



Université Abderrahmane Mira Bejaïa
Faculté des sciences humaines et sociales
Département de psychologie et d'orthophonie

Mémoire de fin de cycle

Thème

*Traumatisme Psychique chez les adultes suite à la
mort subite d'un parent (père ou mère)*

Etude de quatre (4) cas

*Réalisé au niveau du cabinet de psychologie clinique
ZERRAD.O situé à Akbou*

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Psychologie

Option : Psychologie clinique

Réalisé par :

AOUIDAD Roza
AHFIR Monica

Encadré par :

KHELOUFI Sihem

Année universitaire : 2021 / 2022

Remerciements

Nous tenons tout d'abord à remercier Dieu le tout puissant et miséricordieux, qui nous a donné la force et la patience d'accomplir ce travail.

En second lieu, nous tenons à remercier notre promotrice, Madame Kheloufi Sihem, qui a témoigné d'une présence indéfectible à notre égard, par ses nombreux conseils, sa disponibilité à toute heure, et son soutien, ses encouragements, ses remarques pertinentes, et pour l'orientation, la confiance, la patience qui a constitué un apport considérable sans laquelle ce travail n'aurait pas pu être mené au bon port.

Nos remerciements s'étendent également à madame Benamsili Lamia, pour ses bonnes explications qui nous ont éclairées le chemin de la recherche et sa collaboration avec nous dans l'accomplissement de ce travail.

Nos vifs remerciements vont également aux membres du jury pour l'intérêt qu'ils ont porté à notre recherche en acceptant d'examiner notre travail et de l'enrichir par leurs propositions.

Nous tenons à exprimer nos sincères remerciements à tous les professeurs qui nous ont enseigné et qui par leurs compétences nous ont soutenus dans la poursuite de nos études.

Enfin, cette étude n'aurait pu avoir lieu sans la collaboration de la psychologue Zerrad.O, sans laquelle notre recherche n'aurait pas pu se faire et se confirmer, et nous adressons un vif remerciement aux sujets de recherche qui ont accepté de participer à la réalisation de notre recherche.

Nous remercions toutes les personnes de près ou de loin, qui ont contribué à la réalisation de ce travail.

Roza & Monica

Dédicace

Je dédie ce travail à :

A mon cher papa Aissa que j'adore vraiment qui n'a pas de la chance malheureusement d'assister à la soutenance de sa première fille, paix a ton âme mon ange.

À ma très chère maman Nouara, qui m'a tout donné pour que je puisse construire mon avenir, pour son encouragement et sa soutenance, en récompense à son sacrifice et sa clairvoyance qui m'a servi et me serviront tout au long de ma vie, que Dieu la garde et la protège.

A mes chers frères et soeurs « Ahmed, Daris, Hanane, Thiziri, Souad et ma petite princesse Ilyna »

A ma Grand-Mère Ouarida et mon grand-père Akli que Dieu les garde.

A toute ma famille « maternelle Laoubi et paternelle Aouidad »

A mes chers amis Farid et Mouloud qui m'ont vraiment aidé

A ma chère soeur Radia avant d'être copine pour tous ses encouragements et son aide

A mes amies « Katia azzoug, Sonia, Hanane, Souhila, Wissam, Hamama, qui m'ont beaucoup soutenu »

A ma chère binôme : « Monica qui m'a supporté pendant toute cette année »

A notre cher ami Massi qui nous a vraiment aidés.

Roza

Dédicace

Je tiens à remercier dieu le tout puissant de m'avoir donné le courage et la volonté de continuer mes études supérieures

Je dédie ce travail à mes chers parents « HAMID & Cherifa »

Que nulle dédicace ne puisse exprimer mes sincères sentiments pour leur patience illimités leur encouragement leur aide que dieu leurs prête bonheur et longue vie : en témoignage de mon profond amour et respect pour leurs grands sacrifices.

A mes cher frères et sœurs « Sofiane, Samira, Nabil, Massinissa, Melissa »

Mes nièces « Leticia, Celin »

A mes chères amies « Radia, Houda, Katia, Hanane, Didin, Cherifa

A mes chères cousins et cousines Melissa, hamza

A Massi qui me soutien toujours, celui qui s'est toujours sacrifié pour ma réussite

A toutes les personnes de près ou de loin qui ont contribué à la réalisation de ce travail

A ma chère binôme Roza

Monica

Liste des abréviations :

CIM :	Classification internationale des maladies.
DSM :	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
EMDR :	Eye-mouvementdesensitization and reprocessing(Désensibilisation et Retraitement par les Mouvements Oculaires)
ESPT	Etat de stress post-traumatique
OMS	Organisation mondiale de la santé
PTSD	Post trauma tic stress disorder
TCC	Thérapie cognitive et comportementale
TRAUMAQ	Questionnaire d'évaluation du traumatisme psychique
TSPT	Trouble stress post-traumatique
TSA	Trouble de stress aigu

