l'événement elle ne trouve jusqu'à maintenant aucune difficulté de dormir, elle ne fait aucun cauchemar ni des réveils nocturne, ni encore l'impression de ne pas dormir du tout. Ce qui explique, qu'elle n'a aucun trouble de sommeil.

Echelle D : Hamida a obtenu une note brute de 00 étalonnée en 01. On remarque aucune présence d'anxiété, ni crise d'angoisse, et elle ne développe pas une phobie pour les lieux qui sont en rapport avec l'événement et même de regarder des spectacles ou d'éviter les situations qui provoquent l'événement. On ne déduit alors aucun trouble anxieux.

Echelle E : Hamida a obtenu une note brute de 00 étalonnée en 01. La patiente ne développe pas le sentiment d'hyper vigilance, une faible présence des comportements agressifs, elle maîtrise des situations et elle est loin de fuir à des situations insupportables, elle se considère un peu agressive depuis l'événement.

Echelle F : Hamida a obtenu une note brute de 01 étalonnée en 02. Dans cette échelle, la patiente confirme que depuis l'événement, elle a remarqué des variations de son poids. Elle n'a pas développé une dépendance à des substances psychoactives, ni une détérioration de son état physique ou développé une maladie dont les causes sont difficiles à identifier. On constate alors l'absence de troubles addictifs.

Echelle G : Hamida a obtenu une note brute de 00 étalonnée en 01. Elle n'a aucune difficulté à se concentrer, ni la difficulté à se rappeler de certains

événement, ni encore des trous de mémoire. On conclut alors qu'il n'y'a aucun trouble cognitif.

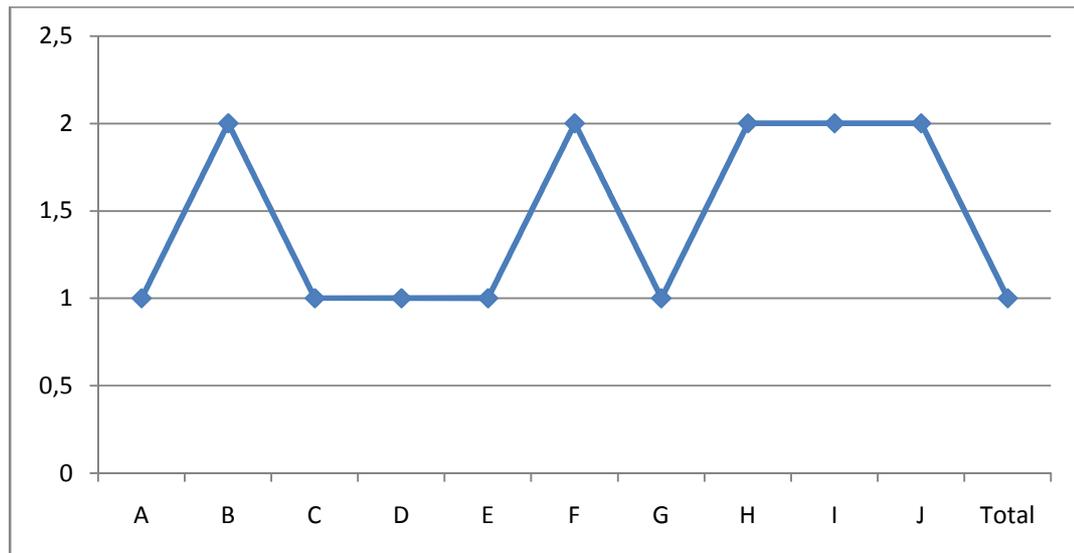
Echelle H : Hamida a obtenu une note brute de 03 étalonnée en 02. On remarque chez elle qu'elle s'attache toujours a des choses qu'elle considère importante même après l'événement, elle ne manque pas d'énergie, toujours actif, enthousiaste, mais elle d'humeur triste et tombe dans des crises de larmes. On constat un trouble dépressif faible.

Echelle I : Hamida a obtenu une note 03 brute étalonnée en 02. Elle se sent coupable de ce qui lui arrive, mais pas humilié par ce qui c'est passé. Par contre elle ne se sent plus comme avant.

Echelle J : La note brute est de 01 étalonnée en 02. Elle poursuit sa vie professionnelle le plus normalement possible. Au niveau de performances scolaire ou professionnelle sont équivalentes à avant. Elle ne se sent pas abandonner, ni incomprise, bien au contraire elle a eu un soutien au près de ces proches. On constat que la patiente a une bonne qualité de vie.

**Le tableau ci dessous récapitule les résultats du traumatisme du cas
Hamida**

Echelles	A	B	C	D	E	F	G	H	I	j	T
Notes brutes	3	2	0	0	0	1	0	3	3	1	13
Note étalonnées	1	2	1	1	1	2	1	2	2	2	1



Représentation graphique du profil du cas Hamida: Syndrome psycho- traumatique léger.

La deuxième partie : La minorité des troubles présentés chez Hamida ont apparus entre le jour même de l'événement jusqu'à la première semaine, et ont durés ou persistés juste une semaine. On parle des troubles addictifs, sans remarquer des troubles cognitifs.

Résumé du cas Hamida

Concernant l'hypothèse du stress post-traumatique de Hamida, il est apparu au cours de son entretien qu'elle développe un stress post traumatique, qui se manifeste par un sentiment de détresse physique, et une difficulté de concentration. Cela rend Hamida plus irritable qu'auparavant

L'évaluation sur le plan clinique de Hamida est décrite comme souffrante d'un syndrome psycho-traumatique léger, avec un score brut de 13 étalonné en 01.

- **Cas Fatima**

- 1- **L'analyse de l'entretien clinique**

Fatima, femme célibataire âgée de 38 ans, est la benjamine d'une fratrie de trois enfants, deux filles et un garçon. Issue d'une famille modeste qui habite la campagne. Cette femme a un niveau d'instruction moyen (terminal) sans aucune profession. Profitant de sa présence au CPMC où elle est venue faire sa cure de chimiothérapie, nous avons effectué un entretien avec elle durant lequel elle s'est montrée coopérative.

- I. **La santé physique**

- 1. **La santé antérieure (l'enfance) et santé actuelle**

Auparavant Fatima n'a connu aucune autre maladie notable et n'a jamais été hospitalisée, ni subi une intervention chirurgicale.

En 2014, alors âgée de 37 ans, Fatima remarque un changement anormale de la couleur de son sein gauche, ainsi qu'un écoulement au niveau de son mamelon. Après consultation, le médecin lui diagnostique un cancer de sein et l'oriente au service d'oncologie pour ablation du sein atteint.

Depuis, elle est soumise à un traitement de chimiothérapie tous les 21 jours, au service d'oncologie au niveau du CPMC.

- 2. **Facteur héréditaire et les complications de la maladie**

Apparemment, le facteur héréditaire est probant puisque sa mère et sa sœur ont connu le même sort et que sa mère est décédée à cause de cette maladie, en disant ; « Ma mère est décédée à cause de cette maladie et ma sœur en est atteinte »¹.

En ce qui concerne les complications de la maladie, la patiente nous a révélé, qu'à ce jour, aucune complication n'est apparue ; « Pour le moment il n'y a rien mais on ne sait jamais »².

¹ بما ماتت سبباً تاعها هو هذا المرض و دوکا ختی تانیی مریضة.
² فی هاد الساعة ما كان والوا بصح ما علابالناش من بعد

3. Les événements important dans la vie de la patiente

Pendant l'entretien, Fatima a mis l'accent sur les divers chocs qu'elle a enduré les qualifiant de « gravés à vie » ; le décès de sa mère, et son fiancé qui l'a quitté sans aucun mot, ni raison ou explication. A travers son récit nous sentons qu'elle les associe à sa maladie et qu'elle les met même en cause en évoquant ; «Je ne peux pas oublier le décès de ma mère, mon fiancé qui est parti et puis la maladie de ma sœur, tous ces évènements sont gravés dans ma mémoire à jamais »³.

II. l'investissement d'objet

1. La vie relationnelle ;(la vie familiale, socioprofessionnelle et avec l'équipe soignante...)

Malgré son sourire omniprésent, il nous parait que Fatima est quelque peu réservée. D'après ses dires, elle est plutôt sociable et a un bon contact avec son entourage en particulier avec sa belle-sœur, son oncle et son épouse qui lui assurent un soutien moral et financier en déclarant ; «Je n'oublierai jamais la générosité de ma belle-sœur, de mon oncle et son épouse, sans eux je ne serais plus de ce monde »⁴.

