



*Université Abderrahmane Mira – Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales*

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

Option : Psychologie Clinique

Thème

***Le trouble du stress post-traumatique chez les sages
femmes ayant intervenues pendant la crise Covid 19***

(Étude de 6 cas réalisée au sein de l'EPSP d'EL KSEUR)

Présentée par :

MAAMAR Meriem

MAKHLOUFI Ferial

Soutenu le : 04 juillet 2022

Encadrée par :

Dr. HATEM Wahiba

Année universitaire : 2021-2022

Remerciements

A la fin de ce modeste travail, nous tenons à remercier le bon dieu qui nous a donnés de force et de courage durant tout notre cursus.

Nous adressons nos sincères remerciements a notre encadreur Mme HATEM WAHIBA, qui, a accepté de nous prêter aide dans notre travail de recherche. ses remarques précieuses et ses conseils nous ont été d'une grande utilité. Qu'elle trouve ici nos sentiments de gratitudes.

Nous tenons à remercier anticipativement les membres du jury que nous invitons à bien consulter notre mémoire et collaborer à son évolution .Que notre profonde gratitude leur sera dédiée.

Nos sincères remerciements s'adressent également à tout le personnel de la maternité de LEPST DELKSEUR ou nous avons effectué notre stage pratique ; nos remerciements vont plus particulièrement à notre psychologue, Mr KHIRDINNE AMINE pour toute l'intention et l'intérêt et même l'effort manifesté de sa part, ainsi les conseils précieux qu'il nous a donnés. Sans oublier ceux qui travaillent dans le service maternité auquel on a trouvé un chaleureux accueil, en particulier les sages femmes.

Enfin, nos sentiments de vive reconnaissance s'adressent a nos parents, que nous remercions énormément d'avoir financé nos études et répondu a tous nos besoins tant matériels que moraux .que ce travail soit considéré comme le fruit de leurs efforts.

Et dans le souci de n'oublier personne, que tous ceux qui nous ont aidé de près ou de loin, que ce soit par leur amitié, leur conseils et leurs soutien moral.

Dédicace :

*Je dédie ce travail à ceux qui me sont chers,
principalement ma sœur Roubilti ,*

*A mes cousines Yasmmine, Lyna , Manissa ,Kenza,
Didouch.*

A celui qui m'a encouragé et écouté me plaindre Gaya.

A mon chat Lili qui était toujours près de moi.

*A Adel , Malika et mon beau frère Yanis ,A ma Tante
Rachida et uniquement Rachida ,*

A nana et Jedi ,

Mes parents Lhamid et Dalila.

A Marwa et Ines .

A mon binôme et amie Fufu.

A mon encadreur Madame Hatem

Aux victimes des incendies de la Kabylie.

A nana Taous qui veille sur moi de là-haut.

Meriem

Dédicace

Je dédie mon travail :

Aux très chères êtres a mes yeux, mes parents, qui m'ont soutenue et orientée durant mon parcours éducatif et scolaire.

A mon frère « AMIR » et a mes chers sœurs « AYDA ,AMIRA, MIRYA ».

A tout ma famille et toutes mes cousines , cousins.

A mes amies filles et garçons, pour leur amour et patience.et a monbinôme cher MERIEM .

Enfin, je tiens à remercier toutes les personnes de près ou de loin qui ont consacré de leur temps et de leur énergie pour la réussite de ce projet.

Feriel

Sommaire:

Introduction.....	3
Problématique et hypothèses ...	4
Opérationnalisations des concepts	6

Partie théorique

Chapitre I : le stress post traumatique :

Préambule	12
1.définitions des concepts	12
le stress.....	12
un traumatisme.....	12
le trouble du stress posttraumatique	12
2.L'èthiopathogènie du stress posttraumatique.....	13
modèle Mowrer 1960.....	13
modèle d'Horowitz	14
modele de Janoof-Bullmar.....	16
3.Evolution du trouble du stress post traumatique.....	16
Évolution traitée.....	16
évolution non traitée	16
4.les critères diagnostiques du trouble du stress posttraumatique selon le DSM-5	17
5.troubles du stress post traumatique chez la sage femme	18
6.Les variables pouvant influencé le développement du trouble du stress posttraumatique lié a la Covid 19 chez la sage femme	19
7.Facteurs pouvant aggraver la réaction post traumatique.....	21
8.Trouble associé au trouble du stress post traumatique.....	22
a dépression.....	22
tentatives de suicides.....	22
anxiété.....	22
abus et dépendance a des substances... ..	23
9.la résilience chez les sages femmesatteintes de stress post traumatique.....	23
10.la prise en charge du trouble du stresspost traumatique.....	25

Synthèse.....	25
---------------	----

Chapitre II: la profession des sages-femmes:

Préambule	30
1.la profession de sage-femme entre hier et aujourd'hui.....	30
2.définition et rôle de la sage-femme	31
le rôle de la sage-femme.....	31
3. parcours et formation de la sagefemme.....	31
Dans le monde.....	31
En Algérie	32
4. les compétences de la sagefemme	32
Synthèse.....	34

Chapitre III : La Covid 19 :

Préambule	36
1.historique de la maladie.....	36
2.origine du coronavirus: Covid 19 sars cov2	37
3.définition du coronavirus: Covid19sars cov 2.....	38
4.Les symptômes de la Covid19.....	38
5.Mutation de la Covid 19.....	39
6.Diagnostique de la Covid19.....	41
7.Traitement et prise en charge de laCovid19	42
8.Covid 19 et sage femmes.....	43
Synthèse.....	43

Partie pratique

Chapitre III :

Préambule	46
1.Pré enquête	46
2.La présentation du lieu et la durée de la recherche.....	46
3.La méthode utilisée.....	47
la méthode clinique.....	47
l'étude decas	48

4.les techniques d'investigations	48
L'entretien clinique	49
Le questionnaire PCL-5	50
présentation du questionnaire PCL-5.....	50
La description.....	50
Administration et cotation.....	50
L'Interprétation	51
5.Le déroulement de l'enquête	51
Synthèse.....	52
ChapitreIV: présentations, analyses et discussion des hypothèses:	
1.Présentations des cas.....	55
2.Analyses et discussion des hypothèses	100
Conclusion générale.....	104
Liste bibliographiques.....	106
Annexes.	

Liste des tableaux

Tableaux	titres	pages
Tableau N°1	Tableau récapitulatif des critères diagnostique du cas 1	60
Tableau N°	Tableau récapitulatif des critères diagnostique du cas 2	67
Tableau N°3	Tableau récapitulatif des critères diagnostique du cas 3	74
Tableau N°4	Tableau récapitulatif des critères diagnostique du cas 4	79
Tableau N°5	Tableau récapitulatif des critères diagnostique du cas 5	85
Tableau N°6	Tableau récapitulatif des critères diagnostique du cas 6	92

Liste des abréviations :

- **ADN (ARN) :** Acide Désoxyribonucléiques.
- **APA :** American psychological Association.
- **Art :** Article.
- **cf. :** confer.
- **CIM:** International classification of Diseases.
- **COVID-19:** Corona Virus disease 2019.
- **DSM:** Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder.
- **ESPT :** Etat de stress post traumatique.
- **Et al :** Et autres.
- **Etc. :** Et cetera.
- **EPH :** établissement public hospitaliers.
- **L'RS-R :** L'échelle de résilience de (wagnild et young 1993).
- **N.B :** Nota Bene.
- **OMS :** Organisation mondiale de la santé.
- **P. ex :** par exemple.
- **PCL-5:** Post traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5.
- **PTSD:** Post traumatic Stress Disorder.
- **SARS (SRAS) :** Syndrome respiratoire aigu sévère.
- **TCC:** Thérapies cognitives et comportementales.
- **VIH :** Virus de l'immunodéficience Humaine.

La liste des annexes

Annexes	Titres
Annexe N° : 01	Le guide d'entretien.
Annexe N° : 02	Questionnaire (PCL-5).
Annexe N° : 03	Cas N°01(PCL-5)
Annexe N° : 04	Cas N°02 (PCL-5).
Annexe N° : 05	Cas N°03 (PCL-5).
Annexe N° : 06	Cas N°04 (PCL-5).
Annexe N° : 07	Cas N°05 (PCL-5).
Annexe N° : 08	Cas N°06 (PCL-5).

Introduction
Générale

Introduction :

Quand l'épidémie de la COVID-19 avait commencé à prendre son essor, le monde professionnel a été bouleversé ; pendant que la majorité des travailleurs étaient confinées, le secteur médical n'avait pas d'autre choix que de directement faire face au virus.

Cette nouvelle pandémie qui est considérée comme un événement traumatique, et a engendré chez des soignants dans le secteur médical divers troubles, et parmi eux le stress post-traumatique.

L'état de stress post-traumatique qui est indiqué par le DSM-5 comme «*un ensemble de symptômes caractéristiques tel que la reviviscence, l'évitement, les altérations négatives persistantes dans les cognitions et l'humeur, l'hyperréactivité... etc., qui se développe suite à l'exposition à un ou des événements traumatiques* », aussi il considère que cet état est causé par «*un événement hors du commun et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus* ».

Le stress post-traumatique est évoqué généralement dans les fonctions sociales, ou l'individu est en contact direct avec les autres personnes comme la profession des médecins les infirmiers, et les sages femmes.

La sage-femme est une personne professionnelle et responsable qui travaille conjointement avec les femmes pour leur donner un appui essentiel, ainsi que des conseils et des soins nécessaires au cours de la grossesse, lors de l'accouchement et dans la période post-partum. Elle doit être en mesure de prendre toute responsabilité lors d'un accouchement, et de prodiguer les soins nécessaires au nouveau-né et au nourrisson.

Avec la survenue de la Covid 19, la sage femme est plus exposée que jamais à développer divers troubles psychiques notamment le trouble de stress post-traumatique, ce qui est dû à plusieurs événements de nature traumatisant, surtout que les conditions de travail médiocres ne jouent pas en faveur de la sage femme.

Ce champ de recherche est d'après nos connaissances peu étudié, surtout chez la sage femme, c'est pour cela que nous sommes intéressés de très près, à étudier le stress post-traumatique chez la sage femme.

Cette étude a été réalisée au niveau du service de maternité de l'EPSP d'EL KSEUR dans la wilaya de Bejaia, auprès de 6 sujets

Pour la récolte des données, nous avons employé l'entretien clinique semi-directif, le questionnaire PCL-5 pour le stress post-traumatique.

Pour la réalisation de ce travail, nous nous sommes appuyés sur l'approche cognitivo-comportementale (TCC), vu que c'est une approche focalisée sur les cognitions, les émotions

Introduction

et les comportements et qui consiste à comprendre les problèmes actuels et leurs origines, ce qui nous a aidé à comprendre, à mesurer et à décrire l'effet traumatique de la crise sanitaire.

Ce travail se présente sous forme de chapitres qui sont répartis en deux parties, une partie théorique et une partie pratique, la première partie se compose de trois chapitres, la seconde partie se compose de deux chapitres.

Le premier chapitre comprend : l'introduction générale, la problématique, le premier chapitre va aborder le stress post-traumatique, où on présente, un aperçu historique, quelques définitions du stress, l'origine étymologique du mot trauma, définitions du traumatisme, les, les critères diagnostic, les différentes approches théoriques, ainsi que la prise en charge du stress post-traumatique.

le second chapitre comprend : la définition et rôle de la sage femme, historique du métier ,parcours et formation de la sage femme ,et la complexité du métier de sage femme dans le monde et en Algérie .

Le troisième chapitre comprend la définition de la Covid 19, historique de la maladie, origine du coronavirus, les symptômes de la Covid 19, les différentes variantes, diagnostiques et prise en charge de la Covid 19.

La deuxième partie comprend : deux chapitres dans le premier nous avons présenté, l'ensemble des étapes suivies pour la réalisation de notre travail, à savoir la démarche de la recherche, le groupe de recherche, le déroulement, et les techniques utilisées.

Le deuxième chapitre inclut la présentation des résultats et une analyse approfondie et qualitative des 6 cas , ainsi que la discussion des hypothèses.

Enfin , nous avons clôturé notre travail de recherche par une conclusion générale.

*Problématique et
hypothèses*

Problématique et hypothèses

Depuis l'antiquité, l'homme a connu la survenue de plusieurs catastrophes naturelles : comme le cyclone de Bhola qui frappa le Pakistan en 1970, laissant derrière lui plusieurs centaines de milliers de morts, l'apparition de maladies diverses telles que la peste noire en Europe en 1347, une pandémie qui toucha plusieurs populations à travers le monde, aujourd'hui encore le monde assiste à une pandémie unique en son genre qui marque encore une fois l'histoire de l'humanité : la Covid-19.

Les premiers cas de la Covid 19 ont été signalés à Wuhan, en Chine plus exactement le 31 décembre 2019, avec plus de 163,7 millions de cas COVID et plus de 3 millions de décès dans le monde. Pour L'Organisation Mondiale de la Santé: « *la COVID-19 est la maladie causée par un nouveau coronavirus, le SARS-COV-2. L'OMS a appris l'existence de ce nouveau virus le 31 décembre 2019 lorsqu'un foyer épidémique de cas de « pneumonie virale » a été notifié à Wuhan, en république populaire de Chine* ». (OMS, 2020).

Cette pandémie, a fait 472 millions d'infections dans le monde entier à ce jour, avec 265.573 cas enregistrés en Algérie, (OMS, 2022).

Chez plusieurs cas guéris du Covid-19, on trouve que la maladie a laissé plusieurs séquelles physiologiques telles que : des troubles cardio-thoraciques, troubles de l'odorat, et troubles du goût, Des chercheurs de la clinique universitaire de Hambourg-Eppendorf, en Allemagne, ont pu démontrer que même les Covid-19 légers à modérés peuvent affecter à moyen terme le fonctionnement cardiaque, pulmonaire et rénal, tout en augmentant la fréquence des thromboses veineuses des membres inférieurs. Les résultats de leur étude sont tous significatifs sur le plan statistique (European Heart Journal, 2020).

En effet la pandémie a aussi laissé des séquelles psychologiques ; Ce virus a été un événement vécu comme traumatisant pour plusieurs, surtout chez ceux qui étaient dans les premiers rangs, L'ensemble des activités cliniques devait se poursuivre tout en étant adaptés aux circonstances épidémiques, l'organisation des activités doit être adaptée aux gestes barrières et à la distanciation sociale, Mais dans les pays sous-développés il y'a un manque de moyen de protection et de prévention et où les conditions de travail sont médiocres, surtout quand on parle de métiers dont le travail consiste à aider pour donner la vie là où il y a forcément un contact direct avec le patient : la sage femme. (**Guide pratique pour la prise en charge des patients 2020**).

La sage-femme est une personne professionnelle et responsable qui travaille conjointement avec les femmes pour leur donner un appui essentiel, ainsi que des conseils et des soins nécessaires au cours de la grossesse, lors de l'accouchement et dans la période post-partum. Elle doit être en mesure de prendre toute responsabilité lors d'un accouchement, et de prodiguer les soins nécessaires au nouveau-né et au nourrisson, La sage-femme joue un rôle important comme conseillère en matière de santé et d'éducation, (ICM 2011).

Mais L'apparition soudaine de la Covid19, les connaissances incertaines à propos de ce virus, sa propagation à travers des gestes automatiques chez l'humain telle que la respiration, rajouté au manque de moyen de protection et l'exposition au risque d'être infecté sont des facteurs qui favorisent chez la sage femme la survenue de troubles psychologiques divers ; des troubles tels que le trouble de stress post traumatique.

Dr Anne Giersch, psychiatre, directrice de l'unité Inserm 1114 (CHU de Strasbourg) a déclaré « Sachant qu'un SPT émerge en réaction à un épisode traumatique où l'on pense que

Problématique et hypothèses

l'on va perdre la vie, sa survenue est très possible chez les soignants, dans la mesure où ils se sont engagés personnellement et où ils ne se sont pas protégés comme ils le font d'habitude en mettant une distance entre eux et le patient, avec en plus la peur d'être infectés, ils sont particulièrement à risque. Les conditions en réanimation ont été très difficiles, ils ont vu plus de morts que d'habitude, avec un sentiment d'impuissance quand on ne savait pas vraiment comment les choses allaient évoluer au début, ou quand les familles n'avaient pas le droit de visiter les mourants ».

Une enquête menée en Italie chez 1 379 professionnels de santé fin mars 2020, soit quelques jours avant le pic de l'épidémie, révèle un taux élevé de soignants souffrant de dépression, d'anxiété, de stress, d'insomnie et de syndrome de stress post-traumatique (SSPT). Les sages femmes et les soignants en première ligne, c'est-à-dire avoir travaillé auprès de patients atteints ou soupçonné d'être atteint de COVID-19, ont été les plus affectés. Cette étude a révélé que les staffs médicaux qui ont travaillé au premier rang étaient plus susceptibles d'être atteints de trouble de stress post traumatique. **(INSPQ)**

Le trouble de stress post traumatique consiste en une répétition du vécu d'un événement traumatisant, en général violent et soudain et d'une réorganisation caractéristique de la personnalité, ces événements traumatisants (catastrophes naturelles ou humaines) précèdent de quelques semaines voire quelques mois l'apparition de troubles. Des facteurs tels que l'importance et la durée du traumatisme ou l'existence antérieure de troubles de la personnalité peuvent favoriser la survenue de ces états ou aggraver leurs évolutions. **(Kacha F. 2002)**.

À travers tout cela, les questions que nous nous posons sont :

- les sages femmes de l'établissement public de la santé El KSEUR ayant intervenu pendant la crise Covid 19, présentent-elles des symptômes de troubles de stress post traumatique ?
- les sages femmes de l'établissement public de la santé El KSEUR ayant intervenu pendant la crise Covid 19, ont-elles fait preuve de résilience ?

Opérationnalisation des concepts

1. Stress post-traumatique

- souvenirs répétitifs.
- cauchemars et terreurs nocturnes, perturbation du sommeil.
- réaction de sursaut excessif.
- difficulté à se concentrer, trou de mémoire.
- Irritabilité, accès de colère.
- comportement d'évitement.
- hypovigilance.

2. Les sages femmes

- dispensent les soins nécessaires pour les femmes ; avant, pendant et après l'accouchement.
- gèrent en permanence des relations et des interactions avec leurs parturientes et leurs collègues, ainsi avec l'administration et la hiérarchie médicale.
- assistent les femmes pendant l'accouchement.
- sont des praticiennes exerçant une profession médicale à compétence limitée au diagnostic.

3. LA COVID-19

- une fièvre, toux sèche, fatigue, perte du goût et de l'odorat, congestion nasale.
- Conjonctivite (yeux rouges).
- Mal de gorge, Maux de tête.
- Douleurs musculaires ou articulaires.
- Différents types d'éruption cutanée.
- Nausées ou vomissements, diarrhée.
- Frissons ou vertiges, essoufflement.
- perte d'appétit, état confusionnel.
- douleurs ou sensation d'oppressions persistantes dans la poitrine.
- température élevée (supérieure à 38° C).

Partie théorique

*Chapitre I : Le trouble du
stress post traumatique.*

Chapitre I : trouble du stress-post traumatique

Préambule : certains événements sont plus dévastateurs que d'autres au point de vue psychologique, en ce sens qu'ils entraînent en général, une plus forte proportion de détresse et de séquelles post-traumatiques chez ceux qui les ont vécus (**Kacha. 2007. p 137**).

1-définitions des concepts :

Le stress : Selye considérait le stress comme une réaction non spécifique D'un organisme donné, dont les manifestations lui sont propres et diffèrent de celles d'un autre individu. Selon lui, le stress recouvre l'ensemble des réactions physiologiques permettant de s'adapter à un nouveau contexte. Le concept de stress s'appuie sur les notions de « fixité du milieu intérieur » proposée par Claude Bernard au milieu du XIXe siècle et d'homéostasie développée plus tard par Walter Cannon. D'un point de vue littéral, le mot *stress*, qui signifie « contrainte » en anglais, désigne les facteurs de stress, ou stressseurs, alors que le terme *strain* (« fatigue ») s'applique à leurs conséquences, c'est-à-dire les processus développés par l'organisme en réponse à la contrainte. Selye utilisait le mot *stress* pour désigner ces conséquences physiologiques et psychologiques. La réponse de stress peut permettre d'affronter une situation de danger majeur et d'y survivre. En cas de danger moindre, elle permet de faire face au mieux. Elle ne devient délétère que lorsqu'elle s'inscrit dans la durée. (**Nicolas, 2020, p 30**).

Un traumatisme : Le traumatisme psychique désigne un type de dommage d'origine le plus souvent psychologique et qui survient après un événement traumatisant des événements peuvent être de type différent. Lorsque le traumatisme conduit à un trouble de stress post-traumatique, les dommages peuvent impliquer des modifications sur le plan cérébral changeant la réponse de l'individu dans sa vie de tous les jours (**Tarquinio C et al, 2014, p 15**).

on considère qu'un événement est « traumatique » lorsqu'il implique une menace de mort ou une menace grave a son intégrité psychique et qu'il a entraîné une peur intense, de l'impuissance ou de l'horreur chez la victime (**DSM-IV 1994**).

le trouble de stress post traumatique : le trouble de stress post traumatique sont une découverte du XX^e siècle ,ses symptômes ont été officiellement reconnus par l'American psychiatrique association avec le DSM-IV en 1980 et depuis peu par l'Organisation mondiale de la santé avec le CIM-10 en 1992 (**Brillon ,2017**) .

Le trouble de stress post traumatique consiste en une répétitions du vécu d'un événement traumatisant, en général violent et soudain et d'une réorganisation caractéristique de la personnalité ,ces événements traumatisants (catastrophes naturelle ou humaines) précèdent de quelque semaines voir quelque mois l'apparition des troubles .des facteurs tels que l'importance et la durée du traumatisme ou l'existence antérieure de troubles de la personnalité peuvent favoriser la survenue de ces états ou aggraver leurs évolutions. sans traitement précoce, ces états peuvent se chroniciser, conduire a une invalidité et surtout s'organiser dans des revendications sans fin autour d'expertise, d'indemnisation. (**Kacha . 2002. P 138**).