La liste des tableaux :

N° du tableau	Titre	Page
Tableau°1	Les caractéristiques des sujets de recherche	82
Tableau°2	Grille de cotation des items à l'échelle J	91
Tableau°3	Conversion des notes brutes en notes étalonnées, par échelle	92
Tableau°4	Interprétation des scores obtenus au questionnaire	92
Tableau°5	Conversion des notes brutes obtenues par Mourad en notes étalonnées	98
Tableau°6	Conversion des notes brutes obtenues par Samia en notes étalonnées	105
Tableau°7	Conversion des notes brutes obtenues par Farah en notes étalonnées	112
Tableau°8	Conversion des notes brutes obtenues par Lynda en notes étalonnées	119
Tableau°9	Tableau récapitulatif des résultats de nos 4 cas au questionnaire TRAUMAQ	128

La liste des figures :

N° de la figure	Titre	Page
Figure n°1	Illustration du profil de Mourad	102
Figure n°2	Illustration du profil de Samia	109
Figure n°3	Illustration du profil de Farah	116
Figure n°4	Illustration du profil de Lynda	123

La liste des Annexes :

N° de l'annexe	Titre
Annexe n°1	Le guide d'entretien
Annexe n°2	Le questionnaire du TRAUMAQ
Annexe n°3	Feuille de résultats du TRAUMAQ
Annexe n°4	La version arabe du questionnaire TRAUMAQ
Annexe n°5	Cas n°1 au TRAUMAQ
Annexe n°6	Cas n°2 au TRAUMAQ
Annexe n°7	Cas n°3 au TRAUMAQ
Annexe n°8	Cas n°4 au TRAUMAQ

Table des matières

Remerciements

Dédicace

Liste des abréviations

La liste des tableaux

La liste des figures

La liste des Annexes

Introduction :.....1

Carte générale de la problématique

1. Les raisons du choix du thème :5
2. Les objectifs de la recherche :5
3. La problématique :5
4. Les hypothèses de la recherche :9
5. Opérationnalisation des concepts clés :9

Chapitre I Traumatisme psychique chez l'adulte

Préambule :13

1. Histoire du traumatisme psychique :13
2. La définition de l'évènement traumatique :18
3. La définition du traumatisme psychique :19
4. Définition de l'état de stress post-traumatique :20
5. Types du traumatisme psychique :21
6. Traumatismes simples et complexes :22
7. Les traumatismes directs et indirects :23
8. Les paramètres influençant le développement des syndromes psycho traumatique (facteurs de risque) :24
9. Les réactions face à un évènement traumatisant :25
 - 9.1 Les réactions immédiates :26
 - 9.2 Les réactions post-immédiates :30
 - 9.2.1 L'apparition d'un syndrome post-traumatique :30
 - 9.2.1.1 Les symptômes intrusifs de l'évènement traumatique :30
 - 9.2.1.2 L'apparition de symptômes non spécifiques aux syndromes post-traumatiques :33
 - 9.2.2 L'apparition de symptômes non spécifiques aux syndromes post-traumatiques :33
 - 9.3 Les réactions différées et chronique :(La phase à long terme) :36
10. Critère diagnostiques selon le DSM5 et laCIM10 et 1139

10.1 Trouble stress post- traumatique selon le DSM-5 :	39
10 .2 L'État de stress post-traumatique selon la CIM-10 :.....	42
10.3 L'État de stress post-traumatique selon la CIM-11 :	42
11. La prise en charge de traumatisme psychologique et médicamenteuse :	43
11.1.1 Le défusing :	43
11.1.2 Le débriefing :	44
11.1.3 L'EMDR :.....	45
11.1.4 Prise en charge narrative du traumatisme psychique :.....	45
11.1.5 La Thérapie analytique ou psycho dynamique :.....	46
11.1.6 L'hypnose :.....	46
11.1.7 La thérapie cognitive et comportementale :	47
11.1.9 Les groupes de paroles :.....	48
11.1.10 Autres prises en charge du traumatisme psychique chez l'adulte :	48
11.1.10 Prise en charge médicamenteuse :	50
Synthèse :.....	51
Chapitre II La mort et l'attachement chez l'adulte	
Préambule :	53
A. La mort :.....	54
1. La définition de la mort :	54
2. La définition de la mort subite (soudaine) :	54
3. La définition de la mort anticipé :	55
4. L'impact traumatique de l'annonce de la mort :	56
5. Différence des effets de la mort entre l'homme et la femme:.....	56
6. Décès d'un parent à l'âge adulte :.....	57
7. La définition de deuil :.....	59
8. Les étapes du deuil :	59
9. Les types de deuil :	61
10. Deuil chez l'adulte :.....	64
B. L'attachement chez l'adulte :	65
1. La définition de l'attachement :.....	65
2. La notion de relation d'attachement chez l'adulte avec les parents :	66
3. Styles d'attachement chez l'adulte :	67
C. la famille et l'adulte :	68
C.1 la famille :.....	69