Sentimentalement, Fatima nous a dévoilés qu'elle est en contact avec une personne qui tient à elle et qui a des sentiments pour elle, mais il n'est pas au courant de sa maladie ce qui est source d'inquiétude pour elle. Quand à sa vie professionnelle, nous avons noté qu'elle est sans emploi.

Mis à part un malentendu avec son médecin traitant, elle s'entend bien avec l'équipe soignante. Pour le bien de la patiente le médecin en question a été remplacé par un autre médecin.

ما نقدرش ننسى الموت تع بما ولا هداك لى راح و خلاتى وزيد حتى المريضة هادو اكل قاعدولى فى راسى.³
جامى ننسى تكريم مرت خويا ليا ولا عمى و مرتو بلا هو ما مانكونش عايشة.⁴

2. La vie sexuelle de la patiente

La patiente n'a aucune vie sexuelle car elle est célibataire.

3. Les projets d'avenir

La patiente rêve de se marier et de fonder une famille, à ce propos elle nous dit ; « J'aimerais me marier, avoir un homme à mes cotés, nous fonderons une famille ensemble et nous aurons de belles filles comme mes nièces »⁵.

III. Le trauma

2. Les événements traumatisants dans la vie de la patiente et leurs relations avec d'autres complications et/ou maladie

Fatima ne peut pas oublier le décès de sa mère, son fiancée qui l'a quitté, et surtout la maladie de sa sœur en disant ; « je ne veux pas que ma sœur meurt, car elle a des enfants. Moi au moins je ne suis pas mariée. Si quelque chose lui arrive, je veux bien qu'il m'arrive à moi et non pas à elle »⁶.

3. Les réactions de la patiente aux événements

Fatima était très calme, mais elle est devenue trop nerveuse après sa maladie. En effet le moindre fait banal l'énerve, surtout concernant les regards des autres. Ses nerfs face à ces situations, les converties aux pleurs en déclarant ; « je pleur à chaque fois qu'on me blesse, ou encore je m'allonge dans les champs à coté de notre maison »⁷.

2. L'analyse de questionnaire Traumaq

Première partie : Les réactions immédiates et les troubles psycho-traumatiques.

Echelle A : Fatima a obtenu une note brute de 09 étalonnée en 02. Elle éprouve un très fort sentiment de frayeur et une forte augmentation de la tension. Elle a une forte impression d'être paralysée, et impuissante, mais n'éprouve pas le sentiment d'être dans un état second.

⁵ حبيبت نتزوج و يكون عندي راجل قدامى و يكون عندي بنات كيما بنات خويا.

⁶ ما حبيبتش حتى تموت هي عندها الدراري انا او موان ماشى متزوجة حبيبت الحاجة لي تصرالها ليها تصرالى ليا خير.

⁷ كل ما يبليسيني كاش واحد نبكى ولا نروح نقعد شوييا في الحشيش قدام دارنا.

Echelle B : Fatima a obtenu une note brute de 08 étalonnée en 04. On trouve une forte présence des rêves et des cauchemars. Des images et des souvenirs reproduisant l'événement s'imposent à elle durant la journée et la nuit. On remarque une forte sensation d'angoisse.

Echelle C : Fatima a obtenu une note brute de 08 étalonnée en 03. La patiente nous affirme que depuis l'événement elle trouve des difficultés d'endormissement, elle fait des réveils nocturnes et a l'impression de ne pas dormir du tout avec une forte intensité. On remarque alors que Fatima a des troubles de sommeil depuis l'événement.

Echelle D : Fatima a obtenu une note brute de 11 étalonnée en 04. On remarque une très forte sensation d'être en état d'insécurité. Elle utilise l'évitement comme mécanisme de défense ; en évitant les lieux, des situations ou des spectacles qui évoquent l'événement. On déduit alors une forte présence des troubles anxieux.

Echelle E : Fatima a obtenu une note brute de 15 étalonnée en 05. La patiente s'estime plus méfiante et irritable qu'auparavant avec une très forte intensité. Elle a du mal à se maîtriser (crise de nerfs, etc.) ou encore elle fuit à des situations insupportables. On déduit alors une perte de contrôle très apparente.

Echelle F : Fatima a obtenu une note brute de 02 étalonnée en 02. Dans cette échelle, la patiente confirme que lorsqu'elle se met dans des situations qui lui rappellent l'événement, elle n'a aucune réaction physique telles que, les maux de tête...etc. On constate alors l'absence des troubles addictifs.

Echelle G : Fatima a obtenu une note brute de 03 étalonnée en 03. Elle n'a aucune difficulté à se concentrer, mais elle éprouve des trous de mémoire avec une très forte intensité. On constate alors l'existence des troubles cognitifs.

Echelle H : Fatima a obtenu une note brute de 18 étalonnée en 05. On remarque chez elle qu'elle s'attache toujours à des choses qu'elle considère importantes même après l'événement, mais elle manque d'énergie et d'enthousiasme avec une très forte intensité. Elle est d'humeur triste et tombe souvent dans les crises de

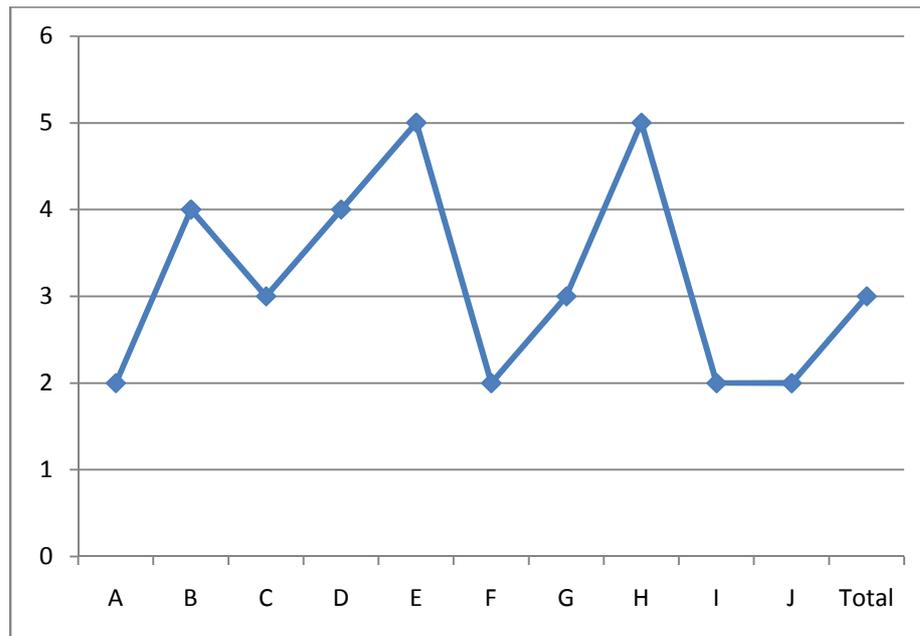
larmes, elle utilise toujours l'évitement comme mécanisme de défense pour s'isoler des autres. On déduit qu'elle présente des troubles dépressifs d'une forte intensité

Echelle I : Fatima a obtenu une note brute de 05 étalonnée en 02. Elle se sent coupable de ce qui lui arrive, mais pas humilié par ce qui c'est passé. Par contre elle ne se sent plus comme avant.

Echelle J : La note brute est de 01 étalonnée en 02. Elle poursuit sa vie professionnelle le plus normalement possible. Au niveau de performances scolaire ou professionnelle, il se sent pas abandonner, ni incomprise, bien au contraire elle a eu un soutien au près de ces proches. On constat que la patiente a une bonne qualité de vie.

**Le tableau ci dessous récapitule les résultats du traumatisme du cas
Fatima**

Echelles	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	T
Notes brutes	9	8	8	11	15	2	3	18	5	1	80
Note étalonnées	2	4	3	4	5	2	3	5	2	2	3



Représentation graphique du profil du cas Fatima: Syndrome psycho- traumatique fort.

La deuxième partie : Tous les troubles présentés chez Fatima ont apparu entre le jour même de l'événement et persiste jusqu'à aujourd'hui ;Tel que l'angoisse et les troubles cognitifs. Mais n'empêche que la patiente a une bonne qualité de vie.