2. l'éthiopathogénie du trouble du stress post traumatique :

Ce n'est que depuis sa reconnaissance dans le DSM-III sous le terme de « Post Traumatic Stress Disorder » qu'il est observé un intérêt grandissant et une multiplication des études épidémiologiques concernant ce trouble. Parallèlement, les chercheurs ont essayé d'élaborer des théories permettant de comprendre les différents processus à son origine. Plusieurs modèles théoriques comportementaux se sont développés, centrés sur l'impact des réactions émotionnelles, anxieuses, et dissociatives. Ils sont inspirés des théories de l'apprentissage, et du conditionnement. Leur concept principal est que le comportement, normal ou pathologique, est essentiellement appris. Concernant les théories cognitives, elles font appel à la théorie des schémas de Beck (1967- 1976). Ce terme de schémas cognitifs désigne à la fois la structure cognitive et les croyances qui composent la structure cognitive. Ces croyances, offrent au sujet un cadre de compréhension de ce qui lui arrive, et lui permettent de rester stable devant un événement. Les événements traumatiques pourraient être responsables d'une modification des schémas de croyances que le sujet a sur lui-même, sur le monde, et sur les autres. Ceci rejoint d'ailleurs la description donnée par Crocq (2007) « cette épreuve constitue pour le sujet un bouleversement profond de l'être, dans ses rapports avec le monde, et avec lui-même ».

Nous allons expliciter dans les paragraphes suivants ces différents modèles, en nous référant principalement à une revue réalisée par Seguin-Sabouraud (2007).

Modèle de Mowrer (1960) Ce modèle a été inspiré par le travail de Pavlov et Skinner sur les mécanismes d'apprentissage. Dans ce modèle, l'apprentissage des réponses de peur (conditionnement classique) et des comportements d'évitement (conditionnement opérant) expliqueraient l'apparition et le maintien de l'ESPT. L'exposition à un événement traumatique (stimulus inconditionnel) provoquerait des réactions fortes sur le plan moteur, physiologique, émotionnel et cognitif. Les stimuli neutres qui sont présents dans le même temps que le stimulus inconditionnel, acquerraient ses propriétés. L'émotion peur serait activée dans un second temps par la confrontation à une variété de stimuli neutres semblables ou associés à l'événement traumatique. Par la provocation d'une réponse de détresse d'anxiété et de peur, similaire à celle du stimulus inconditionnel, les stimuli neutres deviendraient des stimuli conditionnels. Parallèlement à cet apprentissage, la personne apprendrait les comportements d'évitement afin de ne pas être exposée aux stimuli conditionnels responsables de réactions aversives. Cet évitement permettrait une diminution de l'émotion peur. Lorsque la personne fuirait une situation qui a suscité de l'anxiété et le souvenir de l'événement, l'anxiété diminuerait. Cette diminution des réactions aversives renforcerait les comportements d'évitement et provoquerait leur maintien ou leur augmentation. Ce modèle permet d'expliquer les fortes réactions anxieuses retrouvées chez les personnes présentant un ESPT, lorsqu'elles sont confrontées à des stimuli neutres, mais qui sont pour elles associées au traumatisme (Seguin-Sabouraud, 2007). Néanmoins, ce modèle ne permet pas d'expliquer d'autres symptômes, tels que l'hyperactivité neurovégétative ou encore les symptômes dissociatifs qui peuvent être présents en péritraumatique. Pour Foa (1993,1998), ce modèle n'est pas en mesure de différencier le processus intervenant dans l'ESPT de celui intervenant dans la phobie (Seguin-Sabouraud, 2007).

Chapitre I : trouble du stress-post traumatique

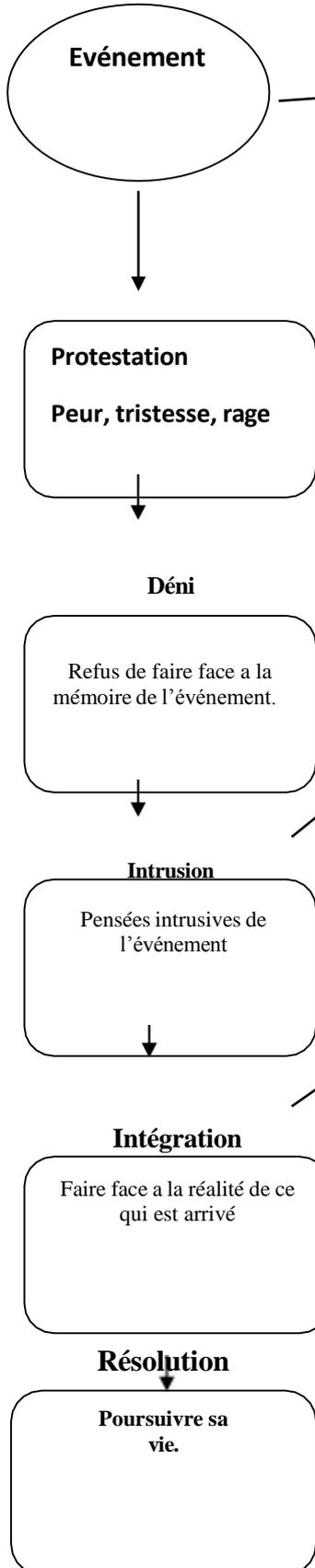
Modèle d'Horowitz (1976, 1996) Dans ce modèle, Horowitz (1976, 1996) intègre des conceptions psychanalytiques, comportementales (gestion du stress), et cognitives (traitement de l'information Piaget). Horowitz insiste dans ce modèle sur l'importance des réactions émotionnelles et dissociatives péri traumatiques dans le développement de l'ESPT. L'ESPT serait dû à un excès d'informations reçues au cours de l'événement traumatique. Le maintien du trouble serait la conséquence d'une incapacité à intégrer dans des schémas cognitifs antérieurs des nouveaux schémas, conséquences de ces excès de nouvelles informations. Les symptômes d'intrusion et d'évitement constitueraient des tentatives répétées d'intégration de l'information. Tandis que des symptômes tels que l'émoussement de la réactivité, le sentiment d'étrangeté, seraient la conséquence de mécanismes de contrôle ou de défense contre cette charge affective importante. Le processus d'intégration, dans ce modèle, est associé au processus de deuil, et se déroulerait en plusieurs étapes qui peuvent se répéter. Selon Horowitz, le rétablissement nécessiterait un travail actif sur ces nouveaux schémas afin de permettre leur intégration. **(Horowitz.1979,p 41).**

Chapitre I : trouble du stress-post traumatique

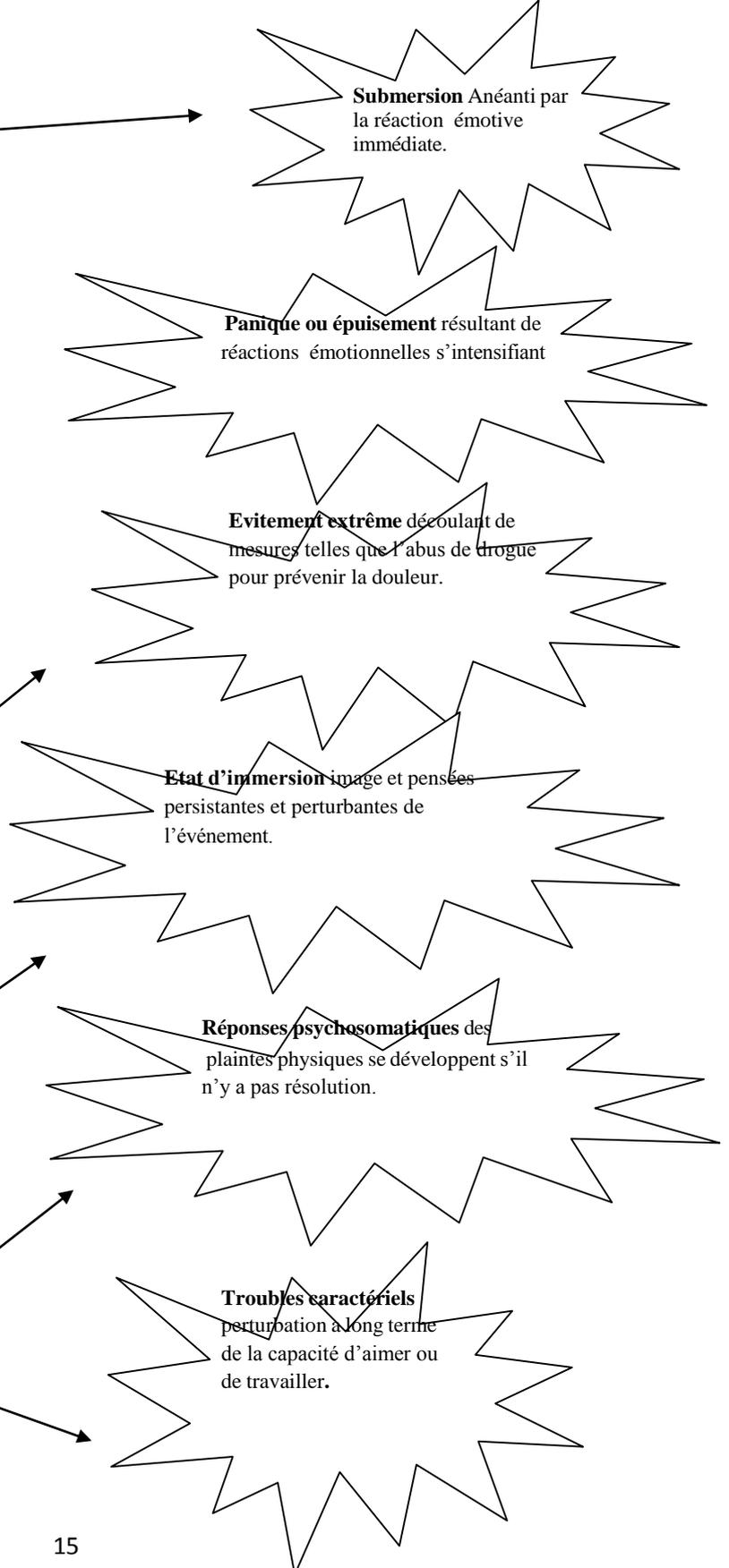
Figure tirée d'Horowitz 1986

Modèle d'Horowitz 1986

Réactions normales



réactions pathologiques



Chapitre I : trouble du stress-post traumatique

Modèle de Jannof-Bullman (1985, 1992) : Ce modèle insiste sur l'ébranlement des conceptions fondamentales du sujet à la suite d'un événement traumatique. Le sujet n'ayant pas connu d'événement traumatique aurait une conception bienveillante du monde, de sa relation à celui-ci, et de sa perception de lui-même. L'événement traumatique confronterait et invaliderait ces trois conceptions. Le sentiment d'invulnérabilité serait ainsi remplacé par des sentiments de détresse et de vulnérabilité. L'expérience de victimisation générerait un déséquilibre cognitif et émotionnel à l'origine des symptômes de l'ESPT. Dans ce modèle, l'intensité des symptômes post-traumatique dépendrait de la valeur des croyances pré-traumatiques du sujet. Ce modèle permet d'expliquer certains symptômes que présentent les personnes à la suite d'un événement traumatique : vulnérabilité, détresse, culpabilité (Seguin-Sabouraud, 2007).

3.évolution du trouble de stress post traumatique : l'évolution se fait soit vers la guérison sans séquelles, soit vers la chronicisation et l'invalidité. C'est pourquoi la prévention des états de stress post traumatiques chez les personnes ayant vécu un événement traumatisant, constitue pour les équipes de secours un objectif majeur.

évolution traité : les données montrent que l'état de la symptomatologie post traumatique à trois mois est un excellent indicateur de l'état de la symptomatologie post traumatique à très long terme si la personne n'est pas traitée, en effet pendant les trois premiers mois suivant un événement traumatique, les symptômes ont tendance à diminuer graduellement de façon naturelle : les ressources adaptatives de la victime s'active, tente de faire face à l'événement traumatique, tente de s'y adapter. L'entourage est mobilisé et peut offrir un soutien aidant. Pour plusieurs victimes, ces facteurs contribuent à atténuer de façon importante les symptômes et à favoriser un retour à la normale. Ces victimes ne développeront pas de trouble de stress post traumatique à long terme et ont réussi à digérer efficacement l'expérience traumatique. (Brillon, 2017, p 24-25).

Évolution non traité : les données indiquent que près de 60% des victimes continuent à souffrir de symptômes significatifs plus d'un an après l'événement traumatique (Breslau et Davis, 1992). De plus, nous savons que les victimes souffrant de trouble de stress post traumatique qui ne sont pas suivies thérapeutiquement peuvent rester symptomatique pendant des années à la suite du trauma. (Brillon, 2017, p 24-25).

pour certain malheureusement le contexte traumatique, les facteurs aggravants déclencheurs, pretraumatiques et de maintien sont trop importants et les symptômes perdurent après trois mois à partir de ce moment les symptômes ont tendance à rester stables et si ils ne sont pas traités peuvent rester chroniques de nombreuses années (Shalev et al., 1996). Des mécanismes de maintien se mettent en place et chronicisent les symptômes (processus de renforcement de l'évitement, distorsions cognitives auto-confirmatoires, épuisement des ressources adaptatives, apparition d'un soutien social négatif...). L'état de la victime ne s'améliore plus de lui-même et ses symptômes et sa détresse se maintiennent à long terme, cet état de fait explique pourquoi le DSM considère que les symptômes qui durent plus de trois mois comme trouble de stress post traumatique « chronique ». (Brillon, 2017, p 24-25).

4- Les critères diagnostiques du trouble de stress post traumatique selon le DSM 5 :

A/événement traumatiques : avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons.

1. en étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants.
2. en étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants.
3. en apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou un ami proche. Dans les cas de la mort ou de la menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel.
4. en étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant.

B/ reviviscence : Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion suivants associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se sont produits.

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants.
2. Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse.
3. Réactions dissociatives (p. ex. rappels d'images, flashbacks) au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait.
4. sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatisant.
5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatisants.

C/Évitement et émoussement : Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, ayant débuté après que celui-ci ou ceux-ci se sont produits.

1. Évitement ou tentative d'évitement des souvenirs, pensées ou sentiments relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse.
2. Évitement ou tentative d'évitement des rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui ramènent à l'esprit des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse.

D/hyper activation : Altérations des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après la survenue du ou des événements traumatiques, comme l'indiquent au moins deux des symptômes.

1. Incapacité de se souvenir d'éléments importants du ou des événements traumatiques (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, ou la consommation d'alcool ou de drogues).

Chapitre I : trouble du stress-post traumatique

2. Croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées à propos de soi même, d'autrui ou du monde.
3. Idées déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatisant qui poussent la personne à se blâmer ou à blâmer autrui.
4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte) ;
5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
6. Sentiments de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres.
7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives.

E/Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après que l'événement traumatisant s'est produit.

1. Irritabilité et accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.
3. Hypovigilance.
4. Réaction de sursaut exagéré.
5. Problèmes de concentration.
6. Troubles du sommeil.

F/détresse significative la perturbation dure plus d'un mois.

5-le trouble de stress post traumatique chez la sage femme :

Le travail de sage-femme expose en plus des risques habituels des métiers du secteur de santé à une charge psychologique et affective du faite de la particularité d'être en responsabilité non seulement de la vie de la mère mais aussi de celle du nouveau-né. Cette particularité rend cette profession vulnérable aux risques psychosociaux essentiellement en résultat à des évènements stressants.

Une étude transversale descriptive menée au CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie moyennant un questionnaire auto administré, rédigé en langue française distribué aux sages-femmes de la région de Sfax. Le questionnaire comportait une première partie relative aux données socioéconomiques et professionnelles et une deuxième partie relative à l'évaluation du stress post traumatique des sages-femmes moyennant l'échelle d'impact de l'événement (Impact of Event Scale Revised) montre que Soixante-quinze sages-femmes répondaient au questionnaire avec un taux de réponse de 80 %. Il s'agissait d'une population exclusivement féminine. L'âge moyen dans leur population était de 45 ans. La majorité était mariée (88 %).

Chapitre I : trouble du stress-post traumatique

Le nombre moyen d'enfants à charge était de 2. Soixante-dix pourcent avaient un indice de masse corporelle supérieur à 25. L'ancienneté professionnelle était de 10 ans et variait de 6 mois à 36 ans. Près de quatre-vingt pourcents des interrogées avaient vécu un événement traumatisant pendant leur cursus professionnel. Les événements rapportés par les sages-femmes étaient: le décès de la parturiente, la naissance d'enfant porteur de dysmorphie, le décès du nouveau-né et les accouchements dystociques. Le score moyen de l'IES-R était de 18. Seize pourcent des sages-femmes avaient des symptômes évoquant un état de stress post traumatique. Le stress était moins fréquemment retrouvé chez les plus âgées avec une ancienneté professionnelle supérieure à 15 ans. Cette étude a été réalisée avant l'apparition de la Covid 19. (INSPQ 2022).

6-les variables pouvant influencé le développement du trouble de stress post traumatique lié a la Covid 19 chez la sage femme :

Au début de l'épidémie de la Covid 19, on disposait de très peu de données pour aider les prestataires de soins de maternité à faire face à la pandémie de COVID-19. C'est pourquoi les systèmes de maternité à travers le monde ont été perturbés, forçant de nombreux pays à appliquer des politiques qui ont changé la pratique des sages-femmes. Les sages-femmes ont été appelées à limiter le soutien apporté aux parturientes, suscitant chez les femmes un sentiment de crainte et d'isolement. Dans de nombreux pays, les rapports qu'entretiennent la sage-femme et la femme, sous forme de rencontres en personne et de contacts tactiles réconfortants, ont été limités. Bien que la distanciation physique et les restrictions imposées sur les déplacements aient soulagé les systèmes de santé, elles ont eu des conséquences inattendues pour les femmes et les familles, telles que des problèmes psychologiques dus à l'isolement et une recrudescence de la violence familiale et basée sur le genre. Dans certains pays, les sages-femmes ont dû cesser de dispenser leurs services essentiels pour travailler dans d'autres secteurs et les femmes se sont vu refuser des soins ou ont été activement découragées d'aller se faire soigner dans des établissements de santé. Par exemple, au Kenya, au début de l'épidémie, les médias ont signalé que les couvre-feux nocturnes stricts qui empêchaient les femmes de sortir de chez elles, avaient entraîné la mort de quatre femmes qui n'avaient pu accéder à temps aux soins d'obstétrique et néonataux d'urgence.(CIS 2022)

Pour mieux comprendre les défis et les préoccupations des associations professionnelles de sages-femmes pendant la pandémie de COVID-19. Une étude menée de juillet 2020 jusqu'à avril 2021 ayant pour but de recueillir des informations auprès des associations de sages-femmes du monde entier afin de déterminer l'impact de la pandémie mondiale. Un questionnaire en ligne a été envoyé par e-mail à chaque association de sages-femmes membre de l'ICM, dans le cadre d'une enquête descriptive transversale. Cette enquête a été élaborée et testée par une petite équipe mondiale de chercheurs et de cliniciens sages-femmes. Elle comprenait 106 questions réparties en sept sections. De juillet 2020 à avril 2021, ils ont reçu 101 réponses du monde entier. Toutes les régions et sous-régions où l'ICM a des organisations membres ont répondu : Afrique francophone et anglophone ; Amérique du Nord et Caraïbes ; Amérique latine ; Pacifique occidental ; Méditerranée orientale ; Asie du Sud-Est ainsi qu'Europe du Nord, centrale et du Sud. L'étude a mis en évidence l'ampleur de nombreux problèmes auxquels les sages-femmes et les femmes ont été confrontées partout

Chapitre I : trouble du stress-post traumatique

dans le monde, du début de la pandémie jusqu'au milieu de l'année 2021. Parmi les thèmes récurrents, elle cite le manque d'EPI et le passage aux consultations en ligne et par téléphone, qui viennent s'ajouter à l'incertitude concernant le lieu d'accouchement dans un contexte de peur de l'infection, ainsi que la transformation des maternités en centres de COVID-19. Les associations ont également fait état d'une réduction des consultations en face à face dans le cadre des soins prénatals et postnatals et ont beaucoup insisté sur l'évolution du rôle des soins communautaires et de l'accouchement à domicile. De nombreuses associations ont mentionné la perte d'autonomie des femmes concernant le choix de leur lieu d'accouchement et la possibilité d'être accompagnées par une personne de confiance pendant et après l'accouchement. À cela s'ajouterait une augmentation alarmante des violences faites aux femmes. Dans de nombreux cas, ces facteurs se traduisent par un déni des droits humains des femmes enceintes. Les sages-femmes ont décrit la réalité de l'épuisement professionnel, de la fatigue extrême et du déclin de la santé mentale en rapport avec la COVID-19. L'enquête a montré que tous ces problèmes ont un impact sur les effectifs de sages-femmes et qu'ils existent dans toutes les régions du monde. Ils sont très répandus et ne se limitent pas aux pays à revenu faible ou élevé. Dans de nombreux pays, les sages-femmes travaillent sans salaire et dans des situations à haut risque qui menacent leur propre vie ainsi que celle de leurs collègues et des membres de leur famille. En outre, la formation des sages-femmes a été gravement perturbée et, dans certains endroits, elle a été complètement abandonnée. Cela ne manquera pas d'aggraver les pénuries de sages-femmes qui existent déjà dans le monde.

Pour résumer, l'enquête a mis en lumière que non seulement les femmes qui avaient accouché étaient touchées par la survenue de la Covid 19 mais aussi les sages-femmes ; le manque de ressources de base et l'inadéquation des systèmes de santé actuels face à une pandémie mondiale. Les sages-femmes se sentent surchargées de travail et sous-payées dans des systèmes de santé où les possibilités de formation sont insuffisantes et les politiques restrictives. Pour la profession de sage-femme, les problèmes chroniques qui se manifestent actuellement ont été exacerbés par la pandémie. Dans de nombreux pays, les sages-femmes avaient déjà du mal à accéder au financement, aux ressources, à la formation et à la reconnaissance en tant que profession autonome, et cela, bien avant l'apparition de la COVID-19. La pandémie a mis en évidence le besoin croissant de soins dispensés par des sages-femmes en dehors des structures d'accouchement établies, notamment dans les pays où les services de sages-femmes communautaires ne font pas partie des services habituels offerts aux mères et aux nouveau-nés. Les femmes ont peur d'accoucher dans des hôpitaux où elles risquent de contracter une infection. Dans certains pays, les femmes sortent de l'hôpital dans les heures qui suivent l'accouchement, même si elles ont subi une césarienne. Souvent, aucun soin de suivi n'est disponible. Les sages-femmes redoublent d'efforts pour fournir certains de ces soins aux femmes et à leurs nouveau-nés, mais souvent elles ne disposent pas des ressources nécessaires pour réaliser ce travail et depuis la Covid 19 elles étaient plus exposées que jamais à développer des troubles psychologiques différents notamment le trouble de stress post traumatique. (CIS.2022)

Tout ceci laisse à comprendre que il y'a plusieurs variables différentes pouvant mener les sages femmes à développer un trouble de stress post-traumatique, L'état de stress post

Chapitre I : trouble du stress-post traumatique

traumatique est une plainte fréquente chez les sages-femmes. Elle peut passer inaperçue malgré un impact profond sur l'équilibre psychologique des sages-femmes. Un dépistage de cet état est important puisqu'il offre la possibilité d'une prise en charge adéquate et précoce. (CIS.2022).