1 Les déférentes définitions de la famille :	69
1-1 La définition psychologique :	69
1. La relation parents-jeunes adultes :	70
2. La qualité de la relation parents-jeune adulte :	70
C.2 L'adulte :	73
1- Développement au cours de l'âge adulte :	74
1-1 Les perspectives générales sur l'âge adulte :	74
1-2 Le développement physique :	74
1-3 La sexualité et la reproduction :	74
1-4 Le développement cognitif :	75
1-5 Le développement affectif et social :	75
1-6 Les styles de vie :	76
1-7 Les rôles sociaux du jeune adulte :	76
Synthèse :	76

Partie Pratique

Chapitre III Méthodologie de la recherche

Préambule :	78
1.1 Pré-enquête :	78
1.2 L'enquête :	79
1.3 Lieu de recherche :	80
1.4 La présentation de la population :	81
2) Les Outils de recherche :	86
2.1 Le guide d'entretien :	86
2.2 Le TRAUMAQ :	87
2.2.1 L'objectif de test :	87
2.2.2 La consigne :	90
2.2.3 La cotation :	90
Synthèse :	92

Chapitre IV Présentation, analyse des donnée et discussion des hypothèses

1. présentation et analyse des données de Mourad	93
2. Présentation et analyse des données de Samia	102
3. Présentation et analyse des données de Farah	102
4. Présentation et analyse des données de Lynda	105
II-Discussion des hypothèses :	127

Synthèse :	130
Conclusion :	132
La liste bibliographique :	134.
Annexes	
Résumé	

Introduction

Introduction :

Au cours de son existence, l'être humain est confronté à des situations qui peuvent menacer momentanément ou durablement son intégrité physique et son équilibre mental. Ces événements diffèrent selon les agents qui les provoquent et peuvent aller de simples situations stressantes ou frustrantes de la vie quotidienne telles que la proximité et le rythme accéléré de la vie moderne, à des situations menaçantes, violentes, destructrices appelées « **événements traumatiques** ». Parmi ces derniers nous pouvons citer les accidents collectifs ou individuels tels que : les accidents de la circulation, les catastrophes naturelles..., ou le décès d'un parent.

Après avoir vécu un événement traumatique, on ne comprend souvent pas ce qui nous arrive. Nos réactions nous semblent incompréhensibles et chaotiques. Certaines peuvent nous paraître complètement farfelues, anormales, voire pathologiques. On peut même craindre qu'elles soient permanentes. En tout cas, on ne se reconnaît plus. Or, il se pourrait que nos réactions soient normales et connues... et que nous souffrions de symptômes post-traumatiques. Comme leur nom l'indique, les symptômes post-traumatiques apparaissent à la suite d'un événement traumatisant. Ils peuvent entraîner beaucoup de souffrance, empêcher notre fonctionnement quotidien et nous isoler des autres.

Subir un événement traumatique est une expérience extrêmement douloureuse. Elle peut changer pour toujours notre vision de la vie. Elle peut nous empêcher de fonctionner pendant de longues périodes et affecter négativement nos relations. Cependant, elle peut aussi se révéler pour nous une occasion de mieux nous connaître et de remettre en question nos valeurs de façon positive. Elle peut mener à l'apprentissage de nouveaux outils permettant une amélioration de notre qualité de vie.

Louis Crocq : précise que le traumatisme psychique ou trauma est « un phénomène d'effraction du psychisme, et le débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur ». (**crocq, 2014, p.10**)

Pour réaliser cette étude, nous nous sommes focalisé à une forme particulière de souffrance, soit la perte d'un père ou d'une mère, peu de recherche ont été faite dans le domaine de la perte d'un parent chez un adulte.

Il est cependant admis que cette perte représente un évènement sérieux dans la vie d'un individu (un évènement traumatique). Cet évènement, en plus de mener à une détresse profonde, implique une grande variété de réaction physiologique et psychologique pouvant avoir des conséquences néfastes sur la personne.

Nous oublions parfois la profondeur du lien que nous avons avec nos parents. Ils sont souvent notre lien principal dans le monde et vers le monde. Même si nous avons un conjoint aimant, des enfants et de nombreux amis proches, la mort d'un parent signifie la perte de l'un de nos premiers et plus importants liens. L'idée fautive selon laquelle un adulte mature et capable n'aura pas besoin de pleurer son parent peut faire en sorte que les personnes en deuil se sentent encore plus seules, car leur chagrin n'est pas reconnu.