Résumé du cas Fatima

D'après l'analyse de l'entretien du avec Fatima, on déduit que depuis sa mastectomie elle développe un stress post traumatique qui se manifeste par des difficultés d'endormissement. Une fois endormis elle fait des réveils nocturne et éprouve le sentiment de ne pas dormir du tout, cela rend Fatima plus nerveuse et irritable qu'auparavant.

Avec un score brut de 80 qui est étalonné par une note de 3, l'évaluation sur la plan clinique de Fatima est décrite comme souffrante d'un syndrome psycho-traumatique fort.

- **Cas Yasmina**

1- l'analyse de l'entretien clinique

Yasmina, femme âgée de 49 ans est la benjamine d'une fratrie de trois enfants, deux frères et elle. Elle est mariée et mère de deux enfants, une fille et un garçon. Son niveau d'instruction est de 6^{ème} année primaire, et est femme au foyer. Au début de l'entretien, Yasmina été gênée et agitée puis peu à peu elle s'est détendue.

I. La santé physique

1. La santé antérieure (l'enfance) et santé actuelle

Les antécédents médicaux de la patiente ne font état d'aucune maladie ni d'intervention chirurgicale.

En 2014, lors d'une douche, Yasmina aperçoit un nodule dans son sein droit qui lui faisait tant bien mal qu'elle consulta un médecin, qui, après consultation et une mammographie, il lui annonça son cancer.

Elle fut admise au service d'oncologie en urgence pour une mastectomie. Trois mois après l'intervention, elle a suivi une radiothérapie de quarante jours et aujourd'hui, elle est à sa troisième séance de cure de chimiothérapie des 24 séances prévues.

2. Facteur héréditaire et les complications de la maladie

D'après Yasmina, sa maladie est héréditaire des deux lignées ; maternelle et paternelle en disant ; « Je suis la septième malade dans la famille, trois cousines maternelle et trois autres paternelles »¹.

Yasmina nous a appris, qu'entre autres les effets secondaires de la chimiothérapie, elle a une phlébite et souffre de plusieurs problèmes musculaires

¹ أنا السابعة المريضة في فاملتنا عندي ثلاث بنات عمى و ثلاث بنات خوالي¹

dont des douleurs intenses au bras droit ce qui a mener à la diminution de son activité physique.

3. Les événements important dans la vie de la patiente

Yasmina, énumère les évènements important qui ont marqué sa vie mais souligne surtout la trahison de son mari, qui la quitta pour une autre femme, qui était sa meilleure amie, et lui revint une année plus tard. En plusle décès de son frère aîné dans un accident de voiture d'où elle est toujours plongée dans le deuil.

II. L'investissement d'objet

1. La vie relationnelle ;(la vie familiale, socioprofessionnelle et avec l'équipe soignante...)

Yasmina à une bonne relation avec son entourage, elle s'entend bien avec ses deux frères (en particulier avec le frère aîné qui est décédé) et ses cousines maternelles et paternelles et surtout ces nièces qui lui font ses tâches ménagères mais, depuis la trahison de son mari avec sa meilleure amie, elle ne fait plus confiance aux femmes « Je ne laisse plus rentrer une femme chez moi depuis la trahison de mon mari »²

Concernant le milieu professionnel, nous avons souligné précédemment qu'elle est femme au foyer. S'agissant de l'équipe soignante, elle s'entend très bien avec elle.

2. La vie sexuelle de la patiente

La vie sexuelle de Yasmina est de plus en plus dégradée, car c'est toujours elle qui demande d'accomplir un rapport sexuel.

² ما نخلي حتى مرا تدخل لداري مللي خدعني راجل²

3. Les projets d'avenir

La patiente n'a aucun projet d'avenir, car depuis l'événement de trahison son avenir lui paraît ruiné. Mais espère voir ses enfants grandir et réussir dans leurs études.

III. Le trauma

1. Les événements traumatisants dans la vie de la patiente et leurs relations avec d'autres complications et/ou maladie

La patiente nous a avoué avoir perdu son frère aîné, mais apparemment l'événement le plus marquant c'est la trahison de son mari, ces deux événements représentent les causes majeures de sa maladie en déclarant ; « Le décès de mon frère et la trahison de mon mari sont les causes de ma maladie »³. Il reste que l'événement le plus choquant pour elle, est l'annonce de sa maladie.

2. Les réactions de la patiente aux événements

Yasmina a mal réagi à l'annonce de sa maladie (elle ne l'a pas acceptée), allant jusqu'à se priver de la nourriture pendant deux jours. Depuis l'ablation de son sein, elle est devenue irritable et nerveuse alors qu'elle était plutôt d'un caractère calme.

2. L'analyse de questionnaire Traumaq

Première partie : Les réactions immédiates et les troubles psycho-traumatiques ;

Echelle A : Yasmina a obtenu une note brute 09 étalonnée en 02. Elle éprouve une forte sensation d'angoisse pendant l'événement, accompagné d'une faible frayeur. Yasmina n'a eu aucun sentiment d'être dans un état second, mais d'être plutôt paralysé, impuissante et abandonner par les autres.

³ الموت تع خويا و الخدع ناع راجليي هما سبة مرضيي³

Echelle B : Yasmina a obtenu une note brute de 04 étalonnée 02. On trouve une faible présence des rêves et des cauchemars en relation avec l'événement et des images ou des souvenirs. Yasmin trouve des difficultés de parler sur l'événement et, en ce moment la on remarque une forte sensation d'angoisse. On constat alors l'existence du syndrome reviviscence et de l'angoisse attachée à ces répétitions.

Echelle C : Yasmina a obtenu une note de 05 étalonnée en 03. La patiente nous affirme que depuis l'événement elle trouve jusqu'à maintenant des difficultés d'endormissement. Elle fait des cauchemars et des rêves répétitifs en rapport avec l'événement. On déduit donc que Yasmina ai des troubles de sommeil avec une forte intensité.

Echelle D : Yasmina a obtenu une note brute de 10 étalonnée en 01. On remarque une très forte présence d'anxiété et d'angoisse chez elle. Avec une forte intensité de crainte de s'y rendre sur les lieux en rapport avec l'événement. Yasmina alors a des troubles anxiogènes, ainsi que les évitements phobiques.

Echelle E : Yasmina a obtenu une note brute de 14 étalonné en 04. La patiente présente une très forte irritabilité et la difficulté à se maitriser. Yasmina a recours aux comportements agressifs avec une très forte intensité.

Echelle F: Yasmina a obtenu une note brute de 06 étalonné en 03. Dans cette échelle, la patiente confirme que depuis l'événement, elle a remarqué une fortevariation de son poids et une détérioration de son état physique. Elle n'a pas développé une dépendance a des substances psycho actif, mais elle a eu des problèmes de santé dont la cause été difficile à identifier. On constat alors une présence de troubles addictifs.

Echelle G : Yasmina a obtenu une note brute de 00 étalonnée en 01. Elle n'a aucune difficulté à se concentré, ni la difficulté à se rappeler de certains

événement, ni encore des trous de mémoire. On conclut alors qu'il n'y a aucun trouble cognitif.

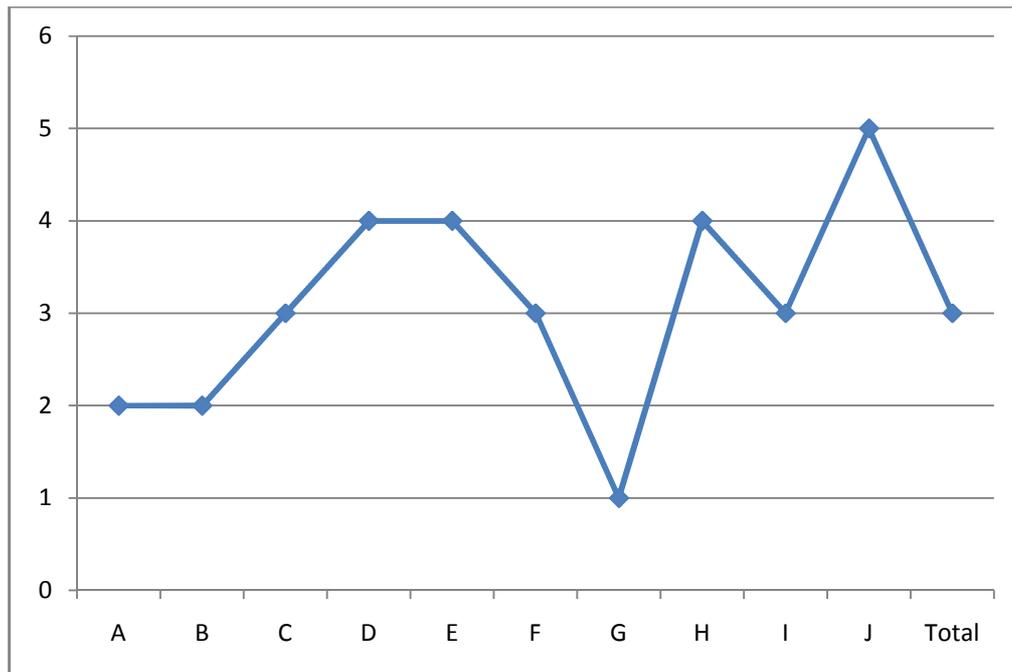
Echelle H : Yasmina a obtenu une note brute de 13 étalonnée en 04. On remarque chez elle qu'elle manque d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement, et qu'elle est d'humeur triste avec une forte intensité. Yasmina éprouve une très forte intensité des difficultés dans sa relation affective et sexuelle. On constate alors une présence des troubles dépressifs.