7-facteurs qui peuvent aggraver la réaction post-traumatique :

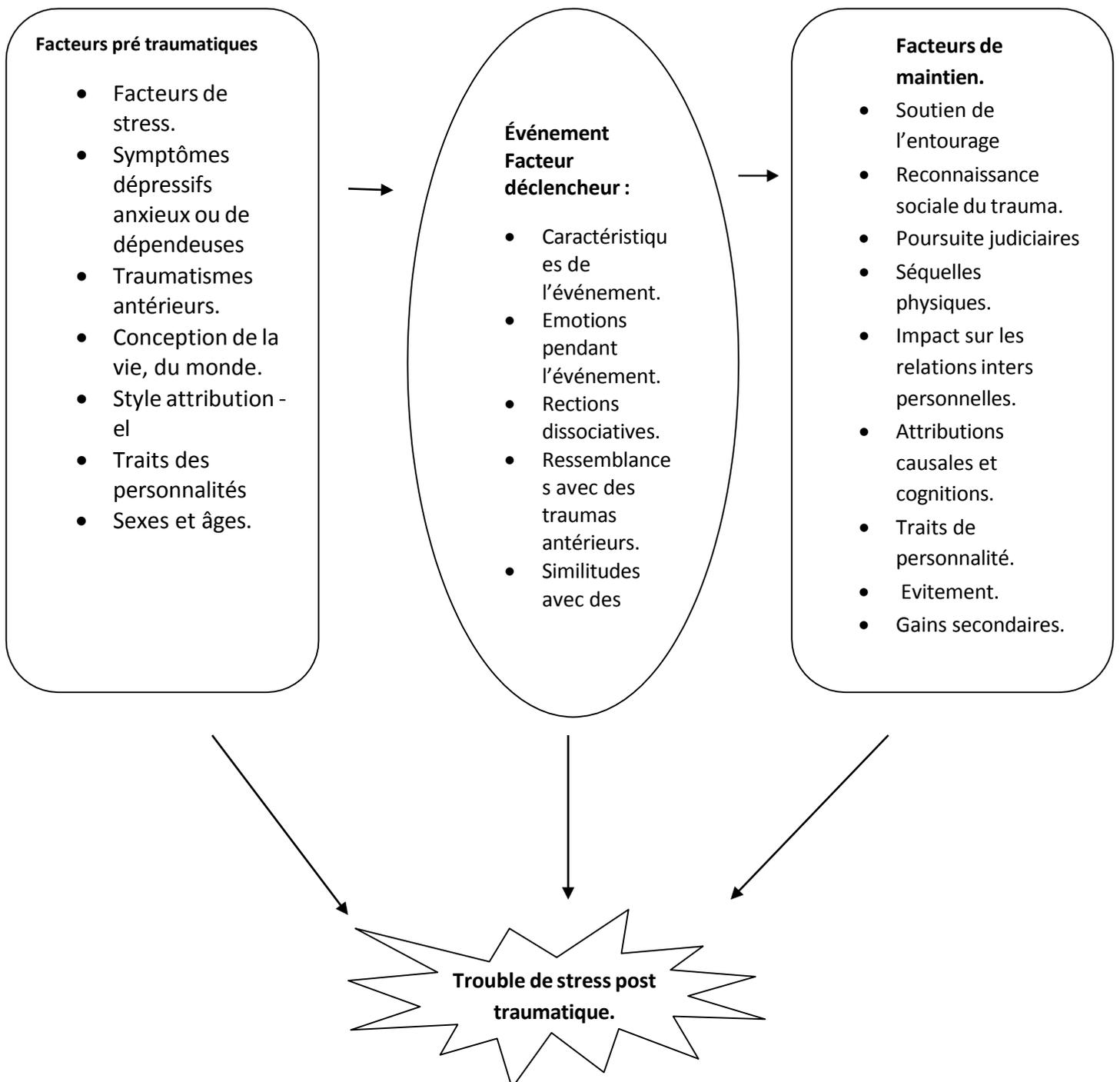


Figure tirée de Brillon 2017.p72.

8-troubles associés au trouble de stress post traumatique :

Le TSPT s'accompagne souvent d'autres symptômes psychologiques. Les données montrent en effet que 80% des victimes souffrent d'un autre trouble psychologique de façon comorbide aux symptômes post-traumatiques (Helzer et al, 1987; Breslau et al, 1991). La réaction post-traumatique ne se limite en effet pas seulement aux symptômes du TSPT comme tels et l'expérience phénoménologique d'une victime est beaucoup plus complexe et riche. (Breslau et al. 1991,p 55).

Dépression : Par exemple, certaines victimes peuvent se sentir particulièrement déprimées à la suite de cet événement. En fait nous savons que près de 50 % des victimes (hommes et femmes) souffriront de dépression majeure de façon comorbide au TSPT à la suite d'un traumatisme (Kessler et al. 1995, P 52). Elles peuvent vivre une importante perte d'intérêt pour des activités qui étaient pourtant plaisantes avant l'événement, une grande tristesse, un manque d'énergie, une perte d'appétit ou de poids ou une impression de dévalorisation importante. Avoir été confronté à un tel événement bouleverse les conceptions de la vie et des gens et entraîne souvent des remises en question douloureuses. La vie semble inutile, futile, insensée, et cette perception favorise la tristesse. Les victimes se sentent différentes des autres, hypothéquées, elles se dévalorisent et ne voient pas de fin à leur souffrance. Les symptômes de deuil dans le cas de la mort d'un proche liée à l'événement (membres de la famille morts dans un accident ou un incendie, collègue décédé ou gravement handicapé dans l'explosion de l'usine, confrère tué dans un vol à main armée, etc.) sont aussi courants et peuvent complexifier l'ajustement post-traumatique. (Kessler et al. 1995,p 52)

Tentatives de suicide. Ces symptômes dépressifs sont quel quefois tellement importants que certaines victimes envisagent même de mettre fin à leurs jours. Le risque de se suicider pour une personne souffrant de trouble anxieux est près de 5 à 7 fois supérieur à celui d'une personne de la population générale (Allgulander, 1994; Szadoczky et al., 2000). Comparativement aux autres troubles anxieux, les personnes souffrant de TSPT présentent les taux les plus élevés de risques suicidaires et les plus bas de soutien social (Kotler, Iancu, Efroni et Amir, 2001). Cette même étude constate de plus le rôle important du soutien social, puisque plus celui-ci est présent, moins le risque suicidaire est élevé. Il semble aussi que l'intensité des séquelles constitue un facteur de risque suicidaire puisque chez les soldats souffrant de TSPT, ceux qui ont fait une tentative de suicide rapportent significativement plus de symptômes post-traumatiques, de dépression et d'anxiété que les soldats souffrant de TSPT qui n'ont pas fait de tentative de suicide (Freeman et Moore, 2000). Par contre, le groupe qui a fait une tentative de suicide ne présente pas de différence avec celui qui n'en a pas fait, en termes d'exposition au combat, (Freeman et Moore, 2000, p 188).

Anxiété : À la suite d'un événement traumatique, des symptômes d'anxiété peuvent se généraliser ou s'aggraver: certaines victimes vont souffrir d'attaques de panique parallèlement aux symptômes post-traumatiques, c'est-à-dire de moments de malaise intense incluant des palpitations cardiaques, des bouffées de chaleur, une sensation d'étouffement ou d'étourdissement, des tremblements. Ces attaques vont habituellement avoir lieu quand la victime est en contact avec des éléments ou des situations qui ressemblent à l'événement.

Chapitre I : trouble du stress-post traumatique

Cependant, certaines victimes peuvent observer une généralisation de leur anxiété dans d'autres situations, comme cette femme qui a été agressée dans une banque et qui a maintenant peur d'aller au guichet automatique, puis au centre commercial, et enfin dans tous les lieux publics. D'autres personnes peuvent ressentir beaucoup d'inquiétude face à l'avenir, à leur situation financière ou à la santé de leurs proches. Ces manifestations d'anxiété peuvent constituer une exacerbation de symptômes anxieux présents antérieurement (en l'occurrence ici des symptômes de trouble panique ou de trouble d'anxiété généralisée) ou peuvent s'être développées à un moment où la victime était fragilisée différentiel)(Brillon , 2017,p 43).

Abus et dépendance à des substances : Parce que les symptômes post-traumatiques et dépressifs sont très souffrants et profondément désagréables, certaines victimes peuvent avoir tendance à consommer de l'alcool ou de la drogue. La prise d'alcool ou de drogue a souvent un effet immédiat apaisant ou euphorisant, à court terme. Elle peut servir à fuir une réalité trop pénible ou des sensations trop douloureuses. Malheureusement, la personne ressent souvent un soulagement immédiat lors de la prise de ces substances, ce qui joue un rôle de renforcement très puissant: la victime a tendance à répéter par la suite ce comportement. Elle se retrouve ainsi piégée dans un cercle vicieux de dépendance, cercle vicieux qui risque de maintenir les symptômes post-traumatiques. Nous savons que près de la moitié des hommes victimes vont démontrer des taux importants d'abus d'alcool et de dépendance à la suite d'un événement traumatique (Kessler et al. 1995). Nous savons aussi qu'en général, 53% des personnes souffrant d'un trouble d'abus d'alcool souffrent aussi de troubles anxieux (Smail et al. 1984).

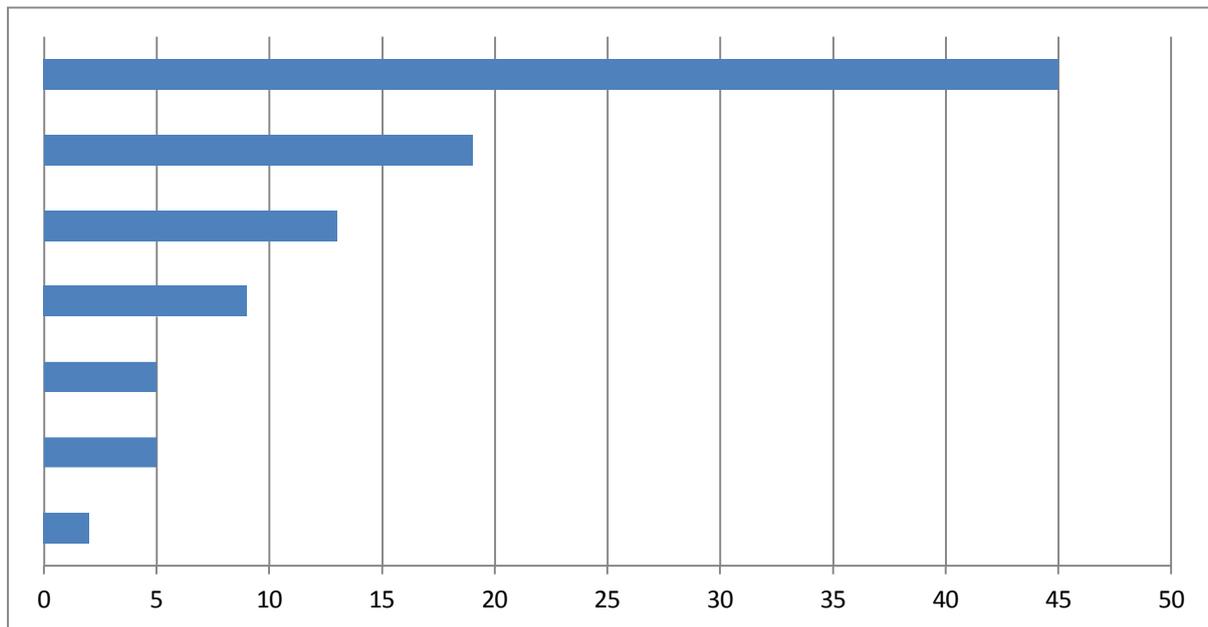
9-la résilience chez les sages femmes atteintes de trouble de stress post-traumatique :

À l'échelle mondiale, les femmes représentent 70 % des personnels de santé et sont plus susceptibles de travailler en première ligne (infirmières, sages-femmes et agentes de santé communautaire) Elles constituent également la majorité des personnels qui assurent le service dans les établissements de santé (ménage, lessive, cuisine) et, à ce titre, sont plus susceptibles d'être exposées au virus. Dans certaines régions, les femmes ont moins accès aux équipements de protection individuelle ou à des équipements à leur taille. Malgré ces chiffres, souvent les femmes n'ont pas voix au chapitre dans la prise de décision à l'échelle nationale ou mondiale sur les mesures prises pour lutter contre la COVID-19. Alors que la crise sanitaire et les mesures restrictives se prolongeaient, des personnes au Québec de tranche d'âges (catégories adulte) et de professions différentes notamment des sages-femmes ont été invitées à partager, dans une question ouverte, les différentes stratégies et activités qu'ils ont mises en place pour garder le moral pendant la crise de la COVID-19. Celles rapportées étaient variées et ont été regroupées en sept grandes catégories : les activités physiques et de bien-être, les loisirs et les passe-temps, les écrans et le fait de s'informer sur la COVID-19, le travail et les études, les activités de socialisation, les activités familiales et les autres activités (regroupant toutes celles ayant été mentionnées dans de faibles proportions, (INSPQ 2021).

Les résultats étaient ainsi :

Chapitre I : trouble du stress-post traumatique

Fréquence (%) de la principale stratégie ou activité pour garder le moral pendant l'épidémie de la COVID-19 mentionnée par les adultes québécois, période du 5 février au 3 mars 2021



45 % activités physiques et de bien être.
19% Loisirs et passe-temps.
13% autres.
9% écrans et information Covid 19.
5% travail-études.
5% activités de socialisation.
2% activités familiales.

- La principale activité ou stratégie nommée par la plus grande proportion de répondants était la pratique d'activité physique et de bien-être. Les répondants ayant nommé ce type d'activité faisaient aussi plus souvent mention des loisirs et des passe-temps (38 %) pour garder le moral.
- Chez les répondants pour qui les loisirs et des passe-temps étaient la principale stratégie, une variété d'autres réponses ont été évoquées en 2^e position. Ainsi, 29 % disaient pratiquer un autre type de loisir ou passe-temps, 26 % faisaient des activités physiques ou de bien-être et 24 % passaient du temps sur leur écran ou à s'informer à propos de la COVID-19.
- Chez les répondants ayant nommé comme première stratégie les écrans et l'information sur la COVID-19, la plupart pratiquaient aussi des loisirs et des passe-temps (42 %) comme autres activités.
- Les participants qui gardaient le moral grâce à leur travail ou leurs études se divertissaient aussi en pratiquant des activités physiques ou de bien-être (28 %) ou des loisirs et passe-temps (20 %).

Chapitre I : trouble du stress-post traumatique

- Cette tendance était similaire pour ceux qui privilégiaient les activités de socialisation : 32 % d'entre eux pratiquaient aussi des activités physiques et de bien-être et 23 % des loisirs et passe-temps.
- Enfin, les répondants ayant rapporté faire surtout des activités familiales pratiquaient eux aussi des activités physiques et de bien-être (34 %), ainsi que des loisirs et passe-temps (28 %).

Entre le 5 février et le 3 mars 2021, au moment de la collecte de ces données, les mesures sanitaires étaient en place depuis près d'un an. Une certaine fatigue pandémique s'est installée au sein de la population. Néanmoins, les répondants aux sondages ont rapporté plusieurs activités et stratégies qui se sont montrées efficaces pour garder le moral pendant la crise sanitaire. Les principales étaient la pratique d'activités physiques et de bien-être, les loisirs et les passe-temps de même que le temps passé sur les écrans et à s'informer sur la COVID-19. La pratique de ces différentes activités a pu avoir un effet protecteur pour les répondants, alors que cela leur a permis de s'adapter et de traverser la crise avec plus de résilience.(INSPQ 2021).

10 la prise en charge de trouble de stress post-traumatique :

Cette question est d'actualité. Il est maintenant habituel d'introduire une prévention des stress post-traumatiques le plus tôt possible après les événements traumatiques. Dans la plupart des pays, l'intégration d'un psychiatre dans les équipes d'intervention de soins d'urgences, est acquise (accidents d'avion, de train, de circulation, tremblements de terre, etc.). (Kacha ,2007,p 139)

a) Pendant la période qui sépare le traumatisme de l'apparition des troubles, toute verbalisation permettant d'exprimer les émotions et d'objectiver l'événement, est thérapeutique. Elle permet d'éviter au processus pathogène de s'installer. Elle est donc à visée préventive.

b) Une fois les troubles déclarés, le traitement consistera à permettre l'abréaction salvatrice de l'événement traumatisant. Un traumatisme récent nécessite une simple incitation au récit.

c) Les psychothérapies peuvent être bénéfiques quel que soit le moment où elles sont entreprises après le traumatisme: - psychothérapie de soutien : permet une reprise de l'autonomie et évite l'organisation régressive;

- psychothérapie analytique ou d'inspiration psychanalytique en fonction de la personnalité antérieure, de la chronicité des troubles et des contre-indications habituelles ;

-psychothérapie de groupe : permet des prises en charge dans les collectivités (armées); - Thérapies comportementales : utiles lorsqu'il existe des symptômes phobiques ou obsessionnels.(Kacha, 2007,p 139).

Synthèse : les personnes ayant vécu un événement traumatique sont souvent profondément bouleversées, La survenu de la Covid 19 a fais naitre en quelques personnes des troubles tel que le trouble de stress post-traumatique les conséquences de ce trouble peuvent par fois être

Chapitre I : trouble du stress-post traumatique

irréversible, mais pas toujours, on retrouve chez certaines personnes des facteurs qui favoriseraient la résilience

*Chapitre II : la profession de
sage femme*

Préambule :

La sage femme est l'un des acteurs clés du système de santé, elle occupe une place particulière de par la prise en charge des activités relatives à la santé maternelle et du nouveau né, elle est spécialisée dans la surveillance et l'accompagnement de la femme au cours de la grossesse, du déroulement de l'accouchement, et du suivi au post partum, le domaine d'intervention de la sage-femme est la prise en charge globale de la mère, de l'enfant et de la famille, dans les périodes pré, per et postnatal.

1-La profession de sage femme entre hier et aujourd'hui

La profession de sage-femme est un métier en constante évolution et surtout vieux comme le monde. Auparavant, la sage-femme ne portait pas cette dénomination, on l'appelait « matrone » ou « ventrière ». Ce mot puise son origine du latin « mater » qui signifie mère. Autrement dit, la sage-femme de l'époque faisait référence à la femme d'expérience, celle qui a connu la grossesse, l'accouchement et qui était donc apte à pouvoir elle-même donner naissance à d'autres enfants.

A l'époque, l'exercice du métier de « matrone » n'exigeait aucune compétence d'obstétrique. Le fait est que le rôle de la matrone était de respecter au mieux les préceptes religieux. La sage-femme de l'époque représentait la sagesse et était fortement reconnue au sein de la société. En effet, cette profession se transmettait de générations en générations et c'était la matrone qui enseignait les grands principes de mise au monde traditionnelle des enfants. Toutefois à partir du XV^{ème} siècle, la profession de sage-femme connaît une réglementation accrue au niveau communal. La sage-femme doit dès lors suivre une formation. Suite à cela, se crée vers la fin du XVI^{ème} – XVII^{ème} siècle, un corpus des sages-femmes hautement qualifiées. Par la suite, les matrones ont commencé à effrayer le pouvoir en place qui n'a pas hésité à les traiter de sorcières et de magiciennes. L'Etat décide alors d'agir et de mettre en place une formation de ces femmes car il s'est rendu compte de l'importance de la naissance. Petite anecdote, sous le règne de Louis XIV, l'idée de faire intervenir un accoucheur pour la mise au monde des enfants de ses maîtresses prend de l'ampleur. Il était devenu bon de faire intervenir un homme lors de l'accouchement. C'est notamment pendant cette période que la sage-femme commence à perdre de l'importance. Vers le XIX^{ème} siècle, la profession de sage-femme connaît un recul considérable. Elles sont dévalorisées dans leur travail et cela s'explique par l'avancée majeure de la médecine. De plus l'apparition de la profession d'infirmière en plus de celle de médecin réduit fortement le rôle des sages-femmes. Début XX^{ème} siècle, l'idée a même été d'aller jusqu'à supprimer le métier de sage-femme car elles n'exerçaient plus leur profession et étaient très mal payées. Toutefois, les autorités se sont vite rendues compte de l'importance d'une collaboration entre le médecin et la sage-femme. Même si ses compétences restent encore largement confondues avec la profession d'infirmière, elle possède toutefois un certain nombre de compétences assez précises. Tout comme le gynécologue, la sage-femme est apte à opérer un suivi médical de la femme avec comme particularité qu'elle ne peut pas elle-même procéder à la péridurale lors de l'accouchement. En effet, cette dernière est pratiquée par un médecin anesthésiste. (Philippe charrié, 2009, p.68)

2-Définitions et rôle la sage femme :

Chapitre II : la profession de sage femme

Définitions du métier de sage femme:

Sur le terrain, de nombreuses organisations ont formulé des multiples définitions potentielles de la profession de sage-femme.

Dans un premier temps, **l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)**

définit la sage-femme ou le maïeuticien comme suit :

« Une personne qui a suivi un programme de formation reconnu dans son pays, a réussi avec succès les études afférentes et a acquis les qualifications nécessaires pour être reconnue ou licenciée en tant que sage-femme (...) ». La sage-femme a pour attribution, avec les accouchements, la surveillance pré et post-natale de la femme enceinte et celle du nouveau né et du nourrisson. Sa formation médicale lui permet d'assurer également la prise en charge efficace du dépistage des pathologies et la possibilité de prescrire certains examens et traitements en cas de besoin. **(OMS, 2020).**

2-3 Le rôle de la sage femme:

La sage-femme joue un rôle déterminant et intervient donc à quatre moments distincts :

-Avant la grossesse de l'enfant

Elle réalise un bilan préconceptionnel et veille à effectuer de multiples vérifications sur l'état de santé de la femme.