Ce travail est centré particulièrement sur la réalisation d'une recherche sur « **le traumatisme psychique chez les adultes ayant perdu un parent subitement** ». C'est pour cela qu'on a choisi d'étudier, ce thème en profondeur dans le but de détecter la présence du traumatisme psychique chez les adultes ayant perdu un parent et les facteurs qui le provoquent. Et on est basé sur l'approche psychodynamique analytique qui se concentre sur la manière dont le sujet de recherche a construit sa réalité actuelle et sur les expériences de vie qui ont influencé son regard sur son monde. Approche fortement influencée par la psychanalyse, cette méthode fait appel à la notion d'inconscient. L'objectif de cette approche en psychologie est donc de comprendre à l'aide de la parole les phénomènes inconscients qui se jouent afin de trouver un fonctionnement qui diminue la souffrance du sujet de recherche.

Pour répondre aux objectifs de notre recherche, on a choisi comme terrain de recherche : un cabinet de psychologie clinique à Akbou de la wilaya de Bejaïa.

Pour élaborer cette recherche nous avons tracé un plan de travail, on le divise en quatre parties :

- **Le cadre générale de la problématique.**
- **la partie théorique.**
- **la partie pratique.**
- **La présentation et l'analyse des données et discussion des hypothèses.**

Le cadre générale de la problématique : est consacré aux raisons de choix de thème de recherche, les objectifs de recherche, la problématique, les hypothèses, opérationnalisation des concepts clés.

La partie théorique : est divisée en deux chapitres : le premier est consacré au traumatisme psychique chez l'adulte, et le deuxième est consacré à la mort et le lien d'attachement chez l'adulte.

Le premier chapitre : il concerne l'histoire du traumatisme psychique, la définition de l'évènement traumatique, ces types, la définition du traumatisme psychique, ces manifestations cliniques, ces symptômes, puis les facteurs de risque et les critères diagnostiques selon le DSM5 et la CIM10 et 11, enfin la prise en charge du traumatisme psychique.

Le deuxième chapitre :

Il se compose en trois parties :

la première partie : intitulée sur la mort dont on définit différentes définitions : la mort, la mort subite, la mort anticipée, puis l'impact traumatique de l'annonce de la mort, les réactions immédiates suite à l'annonce de la mort, la différence des effets de la mort entre l'homme et la femme, décès d'un parent à l'âge adulte, ensuite on passera à la définition de deuil, ses étapes, ses types, ainsi le deuil chez l'adulte.

La deuxième partie : intitulée sur la définition de l'attachement, La notion de relation d'attachement chez l'adulte avec les parents, puis les styles d'attachement chez l'adulte.

La troisième partie : intitulée sur les différentes définitions de la famille, la relation parent – jeunes adultes, puis la qualité de la relation parent-jeunes adultes. et enfin le développement au cours de l'âge adulte.

Le troisième chapitre : qui est inclus dans la partie pratique, est réservé à la partie méthodologique, à travers laquelle nous avons suivi une méthode bien déterminée : le déroulement de la pré-enquête et le déroulement de l'enquête, présentation de lieux de stage, et le groupe d'étude de recherche, la méthode de recherche, ces outils d'investigation.

Le quatrième chapitre : de notre recherche est destiné à la présentation et analyse des données concernant les sujets de recherche, puis la discussion des hypothèses proposées au début de la recherche.

Enfin, on termine par une conclusion générale et la liste bibliographique.

Carte générale de la problématique

1. Les raisons du choix du thème :

Toute une recherche doit avoir un but ou une raison précise, on choisit de faire une recherche sur le thème « traumatisme psychique chez les adultes ayant perdu un parent ».

Et on a choisis ce thème pour les raisons suivantes :

- ❖ C'est un thème originale, qui n'a pas été traité au par avant.
- ❖ Manque d'étude sur le traumatisme psychique chez les adultes ayant perdu un parent surtout lorsque la mort est soudaine.

2. Les objectifs de la recherche :

- ❖ C'est de détecter le traumatisme psychique chez les adultes ayant perdus un parent.
- ❖ Avoir l'impact de traumatisme sur l'état psychique et physique des adultes ayant perdu un parent subitement
- ❖ Trouver des solutions à fin d'aider les adultes ayant perdu un parent, avec des prises en charges différentes.

3. La problématique :

Le milieu familial est d'une importance prépondérante pour l'enfant dans la mesure où il est le lieu des premières relations et liens, les membres du groupe familial sont les premiers auxquels il sera confronté c'est dans ce premier lieu qui va se construire le fondement de son organisation comportementale. L'influence parentale et familiale agit de façon importante au cours des premières Années de vie d'un individu, jouant un rôle manifeste dans le développement de sa personnalité. L'attachement, processus primaire débutant dans les tous premiers moments de la vie, est un phénomène ayant été largement étudié et documenté, notamment par l'apport important des recherches cliniques du psychanalyste **Bowlby (1969)**. D'un milieu familial dissocié, où l'enfant est soumis à des ruptures, à des changements constants de figures protectrices, a une influence majeure sur la qualité de l'attachement. L'absence de contexte environnemental dans lequel évolue la dyade parent-enfant dans le malheur de La mort d'un père ou une mère est déterminants pour la qualité de cet attachement, celui-ci ainsi que l'absence d'un réseau de support social sont autant les facteurs qui influenceront la qualité des nombreuses interactions vécues entre le parent et son enfant et en retour, teinteront la qualité de la relation d'attachement.