Echelle I : Yasmina a obtenu une note brute de 07 étalonnée en 03. Elle se sent coupable et responsable de ce qui lui arrive, mais pas humilié par ce qui c'est passé. Par contre elle se sent dévaloriser, et qu'elle n'est plus comme avant. On constate alors une forte culpabilité, honte, sentiment violent et colère.

Echelle J : La note brute est de 09 étalonnée en 05. La qualité de vie de Yasmina est bouleversée depuis l'événement. Elle se sent abandonner et incomprise par les autres. Elle n'a pas trouvé du soutien auprès de ces proches, c'est pour ça qu'elle a tendance à s'isoler.

**Le tableau ci dessous récapitule les résultats du traumatisme du cas
Yasmina**

Echelles	A	B	C	D	E	F	G	H	I	j	T
Notes brutes	9	4	5	10	14	6	0	13	7	9	77
Note étalonnées	2	2	3	4	4	3	1	4	3	5	3



Représentation graphique du profil du cas Yasmina: Syndrome psycho- traumatique moyen.

La deuxième partie : Yasmina présente beaucoup de troubles qui ont persisté que le jour même de l'événement tel que l'impression de revivre l'événement, et les réactions physique, ainsi que le sentiment de culpabilité. Concernant les crises d'angoisse, et le désintéret général, et aussi la tendance à s'isoler ; ce sont des troubles qui ont apparu chez Yasmina plus d'un an et qui durent jusqu'à aujourd'hui.

Résumé du cas Yasmina

D'après l'analyse de l'entretien du cas Yasmina, on constate que celle-ci développe un stress post traumatique qui se manifeste par des rêves répétitifs en rapport avec l'événement. Comme Yasmina fournit beaucoup d'effort, elle ressent souvent une sensation de fatigue, et cela l'a rend plus irritable et nerveuse avec des difficultés de se contrôler.

L'évaluation sur le plan clinique de Yasmina est décrite comme souffrante d'un syndrome psycho-traumatique moyen, avec un score brute de 77 étalonné en 3.

- **Cas Nadia**

- 1- L'analyse de l'entretien clinique**

Nadia est une femme, âgée de 34 ans. Elle est troisième, d'une fratrie de cinq enfants. Mariée, mère de trois enfants : deux garçons et une fille. C'est une femme au foyer qui à un niveau d'instruction 6^{ème} année primaire. Au cours de l'entretien, Nadia s'est montrée coopérative, elle répondait à toutes nos questions.

- I. La santé physique**

- 1. La santé antérieure (l'enfance) et santé actuelle**

Au cours de l'entretien avec Nadia nous a confié qu'elle n'a connu aucune maladie antérieure. En 2014, suite à une anomalie au sein gauche détectée en prenant sa douche, elle fit une mammographie, suivie d'une biopsie. Le diagnostic révéla qu'elle était atteinte d'une tumeur cancéreuse au niveau de ce sein. Alors peu de jours après, elle subit une opération chirurgicale.

Après l'intervention chirurgicale, elle fut soumise sous des cures de chimiothérapie qu'elle suivit dans le même service jusqu'à ce jour.

- 2. Facteur héréditaire et complications de la maladie**

Selon Nadia, le facteur héréditaire à une incidence sur son cancer, car elle a sept cousines dont trois maternelles et quatre paternelles, atteintes de la même maladie. En ce qui concerne les complications qui ont accompagné cette maladie, la patiente souligne qu'elle a des difficultés à bouger un de ses bras et des troubles alimentaires.

- 3. Les événements importants dans la vie de la patiente**

Quant aux événements importants dans sa vie, tout en mentionnant à de multiples reprises, la mort de son premier enfant, qui représente pour elle l'enfant imaginaire, phantasmatique. Cette perte est jugée par la patiente comme

facteur déclenchant de sa maladie. Elle nous dit, à ce propos ; « j'ai vu mon fils mourir devant mes yeux, j'oublierai jamais son image.»¹

II. l'investissement d'objet

1. La vie relationnelle ;(la vie familiale, socioprofessionnelle et avec l'équipe soignante...)

Nadia est une personne sociable, irritable, qui n'entretient pas des relations avec son entourage, à l'exception de quelques membres de sa famille et belle-famille. N'ayant pas d'activité professionnelle, Nadia, comme toute femme au foyer, s'occupe exclusivement des tâches domestiques. Nadiane s'est pas familiarisée avec l'équipe soignante car c'est une femme timide, mais souligne leur gentillesse et leur compréhension.

2. La vie sexuelle de la patiente

La vie de couple de Nadia s'est dégradée après sa mastectomie, elle n'aime pas que son mari la touche, par peur que sa maladie s'aggrave davantage.

3. Les projets d'avenir

La patiente a un projet de louer un local, pour confectionner des pâtisseries, y commercer, car c'est sa passion.

III. Le trauma

1. Les événements traumatisants dans la vie de la patiente et leurs relations avec d'autres complications et/ou maladie

D'après Nadia, la cause de sa maladie est due au choc qu'elle a vécu, c'est à dire la mort de son bébé devant ses yeux. Un choc qu'elle ne peut effacer, ni oublier, lorsqu'on sait que c'est son 1^{er} enfant, et peu expérimentée aux aléas de la vie étant elle-même toute jeune.

¹ صور نياذ سهو غجاميو النيو ز دائيمو ثم ميز ربع

2. Les réactions de la patiente aux événements

Depuis que Nadia a subi l'ablation de son sein, elle est devenue plus irritable et nerveuse.

1. L'analyse de questionnaire Traumaq

Première partie : Les réactions immédiates et les troubles psychotraumatiques ;

Echelle A : Nadia a obtenu une note brute de 19 étalonnée en 4. Elle éprouve un très fort sentiment de frayeur et d'angoisse, si bien qu'elle a l'impression d'être dans un état second. Devant cet état de détresse, elle n'a pas la conviction qu'elle va mourir. A ce moment précis, aucun sentiment d'abandon, mais un très fort sentiment d'impuissance.

Echelle B : Nadia a obtenu une note brute de 08 étalonnée en 4. Elle éprouve une très forte difficulté à parler sur l'événement, le syndrome de reviviscence se manifeste d'une manière accentuée, donc Nadia présente donc des symptômes pathognomoniques.

Echelle C : Nadia a obtenu une note de 06 étalonnée en 3. Elle nous affirme que, jusqu'à présent, elle a éprouvé de grandes difficultés pour trouver le sommeil. Elle connaît des réveils nocturnes brutaux, ce qui lui donne une forte impression de ne pas avoir dormi du tout. Ceci explique, sans nul doute, une faible fatigue qu'elle ressent au petit matin.

Echelle D : Nadia a obtenu une note brute de 15 étalonnée en 5. On remarque la présence d'une très forte anxiété et angoisse chez elle. Elle développe une phobie des lieux, qui lui rappellent le déroulement de l'événement. Elle évite de regarder des spectacles où il est fait référence, de près ou de loin, aux circonstances de l'événement. Avec un très fort sentiment état d'insécurité.

Echelle E : Nadia a obtenu une note brute de 15 étalonnée en 5. Elle développe un très fort sentiment de méfiance ; de vigilance plus attentive aux bruits, et un très fort sentiment d'agressivité, avec des comportements agressifs depuis l'événement.