-Pendant la grossesse

La sage-femme est apte à donner des cours de préparation à l'accouchement et en cas de risques, elle peut demander des examens supplémentaires s'il existe une suspicion de risques.

-Pendant l'accouchement

La sage-femme est présente pendant toute la phase de travail (hôpital/domicile/maison de naissance). De plus, elle peut procéder à l'accouchement à partir du moment où l'enfant se

Présente bien et si nécessaire procéder à une épisiotomie. En fin d'accouchement, la sage-femme va alors procéder aux premiers soins vis-à-vis du nouveau-né.

-Après la naissance de l'enfant

La sage-femme est présente lors de l'entièreté du séjour en maternité ou à l'hôpital et donne quelques conseils (allaitement, rééducation post-natale..). **(Annick Faniel, 2013, p.49).**

3-Parcours et formation de la sage femme

Dans le monde Partout le manque des sages-femmes est très important .aux Etas-Unis, il existe plusieurs types de sages-femmes selon leur cursus de formation. Il existe en effet, la certified Nurse Midwife(CNM), la Certified Midwife(CM), qui n'est pas reconnue dans tous les étas, et la Cerified Professional Midwife(CPM).

La Certified Nurse Midwife est sage-femme après quatre ans d'études d'infermière puis deux ans d'études de sage-femme .Elles sont au nombre de 6500.La Certified Midwife a une maitrise dans le domaine de la santé puis fait deux ans d'études de sage-femme .La Certified Professional Midwife ,quant a elle,

Chapitre II : la profession de sage femme

obtient son certificat par différents moyens tels l'apprentissage, l'autoformation ou l'école privé. Chaque état des états unis a ses propres lois et règlements qui régissent la pratique de la sage-femme.

Ces formations à plusieurs niveaux se retrouvent en Algérie. Face à la pénurie, une formation parallèle est proposée aux femmes, qui en six mois, sont autorisées à faire des accouchements à l'hôpital au titre d'« accouchement rurale ». On peut ainsi les apparenter aux matrones françaises d'autrefois. Il y a encore peu de temps, seuls une minorité d'algériennes nanties accouchait à l'hôpital.

Au Tchad, en effet une seule école y forme 20 sages-femmes par ans, qui sont autorisées à pratiquer tous l'accouchement, les médecins n'effectuant que les césariennes.

En Tunisie, en ville, les femmes accouchent dans de grands hôpitaux alors qu'en campagne on ne trouve que de petites structures. Les sages-femmes prennent seules en charge toute naissance physiologique. Elles ne sont pas assez nombreuses, si bien que les grossesses sont peu ou pas suivies. (C. Pastant, 2005, p134)

En Algérie :

Les sages femmes algériennes pratiquent leur profession avec beaucoup de stress, les pressions subies sont dues, au fait qu'une sage-femme assure jusqu'à 1000 accouchements par an, voire plus dans certaines zones. Tandis que les normes fixées par l'**Organisation Mondiale de la Santé (OMS)** sont de 175 accouchements par sage femme.

Les sages femmes sont marginalisées dans la mesure où certains ne rendent pas compte de lourdes tâches qu'elles accomplissent au sein des établissements hospitaliers, il lui arrive parfois de faire le travail de médecins ou d'infirmiers pour la prise en charge des femmes hospitalisées, elles sont submergées par la surcharge de travail et surtout par le manque d'encadrement. Cette surcharge de travail est due au manque de médecins spécialistes en gynécologie obstétrique, c'est pour cela qu'elles ne bénéficient pas de programmes de formation, à l'instar des différents spécialistes de la santé, elles sont réellement dépassées, il ressort des témoignages de certaines sages femmes que le métier est devenu une véritable source d'ennuis.

4- Les compétences de la sage femme

Ce texte nous donne huit compétences sur la profession de sage-femme.

- **La compétence n°1**

De la sage-femme renvoie au fait que la sage-femme doit veiller à l'accompagnement et à la surveillance globale et autonome des femmes en bonne santé et des nouveau-nés à partir de leur conception, pendant et après la naissance.

- **La compétence n°2**

Est que la sage-femme accompagne la femme et l'enfant dans les situations dites « à risque » en collaboration avec le gynécologue ainsi que d'autres spécialistes. De plus, en raison de son statut, elle peut aussi poser certains actes médicaux et s'impliquer dans le suivi prénatal et postnatal de la mère et de l'enfant.

- **La compétence n°3**

Chapitre II : la profession de sage femme

De la sage-femme est de savoir situer la femme dans son contexte familial et social. Cela lui permettra de déceler les cas possibles de crise psychosociale. De plus, elle accompagne les couples ayant des problèmes de fertilité tout au long de leur traitement.

- **La compétence n°4**

Est que la sage-femme doit veiller à la formation sexuelle et relationnelle des jeunes. Elle va promouvoir la santé et informer les couples ayant des problèmes de fertilité.

- **La compétence n°5**

De la sage-femme est qu'elle est responsable de son organisation de travail mais elle se doit de collaborer avec les autres structures.

- **La compétence n°6**

Est que la sage-femme participe activement à l'assurance et à la promotion de la qualité des soins et contribue à son développement.

- **La compétence n°7**

De la sage-femme est qu'elle se doit de fonder sa pratique professionnelle sur l'évidence. Elle possède des aptitudes et doit adopter une attitude lui permettant une professionnalisation tout au long de sa vie. C'est le principe de formation continue.

- **La compétence n°8**

La partie relative aux compétences des sages-femmes, si elle fait partie d'une équipe interdisciplinaire, la sage-femme va former des étudiants et/ou collègues pour que ceux-ci acquièrent les compétences professionnelles nécessaires à la maîtrise du métier d'accoucheur/accoucheuse de façon à garantir des prestations de soins optimales. (A. Faniel, 2013, p.17 à 19).

De plus, la sage-femme dispose d'un certain nombre de compétences humaines que voici :

- **Contact et écoute**

Le rôle premier de la sage-femme est le contact humain et l'écoute des futurs parents. Elles renvoient toutefois vers des spécialistes par après. Les sages-femmes sont en quelque sorte un relais entre les médecins et les futurs parents. Elles se définissent comme un lien entre les différents professionnels de la santé qui entourent les parents.

Nous pouvons dès lors dire qu'elles jouent un rôle à la fois pratique et psychologique.

- **Temps et disponibilité**

La profession de sage-femme se base aussi sur l'idée de temps et de disponibilité car elles insistent sur le caractère intime de l'accouchement. Elles proscrivent les accouchements « vite fait bien fait » que l'on retrouve notamment au sein des structures hospitalières. Elles prônent l'écoute des futurs parents et insistent sur la

Chapitre II : la profession de sage femme

mise en place d'un environnement paisible pour la future mère.

➤ **Laissez-faire Vs. intervention**

La sage-femme insiste sur le fait que c'est la parturiente (la femme qui accouche) qui est au centre de son accouchement. La sage-femme accompagne mais c'est bien la future mère qui agit. La sage-femme n'est présente qu'en tant que soutien psychologique.

➤ **Vaincre sa peur Vs. confiance**

La peur reste l'un des grands problèmes lors des accouchements. Certaines futures mères sont tellement effrayées que cela a des conséquences négatives sur l'accouchement. La sage-femme est alors là pour l'informer et répondre aux questions. C'est un point essentiel pour les sages-femmes car elles veulent avoir la confiance de la parturiente. La sage-femme pousse la future mère à se faire confiance et croire en ses capacités à pouvoir mettre un enfant au monde.

➤ **Le geste**

Toutefois, même si l'aspect psychologique est primordial, il va de pair avec le « geste, la juste chose à faire »

. La particularité de leur pratique se traduit par « une précision et une délicatesse de leurs toucher et de leurs gestes. (A.faniel, 2013, p.6 a 7)

Synthèse :

On peut conclure que le métier de sage-femme demande une forte concentration, une grande résistance, pour bien accomplir leurs travail, car donner la vie quoi de plus beau, de plus grand de plus riche en émotion de plus éprouvant aussi.

Chapitre III : La Covid 19

Préambule

Les virus sont des agents infectieux, de petite taille, parasites des procaryotes et des eucaryotes. Pratiquement tous les êtres vivants sont les hôtes d'un ou plusieurs virus. Ces derniers peuvent détruire leur hôte ou au contraire persister chez lui pendant de longues périodes sans dommage apparent. Ils peuvent même apporter un nouveau caractère phénotypique à l'organisme infecté.

- **COVID-19**

1. Historique de la maladie

Le premier cas rapporté est un patient de **55 ans** tombé malade le **17 novembre 2019** en Chine. Un mois plus tard, quelques dizaines de cas sont recensés, incluant plusieurs personnes qui, travaillant au marché de gros de fruits de mer de Huanan, sont hospitalisées à l'hôpital de Wuhan dans la région du Hubei, pour pneumopathie. Personne ne sait encore si les humains se contaminent entre eux ou non, les malades ayant pu être contaminés par une source animale commune. À ce stade déjà, de nombreux observateurs soupçonnent les autorités chinoises d'avoir voulu étouffer la vérité, il aurait en effet été identifié depuis **2019** selon des documents chinois officiels.

Le **21 décembre**, un kit diagnostique ciblant vingt-deux germes pathogènes respiratoires (dix-huit virus et quatre bactéries) donnant un résultat négatif, les médecins réalisent qu'ils sont en présence d'un nouvel agent pathogène respiratoire.

Le **31 décembre 2019**, un pays tiers informe officiellement l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de la survenue de nombreux cas de cette pneumonie d'origine inconnue dans la ville de Wuhan.

Le **7 janvier 2020**, les autorités chinoises confirment qu'il s'agit bien d'un nouveau virus de la famille des coronavirus, baptisé temporairement « 2019- nCoV » et isolent un nouveau type de coronavirus : le SARS-CoV-2 (deuxième coronavirus lié au syndrome respiratoire aigu sévère).

Le coronavirus de Wuhan, désigné internationalement sous le terme « 2019

nouvel Coronavirus » abrégé 2019-nCov, parfois appelé « virus de la pneumonie du marché aux fruits de mer de Wuhan », est le coronavirus à l'origine de l'épidémie de « pneumonie de Wuhan », nom provisoire repris par l'Institut Pasteur. La Chine a annoncé la nommer provisoirement « pneumonie à nouveau coronavirus », lui donnant le sigle anglais officiel de NCP (pour nouvel coronavirus pn **Le 23 janvier**, l'OMS annonce que la maladie est transmissible entre humains. Dans la semaine qui suit, elle indique que les modes de transmission de la maladie sont probablement les mêmes que pour d'autres coronavirus. La Commission nationale de la santé de Chine annonce que le nouveau virus a une période d'incubation pouvant aller jusqu'à deux semaines, et surtout que la contagion est possible durant la période d'incubation. De ce fait, s'il ne fait pas l'objet d'une politique de détection systématique et précoce, il est susceptible de se répandre avec une croissance exponentielle. De ce fait, s'il ne fait pas l'objet d'une politique de détection systématique et précoce, il est susceptible de se répandre avec une croissance exponentielle.

Le 30 janvier, l'OMS déclare que l'épidémie constitue une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI). Certains évoquent la « maladie X », nom donné en 2018 par l'OMS à une maladie susceptible de causer un danger international.

Le 11 février, l'OMS nomme officiellement la maladie : « **maladie à coronavirus 2019 (COVID-19)** ». Le virus est lui nommé : (coronavirus du syndrome respiratoire aigue sévère SARS- CoV-2).

Le 11 mars, le directeur général de l'OMS qualifie la COVID-19 de pandémie, soulignant que c'est la première fois qu'une pandémie est causée par un coronavirus. (**Organisation Mondiale de la Santé, 2020**).

2- Origine de coronavirus ; COVID-19 (SARS-COV-2)

Selon l'**Organisation Mondiale de la Santé (OMS)**, ce virus est apparu et a infecté les premières personnes durant la fin du mois de décembre de l'année 2019, à partir de la ville de Wuhan, en Chine. Concernant l'origine de ce virus, il es à signaler que des informations officielles et des rumeurs contradictoires sont propagée à travers le monde a deux doigts d'un incident diplomatique entre les USA et la

Chine. Une crise sanitaire sur un fond de crise de leader ship économique et d'une campagne électorale américaine sans vérité absolu autour de l'origine de la pandémie. Certains l'expliquent par la colère du Dieu en raison des péchés commises contre les musulmans du Turkestan oriental en Chine. D'autres par contre l'expliquent par les habitudes alimentaires des Chinois qui consomment les chauves-souris qui portent ce virus, ce qui a facilité son transfert vers l'espèce humaine. Enfin, les politiciens et économistes qui l'expliquent par une éventuelle guerre biologique feutrée dévastatrice entre les superpuissances, qui luttent pour la domination du monde. . (A.Blaize, 2020,p15).

3. Définition du coronavirus et/ou COVID-19 (SARS-COV-2)

Forment une famille de virus variés (Coronaviridae) qui peuvent infecter aussi bien l'homme que l'animal. Leur nom signifie "virus en couronne" et vient du fait qu'ils possèdent tous un aspect en forme de couronne lorsqu'ils sont observés au microscope. (A.Blaize, 2020,p.15).

- **Covid-19**

Fait référence à « Coronavirus Disease 2019 », Le Covid-19 est une maladie respiratoire pouvant être mortelle chez les patients fragilisés par l'âge ou une autre maladie chronique. Elle se transmet par contact rapproché avec des personnes infectées. La maladie pourrait aussi être transmise par des patients asymptomatiques mais les données scientifiques manquent pour en attester avec certitude. (L.Vidal, 2020, p115).

4. Les symptômes de la COVID-19 Symptômes les plus courants :

- Fièvre
- Toux
- Fatigue
- Perte du goût ou de l'odorat

Symptômes moins courants :

- maux de gorge
- maux de tête
- courbatures et douleurs
- Diarrhée
- éruption cutanée ou décoloration des doigts ou des orteils
- rougeur ou irritation des yeux

Symptômes graves :

- difficultés respiratoires ou essoufflement
- perte de la parole, difficultés à se déplacer ou confusion
- douleurs thoraciques

Lors de formes particulièrement sévères, les patients souffrent de difficultés à oxygéner leur sang et doivent être hospitalisés et placés sous oxygène. Dans les cas les plus graves, ils sont mis en état de coma artificiel et intubés pour amener l'oxygène au plus près du sang. (Ibid., p.128).

5. Mutation de la covid-19 Variant omicron

Le variant Omicron de la COVID-19 a été désigné comme variant préoccupant par l'OMS. Omicron se propage de façon nettement plus rapide que les autres variants, avec un temps de doublement de 2 à 3 jours. Le risque global lié à ce variant reste donc très élevé.

• Comment le variant Omicron a-t-il émergé ?

Lorsqu'un virus circule activement et cause un grand nombre d'infections, la probabilité qu'il mute augmente. Plus le virus a de possibilités de se propager, plus ses chances de mutation sont grandes.

Les variants comme Omicron nous rappelle que la pandémie de COVID-19 est loin d'être derrière nous. Il est donc primordial de se faire vacciner lorsque cela est possible et de continuer à suivre les recommandations en vigueur pour réduire la propagation du virus,

notamment en respectant les mesures de distanciation physique, en portant un masque, en se lavant régulièrement les mains et en assurant une bonne ventilation des espaces clos.

- **Le variant Omicron est-il plus contagieux ?**

Oui, le variant Omicron est plus contagieux que les autres variants. Sur la base des preuves actuelles, l'OMS indique que le variant Omicron se propage beaucoup plus rapidement que le variant Delta dans les pays où la transmission communautaire est documentée .

Toutefois, la vaccination et le respect de certaines précautions, comme le fait d'éviter les espaces bondés, de garder ses distances avec les autres et de porter un masque, restent essentiels pour contribuer à prévenir la propagation de la COVID-19.

- **Le variant Omicron provoque-t-il des symptômes différents ?**

Aucune donnée ne tend à indiquer que les symptômes de la COVID-19 associés à Omicron sont différents de ceux provoqués par les autres variants. Cependant, Omicron provoquerait généralement une maladie moins grave que les variants précédents comme Delta. [UNICEF- mars 2022].

Variant delta

- **Qu'est-ce que le variant Delta ?**

Le variant Delta de la COVID-19 a été qualifié de variant préoccupant par l'OMS du fait de sa transmissibilité élevée et sa capacité à provoquer une forme grave de la maladie. Dans les régions où il a été mis en évidence, il se propage rapidement d'une personne à l'autre.

- **Comment le variant Delta s'est-il développé ?**

Lorsqu'un virus circule largement et qu'il entraîne de nombreuses infections, il est plus susceptible de muter. Plus le virus a la possibilité de se propager, plus il y a de répliquions, et plus il y a de chances qu'une mutation intervienne.

Les scientifiques surveillent constamment les nouveaux variants du coronavirus à l'origine de la COVID-19 afin de déterminer s'ils se transmettent plus aisément, s'ils sont à l'origine de formes plus graves de la maladie ou s'ils pourraient avoir un impact sur l'efficacité des vaccins.

- **Le variant Delta est-il plus contagieux ?**

Oui. Le variant Delta est hautement contagieux, environ deux fois plus contagieux que les variants précédents. Cependant, les mêmes précautions, à savoir éviter les lieux où il y a beaucoup de monde, garder ses distances avec autrui et porter un masque, restent efficaces contre le variant Delta.

6. Diagnostique de la COVID-19

En quoi consiste le test de dépistage virologique

Actuellement, le dépistage de l'infection par le coronavirus repose sur la réalisation d'un test PCR (réaction en chaîne par polymérase), qui met en évidence ou non de l'ARN (acide ribonucléique) du virus dans un prélèvement nasopharyngé à l'aide d'un écouvillon inséré profondément dans les fosses nasales. Ce test permet de préciser à un instant T si la personne est porteuse ou non de gènes du virus dans cette partie du corps.

Le test PCR est fiable mais nécessite que le prélèvement soit réalisé correctement, c'est-à-dire qu'il doit être fait assez profondément dans le nez. La charge virale (quantité de virus dans un prélèvement donné) varie dans le temps. Les tests PCR peuvent donner des faux négatifs quand la quantité de virus est trop faible pour être détectée, par exemple en tout début d'infection ou après 8 à 10 jours d'évolution car le virus n'est plus alors présent dans le nez.

Chez certaines personnes qui ne présentent plus de symptômes, le test peut être négatif sur des prélèvements de fond de fosse nasale, mais rester positifs dans les sécrétions des bronches pendant quelques jours à quelques semaines. On ignore si ces personnes sont encore contagieuses.

D'autres tests virologiques, dits "antigéniques", sont désormais disponibles. Ils sont également réalisés à partir d'un prélèvement dans le nez. Ils recherchent certaines protéines du coronavirus. Ces tests sont moins sensibles que les tests PCR mais sont plus rapides à mettre en œuvre. . **(Organisation Mondiale de la Santé, 2021).**

Le test virologique

Les tests sérologiques sont réalisés à partir d'un prélèvement sanguin. Ils recherchent des anticorps (protéines de l'immunité) témoins d'une infection passée. Ils ne sont donc pas adaptés au diagnostic de la COVID- 19.

Certains de ces tests sont rapides et ne nécessitent que deux gouttes de sang (tests TROD). De nombreuses pharmacies proposent ce type de test, ces tests sont efficaces pour dépister les personnes qui n'ont PAS été en contact avec le coronavirus (test négatif). Par contre, un test positif doit systématiquement être confirmé par une prise de sang classique. . (**Organisation Mondiale de la Santé, 2021**)

7. Traitement et prise en charge de la covi-d19

- **Traitement**

À ce jour, seulement deux médicaments ont été reconnus comme apportant un certain bénéfice contre la COVID-19 : le remdésivir, un antiviral qui réduirait de deux jours la durée d'hospitalisation des personnes souffrant de formes sévères, et la dexaméthasone, un médicament de la famille de la cortisone, qui réduirait le pourcentage de personnes hospitalisées nécessitant une admission en service de réanimation.

Si aucun traitement n'a fait ses preuves pour prévenir la COVID- 19 ou traiter ses formes légères à modérées (hors usage du paracétamol pour soulager les symptômes), des progrès ont néanmoins eu lieu dans la manière de prendre en charge les personnes hospitalisées, avec moins de recours à l'intubation.

Un très grand nombre d'essais cliniques sont en cours pour essayer d'identifier d'autres traitements : interférons, inhibiteurs de l'interleukine-6, sérum de personnes immunisées par un épisode de COVID-19, divers antiviraux, etc.

Parmi les substances dont les essais cliniques ont montré qu'elles n'avaient PAS d'efficacité en cas de COVID-19 symptomatique, on peut citer l'association lopinavir/ritonavir, l'azithromycine, l'hydroxychloroquine, le sarilumab, par exemple .

Depuis le début de l'année 2021, plusieurs vaccins contre la

COVID-19 sont disponibles :

Deux vaccins dits « à ARN messager » (COMIRNATY des laboratoires Pfizer/BioNTech et mRNA-1273 des laboratoires Moderna) ; Des vaccins à ADN recombinant : le ChAdOx1-nCoV19 des laboratoires AstraZeneca (en partenariat avec l'Université d'Oxford) et le vaccin Janssen (qui devrait être disponible au cours du mois d'avril). (**Organisation Mondiale de la Santé, 2020**).

- **La prise en charge de la covid-19**
- **Traitement symptomatique**

Les patients atteints d'une forme bénigne de la maladie peuvent consulter aux urgences ou dans un service de soins primaires/consultations externes ou être identifiés lors d'actions de proximité, notamment au cours de visites à domicile ou par télé-médecine.

- Il est recommandé de placer en isolement les cas présumés ou confirmés de COVID-19 bénigne pour contenir la transmission du virus, conformément au parcours de soins COVID-19 établi. Ces patients peuvent être isolés dans un établissement de soins ou un équipement collectif désigné pour la COVID-19 ou encore à domicile (auto-isolement).
- Il est recommandé d'administrer un traitement symptomatique aux patients atteints de COVID-19 bénigne, par exemple des antipyrétiques en cas de fièvre et de douleur, associé à une alimentation adaptée et une réhydratation adéquate.
- Fournir aux patients qui présentent une COVID-19 bénigne des conseils sur les signes et les symptômes de complications justifiant des soins d'urgence.