D'après Bowlby(1958), psychanalyste anglais, l'attachement correspond à un besoin inné et désigne l'ensemble des processus par lesquels l'enfant recherche et tente de maintenir la proximité physique avec un adulte de son entourage. Sa principale fonction est de protéger l'enfant du danger extérieur, pour explorer son environnement. L'attachement persiste même à l'âge adulte. De nombreuses études ont donc exploré la possibilité selon laquelle les styles d'attachement, comme ceux identifiés par Ainsworth (1978), continuent à exister à l'âge adulte et ont par conséquent une influence sur les relations à cet âge. L'attachement est un processus instinctif destiné à assurer la survie de l'espèce en maintenant une proximité entre un nourrisson et sa mère. L'attachement débute dès la grossesse et s'établit dans les trois premières années de la vie. Il va influencer la façon dont l'enfant va ensuite établir ses relations sociales pour le reste de sa vie.

La perte d'un parent est toujours difficile à vivre, même à l'âge adulte. Alors le jeune adulte traverse une période de vie considérée comme difficile et stressante au niveau affectif et social, notamment caractérisée par une crise entre l'intimité et l'isolement.

L'expérience personnelle de la mort joue également un rôle dans la compréhension du phénomène, la perte soudaine d'une personne aimée semble ébrancher les croyances des jeunes adultes quant à leur invulnérabilité personnelle si bien qu'un tel décès semble souvent plus dramatique pour les jeunes adultes que pour les adultes plus âgés. Par ailleurs, la mort d'un parent provoque des troubles psychiques parmi ces troubles on a le traumatisme ou un état de stress post traumatique qui influence sur l'état psychologique de la personne adulte suite à la perte subite de l'un de ses parents.

Plusieurs chercheurs se sont penchés sur ce sujet pour définir et cerner la problématique de la psycho traumatisme, afin de connaître, pour mieux prévenir ses conséquences.

En 1917, dans Introduction à la psychanalyse, Sigmund Freud précise que le trauma provoque dans l'appareil psychique un afflux d'excitation impossible à assimiler et à liquider: « Et même, le terme traumatique n'a pas d'autre sens qu'un sens économique. Nous appelons ainsi un événement vécu qui, en l'espace de peu de temps, apporte dans la vie psychique un tel surcroît d'excitation que sa suppression ou son assimilation par les voies normales devient une tâche impossible, ce qui a pour effet des troubles durables dans l'utilisation de l'énergie » (**Freud, 1917**). **En 1920**, dans son ouvrage, il définit le traumatisme comme : « toutes excitations externes assez fortes pour faire effraction dans la vie psychique du sujet » (**Freud, 1920**). **En 2007, Louis Crocq** confirme que : le trauma est « un phénomène d'effraction du

psychisme, et le débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur » (Crocq, 2007).

Même si ces différentes approches ne sont pas unanimes sur une même définition de l'événement traumatique, elles se rejoignent sur certaines de ses caractéristiques à savoir, sa violence et sa soudaineté qui prennent de court la personne, la déstabilisent et mettent en échec ses capacités défensives et adaptatives. Mais en réalité, ces critères ne sont pas à eux seuls suffisants pour dire que tel événement est traumatisant ou pas puisque d'autres facteurs peuvent entrer en jeu pour favoriser l'apparition du traumatisme. Ces derniers qui englobent l'état constitutionnel du sujet qui subit la situation, son histoire, sa structure, son état physique et psychologique, ainsi que ses croyances, sa culture et surtout la qualité d'attachement, peuvent expliquer pourquoi un même événement déclenche un traumatisme chez une personne alors qu'une autre s'en sort indemne. Ces facteurs vont déterminer également les différentes réactions que nous pouvons observer à la suite de l'événement traumatique.