Echelle F: Nadia a obtenu une note brute de 09 étalonnée en 04. Elle confirme que depuis l'avènement de sa maladie, elle a développé de très fortes réactions physiques ; une dépendance à des substances psycho actives. Par ailleurs, elle affirme qu'elle n'a pas été atteinte d'une nouvelle maladie dont les causes sont difficiles à identifier, ni avoir connu une variation de poids.

Echelle G : Nadia a obtenu une note brute de 06 étalonnée en 03. Elle a une faible difficulté à se concentrer. Mais connaît des trous de mémoire, des difficultés à se rappeler des événements. Dans ce cas, on constate alors qu'elle présente des troubles cognitifs.

Echelle H : Nadia a obtenu une note brute de 17 étalonnée en 04. On remarque chez elle, un attachement excessif à des choses qu'elle considère comme importantes. Elle manque d'énergie de telle sorte qu'elle éprouve un sentiment d'épuisement, accompagné de difficultés dans ses relations affectives et/ou sexuelles. On remarque que les troubles dépressifs sont présents.

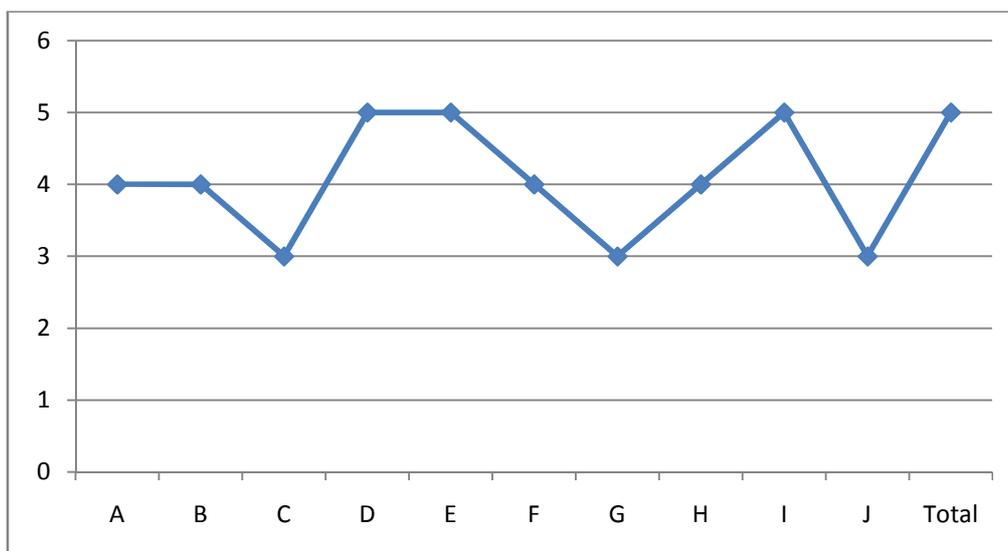
Echelle I : Nadia a obtenu une note brute de 18 étalonnée en 05. Elle éprouve de la haine, colère, à l'égard d'autrui et vis-à-vis de sa propre personne. Depuis l'avènement de son cancer, sa vision du monde a changé. Elle n'est plus comme avant. Au plus profond de son être elle vit un sentiment d'humiliation et de culpabilité. On constate alors que Nadia a vécu un traumatisme intense.

Echelle J : La note brute est de 05 étalonnée en 03. Elle révèle une différence entre ce qu'elle fut et ce qu'elle est devenue, au niveau de ses performances scolaires ou professionnelles. Elle se sent vraiment abandonnée et incomprise

par les autres, n'ayant pas desoutien auprès de ses proches ; ce qui explique son isolement. On constate alors la détérioration de la qualité de sa vie.

**Le tableau ci dessous récapitule les résultats du traumatisme du cas
Nadia**

Echelles	A	B	C	D	E	F	G	H	I	j	T
Notes brutes	19	8	6	15	15	9	6	17	18	15	128
Note étalonnées	4	4	3	5	5	4	3	4	5	3	5



**Représentation graphique du profil du cas Nadia: Syndrome psycho
traumatique très fort avec troubles dépressifs.**

La deuxième partie : tous les troubles que Nadia présente ont apparus juste après son intervention chirurgicale et ceux persistent jusqu'à aujourd'hui, tel que les troubles dépressifs ainsi que les troubles cognitifs, ou encore les troubles de sommeil.

Résumé du cas Nadia

D'après l'analyse de l'entretien du cas Nadia, on a constaté que Nadia développe un stress post traumatique, qu'elle manifeste par, des souvenirs répétitifs durant la journée. Durant la nuit elle trouve de grandes difficultés pour trouver le sommeil, celui-ci lui provoque des réveils nocturnes, ce qui fait naître en elle une forte impression de ne pas avoir dormi du tout. La crainte de mourir la rend plus irritable et nerveuse tous le temps. Nadia n'éprouve aucune difficulté de concentration.

Nadia a obtenu un score de 128 notes brutes qui est étalonnée en 5. L'évaluation sur le plan clinique de Nadia est décrite comme souffrante de syndrome de psycho- traumatique très fort.

- **Cas Ghania**

- 1- l'analyse de l'entretien clinique**

Ghania est une femme âgée de 52 ans. Elle est quatrième d'une fratrie de six enfants. Ghania est mariée depuis 28 ans et elle a quatre enfants : deux filles et un garçon. C'est une femme au foyer qui n'a jamais fait d'étude.

Au cours de l'entretien, Ghania s'est exprimée de façon très spontanée, calme et coopérative.

- I. La santé physique**

- 1. La santé antérieure (l'enfance) et santé actuelle**

Au cours de l'entretien, Ghania nous a parlé de l'intervention chirurgicale qu'elle avait subie en 2001 pour l'ablation du goitre.

En 2012, Ghania a consulté un médecin qui lui a prescrit une mammographie dont le résultat a été négatif.

En 2014, suite à la modification de la taille de son sein droit, elle a refait une mammographie. Après quoi, son médecin traitant lui prescrit une biopsie. Ainsi, le diagnostic établi fait ressortir qu'elle était atteinte d'une tumeur cancéreuse au niveau du sein suspecté. Dans les jours qui ont suivi, elle fut prise en charge au service d'oncologie pour l'ablation du sein atteint.

Après l'intervention chirurgicale, elle fut soumise à des cures de chimiothérapie qu'elle suit dans le même service jusqu'à aujourd'hui.

- 2. Facteur héréditaire et les complications de la maladie**

Selon Ghania, le facteur héréditaire n'a aucune incidence sur son cancer, car elle est le seul membre de sa famille à avoir eu cette maladie.

En ce qui concerne les complications qui ont accompagné cette maladie, la patiente ne nous a rien révélé.

3. Les événements important dans la vie de la patiente

Ghania ne peut oublier les événements importants dans sa vie tout en mentionnant à de multiples reprises la trahison de son mari qui l'atrès marquée au plus haut point. Malgré cette infidélité, Ghania continue de vivre avec son mari à cause de ses enfants. Il reste à signaler que le divorce de sa fille l'a bouleversé en voyant sa fille effondrer devant ses yeux. Elle nous dit, à ce propos ; « Je veux bien divorcer mais j'ai peur pour l'avenir de mes enfants »¹.

II. l'investissement d'objet

1. La vie relationnelle ;(la vie familiale, socioprofessionnelle et avec l'équipe soignante...)

Ghania est une personne sociable, calme et aimable qui entretient d'excellentes relations avec son entourage, à l'exception de sa belle-famille. N'ayant pas d'activité professionnelle, Ghania, comme toute femme au foyer, s'occupe exclusivement des tâches domestiques. Elle est aidée en cela par sa fille.

Ghania est appréciée par l'équipe soignante. Elle a l'art de créer une atmosphère joviale et une ambiance de décontraction autour d'elle. Elle fait rire tout le monde, elle se confie à tout le monde, Tous l'aiment.

2. La vie sexuelle de la patiente

La vie de couple de Ghania bat de l'aile en raison des infidélités répétées de son époux. Ce comportement de son mari a engendré chez elle une aversion telle qu'elle évite du mieux qu'elle peut toute relation intime avec lui afin d'éviter les maladies transmissibles ; « Les gens m'ont conseillé de le fuir et de l'éviter au maximum. »², nous a-t-elle confié.