8. COVID-19 et sages femmes

Cette fonction a pendant très longtemps été remplie exclusivement par des femmes, mais elle se masculinise très progressivement. Les hommes qui exercent ce beau métier sont appelés maïeuticiens (la maïeutique, chez les anciens Grecs, désignait l'accouchement ; la mère de Socrate était

maïeuticienne).

Elles ont un statut particulier, ni personnel soignant (elles détestent qu'on les intitule ainsi), ni vraiment personnel médical, bien qu'elles exercent quasiment le même métier, en pratique, que les obstétriciens (ce sont elles qui assurent la plupart des accouchements). . **(Franck P. N., 2020, p. 99.100).**

Synthèse

Le coronavirus est un virus microscopique qui se transmet par vois respiratoire ayant débuté dans une province chinoise et qui s'est propagé par la suite au monde entier définissant la pandémie actuelle donnant des dégâts humains au premier plan, économique au deuxième plan et autres. Les conséquences psychologiques étaient aussi considérables, pour cela nous aborderons dans le chapitre à suivre le traumatismepsychique comme cette pandémie était et demeure un événement inattendu et qui reste inconnu jusqu'au jour d'aujourd'hui, et donc traumatogène.

Partie pratique

***Chapitre IV : Méthodologie
de la recherche***

Préambule :

Dans toute recherche scientifique, l'utilisation d'une méthodologie qui comporte des étapes organisées est très importante, afin de réaliser un travail objectif, et dans ce chapitre on va vous présenter les étapes qu'on a suivies et appliqués dans notre étude sur le terrain.

1- Pré enquête :

Le pré enquête est une étape très importante dans toute recherche, et elle se fait avant l'enquête comme un entraînement et un renseignement sur les cas dont on a besoin dans notre recherche. Elle se fait au terrain et elle est basée sur une observation préliminaire pour récolter le plus d'informations sur notre thème de recherche.

Et aussi, c'est dans la pré enquête qu'on va appliquer notre guide d'entretien comme un essai et un entraînement pour l'enquête.

Alors le pré enquête va nous aider à construire notre problématique et formuler et enrichir nos hypothèses afin de les valider à la fin.

Notre pré enquête s'est déroulé au sein du service de La Santé Mentale de l'E.P.S.P d'EL-Kseur, où on s'est présenté et renseigné sur les cas dont on a besoin dans notre recherche.

Et notre pré enquête était du 15/04/2022 jusqu'au 30/04/2022 dont on a assisté à quelques séances avec les psychologues pour récolter quelques informations sur les sages femmes souffrants d'un stress post-trauma.

2- La présentation du lieu et la durée de la recherche :

Pour réaliser notre recherche, on a effectué notre stage au sein de L'EPSP d'EL- KSEUR dans le service de La Santé Mentale du: 15/04/2022 jusqu'au 30/05/2022.

L'Etablissement publique de santé de proximité d'EL-KSEUR est un établissement à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

L'E.P.S.P d'EL-KSEUR est issu du découpage de l'année 2008 ; suite au décret exécutif N° 07-140 du 19 mai 2017 portant création des établissements publics de santé de proximité et les établissements publics hospitaliers.

L'E.P.S.P d'EL-KSEUR a été mis en fonction au 1^{er} janvier 2008.

Les établissements de santé des localités suivantes : EL-KSEUR, AMIZOUR, BARBACHA, Feraoun, KENDIRA, BENI-DJELIL, SAMAOUN et FENAIA ILMATEN lui sont rattachées.

Le siège de L'E.P.S.P est situé au niveau de la polyclinique d'EL-KSEUR il couvre un bassin de population estime à 144526 habitants répartis entre cités, quartiers, hameaux et lieu- dit et sur une superficie de 481,48 km².

L'E.P.S.P d'EL-KSEUR offre les services suivants aux publics :

- Consultations spécialisées.
- Consultations de Médecine générale.
- Urgence Médico-chirurgicale
- Stomatologie.
- Maternité
- Stomatologie.
- Soins infirmiers.
- Activités de Laboratoire.
- Activités de Radiologie.
- Activités PMI.
- Activités de santé scolaire et bucco-dentaire.
- La Santé Mentale.
- Activités du SEMEP.
- Le SCTMR.
- Service psychologie.

3- La méthode utilisée :

Dans toute recherche scientifique l'utilisation d'une méthodologie qui comporte des étapes organisées est très importante, afin de réaliser un travail objectif.

Et on a choisi comme méthode, la méthode clinique dont on a utilisé l'étude de cas.

3-1.La méthode clinique :

La méthode clinique est liée à une attitude méthodologique générale qui consiste en l'étude plus au moins prolongée de cas individuels, l'individu étant considéré comme le cadre de référence. Elle répond à l'objectif principal de la

psychologie clinique, à savoir comprendre l'homme dans sa totalité, dans sa singularité, en situation et en évolution (Daniel Lagache, 1949 ; Juliette Favez-Boutoumier, 1968), le sujet étant considéré ici comme un être unique, singulier, n'étant semblable à aucun autre (**H.Benony, KH.Chahraoui, 1999, PP12-13**).

3-2.L'étude de cas :

Étude de cas n'est pas une expression simple : elle implique un objet le cassur lequel est opérée une activité particulière étude qui rappelle tant la dimension scolaire qu'artistique Etude en rouge de Conan Doyle ou étude en peinture. Ou scientifique une étude sur les primates, ou encore professionnelle une étude de notaire.

Etude de cas se définit étymologiquement par :

Cas « XIII siècle » : vient du latin « casus » qui signifiait « événement », mais aussi situation définie par la loi pénale. L'usage médical n'apparaît qu'au XVIIIe pour désigner une situation pathologique représentées par un individu qui n'a d'importance qu'en tant que porteur, révélateur, du phénomène en cause un cas de fièvre. Mais, dans les emplois courants, la formule X est un cas désigne à la fois son caractère exceptionnel et sa différence, qui, souvent, n'est pas positivement perçue. Le paradoxe de cette notion réside en ce qu'elle se réfère à la singularité mais aussi à l'appartenance ne catégorie un cas de ...psychose, névrose...

A la différence, à l'originalité, mais aussi à l'illustration d'une généralité dès lors qu'on lui ajoute « de ».

Étude désigne l'effort intellectuel orienté vers l'observation et la compréhension.

Parler d'étude de cas implique donc que la singularité et l'originalité ne se suffisent pas à elles-mêmes, mais qu'elles doivent faire l'objet d'une action, d'une méthode, pour les faire apparaître : étudier un cas c'est bien le découpage parmi les autres, comme représentant d'une caractéristique, d'une essence, lui faire subir une analyse (et non pas le laisser se présenter tel qu'il est : étudier n'est ni photographier ni raconter). On mesure alors les points de convergences avec l'idéal de la méthode clinique (singularité, totalité, concret, humain) et les divergences (analyser, transformer, faire apparaître...). (**Jean et al, 2015, p48**)

4 les techniques d'investigations

-Les techniques d'investigations : Toute démarche d'un projet de recherche nécessite au préalable une analyse de la situation qui consiste à définir les besoins de la population destinataire du projet et à identifier un problème afin d'en trouver les causes et les solutions possibles.

Dans notre recherche nous avons utilisé deux techniques qui sont :

1- L'entretien Clinique

2-Teste PCL5

4-1-L'entretien clinique :

-Notre première technique que nous avons choisie est celle de l'entretien clinique semi directif pour objectif de recueil des données, ainsi que la recherche des informations.

-L'entretien clinique est un outil de prédiction de la phase exploratoire d'une enquête, c'est un processus exploratoire qui contient une possibilité permanente de déplacement de questionnement et permet le processus de vérification continu et de reformulation d'hypothèse. (Gotman A., 2007, p.39).

***L'entretien clinique se constitue de trois types qui sont :**

-L'entretien directif

-L'entretien non-directif

-L'entretien semi-directif

Dans le cadre de notre étude, et la qualité des informations, on a opté pour l'entretien semi-directif pour donner plus de liberté aux sages femmes interrogées, selon **ANGERS .M**, l'entretien clinique semi-directif est : «Une technique directe scientifique auprès d'individu prés isolement, mais aussi, dans certains cas, aux prés de groupe qui permet de les interroger d'une façon semi- directif et de faire un prélèvement qualitatif en vue de connaitre en profondeurs les informations ». (**Angers.M, 1997, p.144**).

L'entretien clinique de recherche est toujours associe a un guide d'entretien plus en moins structuré : il s'agit d'un « ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer ». Dans ce guide, le chercheur prépare la consigne à l' avance, celle- ci sera nécessairement identique pour tous les sujets.

Dans le cadre pratique, on a utilisé un guide d'entretien composé de quatre axes chacun des axes comprend des questions ;

Axe n°1 : formation personnelle.

Axe n°2 : le travail avant et durant la Covid-19.

Axe n°3 : trouble de stress post traumatique.

Axe n°4 : la résilience.

Toutes les questions qu'on a posées ont pour but de détecter des indices stress post-traumatique ou un processus de résilience auprès de ces sujets de recherche.

On vous renvoi à l'annexe N pour le guide d'entretien au complet. (**Chahraoui, Bénony, 2003, p125**).

Le questionnaire

Le questionnaire est une technique de collecte des données qui consiste pour le chercheur à poser de manière identique une même série de questions à tous les participants d'une recherche lorsqu'il procède à une enquête ou à une expérimentation. (**Tremblay, 2009, p. 70**)

Présentation du questionnaire du stress post-traumatique (PCL 5)

La description

Le PCL-5 est une mesure d'auto-évaluation de 20 éléments qui évalue les 20 s

- Surveillance de l'évolution des symptômes pendant et après le traitement
- Dépistage des individus pour le TSPT
- Faire un diagnostic provisoire du TSPT

L'étalon-or pour le diagnostic du SSPT est un entretien clinique structuré tel que l'échelle de SSPT administrée par le clinicien (CAPS-5). Si nécessaire, le PCL-5 peut être évalué pour fournir un diagnostic provisoire du SSPT.

Administration et notation

Le PCL-5 est une mesure d'auto-évaluation qui peut être complétée par des patients dans une salle d'attente avant une séance ou par des participants dans le cadre d'une étude de recherche. Il faut environ 5 à 10 minutes pour terminer. Le PCL-5 peut être administré dans l'un des trois formats suivants :

- Sans critère A (instructions brèves et éléments uniquement), ce qui est approprié lorsque l'exposition aux traumatismes est mesurée par une autre méthode
- Avec une brève évaluation du critère A
- Avec la liste de contrôle révisée des événements de la vie pour le *DSM-5* (LEC- 5) et l'évaluation étendue du critère A

L'interprétation du PCL-5 doit être faite par un clinicien. Le PCL-5 peut être noté de différentes manières :

- Un score total de sévérité des symptômes (plage - 0-80) peut être obtenu en additionnant les scores pour chacun des 20 éléments.
- Les scores de gravité des groupes de symptômes du *DSM-5* peuvent être obtenus en additionnant les scores des éléments d'un groupe donné, c'est-à-dire le groupe B (éléments 1-5), le groupe C (éléments 6-7), le groupe D (éléments 8-14) , et le groupe E (articles 15-20).

- Un diagnostic provisoire de TSPT peut être posé en traitant chaque élément coté 2 = « Modérément » ou plus comme un symptôme approuvé, puis en suivant la règle de diagnostic *DSM-5* qui nécessite au moins : 1 B élément (questions 1-5), 1 C item (questions 6-7), 2 items D (questions 8-14), 2 items E (questions 15-20).
- Les premières recherches suggèrent qu'un score de coupure PCL-5 entre 31-33 est indicatif d'un probable SSPT dans tous les échantillons. Cependant, des recherches supplémentaires sont nécessaires. De plus, étant donné que la population et le but du dépistage peuvent justifier des scores seuils différents, les utilisateurs sont encouragés à prendre en compte ces deux facteurs lors du choix d'un score seuil.

Interprétation

Les caractéristiques du cadre du répondant doivent être prises en compte lors de l'utilisation des scores de gravité PCL-5 pour établir un diagnostic provisoire. L'objectif de l'évaluation doit également être pris en compte. Un score de seuil inférieur doit être pris en compte lors du dépistage ou lorsqu'il est souhaitable de maximiser la détection des cas possibles. Un score seuil plus élevé doit être pris en compte lors de la tentative de poser un diagnostic provisoire ou de minimiser les faux positifs. (Blvins, 2021)

5-Le déroulement de l'enquête

L'enquête peut faire partie d'un plan de recherches d'ensemble, par exemple une étude sur l'automatisation dans tel secteur industriel.

Elle peut naître aussi dans un *problème immédiat* auquel il faut trouver une solution dans le cadre d'une politique gouvernementale ou sociale : la situation des travailleurs étrangers ; ou en prévision de problèmes qui se poseront dans les années à venir : l'arrivée des jeunes sur le marché du travail ; naître d'un besoin d'information urgent : enquête d'opinions pour le gouvernement ou étude de marché par une firme industrielle. (GRAWITZ, 2001, p. 519)

Notre enquête s'est déroulée, auprès des sages femmes qui sont intervenues pendant la période COVID-19, à l'EPSP de EL KSEUR dans leurs bureaux on ce conforme aux règles de l'éthique et aux cadres déontologiques. Mais bien avant de commencer notre enquête on s'est présentée autant que des étudiantes en master II, pour effectuer une recherche sur « *trouble du stress post-traumatique chez les sages femmes ayant intervenues pendant la covid-19* ». Ces sages femmes A nous ont assuré de leur disponibilité à répondre à toutes les questions posées, et cela en respectant la volonté de ces derniers pour collaborer avec nous, assurant de ce fait le consentement éclairé. Nous leur avons également garanti, sur le fait que leurs informations personnelles resteraient confidentielles et anonymes, et que nous allons seulement les utiliser dans le but d'une recherche scientifique.

- Premièrement : après avoir eu un accord verbal, on a fait passer notre entretien semi-directif aux sujets, la durée de ce dernier c'est varié d'une sage femme à une autre avec une moyenne de 45 minutes à une heure. On ce qui concerne la langue dans notre guide d'entretien nous avons utilisée la langue française, on raison que nos sujets assimilent, et admettre la langue française.
- Deuxièmement : nous avons utilisé un questionnaire (PCL-5) et cela a été fait après avoir expliqué les consignes de ce test.

Synthèse

Afin de confirmer nos hypothèses on a utilisé l'entretien semi-directif accompagné d'un guide d'entretien pour mieux récolter plus d'information sur nos cas, pour arriver aux résultats. La méthodologie constitue un élément indispensable dans tout travail de recherche, car elle nous a permis d'assurer une meilleure organisation de notre travail.

*Chapitre V : présentations, analyses
et discussion des hypothèses :*

Présentation du 1^{er} cas :

Baraka est une sage femme âgée de 53 ans qui exerce maintenant depuis 30 ans, elle a 2 enfants le plus âgé a 25 ans le plus jeune en a 22 ans, elle travaille uniquement la journée de 9h jusqu'à 18h.

A notre arrivée Baraka était déjà arrivée, assise derrière son bureau, nous avons remarqué qu'elle était très accueillante, elle nous a dit qu'elle allait répondre à n'importe quelle question et qu'elle ferait tout test qu'on lui propose.

Après lui avoir posé des questions comment était ses heures de travail avant la Covid 19 Baraka nous a répondu ainsi : « avant la Covid c'était normal assez calme vous savez moi avec mon expérience l'accouchement ne me stresse plus et les femmes me font confiance, mais avec la Covid surtout au début, c'était assez stressant ».

Après nous lui avons demandé ce qui était stressant pendant la Covid 19 « on en connaissait peu sur la maladie, kol ywn dacho idiheder ... n'importe quoi kan nekni ombd netamen, en plus y'avais des femmes elles venaient elles avaient la Covid mais elle mentaient, elles nous disaient que non on n'est pas malade ,une fois y'avait une femme qui a accouché c'était moi sa sage femme , imagine le bébé est mort ,après son mari est venu nous dire que sa femme avait la Covid est-ce que c'est pour ça que peu être le bébé est mort elle nous a menti, les deux ont mentis ,y'avais plusieurs femmes qui avaient caché le fait qu'elles sont malade, d'ailleurs l'une d'elles m'a contaminé , j'ai été gravement malade j'ai cru mourir ,même mes enfants et ma famille avaient peur , j'ai eu la chance d'avoir une belle mère extraordinaire, elle cuisinait pour moi chaque jour et me ramener de la nourriture et destisanes elle a pris soin de moi »(*chaqu'un ce qu'il dit ...et nous on y croyais*). puis une infirmière l'a interrompu car elle avait besoin de quelque chose Baraka s'est excusée et nous a dit qu'elle allait revenir .

Baraka est revenue et avait un grand sourire aux lèvres « voila je disais que ...euh ... ah oui ! c'est ce qui m'a aidé à dépasser cette période difficile et stressante tamgharhiw dhederyaw oufighthen zathi ,lokan machi d nouhni lokan heblgh (*c'est ma belle mère et mes enfants que j'ai trouvé a mes cotés si ce n'était pas eux , je serais devenue folle*)

«c'est vrai que ça m'arrive d'en rêver parfois même j'essaye même d'éviter quelque endroits mais après c'est bon le stress du début était moins présent toujours présent mais un peu moins, j'ai commencé à avoir l'habitude je dors bien en fin par fois ca m'arrive de me réveiller mais normal ça va ,c'est vrai qu'il est pas complètement parti le stress mais ça va ,on portetoujours nos bavettes et on fait attention c'est tout en tout cas je vais vous dire une chose et fem g rebi d wina i desah mayla tfem g rebi vous n'aurez rien a craindre wlh »(*aillez confiance en dieu c'est le plus important ,si vous avez confiance en dieu vous n'aurez rien a craindre je vous jure*).

«Il n'y a pas beaucoup de moyen de protection, mais j'ai confiance en dieu ...voila »

Chapitre V présentations, analyses et discussion des hypothèses

À la fin madame Baraka nous a dit de revenir vers elle si on avait besoin de quoi que ce soit même si c'était personnel ou si on avait d'autres questions, et elle a quitté la pièce car il y avait quelqu'un qui l'appelé.

	Critères diagnostiques du DSM 5	Critères présentés par le cas 1
Cas 1	<p>A/événement traumatiques : avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. en étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants ; 2. en étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants ; 3. en apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou un ami proche. Dans les cas de la mort ou de la menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel ; 4. en étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant. 	A1
	<p>B/ reviviscence : Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion suivants associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se sont produits.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants. 2. Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse. 3. Réactions dissociatives (p. ex. rappels d'images, flashbacks) au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait. 4. sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatisant ; 5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatisants. 	B1 / B2 / B3 / B4 /
	<p>C/Évitement et émoussement : Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, ayant débuté après que celui-ci ou ceux-ci se sont produits.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Évitement ou tentative d'évitement des souvenirs, pensées ou sentiments relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse ; 	C1/C2

	<p>2. Évitement ou tentative d'évitement des rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui ramènent à l'esprit des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse.</p>	
	<p>D/hyper activation : Altérations des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après la survenue du ou des événements traumatiques, comme l'indiquent au moins deux des symptômes.</p> <p>1. Incapacité de se souvenir d'éléments importants du ou des événements traumatiques (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, ou la consommation d'alcool ou de drogues) ;</p> <p>2. Croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées à propos de soi même, d'autrui ou du monde</p> <p>3. Idées déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatisant qui poussent la personne à se blâmer ou à blâmer autrui ;</p> <p>4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte) ; 5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;</p> <p>6. Sentiments de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres ;</p> <p>7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives.</p>	<p>D2</p>
	<p>E/Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événement traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après que l'événement traumatisant s'est produit.</p> <p>1. Irritabilité et accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets ;</p> <p>2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.</p> <p>3. Hypovigilance.</p> <p>4. Réaction de sursaut exagéré.</p> <p>5. Problèmes de concentration.</p> <p>6. Troubles du sommeil.</p>	<p>E3 / E4/E5/E6.</p>

	F/détresse significative la perturbation dure plus d'un mois.	Critère F présent.
--	--	---------------------------

Synthèse : on remarque que notre cas Baraka présente un seul critère du premier critère diagnostique du DSM-5 A-(A1), et 4 critères du deuxième critère diagnostique B-(B1, B2, B3, B4). Elle présente 2 critères du 3ème critère diagnostique C-(C1, C2), et un seul critère du critère D-(D2), et 4 critères du critères E-(E3, E4, E5, E6), on trouve également la présence du critère F .

Chapitre V présentations, analyses et discussion des hypothèses

<i>Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :</i>	<i>Pas du tout 0</i>	<i>Un peu 1</i>	<i>Modérément 2</i>	<i>Beaucoup 3</i>	<i>Extrêmement 4</i>	
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?				X		
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?				X		
3. Se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?				X		
4. Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement ?			X			
5. Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation) ?		X				
6. Essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'événement ?			1	X		
7. Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objets) ?			X			
8. Des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ?	X					
9. Des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (des croyances comme : je suis mauvais, j'ai quelque chose qui cloche, je ne peux avoir confiance en personne, le monde est dangereux) ?	X					
10. Vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?		X				
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?	X					
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?			X			
13. Vous sentir distant ou coupé des autres ?		X				
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?	X					
15. Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?		X				
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?	X					
17. Être en état de « super-alerte », hyper vigilant ou sur vos gardes ?					X	
18. Sursauter facilement ?				X		
19. Avoir du mal à vous concentrer ?			X			
20. Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?				X		
Score global	0	4	8	18	4	34

Analyse des résultats du questionnaire (PCL-5 post-traumatic checklist Version DSM-5 :

Le tableau ci-dessous représente le résultat du questionnaire PCL 5 de notre cas Baraka d'après ses résultats nous constatons un score élevé de 34 qui est supérieur à 31 ce qui indique que notre sujet manifeste un PTSD.

Nous remarquons dans le cluster B (items 1-5) que 4 items ont été cotés 2 et plus les items (1, 2, 3) sont cotés 6, l'item (4) est coté 2. ce qui fait un score globale de 5.

Dans le cluster C (items 6-7) les deux items ont été cotés 2 et plus l'item 6 est coté 3, et l'item 7 est coté 2. Le score global est donc 5

Dans le cluster D (item 8-15) 1 item est coté 2 c'est l'item 12.

Dans le cluster E (items 15-20) 4 items sont cotés 2 et plus, les items 12 et 20 sont cotés 3, l'item 17 est coté 4, l'item 12 est coté 2. ce qui fait un score global de 12.