A ce propos, les auteurs ont répertorié d'une manière générale trois types de réactions, à la suite d'un événement traumatisant à savoir les réactions de stress, les réactions différées et celles liées à l'état de stress post-traumatique qui évoluent en trois phases distinctes : premièrement, la phase immédiate qui relève de la réaction de stress et qui généralement ne dure pas plus de quelques dizaines de minutes, à moins que la situation menaçante ne perdure ou ne se renouvelle. La seconde phase post-immédiate survient quelques heures après l'événement traumatisant et peut durer jusqu'à une semaine ou dix jours et se traduit par le retour plus ou moins rapide à l'état normal. Cependant nous pouvons observer des décharges émotionnelles différées telles que les agitations, les pleurs..., ou bien des accès neurovégétatifs à l'exemple de pâleur, de tachycardies...etc. Enfin, la phase chronique qui apparaît quelques jours ou quelques mois après la phase post immédiate et qui se manifeste par l'installation de la névrose traumatique ou le syndrome psycho traumatique qui comprend d'une part, des symptômes dits "de répétitions" et des symptômes non spécifiques tels que l'anxiété, les symptômes phobiques..., et d'autre part, une altération de la personnalité qui s'avère gênante et invalidante pour le sujet. (Crocq L. 2000. p57)

Sur ce point, tous les spécialistes sont d'accord pour dire que ces réactions peuvent concerner toute victime d'un événement traumatique, qu'elle soit blessée physique ou rescapée

indemne, ainsi que les témoins et les impliqués qui peuvent être touchés par le stress et le traumatisme.

Nous avons choisi d'étudier l'une des conséquences extrêmes de l'événement traumatisant à savoir la mort subite d'un parent chez un adulte et son impact traumatique sur son état psychique. **N. Sillamy** définit la mort : « comme la cessation définitive des fonctions vitales d'un organisme et la fin de la vie ou la disparition définitive et irréversible de la personne. Or, la mort peut être naturelle dans la mesure où elle survient suite à une maladie par exemple, ou tout simplement par vieillesse. Ou bien elle est qualifiée de violente quand elle survient subitement suite à un accident, à un crime ou à un suicide. »

Mais quelle que soit sa nature ou ses circonstances, la mort d'un parent inflige une blessure violente chez les enfants même si à l'âge adulte qui vont se retrouver enlisés dans une période de désarroi et de souffrance et dont la vie va être complètement bouleversée, que ce soit sur le plan physique, psychologique, intellectuel ou social et relationnel. C'est ce qui pousse certains auteurs tels que L. Bailly ou C. Fauré à considérer toute perte d'un proche comme traumatisante.

Le traumatisme psychique tel le **décrit FERENCZI en 1932,1934** est « un choc inattendu, violent, écrasant une commotion psychique soudaine qui anéantit le sentiment de soi, la capacité de résister, d'agir, de penser et de se défendre. L'angoisse traumatique est la conséquence de l'impuissance, l'incapacité de s'adapter »

(Ciconne.A.Ferrant, 2008, P 26).

C'est pour cela qu'on a choisi d'étudier, notre thème qui est « **le traumatisme psychique chez les adultes ayant perdu un parent subitement** » dans le but de détecter la présence de traumatisme psychique chez les adultes qui souffrent parfois en silence de la perte de leurs parents, et d'après une pré enquête effectuée auprès des sujets qui ont été exposés à l'événement traumatique qui est « la mort des parents » et une utilisation d'entretien semi directif qui contient des questions sur la nature des relations entre l'adulte et son parent décédé et la nature de sa mort, et en ajoutant à cela la passation du questionnaire Traumaq.

Nos questions nos hypothèses sont formulées de la manière suivante :

- ❖ **La mort subite d'un parent chez un adulte présente-t-elle un traumatisme psychique ?**

- ❖ **Les adultes qui ont un lien d'attachement très fort avec leurs parents peuvent-ils représenter un traumatisme psychique?**

4. Les hypothèses de la recherche :

Afin de répondre aux questions de notre recherche, nous avons formulées les hypothèses suivantes :

- ❖ **Les adultes ayant perdu un parent par une mort subite présentent un traumatisme psychique.**
- ❖ **Les adultes qui ont un lien très attachés avec leurs parents peuvent présenter un traumatisme psychique après leurs morts.**

5. Opérationnalisation des concepts clés :

Le traumatisme psychique :

Un phénomène d'effraction du psychisme, et le débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur.

La mort subite :

Décès inattendu d'une personne en bonne santé.

Une perte soudaine est excessivement traumatisante puisqu'il est difficile de développer une stratégie d'ajustement à la mort, de même qu'à donner un sens à la souffrance qui y est associée.

L'attachement :

- Est le lien relativement durable qui apporte de l'importance au partenaire en raison de son caractère unique et irremplaçable.
- L'attachement est un lien affectif durable qui se construit entre l'enfant avec ce qui prend soin de lui, de façon cohérente et continue et qui est importante dans la structure de la personnalité de l'enfant et a une influence décisive sur son futur équilibre.