¹ كنت حابه نطلق بصح علا جال ولأدى نخاف عليهم وعلى مستقبلهم
² قالولي بعدى عليه قد ما تقدرى

3. Les projets d'avenir

L'unique rêve de la patiente reste l'aboutissement de la construction de sa nouvelle maison en vue d'offrir un toit à son fils non encore marié et à sa fille divorcée. Parlant de ses deux enfants, elle nous déclare ; « Comme ça au moins je leur laisserai un toit où s'abriter. »³

III. Le trauma

1. Les événements traumatisants dans la vie de la patiente et leurs relations avec d'autres complications et/ou maladie

D'après Ghania, la cause de sa maladie est due aux situations traumatisantes qu'elle a eu à vivre dans sa vie, comme la mort de son père juste avant qu'elle tombe malade, le divorce de sa fille mais surtout la violence physique et l'infidélité conjugale de son mari. « Ce sont les chocs du passé qui ont provoqué ma maladie »⁴, nous a-t-elle confié.

2. Les réactions de la patiente aux événements

Depuis que Ghania a subi l'ablation de son sein, elle est devenue irritable, elle s'inquiète, outre mesure, pour ses enfants.

2. L'analyse de questionnaire Traumaq

Première partie : Les réactions immédiates et les troubles psycho-traumatiques ;

Echelle A : Ghania a obtenu une note brute de 04 étalonnée en 01. Elle éprouve un très fort sentiment de frayeur et d'angoisse si bien qu'elle a l'impression d'être dans un état second. Devant cet état de détresse, elle n'a pas la conviction qu'elle va mourir. A ce moment précis, aucun sentiment d'abandon, d'impuissance n'était ressenti.

³ هكذا كي يكون عندنا الدار ما يتمرمدوش
⁴ الخلعة هي لي دارتلي هنا المرض

Echelle B : Ghania a obtenu une note brute de 00 étalonnée en 01. Elle n'éprouve aucune difficulté à parler sur l'événement, ni la reviviscence, ou encore moins les images liées à cet événement. Donc Ghania a absence de symptômes pathognomonique.

Echelle C : Ghania a obtenu une note de 03 étalonnée en 02. Elle nous affirme que, jusqu'à présent, elle a éprouvé de grandes difficultés pour trouver le sommeil. Elle connaît des réveils nocturnes brutaux, ce qui fait naître en elle une forte impression de ne pas avoir dormi du tout. Ceci explique, sans nul doute, la très forte fatigue qu'elle ressent à son réveil.

Echelle D : Ghania a obtenu une note brute de 02 étalonnée en 02. On remarque la présence d'une faible anxiété chez la patiente. Elle ne développe pas une phobie des lieux qui lui rappellent le déroulement de l'événement. Elle n'évite pas aussi de regarder des spectacles où il est fait référence, de près ou de loin, aux circonstances de l'événement. Elle se sent en permanence en état de sécurité.

Echelle E : Ghania a obtenu une note brute de 03 étalonnée en 02. Elle ne maîtrise pas ses pulsions chose qui l'a poussé à fuir des situations insupportables. Elle a recours aux comportements agressifs. On remarque alors l'irritabilité et la perte de contrôle.

Echelle F : Ghania a obtenu une note brute de 01 étalonnée en 02. Elle confirme que depuis l'avènement de sa maladie, elle a développé une dépendance à des substances psycho actives. Par ailleurs, elle affirme qu'elle n'a pas été atteinte d'une nouvelle maladie dont les causes sont difficiles à identifier, ni avoir connu une faible variation de poids.

Echelle G : Ghania a obtenu une note brute de 01 étalonnée en 02. Elle a une faible difficulté à se concentrer de manière à se remémorer certains événements.

Mais elle ne connaît pas des trous de mémoire. Dans ce cas, l'on constate que les troubles cognitifs sont absents.

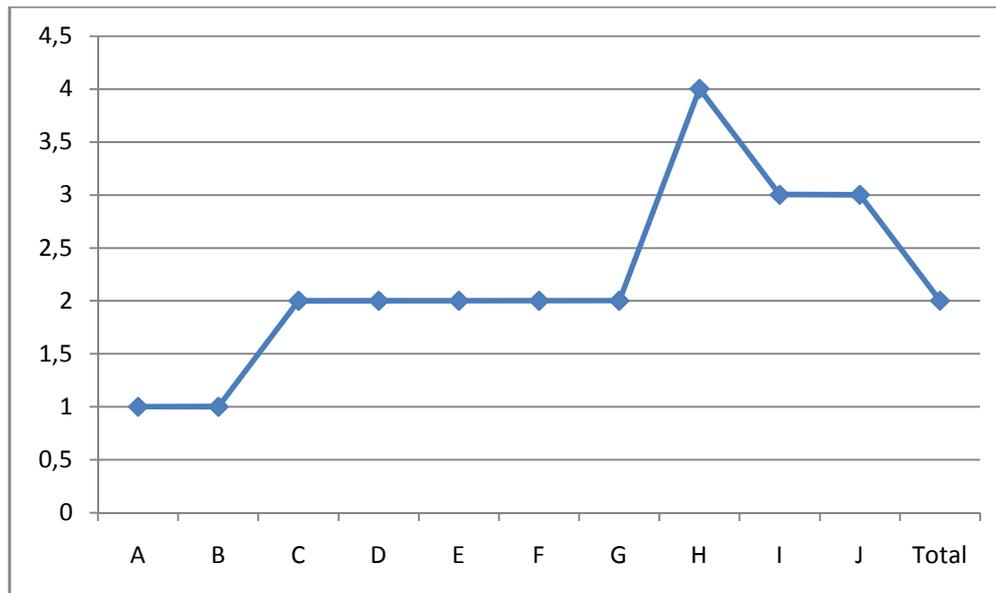
Echelle H : Ghania a obtenu une note brute de 14 étalonnée en 04. On remarque chez elle un attachement excessif à des choses qu'elle considère comme importantes. Elle manque d'énergie de telle sorte qu'elle éprouve un sentiment d'épuisement. Dans ses relations aux autres, elle manifeste un très faible sentiment d'enthousiasme. Elle ressent d'énormes difficultés dans ses relations affectives et/ou sexuelles. Ici, on remarque que les troubles dépressifs sont présents.

Echelle I : Ghania a obtenu une note brute de 09 étalonnée en 03. Elle éprouve de la haine et de la colère à l'égard d'autrui et vis-à-vis de sa propre personne. Depuis l'avènement de son cancer, sa vision du monde a changé. Elle n'est plus comme avant. Au plus profond de son être elle vit un sentiment d'humiliation et de culpabilité. Mais ne pense pas être responsable de ce qui lui est arrivé.

Echelle J : La note brute est de 03 étalonnée en 03. Elle trouve une sorte de différence entre ce qu'elle était et ce qu'elle fut devenue au niveau de performances scolaires ou professionnelles. Elle ne se sent pas abandonnée et incomprise par les autres, car elle trouve un soutien auprès de ses proches ce qui explique qu'elle continue toujours à les rencontrer comme avant.

**Le tableau ci dessous récapitule les résultats du traumatisme du cas
Ghania**

Echelles	A	B	C	D	E	F	G	H	I	j	T
Notes brutes	4	0	3	2	3	1	1	14	9	3	40
Note étalonnées	1	1	2	2	2	2	2	4	3	3	2



Représentation graphique du profil du cas Ghania: Syndrome psycho traumatique léger avec troubles dépressifs.

La deuxième partie : Les troubles dépressifs chez Ghania ; tel que les crises de larmes, les difficultés dans sa vie sexuelle, et son avenir qui lui est paru ruiné, sont apparue le jour même de l'événement et persiste jusqu'à aujourd'hui.

Résumé du cas Ghania

Concernant l'hypothèse du stress post-traumatique de Ghania, il est apparu au cours de son entretien, qu'elle développe un stress post traumatique qui se manifeste par de grandes difficultés pour trouver le sommeil. Une fois endormie, elle connaît des réveils nocturnes, ce qui fait naître en elle une forte impression de ne pas avoir dormi du tout, cela provoque en elle une irritabilité.

Avec un total brute de 40 étalonné en 02, l'évaluation sur le plan clinique de Ghania est décrite comme souffrante d'un syndrome psycho-traumatique léger.

Chapitre VI

Discussion des hypothèses

Discussion des hypothèses

On reprend dans ce chapitre, nos hypothèses pour pouvoir les discuter, selon les résultats obtenus dans la pratique.

➤ **La première hypothèse**

Les femmes atteintes du cancer du sein ayant subi une mastectomie développent un stress post traumatique qui se manifeste par, des souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement, des rêves répétitifs des fois sous forme de cauchemars, un sentiment intense de détresse psychique, des difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu, une irritabilité ou accès de colère, difficultés de concentration.