Synthèse du résultat du test PCL-5 de Baraka :

Nous constatons même avant d'analyser les clusters de plus près que Baraka présente un score supérieur à la moyenne, le résultat des clusters n'a fait que confirmer que Baraka souffre d'un trouble de stress post traumatique.

Présentation du 2^{ème} cas :

Dalila est une femme âgée de 52 ans, mariée et a 2 enfants dont l'ainé a 23 ans et le second 18 ans et va passer son bac. Dalila a commencé le travail à l'âge de 24 ans et a une expérience de 28 ans.

Quand on a rencontré Dalila, on était déjà en train d'avoir un entretien avec une autre sage femme qui est sa collègue, elle est venue assister, « j'ai aussi envie de vous aider quand vous allez terminer », « bghigh awendahkogh aussi » (j'ai moi aussi envie de vous raconter) dit elle, elle avait un sourire aux lèvres et était d'humeur joyeuse, elle nous a demandé de la suivre dans une autre pièce qui se trouvait à coté.

Après nous avoir dicliné son âge et nous a fourni des informations sur sa situation matrimoniale et son nombre d'années d'expérience. Nous lui avons demandé si le métier de sage femme était un choix personnel « oui bien sur ,lokan outhe3ilgh ara lokan heblegh ,j'ai toujours eu envie de devenir sage femme ,je me souviens le premier jour de travail ,mon père m'avait regardé et dis de ne pas y aller des qu'il m'avais dit ca j'ai commencé à pleurer ,et quand il m'a vu pleurer il m'a dis ,vas-y ne pleure pas fais ce qui te fais plaisir »(si je n'avais pas fais sage femme ,je serai devenu folle).

« Je n'ai jamais regretté mon choix, nous à l'époque on nous a transmis la vraie médecine, on nous a appris à respecter les gens »

Puis une personne est rentrée et nous a interrompue pour demander a Dalila de remplir la paperasse, Dalila nous a regardé après la sortie de sa collègue et nous a dis « *voila am thayi tora olach ikl l'esprits d'équipe, bach atekhedmet deg la santé ila9 d'abord atilit tourebat ,terbiya avant tout markith la phrase ayi c'est important* »(voila comme cette personne ,elle n'a aucune esprit d'équipe , pour travailler dans le secteur de santé il faut être éduqué l'éducation passe avant tout , marquez cette phrase c'est important)

Quand on a demandé a Dalila si le travail de sage femme correspondait à ses attentes, elle a répondu ainsi « non ce n'était pas exactement comme dans mon imagination après tout. la théorie en Algérie est une chose et la pratique en est une autre, mais j'ai quand même aimé et je n'ai jamais regretté mon choix »Dalila fixait la table tout en tenant un stylo dans sa main ,elle dessinait dessus, « ce que je regrette c'est que les gens qui travaillent dans la santé de nos jours sont mal formés contrairement à ma génération, par exemple *thina idikchmen akn izgli thesekerhagh lhayatnigh olach g 9erouyis* elle stresse tout le monde »(par exemple celle qui est entrée tout à l'heure ,elle nous fait détester nos vies ,elle n'a rien dans la tête).

Puis on lui a demandé comment était le travail avant la Covid 19, combien de jours travaille-t-elle par semaine et si ses journées étaient chargées, elle a répondu :

« Je travaille en système de navette de 3 jours de 9h a 18h, les journées ne sont pas très chargées, ça dépend d'ailleurs, la seule chose qui me stressais c'est l'hostilité de certaines personnes, mais avec l'apparition de la Covid c'était compliquer »

Puis on lui a demandé ce qui a compliqué les choses avec l'apparition de la Covid « *llan l3ibad ossinen ara acho lma3nass gestes barrières oufhimen ara ,puis c'était stressant vue la nature de notre travail nekni on est direct exposés ,yerna par fois quand la femme accouche attafet ida9as nefz atebgho atekes la bavette nekki ouzmirghara asinigh ala* »(il y'a des gens qui ne connaissent pas ce que c'est que les gestes barrières, ils ne comprenaient pas ,puis c'était stressant vu la nature de notre travail ,nous on est directement exposées ,en plus par-

fois quand la femme accouche ,elle n'arrive pas à respirer, elle enlève la bavette et moi je ne peux pas lui dire non).

« D'ailleurs j'ai eu la Covid wighth sayi g lkhedma, lah9egh gh lmouth hospitalisée pendant 2 mois j'avais complètement perdu la notion du temps, j'ai toujours des séquelles, j'oublie beaucoup j'en fais des cauchemars par fois je ne me souviens pas de ce qui se passé » (d'ailleurs j'ai eu la Covid, je l'ai eu ici au travail)

« Quand je passe devant l'hôpital je repense a la Covid, une fois j'ai croisé l'infirmière qui a pris soin de moi pendant que j'étais malade, quand je l'ai vu j'ai pleuré ça me rappelle quand j'ai failli mourir maintenant des que je suis fatiguée ou enrhumée je me dis c'est la Covid !!
»Dalila avait les larmes aux yeux quand elle nous a raconté ça.

« la verité tsseyigh oudtmekthaygh ara oussani je n'aime pas y penser »(la vérité j'essaye de ne pas penser a ces jours je n'aime pas y penser).

Puis nous lui avons demandé si ça lui arrivait d'éviter de penser ou de voir des endroits qui lui font de ce rappelé ces mauvais souvenirs « ouii ! Je n'aime pas passer devant l'hôpital ni voir la route qui y mène ».Dalila avais les yeux grand ouvert en nous disant ça.

Après on lui a demandé de nous dire comment elle fait pour gérer la situation

Dalila a répondu tout en essuyant ses larmes « *tfegh g rebi ,kolch d rebi lokan machi g rebi itfegh lokan moutheqh ,hamdullilah* ,dieu m'a donné le courage même maintenant ,je fais du sport je fais de la marche je lis le coran je fais du yoga je suis beaucoup plus productive je ne me suis pas laissé aller »(je me suis accroché à dieu ,tout est relié a dieu , si je ne m'étais pas accroché à dieu je serais morte ,dieu merci).

Après avoir demandé a Dalila si elle aime toujours autant son travail, ça réponse était ainsi : « bien sur ! Jamais *ad ndemegh* j'adore mon travail j'ai fais une chose qui me plais et malgré j'ai frôlé la mort ça reste des difficultés qui font parties du métier donc normal » (je ne regretterai jamais)

à la fin de l'entretien, Dalila nous a souhaité bon courage et nous a demandé de ne pas hésiter à lui demandé si on avait besoin d'autre chose et elle a insisté sur suivre nos rêves peu importe les difficultés.

Critères diagnostiques du DSM 5	Critères présentés par le cas 1
<p>A/événement traumatiques : avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. en étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants ; 2. en étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants ; 3. en apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou un ami proche. Dans les cas de la mort ou de la menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel ; 4. en étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant. 	<p>A1</p>
<p>B/ reviviscence : Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion suivants associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se sont produits.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants. 2. Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse. 3. Réactions dissociatives (p. ex. rappels d'images, flashbacks) au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait. 4. sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatisant ; 5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatisants. 	<p>B1 / B2 / B3 / B4 /B5</p>
<p>C/Évitement et émoussement : Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, ayant débuté après que celui-ci ou ceux-ci se sont produits.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Évitement ou tentative d'évitement des souvenirs, pensées ou sentiments relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse ; 2. Évitement ou tentative d'évitement des rappels externes 	<p>C1 / C2</p>

<p>(personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui ramènent à l'esprit des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse.</p>	
<p>D/hyper activation : Altérations des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après la survenue du ou des événements traumatiques, comme l'indiquent au moins deux des symptômes.</p> <p>1. Incapacité de se souvenir d'éléments importants du ou des événements traumatiques (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, ou la consommation d'alcool ou de drogues) ;</p> <p>2. Croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées à propos de soi-même, d'autrui ou du monde</p> <p>3. Idées déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatisant qui poussent la personne à se blâmer ou à blâmer autrui ;</p> <p>4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte) ; 5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;</p> <p>6. Sentiments de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres ;</p> <p>7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives.</p>	<p>D1</p>
<p>E/Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après que l'événement traumatisant s'est produit.</p> <p>1. Irritabilité et accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets ;</p> <p>2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.</p> <p>3. Hypovigilance.</p> <p>4. Réaction de sursaut exagéré.</p> <p>5. Problèmes de concentration.</p> <p>6. Troubles du sommeil.</p>	<p>E5 / E6.</p>

	F/détresse significative la perturbation dure plus d'un mois.	Critère F présent.
--	--	---------------------------

Synthèse : on trouve que notre cas Dalila présente un seul critère du premier critère diagnostique du DSM-5 : A- (A1), et qu'elle présente tout les critères du critère B du DSM- (B1, B2, B3, B4, B5). elle présente 2 critères du critère C (C1, C2). elle présente un seule critère du critère D (D1). elle présente 2 critères aussi du critères E (E5, E6). On constate aussi que la détresse significative dure plus d'un mois.

Chapitre V présentations, analyses et discussions des hypothèses

<i>Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :</i>	<i>Pas du tout 0</i>	<i>Un peu 1</i>	<i>Modérément 2</i>	<i>Beaucoup 3</i>	<i>Extrêmement 4</i>	
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?				X		
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?			X			
3. Se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?		X				
4. Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement ?				X		
5. Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation) ?					X	
6. Essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'événement ?					X	
7. Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objets) ?				X		
8. Des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ?			X			
9. Des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (des croyances comme : je suis mauvais, j'ai quelque chose qui cloche, je ne peux avoir confiance en personne, le monde est dangereux) ?				X		
10. Vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?			X			
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?	X					
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?	X					
13. Vous sentir distant ou coupé des autres ?		X				
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?	X					
15. Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?		X				
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?	X					
17. Être en état de « super-alerte », hyper vigilant ou sur vos gardes ?	X					
18. Sursauter facilement ?			X			
19. Avoir du mal à vous concentrer ?				X		
20. Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?	X					
Score global	0	2	8	15	8	33

Analyse des résultats du questionnaire (PCL-5 post-traumatic checklist)

Version DSM-5 :

Le tableau ci-dessus représente le résultat du questionnaire PCL 5 de notre cas Dalila d'après ses résultats nous constatons un score élevé de 33 qui est supérieur à 31 ce qui indique que notre sujet manifeste un PTSD.

Nous remarquons que dans le cluster B c'est-à-dire item de (1 à 5) qu'il y a 5 items qui sont cotés 2 et plus : (Item 1) qui correspond au souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante est coté 3 et que (l'item 2) rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante est coté 2, (l'item 4) se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement est coté 3 et (l'item 5) avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement est coté 4. le score global du cluster B est 12.

Cela indique la présence, chez notre sujet le critère B du DSM 5 qui est : Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion souvent associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se sont produits.

Dans le cluster C c'est-à-dire les items (6 à 7) on retrouve 2 items qui sont cotés 2 et plus dans (l'item 6) essayer d'éviter les souvenirs, pensées et sentiments liés à l'événement est coté 4, (l'item 7) essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante est coté 3. le score global dans le cluster C est 7.

Nous constatons donc la présence du critère C du DSM 5 chez notre sujet Dalila : Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, ayant débuté après que celui-ci ou ceux-ci se sont produits.

Dans le cluster D c'est-à-dire les items (8 à 14) on retrouve que 3 items sont cotés 2 et plus : (l'item 8) des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement est coté 2, (l'item 9) des croyances négatives sur vous-même, les autres le monde est coté 3, (l'item 10), vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite est coté 2. le score global du cluster D est 7.

Nous constatons donc la présence du critère D du DSM 5 : Altérations des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après la survenue du ou des événements traumatiques,

Dans le cluster E c'est-à-dire items de (15 à 20), on retrouve 2 items qui sont cotés 2 et plus : (l'item 18) sursauter facilement est coté 2, (l'item 19) avoir du mal à vous concentrer est coté 3. le score global du cluster E est 5.

Nous constatons donc la présence chez notre sujet du critère E : Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après que l'événement traumatisant s'est produit.

Synthèse du questionnaire (PCL-5 post-traumatic checklist version DSM-5) :

D'après les résultats du test PCL 5 obtenus par Dalila (un score de 33) on constate que notre sujet souffre du trouble de stress post traumatique et cela est constaté car elle présente dans chaque cluster au moins 2 items dont le score est de 2 et plus.

Mais grâce au soutien que lui apportent sa famille, et les différentes activités que Dalila exerce, elle arrive à surmonter son stress, et à faire preuve de résilience.

Présentation du 3^{ème} cas

Sabiha sage-femme qui exerce au niveau de polyclinique d'ELKSEUR, âgée de 33 ans, mariée avec un enfant, habite à TIMZRIT.

Analyse de l'entretien

On a établi un entretien avec SABIHA qui a duré 30 minutes dans un bureau de service de la maternité, elle venait juste d'arriver.

SABIHA a accepté de faire l'entretien avec nous au premier lieu nous avons présenté autant que des étudiantes en psychologie clinique master2 on lui a expliqué le but de notre entretien.

SABIHA a accepté de nous aider avec grand plaisir ensuite on lui a posé des questions sur son métier elle nous a répondu qu'elle a commencé le travail à l'âge de 28 ans mais elle nous a répondu brièvement., nous avons lui demandait comment était le travail avant la COVID -19 elle a répondu bien sûr Machi kif-kif c'est plus comme avant .ça veut dire c'est plus comme avant mais nous d'yi g la polyclinique olach vraiment la différence, ce qui a vraiment changé c'est les gestes barrières, mais c'était vraiment une période très stressante vue que on est déjà exposé , et aussi par rapport à l'accouchement parfois y a des femmes elles supportent pas la bavette , elle n'arrive pas à respirer .

Mais moi le premier vague de la COVID je 'n'étais pas vraiment stressé alors que j'étais enceinte et mon accouchement approche, par la suite j'ai pris un congé de maternité donc j'ai été pas vraiment présente mais le confinement nekki ifag féli parce que j'ai bien profité avec ma petite fille, mais la deuxième vague hosghas vraiment l'igh sous la pression, ma fille Tella d le bébé donc je la laisserai chez ma belle-mère mais otighara alaise. . mais quand même j'ai été courageuse parce que j'avais le soutien de mon mari, il venait même pour me récupérer de la clinique, mais ma belle-mère os3 jivara l'al ,surtout quand ils ont contaminé dû la COVID, d'ailleurs toute ma famille l'ont eue sauf moi, mais j'avais toujours un sentiment que c'est moi la cause parce que je travaillais dans la clinique je ne dors plus même, j'ai un manque de concentration des fois quelqu'un me parle je n'arrive même pas à l'écouter, je pense toujours à ma famille mais hamdoulilah , mais mon frère il lui a laissé des souquelles.

	Critères diagnostiques du DSM 5	Critères présentés par le cas 1
/ Cas 1	<p>A/événement traumatiques : avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. en étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants ; 2. en étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants ; 3. en apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou un ami proche. Dans les cas de la mort ou de la menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel ; 4. en étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant. 	<p>A1/A3</p>
	<p>B/ reviviscence : Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion suivants associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se sont produits.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants. 2. Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse. 3. Réactions dissociatives (p. ex. rappels d'images, flashbacks) au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait. 4. sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatisant 	<p>B1 / B2 /</p>

<p>;</p> <p>5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatisants.</p>	
<p>C/Évitement et émoussement : Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, ayant débuté après que celui-ci ou ceux-ci se sont produits.</p> <p>1. Évitement ou tentative d'évitement des souvenirs, pensées ou sentiments relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse ;</p> <p>2. Évitement ou tentative d'évitement des rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui ramènent à l'esprit des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse.</p>	<p>C1</p>
<p>D/hyper activation : Altérations des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après la survenue du ou des événements traumatiques, comme l'indiquent au moins deux des symptômes.</p> <p>1. Incapacité de se souvenir d'éléments importants du ou des événements traumatiques (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, ou la consommation d'alcool ou de drogues) ;</p> <p>2. Croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées à propos de soi-même, d'autrui ou du monde</p> <p>3. Idées déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatisant qui poussent la personne à se blâmer ou à blâmer autrui ;</p> <p>4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte) ; 5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;</p>	<p>D4/D6</p>

	<p>6. Sentiments de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres ; 7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives.</p>	
	<p>E/Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après que l'événement traumatisant s'est produit. 1. Irritabilité et accès de colère (avec ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets ; 2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur. 3. Hypovigilance. 4. Réaction de sursaut exagéré. 5. Problèmes de concentration. 6. Troubles du sommeil.</p>	<p>E5 / E6.</p>
	<p>F/détresse significative la perturbation dure plus d'un mois.</p>	<p>Critère F présent.</p>

Synthèse : on trouve que notre cas Sabiha présente deux critères du premier critère diagnostique du DSM-5 : A- (A1), (A3), et qu'elle présente deux critères du critère B du DSM- (B1, B2,).elle présente un seul critère du critère C (C1).elle présente deux critères du critère D (D1, D6).elle présente 2 critères aussi des critères E(E5 ,E6).

Chapitre V présentations, analyses et discussions des hypothèses

<i>Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :</i>	<i>Pas du tout 0</i>	<i>Un peu 1</i>	<i>Modérément 2</i>	<i>Beaucoup 3</i>	<i>Extrêmement 4</i>	
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?			X			
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?	X					
3. Se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?	X					
4. Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement ?				X		
5. Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation) ?	X					
6. Essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'événement ?					X	
7. Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objets) ?	X					
8. Des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ?			X			
9. Des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (des croyances comme : je suis mauvais, j'ai quelque chose qui cloche, je ne peux avoir confiance en personne, le monde est dangereux) ?		X				
10. Vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?	X					
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?		X				
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?	X					
13. Vous sentir distant ou coupé des autres ?			X			
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?			X			
15. Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?	X					
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?	X					
17. Être en état de « super-alerte », hyper vigilant ou sur vos gardes ?		X				
18. Sursauter facilement ?		X				
19. Avoir du mal à vous concentrer ?					X	
20. Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?					X	
	0	4	8	3	12	27

Analyse des résultats du questionnaire (PCL-5 post-traumatic checklist version DSM-5)

Le tableau ci-dessous montre les résultats du PCL-5 de notre sujet, Sabiha a obtenu un score de 27 qui est inférieur à 33 ce qui indique que même si notre sujet présente des symptômes du trouble du stress post traumatique ceci sont probablement faibles.

Nous remarquons que dans le cluster B c'est-à-dire les items (1 à 5) 2 items ont eu un score de 2 et plus l'item 1 avec un score de 2 et l'item 4 avec un score de 3. le score global du cluster B est 5.

Ce qui indique la présence du critère B du DSM 5 reviviscence : Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion suivants associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se sont produits.

Dans le cluster C c'est-à-dire les items (6 à 7) , 1 seul item (6) a eu un score de 4 .le score global du cluster C est donc 4.

Ce ci indique la présence du critère C chez notre sujet Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, ayant débuté après que celui-ci ou ceux- ci se sont produits.

Dans le cluster D c'est-à-
(l'item 8) a un score de 2 (l'item 13) avec un score de 2 et (l'item 14) avec un score de 2. le score global du cluster D est 6. dire les items (8 à 14) 3 items ont eu un score de 2 et plus

On constate donc la présence chez Sabiha du critère D du DSM 5 : Altérations des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après la survenue du ou des événements traumatiques.

Dans le cluster E c'est-à-dire (les items 15 à 20) 2 items ont eu un score de 4 (l'item 19) avec un score de 4 et (l'item 20) avec un score de 4 aussi. Ce qui fait que le score global du cluster E est 8. Ceci indique la présence du critère E du DSM-5 chez notre sujet E/Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après que l'événement traumatisant s'est produit.

Synthèse du questionnaire (PCL-5 post-traumatic checklist version DSM-5) :

malgré les résultats obtenus par notre sujet dans le PCL-5 (un score de 27), on constate que Sabiha présente dans chaque cluster au moins un item dont le score est 2 ou plus, ce qui nous laisse constater que malgré le résultat global du PCL-5 (27) assez faible, Sabiha présente quand même un trouble de stress post traumatique mais à un faible degré.

On déduit (grâce à l'entretien et au PCL-5) que malgré que notre cas présente un stress post traumatique (assez faible) Sabiha a su gérer son stress : cela est dû à sa capacité innée à faire face au stress et l'encouragement et soutien qu'elle a reçu de la part de son mari, il y a aussi la naissance de sa fille ; tous ces facteurs ont aidé Sabiha à faire preuve de résilience.

Chapitre V présentations, analyses et discussions des hypothèses

Présentation du 4ème cas :

Saliha sage femme qui exerce au niveau de la polyclinique d'Elkseur, âgée de 38 ans, mariée avec 2 enfants, l'aîné a 10 ans, et le plus jeune a 8 ans, elle exerce ce métier depuis maintenant 15 ans. L'analyse de l'entretien : a notre arrivée, vers 9h du matin, Saliha était assise avec la tête posée sur le bureau, on lui avait demandé si on pouvait mener un entretien avec elle, elle a répondu que oui « *athan a monsieur ligh ohwajgh psychologue d psychologue idiwsan ar ghor* » (voilà monsieur j'avais besoin d'un psychologue, et c'est le psychologue qui est venu vers moi).

Saliha nous a expliqué qu'elle était post garde, elle attendait que sa remplaçante arrive et qu'elle était en retard, nous avons remarqué qu'elle est directement entrée dans le vif du sujet : « *en plus tkhedmit expres parcque iteli kchemghed en retard ,ligh gh dentiste ,iseheblyi argaziw ,asmi idiwela youfa akham ouybriz ara parcque toute la journée ligh gh dentiste ousi3jib ara lhal, g dentiste ousighd direct gh la polyclinique* » (en plus elle le faisait exprès parcque hier j'étais en retard car j'étais chez le dentiste, mon mari m'a rendu folle quand il est rentré il a trouvé la maison en désordre ça ne lui a pas plu parce que toute la journée j'étais chez le dentiste, en sortant de chez dentiste je me suis directement rendue vers la polyclinique.)