- Une dimension très particulière des liens interpersonnels affectifs qui conduisent toute au long de la vie. (Par ex : à avoir besoin d'être écouté, entendu, compris et soutenu), par une ou plusieurs personnes considérées comme proches

L'adulte :

- Adulte : parvenu au terme de sa croissance, personne n'ayant atteint ou dépassé l'âge de 20 ans environ (par opposition à l'enfant ou l'adolescent).
- L'âge adulte est une période de crise de réalisation de soi.
- Développement permanent
- Processus dynamique
- Personne capable d'accepter les changements et de s'y adapter.
- C'est la capacité à affronter avec succès les événements et les décisions typiques auxquelles une personne doit faire face à un moment donné de sa vie.
- Efforts importants pour atteindre ses objectifs
- Désir d'être libre à Apprendre à partir de ses échecs, bâtir l'expérience sur ses succès, développer un sens de la confiance en soi.

Partie théorique

Chapitre I

Traumatisme psychique chez l'adulte

Préambule :

Plusieurs personnes ont vécu ou ont été témoins d'un événement traumatique ou très stressant à un moment donné de leurs vies. Vivre un événement traumatique est malheureusement une expérience trop fréquente dans nos sociétés modernes.

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

Dans ce chapitre pour éclairer brièvement le traumatisme, en commençant par présenter l'historique du traumatisme psychique, après la définition de l'événement traumatique et les types de traumatisme psychique, ensuite la définition du traumatisme psychique et les types de traumatisme psychique, puis la définition de l'état de stress post-traumatique, les traumatismes directs et indirects, les paramètres influençant le développement des syndromes psycho-traumatiques (les facteurs de risque), puis les réactions du traumatisme psychique, et les critères diagnostiques selon le DSM 5 et la CIM 10 et 11, enfin la prise en charge du traumatisme psychique.

1. Histoire du traumatisme psychique :

Concept nomade issu de la chirurgie, le traumatisme est devenu un concept central de la psychanalyse. Son statut et la place qui lui sont attribués varient selon les époques et les courants. Il renvoie à la violence du choc, l'effraction et aux conséquences sur l'organisme. Ses contours s'appréhendent différemment en fonction des cultures sociétales et scientifiques, mais également dans la place que l'on accorde à la réalité extérieure.

La notion de traumatisme psychique parcourt la psychanalyse depuis son origine. À travers les théorisations des différents auteurs, elle met en débat, au sein même de la discipline, la place accordée à la réalité externe et la réalité psychique. Ce débat reste actuel tant la notion impacte différents niveaux dans le traitement et la prise en charge des patients traumatisés (social, culturel, somatique et psychique). Pierre Marty parle du traumatisme comme une notion « devenue un lieu de malentendus où se mêlent fantasme et réalité, actualité et résurgence du

passé, aspects quantitatifs et vulnérabilité, aléas de l'histoire événementielle et événement psychique » (Marty, 2011, p. 35)

(Dozio.E ,Joubert.L.M, et Baubet.T, 2020, pp13 - 14)

En 1888, Hermann Oppenheim, neurologue allemand, utilise pour la première fois la définition de « névrose traumatique » pour expliquer les accidents de chemin de fer dont les victimes présentaient un tableau clinique caractérisé par des répétitions, des cauchemars et des réminiscences de la scène traumatique, ainsi que des manifestations de type anxieux ou encore des réactions de sursaut et d'hyperréactivité à des stimuli évocateurs du traumatisme. Pendant la même période en France, à la Salpêtrière, Jean-Martin Charcot fait les mêmes constats auprès de ses patients, mais il attribue les symptômes à des formes cliniques d'hystérie en se basant sur une notion de chaos nerveux qui prolonge le patient dans un état dissociatif, déconnecté de la réalité (Charcot, 1889). Il constate une spécificité des symptômes qui surviennent après un choc psychique qui peut être défini comme "traumatique", et qui provoque une dissociation de la conscience. Cette intuition pose les bases du lien « traumatisme-dissociation » des névroses, qui sera ensuite repris par Pierre Janet. En continuant les études de Charcot sur l'hystérie, Janet développe une théorie selon laquelle une situation terrifiante peut rendre le sujet temporairement incapable de gérer ses schémas cognitifs (Janet, 1898). L'hystérie serait une maladie mentale qui porte à une division de personnalité par un mécanisme de défense contre le débordement psychique provoqué par un choc. Janet identifie le traumatisme psychique comme principale cause de la dissociation, le choc subi provoquant une désagrégation psychique qui ne permet pas au sujet de garder un souvenir de l'expérience vécue dans son ensemble et de pouvoir l'intégrer à son histoire personnelle. La personne exposée à l'expérience traumatique garde des impressions sensorielles partielles, des souvenirs cognitifs et des traces de mémoire qui s'expriment à travers des idées fixes de nature verbale ou motrice. (Ibid, pp 14-15)

Le processus de dissociation peut être ainsi décrit : un événement extrême provoque un choc, une émotion violente chez le sujet. Il ne peut pas y faire face, car l'événement est tellement inattendu par sa nature et sa temporalité qu'il n'a pas les éléments pour le coder et donc l'intégrer dans son histoire passée. La réaction sera celle d'une action dissociant qui, d'un côté amène à un rétrécissement du niveau conscient du sujet et en même temps, à un dédoublement de sa personnalité.