Effectivement nos huit cas ont confirmé notre hypothèse; elles développent un stress post-traumatique, qui se manifeste par ;

Lilia : Concernant l'hypothèse de l'existence du stress post-traumatique de Lilia, il est apparu au cours de son entretien qu'elle développe un stress post traumatique qui se manifeste par des difficultés d'endormissement, et une fois endormi, elle fait des cauchemars et connaît des réveils nocturnes brutaux, ce qui fait naître en elle une impression de ne pas avoir dormi du tout. Ceci explique, sans nul doute, la fatigue qu'elle ressent à son réveil, et son irritabilité.

Nawel : D'après l'analyse de l'entretien du cas Nawel, on constate que la patiente développe un stress post traumatique, qu'elle manifeste par des souvenirs répétitifs sous forme d'images, durant la journée. A son réveil Nawel présente un sentiment de fatigue, et cela la conduit à une irritabilité et accès de colère.

Lynda : Concernant l'hypothèse de l'existence du stress post-traumatique de Lynda, il est apparu au cours de son entretien, qu'elle développe un stress post traumatique, qui se manifeste par des images et des souvenirs, qui s'impose à elle avec une angoisse durant la journée. Mais durant la nuit Lynda ne trouve aucune difficulté d'endormissement ou de sommeil interrompu. Lynda même,

avant d'avoir subi une ablation de son sein, elle était d'humeur nerveuse et irritable, et elle y' ai jusqu'à aujourd'hui.

Hamida : Concernant l'hypothèse du traumatisme psychique de Hamida, il est apparu au cours de son entretien qu'elle développe un stress post traumatique, qui se manifeste par un sentiment de détresse physique, et une difficulté de concentration. Cela rend Hamida plus irritable qu'auparavant.

Fatima : D'après l'analyse de l'entretien du avec Fatima, on déduit que depuis sa mastectomie, elle développe un stress post traumatique qui se manifeste par des difficultés d'endormissement. Une fois endormis elle fait des réveils nocturne et éprouve le sentiment de ne pas dormir du tout, cela rend Fatima plus nerveuse et irritable qu'auparavant.

Yasmina : D'après l'analyse de l'entretien du cas Yasmina, on constate que celle-ci développe un stress post traumatique qui se manifeste par des rêves répétitifs en rapport avec l'événement. Comme Yasmina fournit beaucoup d'effort, elle ressent souvent une sensation de fatigue, et cela l'a rend plus irritable et nerveuse avec des difficultés de se contrôler.

Nadia : D'après l'analyse de l'entretien du cas Nadia, on a constaté que Nadia développe un stress post traumatique, qu'elle manifeste par, des souvenirs répétitifs durant la journée. Durant la nuit elle trouve de grandes difficultés pour trouver le sommeil, celui-ci lui provoque des réveils nocturnes, ce qui fait naître en elle une forte impression de ne pas avoir dormir du tout. La crainte de mourir la rend plus irritable et nerveuse tous le temps. Nadia n'éprouve aucune difficulté de concentration.

Ghania : Concernant l'hypothèse de l'existence du stress post-traumatique de Ghania, il est apparu au cours de son entretien, qu'elle développe un stress post traumatique qui se manifeste par de grandes difficultés pour trouver le sommeil. Une fois endormie, elle connaît des réveils nocturnes, ce qui fait naître en elle une forte impression de ne pas avoir dormi du tout, cela provoque en elle une irritabilité.

Effectivement nos huit cas ont confirmé notre hypothèse ; elles souffrent de stress post-traumatique à des intensités différentes de plus léger au plus élevé.

➤ **La deuxième hypothèse**

Le stress post traumatique qui existe chez les femmes atteintes du cancer du sein et qui se caractérise par une intensité nulle qui signifie absence du traumatisme, faible, forte, ou très forte.

À partir du questionnaire Traumaq, on souligne l'absence de l'intensité nulle du stress post-traumatique dans notre population d'étude qui est restreinte (8 cas seulement), et qui ne représente pas la population mère.

Lilia : Avec un total brute de 85 étalonné en 03, l'évaluation sur le plan clinique de Lilia est décrite comme souffrante d'un syndrome psycho-traumatique moyen.

Nawel : L'évaluation sur le plan clinique de Nawel est décrite comme souffrante d'un syndrome psycho-traumatique moyen, avec un score brute de 78 étalonné en 3.

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

Hamida : L'évaluation sur le plan clinique de Hamida est décrite comme souffrante d'un syndrome psycho-traumatique léger, avec un score brute de 13 étalonné en 01.

Fatima : Avec un score brut de 80 qui est étalonné par une note de 03, l'évaluation sur la plan clinique de Fatima est décrite comme souffrante d'un syndrome psycho-traumatique fort.

Yasmina : L'évaluation sur le plan clinique de Yasmina est décrite comme souffrante d'un syndrome psycho-traumatique moyen, avec un score brute de 77 étalonné en 03.

Nadia : Nadia a obtenu un score de 128 notes brutes qui est étalonnée en 05. L'évaluation sur le plan clinique de Nadia est décrite comme souffrante de syndrome de psycho- traumatique très fort.

Ghania : Avec un total brute de 40 étalonné en 02, l'évaluation sur le plan clinique de Ghania est décrite comme souffrante d'un syndrome psycho- traumatique léger.

Tableau récapitulatif de la population d'étude après l'analyse

Groupe de recherche	Note brute du Traumaq	Note étalonnée du Traumaq	Niveau d'intensité
Cas Lilia	85	03	PTSD moyen
Cas Nawel	78	03	PTSD moyen
Cas Lynda	62	03	PTSD moyen
Cas Hamida	13	01	PTSD léger
Cas Fatima	80	03	PTSD fort
Cas Yasmina	77	03	PTSD moyen
Cas Nadia	128	05	PTSD très fort
Cas Ghania	40	02	PTSD léger

Nos hypothèses à propos des femmes atteintes d'un cancer de sein sont réfutables. Cependant les résultats de n'importe quelle recherche scientifique restent relatifs, non statistiques et non absolus qui est due à notre population d'étude qui ne présente pas la population mère.

Conclusion

Générale

Le stress post traumatique, qui résulte de la confrontation avec le réel de la mort, celle-ci n'existe pas dans l'inconscient (Freud), mais se trouve présent dans le conscient du sujet qui est dépassé par un événement inattendu et imprévisible qui s'incruste dans le psychisme de ce dernier, à cet instant, il craint la mort, et ce qui est traumatique chez une personne, ne l'est pas chez l'autre, sa qualité est liée au vécu subjectif.

À titre d'exemple, les différents cas pris dans notre recherche qui vont imaginer, du fait de l'ablation d'un sein, le désarroi psychologique et psychique. Provenant de la chirurgie qui est la mastectomie résumant la représentation du réel de la mort.

Dans le cadre de notre recherche intitulé « le stress post traumatique chez les femmes ayant subi une mastectomie », on a tenté d'expliquer la relation de cause-à-effet existante entre ces deux variables, à travers l'analyse des retombées émotionnelles provoquées par le traumatisme de la mastectomie.

Afin d'aboutir aux objectifs retracés pour notre recherche et de vérifier nos hypothèses, nous avons opté pour la méthode clinique. Cette dernière permet une compréhension approfondie des sujets ; elle se caractérise également par la mise en œuvre des techniques spécifiques pour développer une étude de cas. Durant l'entretien accompagné de l'observation clinique pour avoir des informations et la collecte des données à partir de leurs comportements et à la fin nous avons appliqué le questionnaire Traumaq, pour connaître les différentes pensées, cognition, et encore l'intensité du traumatisme de chaque cas. Ces outils nous ont servi pour la confirmation de nos hypothèses.

Il reste à signaler que cette recherche a permis d'aboutir à un certain nombre de remarques ;

- L'intensité du stress post traumatique chez les femmes ayant subi la mastectomie, varie d'un cas à un autre, on souligne aussi l'absence du stress post traumatique, c'est-à-dire, intensité nul dans

le questionnaire Traumaq, puisque notre population d'étude est très restreinte 8 huit cas.

- La qualité de leur vie sexuelle avec leur conjoint est de plus en plus dégradée.
- La présence de d'autres troubles chez quelques patientes, mise à part le stress post traumatique.