Nous lui avons posé des questions sur ses horaires de travail et son métier, elle nous a répondu qu'elle travaillait de 17h jusqu'à 8h du matin, « *je travaille en système de navette 2 sur 2, au début j'ai aimé mon métier car j'ai toujours adoré aider les femmes d'ailleurs beaucoup d'entre elles m'appellent toujours pour prendre de mes nouvelles, mayella tora 3yigh surtout après la Covid ,3eyigh mlih 3eyigh moralement j'ai même consulté un psychiatre ,mais je suis pas folle ! je suis juste fatiguée j'ai envie d'un traitement pour me soulager, mais argaziw ye9aryid kemi tamahboul, d netta iyisewten gh lhala ayi* »

(Mais maintenant je suis fatiguée surtout après l'arrivée de la Covid, je suis très fatiguée et même fatiguée moralement... mais mon mari me dit que tu es folle alors que c'est lui qui m'a mise dans cet état)

Saliha a commencé à pleurer tout en tenant un stylo entre ses mains, elle dessinait sur un Bout de papier c'était des dessins étranges qui n'avait pas de formes particulières.

« *pendant la période du Covid mon mari me blâmait, et me disais que j'étais la Covid en question, lui restait à la maison dans notre chambre il a arrêté de travailler, dès que je rentrais, it9avalayid soubidoun la javel ouyitajara même pas ad kechmgh akham, alors la chambre 9legh ganegh wahdi g salon danchatyi ikl iyikemlen ,l9echiw sont tachés s la javel obligé ad aghegh kolch dajdid* » (...il m'attendait avec un bidon d'eau javel, il ne me laissait même pas rentrer à la maison, alors la notre chambre, puis je dormais seule au salon, c'est ce qui a aggravé ma situation, mes vêtements sont tachés avec de l'eau javel, je suis obligée de tout racheter)

Puis nous lui avons demandé si elle regrettait d'avoir fait ce métier, elle a attendu quelque seconde avant de répondre tout en nous fixant du regard « *j'aime mon métier mais je suis fatiguée, je pense même a prendre un congé, même par fois je pense à arrêter, je m'occupe de mes enfants seule il ne m'aide pas et même les courses il n'achète pas grand-chose que ce qui est pas chère j'achète tout toute seule avec mon argent,* »

Puis, nous lui avons demandé ce qu'elle faisait pendant ces moments difficiles. « *Rien je ne fais rien j'ai perdu toute envie de sortir et de me détendre j'ai juste envie de rester à la maison et de dormir, la Covid ayi i9eliyid cauchemar j'en rêve la nuit, meme noudam je ne dors pas normalement* ». (La Covid m'est devenue un cauchemar ... même pour je n'y arrive je ne dors pas).

Puis la remplaçante de Saliha est arrivée, elle s'est levée directement et elle est partie sans

Critères diagnostiques du DSM 5	Critères présentés par le cas 1
<p>A/événement traumatiques : avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. en étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants ; 2. en étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants ; 3. en apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou un ami proche. Dans les cas de la mort ou de la menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel ; 4. en étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant. 	<p>A1/A4</p>
<p>B/ reviviscence : Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion suivants associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se sont produits.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants. 2. Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse. 3. Réactions dissociatives (p. ex. rappels d'images, flashbacks) au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait. 4. sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatisant ; 5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatisants. 	<p>B1 / B2 / B3 / B4 /B5</p>
<p>C/Évitement et émoussement : Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, ayant débuté après que celui-ci ou ceux-ci se sont produits.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Évitement ou tentative d'évitement des souvenirs, pensées ou sentiments relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse ; 2. Évitement ou tentative d'évitement des rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui ramènent à l'esprit des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse. 	<p>C1 / C2</p>
<p>D/hyper activation : Altérations des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après la survenue du ou des événements traumatiques, comme l'indiquent au moins deux des symptômes.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Incapacité de se souvenir d'éléments importants du ou 	

<p>des événements traumatiques (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, ou la consommation d'alcool ou de drogues) ;</p> <p>2. Croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées à propos de soi-même, d'autrui ou du monde</p> <p>3. Idées déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatisant qui poussent la personne à se blâmer ou à blâmer autrui ;</p> <p>4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte) ;</p> <p>5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;</p> <p>6. Sentiments de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres ;</p> <p>7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives.</p>	<p>D1/D2/D3/D4/D5/D6/D7</p>
<p>E/Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après que l'événement traumatisant s'est produit.</p> <p>1. Irritabilité et accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets ;</p> <p>2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.</p> <p>3. Hypovigilance.</p> <p>4. Réaction de sursaut exagéré.</p> <p>5. Problèmes de concentration.</p> <p>6. Troubles du sommeil.</p>	<p>E2 / E3/E4/E5/E6.</p>
<p>F/détresse significative la perturbation dure plus d'un mois.</p>	<p>Critère F présent.</p>

Synthèse : nous remarquons, la présence la présence de tous les critères diagnostiques du DSM-5.

Chapitre V présentations, analyses et discussion des hypothèses

<i>Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :</i>	<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Modérément</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>Extrêmement</i>	
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?					X	
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?				X		
3. Se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?				X		
4. Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement ?					X	
5. Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation) ?			X			
6. Essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'événement ?				X		
7. Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objets) ?			X			
8. Des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ?				X		
9. Des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (des croyances comme : je suis mauvais, j'ai quelque chose qui cloche, je ne peux avoir confiance en personne, le monde est dangereux) ?					X	
10. Vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?					X	
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?				X		
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?					X	
13. Vous sentir distant ou coupé des autres ?			X			
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?				X		
15. Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?			X			
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?				X		
17. Être en état de « super-alerte », hyper vigilant ou sur vos gardes ?					X	
18. Sursauter facilement ?					X	
19. Avoir du mal à vous concentrer ?				X		
20. Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?					X	
Score globale	0	0	8	24	32	64

Analyse des résultats du questionnaire (PCL-5 post-traumatic checklist Version DSM-5 :

Le tableau ci-dessous représente le résultat du questionnaire PCL 5 de notre cas Saliha, d'après ses résultats nous constatons un score remarquablement élevé de 64 qui est supérieur à 31 ce qui indique que notre sujet manifeste un PTSD.

Nous remarquons que dans tous les clusters (B C D E) tous les items ont eu un score de 2 et plus.

Dans le cluster B (l'item 1 et 4) ont eu un 4, (l'item 2 et 3) ont eu un 3, (l'item 5) a eu un 2, le score global du cluster B remonte donc à 16.

Dans le cluster C (l'item 6) a eu un 3, (l'item 7) a eu un 2. Le score global du cluster C est 5.

Dans le cluster D (l'item 8, 11 et 14) ont eu un 3, (l'item 9, 10 et 12) ont eu un 4. (L'item 13) a eu un 2. Le score global de ce cluster est 23.

Dans le cluster E (l'item 15) a eu un 2, (l'item 16 et 19) ont eu un 3, (l'item 17, 18 et 20) ont eu un 4. Le score global de ce cluster est donc 20.

Synthèse du questionnaire (PCL-5 post-traumatic checklist version DSM-5)

D'après les résultats du test PCL 5 obtenu par Saliha (un score de 64), on constate que notre sujet souffre du trouble de stress post traumatique et cela est constaté car elle présente non seulement un score global remarquablement élevé et que tous les items des 4 clusters (B C D E) sont cotés 2 et plus.

Présentation du 5eme cas :

TIAKOUT est une sage femme de 28 ans qui exerce maintenant depuis 3 ans au niveau L'EPSP d'ELKSEUR, et qui est célibataire.

L'analyse de l'entretien :

A notre arrivée c'est TIAKOUT qui nous a ouvert la porte du service, nous nous sommes dirigées vers le bureau, et elle nous a gentiment demandé de nous asseoir.

Elle nous a posé des questions à propos de notre thème, et nous a demandé de quoi nous avions besoin, elle avait l'air de ne pas trop aimer parler, elle était plutôt réservée et on a directement abordé le sujet : nous lui avons comment trouvait-elle son métier de sage femme, « j'aime bien, c'est toujours ce que je voulais exercer comme métier, c'est calme et respectueux ».

Puis nous lui avons demandé comment était son travail avant la Covid 19, « normal, par fois c'était chargé, d'autres non, normal, mais avec la Covid ça a changé un peu, en fin pour moi pas vraiment, c'est les autres sages femmes qui avaient peur, moi... normal, *akam oubahri kan normal*, moi je voyais pas pourquoi avoir peur. *kolchi belmektoub akn ibgha rebi kan, nekni la famille wa9ila ouns3ara les genes lkhel3a !* ... puis elle a rigolé. (Comme la grippe... c'est le destin, comme Dieu le veut).

« En plus on a eu la Covid, mais ce n'était pas effrayant, il n'y avait pas de quoi s'affoler, même la bavette par fois je la porte par fois non, et même pendant l'accouchement je laissais les femmes enlever leurs bavettes pour la mettre à l'aise ».

« Pour moi c'était comme les jours d'avant, rien n'a changé à part le confinement, d'ailleurs j'aime bien le confinement, j'ai même eu envie de l'être car je suis une personne casanière, ça m'aurait fait des vacances gratuites, je serais partie à la prairie au village ».

C'était un entretien très court car elle ne parlait pas beaucoup, à la fin elle s'est levée et nous a demandé si elle pouvait disposer, et elle nous a ensuite souhaité une bonne continuation dans nos travaux.

	Critères diagnostiques du DSM 5	Critères présentés par le cas 1
Cas 1	<p>A/événement traumatiques : avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. en étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants ; 2. en étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants ; 3. en apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou un ami proche. Dans les cas de la mort ou de la menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel ; 4. en étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant. 	aucun
	<p>B/ reviviscence : Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion suivants associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se sont produits.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants. 2. Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse. 3. Réactions dissociatives (p. ex. rappels d'images, flashbacks) au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait. 4. sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatisant ; 5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatisants. 	aucun
	<p>C/Évitement et émoussement : Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, ayant débuté après que celui-ci ou ceux-ci se sont produits.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Évitement ou tentative d'évitement des souvenirs, pensées ou sentiments relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse ; 	aucun

	<p>2. Évitement ou tentative d'évitement des rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui ramènent à l'esprit des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse.</p>	
	<p>D/hyper activation : Altérations des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après la survenue du ou des événements traumatiques, comme l'indiquent au moins deux des symptômes.</p> <p>1. Incapacité de se souvenir d'éléments importants du ou des événements traumatiques (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, ou la consommation d'alcool ou de drogues) ;</p> <p>2. Croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées à propos de soi-même, d'autrui ou du monde</p> <p>3. Idées déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatisant qui poussent la personne à se blâmer ou à blâmer autrui ;</p> <p>4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte) ; 5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;</p> <p>6. Sentiments de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres ;</p> <p>7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives.</p>	<p>aucun</p>
	<p>E/Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après que l'événement traumatisant s'est produit.</p> <p>1. Irritabilité et accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets ;</p> <p>2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.</p> <p>3. Hypovigilance.</p> <p>4. Réaction de sursaut exagéré.</p> <p>5. Problèmes de concentration.</p> <p>6. Troubles du sommeil.</p>	<p>aucun</p>

	F/détresse significative la perturbation dure plus d'un mois.	Critère F non présent.
--	--	-------------------------------

Synthèse : nous remarquons que Tiakout ne présente aucun des critères diagnostique du stress post traumatique.

Chapitre V présentations, analyses et discussions des hypothèses

<i>Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :</i>	<i>Pas du tout</i> 0	<i>Un peu</i> 1	<i>Modérément</i> 2	<i>Beaucoup</i> 3	<i>Extrêmement</i> 4	
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?						
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?						
3. Se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?						
4. Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement ?						
5. Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation) ?						
6. Essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'événement ?						
7. Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objets) ?						
8. Des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ?						
9. Des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (des croyances comme : je suis mauvais, j'ai quelque chose qui cloche, je ne peux avoir confiance en personne, le monde est dangereux) ?						
10. Vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?						
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?						
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?						
13. Vous sentir distant ou coupé des autres ?						
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?						
15. Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?						
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?						
17. Être en état de « super-alerte », hyper vigilant ou sur vos gardes ?						
18. Sursauter facilement ?						
19. Avoir du mal à vous concentrer ?						
20. Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?						
Score global	0	8	0	0	0	8

Analyse des résultats du questionnaire (PCL-5 post-traumatic checklist)

Version DSM-5.

Le tableau ci-dessous représente le résultat du questionnaire PCL 5 de notre cas TIAKOUT d'après ses résultats nous constatons un score très bas de 8 qui est remarquablement inférieur à 31 ce qui indique que notre sujet ne manifeste probablement pas un PTSD.

Nous remarquons que dans le cluster B c'est-à-dire item de (1a 5) qu'il y a 0 items qui sont cotés 2 ou plus.

Ce ci indique qu'il n'y a pas présence chez notre sujet le critère B du DSM 5 qui est : Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion suivants associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se sont produits.

Dans le cluster C c'est-à-dire les items (6 à 7) on trouve que les 2 items sont coté 0.

Nous constatons donc l'absence du critère C du DSM 5 chez notre sujet TIAKOUT : Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, ayant débuté après que celui-ci ou ceux-ci se sont produits.

Dans le cluster D c'est-à-dire les items (8 à 14) on trouve également qu'il y a 0 item qui sont cotés 2 ou plus .

Nous constatons donc l'absence du critère D du DSM 5 : Altérations des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après la survenue du ou des événements traumatiques,

Dans le cluster E c'est-à-dire items de (15 à 20) on retrouve aussi qu'il y a 0 item coté 2 ou plus.

Nous constatons donc la présence chez notre sujet du critère E : Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événement traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après que l'événement traumatisant s'est produit.

Synthèse du questionnaire (PCL-5 post-traumatic checklist version DSM-

5)

D'après les résultats du test PCL 5 obtenu par TIAKOUT (un score de 8) on constate que notre sujet ne souffre pas du trouble de stress post traumatique et cela est confirmé car elle présente dans chaque cluster au moins 0 item dont le score est de 2 ou plus.

Présentation du 6eme cas :

Farah est une sage femme dans l'EPSP d'ELKSEUR, âgée de 34 ans mariée, sans enfants, elle a commencé le travail à l'âge de 23 ans.

L'analyse de l'entretien :

A notre arrivée, Farah était déjà là, elle nous a dit « vous êtes les stagiaires psychologues ! Je vous attendais, venez dans l'autres pièces ça serait mieux » puis nous sommes sortie du bureau et sommes parties dans une pièce qui se trouve à coté.

Farah s'est assise, puis nous avons commencé l'entretien, on lui avait demandé si exercer le métier de sage femme était quelque chose qu'elle avait choisi, « Oui, bien sur toujours *tmajinighed imaniw d l9abla gasmi ligh tamzyant, olimghara iwach* » (je me suis toujours imaginer sage femme, depuis que j'étais petite, je ne sais pas pourquoi).

Puis nous lui avons demandé comment était son travail avant la Covid 19, « c'était assez calme, en fin ça dépendais des jours, mais ! *asmi idifegh Corona ayi tora , ayababa akirhem rebi ... heblgh heblgh ... imagine yemouth baba meskin s corona ljanaza am l3ibad ousten3il ara , nki kan igkhedmen lmahel ni ,tema nki isidr3en, wlh ar tene9lab lhala ayi s corona wlh, meme yemma dra3ghas mais dacho netath ça va hamdullah, mayla d baba ... d nki ithyeghan, arebi samehtyi gla3nayak* » Farah a prononcé ces mots en fondant en larme, « *machi aka iligh ,j'avais la joie de vivre , ligh proche lwahi d baba laboda ,jamais nwich aka,Lah9egh au point ikhossiyyi kan ad dmegh ad dewchgh s la javel, tellement itfiyi lweswas ougadhegh ad rnogh ad nghegh hed iten, yak tora dayen t3eda Corona mais toujours t3achegh s lkhel3a ni amaken jamais t3eda, amaken mazal ad rnogh ad dr3egh i hed iten daghen* » (quand ce corona est sortie ,oh mon père paix a ton âme... je suis devenu folle ,folle ... imagine mon père le pauvre est mort a cause de Corona, même des funérailles comme les autres ils ont a pas eu, y'avais que moi qui travaillait ces jours la, donc c'est moi qui lui ai transmis le virus, je jure que tout est chamboulé a cause de la Covid je jure, même ma mère je l'ai contaminé, mais quoi que ,elle ça va dieu merci, quant a mon père...c'est moi qui l'ai tuer, oh dieu pardonne moi s'il te plait...je n'étais pas comme ça, j'avais la joie de vivre, j'étais proche de mon père, je n'ai jamais cru que ça arriverai).

Puis nous lui avons demandé ce qu'elle faisait pour surmonter cette période, « *attamenet lokan amdinigh rien ? wlh rien, malgré ma famille ne m'a jamais blâmer sur ce qui est arriver, au contraire ils m'ont soutenu et tout, mais..Aka, te9aryid yemma beli oudechbigh ara zysn nothni sebren ikl i3elasnd rebi sber, ma d nekki non sgamagh ad sebregh, en plus wa9il g zikiw aka mara ad yili kra toujours par exemple asma ad i3eyet feli hed ,toujours tewilgh bach ad hebsgh olach ikl sber alors la f baba,anchta ikl alajal Covid, isem ayi dayen kerheghth wlh mazmregh ad rnogh aselgh* »(vous me croirez si je vous dis rien ?je jure rien... c'est comme ça, ma mère me dit que je ne suis pas comme eux, depuis toujours , ils arrivent toujours à être courageux a part moi, par exemple quand quelqu'un me crier dessus, je restais triste pendant longtemps, je suis pas patiente, alors la mon père , tout cela a cause de la Covid, ce nom c'est bon je le déteste , je jure que je ne peux plus en entendre parler).Farah était toujours en train de pleurer.

A la fin de l'entretien, Farah nous a dit de profiter de nos jours avant que quelque chose arrive et que tout bascule, et nous a souhaiter bonne continuation dans nos études.

Cas	Critères diagnostiques du DSM 5	Critères présentés par le cas 1
	<p>A/événement traumatiques : avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. en étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants ; 2. en étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants ; 3. en apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou un ami proche. Dans les cas de la mort ou de la menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel ; 4. en étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant. 	<p>A1/A2/A3</p>
	<p>B/ reviviscence : Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion suivants associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se sont produits.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants. 2. Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse. 3. Réactions dissociatives (p. ex. rappels d'images, flashbacks) au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait. 4. sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatisant ; 5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatisants. 	<p>B1 / B2 / B3 / B4 /B5</p>
	<p>C/Évitement et émoussement : Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, ayant débuté après que celui-ci ou ceux-ci se sont produits.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Évitement ou tentative d'évitement des souvenirs, pensées ou sentiments relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse ; 2. Évitement ou tentative d'évitement des rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui ramènent à l'esprit des souvenirs, 	<p>C1/C2</p>

	<p>pensées ou sentiments pénibles relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse.</p>	
	<p>D/hyper activation : Altérations des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après la survenue du ou des événements traumatiques, comme l'indiquent au moins deux des symptômes.</p> <p>1. Incapacité de se souvenir d'éléments importants du ou des événements traumatiques (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, ou la consommation d'alcool ou de drogues) ;</p> <p>2. Croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées à propos de soi-même, d'autrui ou du monde</p> <p>3. Idées déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatisant qui poussent la personne à se blâmer ou à blâmer autrui ;</p> <p>4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte) ; 5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;</p> <p>6. Sentiments de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres ;</p> <p>7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives.</p>	<p>D1/D2/D3/D4/D5/D6/D7</p>
	<p>E/Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après que l'événement traumatisant s'est produit.</p> <p>1. Irritabilité et accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets ;</p> <p>2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.</p> <p>3. Hypovigilance.</p> <p>4. Réaction de sursaut exagéré.</p> <p>5. Problèmes de concentration.</p> <p>6. Troubles du sommeil.</p>	<p>E3 / E4/E5/E6.</p>
	<p>F/détresse significative la perturbation dure plus d'un mois.</p>	<p>Critère F présent.</p>

Synthèse : nous remarquons que Farah présente tout les critères diagnostiques du DSM-5, à part le critère A4.

Chapitre V présentations, analyses et discussions des hypothèses

<i>Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :</i>	<i>Pas du tout</i> 0	<i>Un peu</i> 1	<i>Modérément</i> 2	<i>Beaucoup</i> 3	<i>Extrêmement</i> 4	
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?					<input checked="" type="checkbox"/>	
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?					<input checked="" type="checkbox"/>	
3. Se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?					<input checked="" type="checkbox"/>	
4. Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement ?				<input checked="" type="checkbox"/>		
5. Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation) ?				<input checked="" type="checkbox"/>		
6. Essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'événement ?				<input checked="" type="checkbox"/>		
7. Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objets) ?					<input checked="" type="checkbox"/>	
8. Des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ?				<input checked="" type="checkbox"/>		
9. Des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (des croyances comme : je suis mauvais, j'ai quelque chose qui cloche, je ne peux avoir confiance en personne, le monde est dangereux) ?					<input checked="" type="checkbox"/>	
10. Vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?				<input checked="" type="checkbox"/>		
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?				<input checked="" type="checkbox"/>		
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?					<input checked="" type="checkbox"/>	
13. Vous sentir distant ou coupé des autres ?			<input checked="" type="checkbox"/>			
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?			<input checked="" type="checkbox"/>			
15. Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?			<input checked="" type="checkbox"/>			
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?			<input checked="" type="checkbox"/>			
17. Être en état de « super-alerte », hyper vigilant ou sur vos gardes ?			<input checked="" type="checkbox"/>			
18. Sursauter facilement ?				<input checked="" type="checkbox"/>		
19. Avoir du mal à vous concentrer ?			<input checked="" type="checkbox"/>			
20. Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?			<input checked="" type="checkbox"/>			
Score global	0	0	12	21	24	57

Analyse des résultats du questionnaire (PCL-5 post-traumatic checklist Version DSM-5.

Le tableau ci-dessous représente le résultat du questionnaire PCL 5 de notre cas FARAH d'après ses résultats nous constatons un score élevé de 57 qui est supérieur à 31 ce qui indique que notre sujet manifeste un PTSD.

Nous remarquons que dans le cluster B c'est-à-dire item de (1 à 5) qu'il y a 5 items qui sont cotés 2 et plus : (Item 1.2.3) sont cotés 4 et que (l'item 4.5) sont cotés 3. Le score global du cluster B est 18.

Ceci indique la présence chez notre sujet le critère B du DSM 5 qui est : Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion suivants associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se sont produits.

Dans le cluster C c'est-à-dire les items (6 à 7) on retrouve 2 items qui sont cotés 2 et plus dans (l'item 6) est coté 3. (L'item 7) est coté 4. Le score global dans le cluster C est 7.