Cette étude nous a appris le rôle fondamental que peut jouer la prise en charge psychologique, en parallèle à la prise en charge somatique. Pour cela, nous pensons qu'il est utile de recruter beaucoup de psychologues, au niveau des services d'oncologie, afin d'atténuer la souffrance des patients, et leurs peines, car nous avons remarqué que les patientes se sentent soulagées et apaisées après avoir exprimé leur souffrance.

Nos hypothèses à propos des femmes atteintes d'un cancer de sein son réfutables. Cependant les résultats de n'importe qu'elle recherche scientifique reste relatifs, non statistiques et non absolus qui est due à notre population d'étude qui ne présente pas la population mère.

Pour conclure, cette étude peut permettre à d'autres étudiants d'effectuer des études concernant ce même thème sous un autre angle, ou plus approfondie et de mettre l'accent sur les maladies grave et leurs influences sur le psychique des malades.

Nous avons pensé à quelques questions de perspectives qui peuvent être recherchées dans des études ultérieures par nos camarades étudiants, qui sont comme suit :

- Quel sont les stratégies de coping utilisées par les femmes ayant subi une mastectomie ?
- Est-ce qu'il ya des femmes qui ont subi une mastectomie, et qui sont résiliente ?

A travers ces questions nous souhaitons avoir ouvert le champ pour d'autres études ultérieures.

Listes

Bibliographique

Listes bibliographique

- Alain. V, et al, (2007), « prévention du cancer du sein et facteurs psychosociaux », **In le journal des psychologues**, N^o247, pp.54-57.
- Amani. O et al, (2006), « psychogénèse du cancer », **In l'information psychiatrique** N^o 8, pp. 683-688.
- Barrois. C, (1998), « **les névroses traumatiques** », Paris, Ed Dunod.
- Bates. B, (1979), « **Guide de l'examen clinique** », paris, Ed Lippincott company.
- Bouatta. C, (2007), « **Les traumatismes collectifs en Algérie** », Alger, Ed Casbah.
- Boudareme. M, (2005), « **Le stress entre le bien et souffrance** », Alger, Ed Berti.
- Brullmann. F, (2007), « Reconstruction du sein après cancer » **In Le carnet médecine**, N^o31, pp.75-82.
- Chahraoui. K, Bénony H, (2003), « **Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique** », Paris, Ed Dunod.
- Chiland. C et al, (2005), « **L'entretien clinique** », France, Ed Quadrige.
- Ciccone. A, Ferrant .A, (2008), « **honte, culpabilité et traumatisme** », Paris, Ed Dunod.
- Croq. L, (1999), «**les traumatismes psychique de guerre** », Paris, Ed Odile Jacob.
- Croq. L, (1999), «**Critique du concept d'état de stress post traumatique** », Paris, Ed Odile Jacob.
- Croq. L, (2000), «**le traumatisme psychique dans la pensée**», Paris, Ed Odile Jacob.

- Croq. L, (2002), « Théorie explicatif du trauma », **In revue trauma**, N° 94, Pp.25-28.
- Damiani. C, Pareira-fradim M, (2006), « **Manuel traumaq** », Paris, Ed ecpa.
- De Clercq .M, Lebigot. F, (2001), « **Les traumatismes psychiques** », Paris, Ed Masson.
- DSM 4-TR, (2000), « **Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux et des troubles du comportement** », Ed Masson.
- Fedida. P, (1974), « **Dictionnaire de la psychanalyse** », France, Ed Larousse.
- Freud .S, (1920-1981), « **Au-delà du principe de plaisir** », Paris, Ed petite bibliothèque Payot.
- Henriette. B, et col, (1992), « **Grand dictionnaire de la psychologie** », France, Ed Larousse.
- Kédia. M, Sabouraud-Seguin. A, (2013), « **L'aide mémoire de psychotraumatologie** », Paris, Ed Dunod.
- Lagarde. Ph, (1982), « **Ce qu'on vous cache sur le cancer** », France, Ed Pierre-Marcel Favre.
- Laplanche. J et Pantalís. J. B, (1968) « **vocabulaire de la psychanalyse** », Paris, Ed RUF.
- Lebigot. F, et De Clereq. M, (2001), « **Les traumatismes psychiques** », Paris, Ed Masson.
- Lebigot. F, (2005), « **Traiter les traumatismes psychiques : Clinique et prise en charge** », Paris, Ed Dunod.
- Mareau. CH et al, (2005), « **Réussir son 1^{er} cycle de psychologie** », Bruxelles, Ed Studyrama.
- Anaut. M, (2005), « **La résilience : Surmonter les traumatismes** », Espagne, Ed Armand colin.

- Matillon. Y, (2014), « **cancer du sein-symptômes et traitements** », Paris, Ed EDK.
- Pujol.J, (2012) « **L'annonce du cancer de sein entre corps et symptômes** », thèse de doctorat, université Montpellier 3 Paul Valery, faculté de psychologie.
- Tarantini. Cl et al, (2014), « travailler après un cancer du sein » **In le carnet psy**, N⁰2, pp.139-155.

Annexes

Annexe A

المعلومات الشخصية

الاسم ؟

العمر؟

المهنة ؟

مستوى الدراسي ؟

الحياة الشخصية ؟

أوجد أولاد و ما هو عددهم ؟

قبل و بعد العملية الجراحية

كيف تلقيت نبا إعلان عملتك الجراحية ؟

كيف كانت ردة فعلك ؟

ماذا تخيلت أثناء العملية الجراحية ؟

كيف كان يومك اثناء العملية ؟

عندما فقتى من الجراحية ما كانت فكرتكى الاولى ؟

كيف تحولت حياتكى منذ العملية ؟

كيف تحسى كيبى تجى لشيميو؟

واش لي شونزمو لى صراولك بعد العملية ؟

الحالة الصحية القبلية

مرضتى بكاش مرض كى كنتى صغيرة ؟

عندك امراض اخرى ؟

اهدرى على العمليات اخرين ؟

من قبل هدى العملية درتى وحدة اخرى ؟

عندك من فاملتك لى مرضو هاد المرض ؟

استثمار الموضوع

شكون هما الاشخاص للى كان علا بالهم بالمرض تاعك ؟

كيفاش كانت ردة فعلهم ؟

راكى خايفة تمرض كاش وحدة من فاملتك ؟

واش رايك من المعاونة تاع فاملتك ؟

كيفاش راهى العلاقات نتاعك مع فاملتك و مع الخدامين تع الصبييتار ؟

عندك هواية تحببى تديرها ؟

الصدمة

راحتك الرغبة فى كاش حوايج كنتى تحببهم ؟

راحتك الحماس ملى درتوى العملية؟

كيفاش راهى رداات فعلك كى يكون بروبلام؟

عندك صعوبات فى العلاقات الحميمة؟

كيفاش راكى تشوفى المستقبل تاعك؟

عندك قابلية باش تقعدى وحدك؟

تحسى روحك محقورة و ما عندكش القيمة؟

اهدرى على واش تحببى؟

Annexe B

Traumaq

Questionnaire d'évaluation du traumatisme

Carole Damiani
Maria Pereira-Fradin

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

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

Informations concernant l'événement :

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

* Nature de l'événement

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

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

¹ ITT = Interruption Temporaire de Travail

² IPP = Incapacité Permanente Partielle

Renseignements généraux concernant la période antérieure à l'événement :

Situation familiale

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

Nombre d'enfants (préciser leur âge) : _____

Situation professionnelle

Etudiant(e)

Salarié(e) : plein temps temps partiel

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

Etat de santé

Avez-vous des problèmes de santé : Non Oui lesquels : _____

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

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

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

Date : _____ Durée : _____

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

Non Oui

Nature : _____

Date : _____

Renseignements concernant la période postérieure à l'événement :

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

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

Date de la première séance : _____

Nombre de consultations (à ce jour) : _____

Traitement médical : Non Oui Lequel : _____

Durée : _____

PREMIERE PARTIE

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

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

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

nulle	faible	forte	très forte

Pendant l'événement

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

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

		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					<input type="checkbox"/>

Intensité (ou fréquence) de la manifestation



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

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

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

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

Intensité (ou fréquence) de la manifestation



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

		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					<input type="checkbox"/>

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			<input type="checkbox"/>

DEUXIEME PARTIE

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

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

Délai d'apparition des troubles depuis l'événement

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

Durée des troubles

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

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

Résultats au TRAUMAQ

Cotation des échelles de la première partie

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

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

Conversion des notes brutes en notes étalonnées

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