Nous constatons donc la présence du critère C du DSM 5 chez notre sujet FARAH : Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, ayant débuté après que celui-ci ou ceux-ci se sont produits.

Dans le cluster D c'est-à-dire les items (8 à 14) on retrouve que tous les items sont cotés 2 et plus : (l'item 8.10.11.) sont cotés 3, et (l'item 9.12) sont cotés 4. Le score global du cluster D est 23.

Nous constatons donc la présence du critère D du DSM 5 : Altérations des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après la survenue du ou des événements traumatiques.

Dans le cluster E c'est-à-dire items de (15 à 20) on retrouve également que tous les items sont cotés 2 et plus : (l'item 15.16.17.19) sont cotés 2, (l'item 18.20) sont cotés 3. Le score global du cluster E est 14.

Nous constatons donc la présence chez notre sujet du critère E : Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après que l'événement traumatisant s'est produit.

Synthèse du questionnaire (PCL-5 post-traumatic checklist version DSM-

5) :

D'après les résultats du test PCL 5 obtenu par FARAH (un score de 57) remarquablement élevé, on constate que notre sujet souffre du trouble du stress

post traumatique et cela est constaté car elle présente dans chaque cluster au moins 2 items dont le score est de 2 et plus.

Discussion des hypothèses

Discussions des hypothèses :

Le travail de sage-femme expose en plus des risques habituels des métiers du secteur de santé à une charge psychologique et affective du fait de la particularité d'être en responsabilité non seulement de la vie de la mère mais aussi de celle du nouveau-né. Cette particularité rend cette profession vulnérable aux risques psychologiques. Au début de l'épidémie de la Covid 19, ils disposaient de très peu de données pour aider les prestataires de soins de maternité à faire face à la pandémie de COVID-19. C'est pourquoi les systèmes de maternité à travers le monde ont été perturbés, forçant de nombreux pays à appliquer des politiques qui ont changé la pratique des sages-femmes. Les sages-femmes ont été appelées à limiter le soutien apporté aux parturientes, suscitant chez les femmes un sentiment de crainte et d'isolement. Essentiellement en résultat à des événements stressants.

Au début de notre recherche, nous avons posé les questions suivantes :

- Les sages femmes de l'EPSP d'El KSEUR ayant intervenue pendant la crise Covid 19, présentent-elles les symptômes de trouble de stress post-traumatique ?
- Les sages femmes de l'EPSP d'El KSEUR ayant intervenue pendant la crise Covid 19, ont-elles fait preuve de résilience ?

Nous avons mené une recherche, pour confirmer ou infirmer les hypothèses suivantes :

- Les sages femmes de l'EPSP d'EL KSEUR ayant intervenue pendant la crise Covid 19, souffrent du trouble du stress post-traumatique.
- Les sages femmes de L'EPSP d'EL KSEUR ayant intervenue pendant la crise Covid 19, présentent des critères de résilience.

À l'échelle mondiale, les femmes représentent 70 % des personnels de santé et sont plus susceptibles de travailler en première ligne (infirmières, sages-femmes et agentes de santé communautaire). Elles constituent également la majorité des personnels qui assurent le service dans les établissements de santé (ménage, lessive, cuisine) et, à ce titre, sont plus susceptibles d'être exposées au virus. Dans certaines régions, les femmes ont moins accès aux équipements de protection individuelle ou à des équipements à leur taille. Malgré ces chiffres, souvent les femmes n'ont pas voix au chapitre dans la prise de décision à l'échelle nationale ou mondiale sur les mesures prises pour lutter contre la COVID-19. (INSPQ 2022).

À partir des résultats qu'on a obtenus durant notre analyse qualitative, et les outils de recherche que nous avons utilisés pour recueillir des informations fiables sur nos sujets de recherche, nous avons constaté que Cinq sur six cas ont montré des symptômes de stress post-traumatique à cause de la situation sanitaire et cela du fait :

- L'exposition directe au virus, et au danger de mort.
- Les connaissances limitées sur la Covid 19.

Analyse et discussion des hypothèses

- Le manque de moyens de protection les plus minimales.
- L'obligation, pour certaines sages-femmes de travailler avec des patientes qui nient être atteintes de la Covid 19, et qui ne respectent pas le port de la bavette.
- La crainte de contaminer un proche.
- Et enfin pour certaines sages femmes, des facteurs personnels, comme le manque du soutien des proches ou des membres de la famille.

On constate donc, que la majorité des cas, c'est-à-dire ; Cinq sur six cas présentent un trouble de stress post-traumatique, ce qui nous mène donc à confirmer notre première hypothèse « les sages femmes de l'EPSP d'EL KSEUR présentent un trouble de stress post-traumatique ».

Avec la Covid 19, Une certaine fatigue pandémique s'est installée au sein de la population. Néanmoins, une étude menée au Québec sur les principales stratégies ou activités pour garder le moral pendant lapandémie de la COVID-19 mentionnée par les adultes québécois, période du 5 février au 3 mars 2021, les répondants aux sondages ont rapporté plusieurs activités et stratégies qui se sont montrées efficaces pour garder le moral pendant la crise sanitaire. Les principales étaient la pratique d'activités physiques et de bien-être, les loisirs et les passe-temps de même que le temps passé sur les écrans et à s'informer sur la COVID-19. La pratique de ces différentes activités a pu avoir un effet protecteur pour les répondants, alors que cela leur a permis de s'adapter et de traverser la crise avec plus de résilience.(INSPQ 2021).

On a également constaté à travers l'entretien qu'on a mené que : malgré le fait que nos cas, (Cinq sur six), souffrent du trouble de stress post-traumatique : quatre sur Cinq des cas souffrant du trouble de stress post traumatique, ont fait preuve de résilience. Ces facteurs de résiliences sont nombreux, on peut en citer les suivants :

- L'importance du soutien des membres de la famille et des proches.
- Les croyances religieuses.
- De nouveaux événements apportant la joie, tel que les naissances.
- Des activités telles que les footings et le yoga.

Ce qui nous mène donc à dire que notre deuxième hypothèse, « les sages femmes de l'EPSP d'EL KSEUR ayant intervenu pendant la crise Covid 19, ont fait preuve de résilience », est donc aussi confirmée.

D'autres recherches qui ont été réalisées ont montré les mêmes résultats qu'on a trouvés, parmi ces recherches :

Une étude récente de Lai et al. Menée en Chine entre le 1er novembre 2019 et le 25 mai 2020 et incluant 62 études (soit 162 639 participants de 17 pays), la prévalence des symptômes de TSPT chez les professionnels de santé, notamment chez les sages femmes, était de 3 % à 16 %. La revue systématique et méta-

Analyse et discussion des hypothèses

analyse réalisée en Inde entre le début de la pandémie et le 22 avril 2020 retrouvait une prévalence des symptômes de TSPT de 13 % chez les professionnels de santé.

Dans une revue systématique menée en Italie entre janvier et mai 2020, la prévalence des symptômes de TSPT était comprise entre 7,4 % et 35 %. Les prévalences les plus élevées étaient notées chez les sages femmes, les infirmières, les soignants situés en première ligne (services des urgences et de réanimation) et chez les professionnels de santé présentant des symptômes somatiques (par exemple, céphalées, insomnie).

Une enquête grecque réalisée sur internet du 10 au 13 avril 2020 auprès de 270 professionnels de santé, y compris des sages femmes, retrouvait des symptômes de TSPT chez 16,7 % des participants. Ces symptômes étaient plus fréquents chez les femmes (21,7 %) que chez les hommes (5,1 %). En revanche, une enquête italienne menée sur internet du 16 avril 2020 au 11 mai 2020 auprès de 330 professionnels de santé retrouvait une prévalence plus élevée de symptômes de TSPT (36,7 %) (Underner, 2020).

Conclusion générale

Conclusion générale

Conclusion générale :

La Covid 19 affecte les personnes de différentes manières, après le début de la pandémie de COVID-19, les scientifiques du monde entier ont fait des progrès rapides sur la voie de l'élaboration de vaccins sûrs et efficaces, qui permettront de réduire le nombre de cas, d'hospitalisations et de décès liés à ce virus.

Mais concernant les effets psychologiques la pandémie laisse chez les personnes, surtout les professionnels de la santé en première ligne directement exposés au virus, telle que la sage femme, ont été peu traités ou même pris en considération, l'exposition de manière subite au virus fait naître chez ces personnes, des troubles tels que le trouble du stress post-traumatique.

Dans notre recherche qui s'est focalisée sur « le trouble de stress post-traumatique chez les sages femmes ayant intervenues pendant la Covid 19 » notre enquête de terrain qui s'est déroulée au sein de l'EPSP de EL KSEUR service de maternité. Avec un groupe de professionnels de santé composé uniquement de sages femmes de sexe féminin.

Quant à la méthodologie que nous avons mise en place pour vérifier la présence de stress post-traumatique, nous avons utilisé le questionnaire de PCL-5, et un entretien semi-directif.

À partir de l'analyse des résultats obtenus grâce à l'utilisation de ces différents outils d'investigation, nous avons constaté que les sages femmes ayant intervenues pendant la période du COVID-19, présentent des symptômes de stress post-traumatique et leur degré de sévérité diffère d'une sage femme à une autre, ceci confirme entièrement notre première hypothèse.

Notre deuxième hypothèse est aussi confirmée, du fait que nous avons montré que la majorité (4/6 cas) des sages femmes ayant intervenues pendant la période COVID-19 présentent des caractères de résilience, notre analyse démontre que leur résilience est majoritairement renforcée par le soutien de leurs familles et de leurs croyances religieuses.

En effet, il est donc indispensable de mettre en place des systèmes de prévention et de traitement psychologiques afin de dépister et traiter les éventuels troubles de stress post-traumatique chez les sages femmes. (*Mieux vaut prévenir que guérir*).

Mais pas uniquement cela, en effet il est indispensable d'avoir à portée de la main les moyens de protection nécessaires pour se protéger contre la maladie, car malheureusement, même les moyens de protection basiques tels que les bavettes et les gels hydro alcooliques, sont en manque.

En effet, Le traitement des effets psychologiques de la Covid 19 sont tout aussi importants, que le traitement des effets physiologiques.

Pour conclure notre recherche, nous espérons avoir posé une première pierre concernant, le vécu psychologique des sages femmes ayant intervenues pendant la période du COVID-19. Pour cela nous avons pensé à quelques questions de perspective concernant ce

Conclusion générale

sujet, qui peuvent être recherchées dans des études ultérieures pour nos camarades étudiants, et qui sont comme suit :

- L'influence et l'importance du soutien de la famille et de l'entourage sur le vécu psychologique des sages femmes ayant intervenue pendant la Covid 19?
- Quelle est la méthode utilisée par les sages femmes dont le coté spirituel et religieux est moins présent voire absent pour gérer le stress et faire preuve de résilience ?
- Quel autre trouble mental dont les sages femmes ayant intervenue pendant la Covid 19 peuvent souffrir ?
- Quel est le devenir d'une sage femme ayant intervenue pendant la Covid 19 souffrant d'un trouble de stress post-traumatique, associé à un autre trouble ?

Ouvrages :

1. American Psychiatric Association. (2015)– DSM-5, « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux », 5^{ème} édition. Traduction française par JD Guelfi et al. Paris : Masson.
2. Angers. M. (1997). *initiation pratique à la méthodologie des sciences Humaines*. Algérie : Casbah.
3. Beck, A. E. (1961). *an inventory for measuring depression*. *archives of general psychiatry*, New York :basic books.
4. Beck, A. T, Ruch, A. J. Shaw, B. F. et Emery, G (1979). *Cognitive therapy for depression*, New York :Guilford Press.
5. Beck, A. E. (1985). *anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*, New York : Basic books.
6. Blanchet, A. & Gotman, A. (2007). Série « *L'enquête et ses méthodes* » : *L'entretien (2e éd. refondue)*, Paris : Armand Colin.
7. Brillon Pascale, P. (2017). *comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique*, Canada: quebec livres.
8. Crocq .L. (1990). *Névroses traumatiques*, Paris : Elsevier Masson.
9. Crocq .L. (2007). *Traumatismes psychiques - Prise en charge psychologique des victimes*, Paris : Elsevier Masson.
10. Farid, k. (2002). *psychiatrie et psychologie medicale* . alger : unité rghaia.
11. Foa, E. R. (1998) . *trating the trauma of rape:cognitive-behavioral therapy for PTSD*, New York: Guilford press.
12. Herman, J. (1986). *Trauma and recovery*, New York: jason aronson.
13. Freeman, M. (2000). *psychotraumatic symptoms and suicide risk*, New York : Elsevier.
14. Nicolas, F. (2020). *Covid 19 et detresse psychologique 2020 l'odyssée du confinement*, paris: odile jacob.
15. OMS. (2008) « *Classification statistique international des maladies et problèmes de santé connexes (CIM 10)* », Deuxième révision.

16. Organisation Mondiale de la santé. (1992). CIM-10 Classification internationale des maladies, chapitre V(F) : troubles mentaux et troubles du comportement, Paris : Masson.
17. OMS. (2018) « Classification statistique international des malades et problèmes de santé connexes (CIM 11) ». 11ème révision.
18. Tarquinio, C. Montel, S. (2014). *les psychos traumatismes*, Paris : Dunod.
19. Sabouraud-Seguin, M. k. (2013). *L'aide-mémoire de la psycho-traumatologie*, Paris: Dunod.
20. Sabouraud-Seguin, M. K (2007). *comment surmonter le traumatisme psychologique ?*, Paris : Odile Jacob.

Les revues :

21. Allgulander, C. (1994). *Suicide and mortality patterns in anxiety neurosis and depressive neurosis*. Archives of General Psychiatry, 51,708-712.
22. Beck, A. T, Epstein, N, Brown, G et Steer, R. A. (1988). *An inventory for measuring clinical anxiety :Psychometric properties*. Journal of consulting and clinical psychology, 56,893-897.
23. Brillon, P. Marchand, A. et Stephenson, R. (1999) *.Influence of cognitive factors on sexual assault recovery : Descriptive review and methodological concerns*. Scandiavian Journal of Behaviour Therapy, 28(1), 1-19.
24. Foa, E. Bet Meadows, E. A. (1997). *Psychosocial treatment for post-traumatic stress disorder : A critical review*. Annual Review of psychology, 48,449-480.
25. Horowitz, M. Wilner, N. et Alvarez, W.(1979). *Impact of event scale :A measure of subjective stress*. Psychosomatic Medicine, 41(3),209-218.

Thèses et mémoires :

26. LAKHDARI S., « *l'état psychologique des sages femmes au cour de leur activité professionnel* », université A. Mira, faculté des sciences sociales, spécialités psychologie clinique, (2012).
27. BENOURET S .BEZIOUN F., « *l'épuisement professionnel chez les sages femmes de la wilaya de Bejaia* », université A. Mira, faculté des sciences sociales, spécialités psychologie clinique, (2014).

Site web :

28. Breslau. N. (02.01.2022), recuperée sur Jama Psychiatrie: <https://jamanetwork.com/>.
29. doctissimo. (2008, 11 19). Récupéré sur doctissimo: <http://Doctissimo.fr>.
30. kessler. C. 14 fevrier 2022, recuperée sur Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey: <https://www.researchgate.net>.
31. Shalev, Arie Y. Bonne, Omer , Eth, Spencer. (1996). *Traitement du trouble de stress post-traumatique*. Médecine psychosomatique.
32. Moore, F. (12.01.2022), récupérée sur science et books: <https://www.sciencedirect.com>.
33. Horowitz, M. M. Wilner, N. B, & Alvarez, W.M.25 mars, 2022, récupérée sur journal of biobehavioral medicin : <https://journals.Iww.com>.
34. Centres pour le contrôle et de prévention des maladies. (2019). Récupéré sur CDC: <https://www.cdc.gov>.
35. Chantal. S. (03.03.2022), récupérée sur <https://www.inspq.qc.ca>.

Annexes

Guide d'entretien

Renseignement général :

- Quel âge avez-vous ?
- Quelle est votre situation matrimoniale ?
- Avez-vous des enfants ? Si oui, combien ?
- Quel est votre niveau d'instruction ?
- Depuis combien de temps exercez-vous ce métier ?

Axe 1 : formation personnelle.

- Exercer le métier de sage femme est-ce un choix personnel ?
- Quand vous aviez commencé le travail, est ce que ca correspondais a la hauteur vos attentes ?
- Est-ce que vous aviez rencontré des difficultés lors de votre parcours pour devenir sage femme si oui lesquels ?

Axe 2 : le travail avant et durant la COVID 19.

Avant la Covid-19

- Combien de fois travailliez-vous par semaine avant la Covid 19?
- Vous étiez de service pour combien d'heures par jour avant la Covid -19 ?
- Etiez-vous de service la nuit ? (Gardes)
- Combien de femmes faisiez-vous accouché quand vous étiez de service avant la Covid?
- Est-ce qu'il vous arrivez de rencontrer des difficultés durant votre travail avant la Covid, si oui lesquels ?

Durant la Covid- 19

- Quels sont les changements que vous avez constatez durant la Covid -19 ?
- Combien de fois travailliez-vous par semaine durant la Covid -19?
- Vous étiez de service pour combien d'heures par jour durant la Covid -19 ?
- Etiez-vous de service la nuit ? (Gardes)
- Combien de femmes faisiez-vous accouché quand vous étiez de service durant la COVID -19?
- Est-ce qu'il vous est arrivez de rencontrer des difficultés durant votre travail durant la COVID -19, si oui lesquels ?

Axe 3 : trouble de stress post traumatique.

- Vous arrive-t-il de repenser à la COVID- 19 ? si oui, y'a t ils des choses précises qui vous y font penser ?
- Vous arrive-t-il d'éviter les choses ou endroits qui vous font penser à la COVID -19 ?
- pouvez-vous nous décrire votre comportement pendant la période covid19 ?
- au cours de ces derniers jours avez-vous souvent pensé d'une façon pénible à cet événement ?
- avez-vous rêvé ou avez-vous fréquemment l'impression de revivre l'expérience de la COVID- 19 ?
- depuis la période de COVID-19 avez-vous des difficultés d'endormissement ?
Concentration ?
- comment trouvez-vous votre qualité de sommeil depuis la COVID -19 ? a elle changé ?

Axe 3 : la résilience

- comment faites vous pour gérer votre situation ?
- est ce que croire en dieu et prier vous aide à surmonter vos
Difficultés ?
- est ce que votre amour envers votre travail a diminué ?
- est ce que ça vous est déjà arrivé de penser à arrêter votre travail ?
- bénéficiez vous d'aide de la part de votre entourage ou votre famille durant les moments difficiles?
- Vous affrontez vos problèmes ou vous arrivent t-ils de les ignorer ?
- Est-ce que vous arrivez à trouver des solutions à vos problèmes ?
- Avez-vous des centres d'intérêts ?que faites vous pendant vos temps libres ?
- Pensez vous que vous avez perdu intérêts envers des activités que vous aimiez avant ?
- Avez-vous des projets pour l'avenir ?
- Selon vous, quels sont vos qualités ?

PCL-5

Post-traumatic stress disorder Checklist version DSM-5

Consignes : Voici une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois suite à une expérience vraiment stressante. Veuillez lire chaque énoncé attentivement et cocher la case pour indiquer dans quelle mesure ce problème vous a affecté **dans le dernier**

<i>Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :</i>	<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Modérément</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>Extrêmement</i>
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?					
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?					
3. Se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?					
4. Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement ?					
5. Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation) ?					
6. Essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'événement ?					
7. Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objets) ?					
8. Des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ?					
9. Des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (des croyances comme : je suis mauvais, j'ai quelque chose qui cloche, je ne peux avoir confiance en personne, le monde est dangereux) ?					
10. Vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?					
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?					
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?					
13. Vous sentir distant ou coupé des autres ?					
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?					
15. Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?					
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?					
17. Être en état de « super-alerte », hyper vigilant ou sur vos gardes ?					
18. Sursauter facilement ?					
19. Avoir du mal à vous concentrer ?					
20. Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?					

Résumé

Cette étude porte sur le thème intitulé «**trouble du stress post-traumatique chez les sages femmes ayant intervenue pendant la Covid-19**», elle a pour objectif de décrire et d'explorer l'effet traumatique de la crise sanitaire (COVID-19) sur les sages femmes ayant intervenantes pendant cette période. Cette recherche, aété réalisée au sein de l'EPSP de EL KSEUR Bejaia et a porté sur (6) cas. Pour réaliser cette étude, nous avons utilisé un entretien de type semi-directif, le questionnaire PCL-5 pour le stress post-traumatique.

D'après Les résultats du PCL-5 qu'on a obtenus ont montrés que **5/6** sages femmes présentent des symptômes de stress post- traumatique et 4/6 elles sont faites une résilience.

Les Mots-clés : Le COVID- 19 ; les sages femmes ; le stress post-traumatique.

ABSTRACT

This study focuses on the theme entitled "post-traumatic stress disorder in midwives who intervened during the COVID-19", it aims to describe and explore the traumatic effect of the health crisis (COVID-19) on midwives who intervened during this period. This research was carried out in the EPSP of EL KSEUR Bejaia and involved 6 cases. To carry out this study, we used a semi-directive interview, the PCL-5 questionnaire for post-traumatic stress.

The results of the PCL-5 showed that 5/6 midwives had symptoms of post- traumatic stress and 4/6 had resilience.

Keywords: COVID- 19; midwives; post-traumatic stress.

ملخص

تركز هذه الدراسة على موضوع بعنوان "اضطراب ما بعد الصدمة لدى القابالت الالئي تدخلن خلال كوفيد-19" ، وتهدف إلى وصف واستكشاف الأثر الصادم لألزمة الصحية (كوفيد-19) على القابالت الالئي تدخلن خلال هذه الفترة. تم إجراء هذا البحث ضمن مشروع EPSP لجامعة بجاية وركز على (6) حالات. إجراء هذه الدراسة ، استخدمنا مقابلة شبه منظمة ، استبيان PCL-5 لضغوط ما بعد الصدمة.

وفقًا لنتائج PCL-5 التي حصلنا عليها ، أظهرت أن 4/5 من القابالت يظهرن أعراض الإجهاد الالحق

الكلمات

للصدمة و 6/2 يتمتعن بالمرونة.

الرئيسية: COVID-19 ؛ القابالت. إجهاد ما بعد الصدمة.