Mais c'est le contemporain de Janet, Sigmund Freud, qui propose les théories du traumatisme psychique et un concept du trauma, qui font avancer la clinique et la compréhension de la névrose traumatique.

(Dozio.E ,Joubert.L.M, et Baubet.T, 2020,pp14 - 15)

Freud :

L'oscillation entre réalité interne et externe dans l'origine du trauma est présente dès les premières conceptualisations. Nous retrouvons dans la pensée de Freud cette constante interrogation sur le rôle du réel, témoignant de ses remaniements métapsychologiques. Ses premiers développements, à partir des cures de patientes hystériques, placent l'origine du traumatisme dans l'excitation libidinale déclenchée par la situation de séduction vécue par ces patientes. Se référant au sexuel, le traumatisme se trouve lié à la théorie de la séduction et celle du traumatisme en deux temps, ce qu'il nommera ensuite la théorie de l'après-coup. Cependant, ne pouvant trouver dans l'inconscient de ses patientes des signes de la réalité de l'expérience, Freud accorde ensuite une place centrale au fantasme dans l'origine des névroses (abandon de sa *Neurotica*, 1897). À ce propos, Claude Janin nuance et précise qu'il « serait plus exact de dire que l'analyse ne peut pas décider du caractère de “réalité” des scènes de séduction » rapportées par les patientes (Janin, 1898, p. 15). Le traumatisme, comme élément organisateur de la névrose, doit ainsi « toujours » être envisagé « en référence aux fantasmes inconscients qui constituent la réalité psychique interne » (Bokanowski, 2010, p. 12). À travers ce bouleversement, Freud ouvre la voie à l'exploration du monde interne, à l'exploration « détaillée et révolutionnaire de l'inconscient » (Garland, 2001, p. 25).

(Ibid,pp15 -16)

Le contexte de la première guerre mondiale réintroduit la question de l'impact de l'événement réel dans l'origine du trauma. Freud tente alors de lier vie interne et réalité objective dans la compréhension des troubles de guerre. Son expérience auprès des soldats blessés lui offre un terrain concret pour l'élaboration de la névrose de guerre et de la névrose traumatique, mais aussi sur les rapports que l'humain entretient avec la mort. Il évoque ainsi, l'impossible représentation, pour l'être humain, de sa propre mort puisque : « dans l'inconscient, chacun de nous est persuadé de son immortalité » C'est dans la rencontre effroyable, irréprésentable et non symbolisée avec le réel de la mort que naît le traumatisme psychique. **(Ibid, p16)**

Au-delà du principe de plaisir (Freud, 1920) marque un tournant dans la psychanalyse et dans la conception du traumatisme psychique. Celui-ci est alors envisagé comme le débordement, l'attaque du système de pare-excitation par un afflux d'excitations traumatiques, dont les sources appartiennent à la réalité interne ou externe. Freud introduit alors le concept de liaison, opération défensive qui tente de maîtriser l'excitation pour maintenir l'appareil psychique à un niveau le plus bas. Celle-ci est mise en échec par la situation traumatique et laisse le sujet dans un état de détresse. L'effroi est un acteur central du débordement, signant l'échec de la préparation par l'angoisse. En effet, Freud inscrit l'angoisse au sein du Moi et lui attribue une fonction de signal d'appel, protégeant le Moi de l'exposition aux dangers externes (Freud, 1926). Il distingue deux types d'angoisse dont l'origine se situe dans l'histoire précoce du nourrisson : l'angoisse automatique et l'angoisse signal. L'angoisse automatique apparaît en lien avec une expérience traumatique primaire de vécu d'abandon par l'objet primaire. L'Hilflosigkeit, désaide du nourrisson (vécu catastrophique en lien avec la dépendance du nourrisson à l'objet primaire) devient le paradigme de l'angoisse par débordement. L'angoisse signal se met en place au fur et à mesure d'expériences rassurantes chez le nourrisson, et prévient du danger à venir. Le trauma apparaît lié au vécu de perte d'objet.

Enfin, à la fin de son œuvre, Freud revient sur ses développements concernant le traumatisme psychique pour évoquer les atteintes narcissiques du Moi, consécutives aux expériences traumatiques (Freud, 1939). Il se rapproche en cela des conceptions de Sandor Ferenczi sur le sujet. (Dozio.E, Joubert.L.M, et Baubet.T, 2020, pp 16-17)

Ferenczi et ses successeurs :

Contemporains de Freud, les développements théorico-cliniques de Ferenczi représentent un champ important de la théorie du trauma et vont marquer les développements psychanalytiques ultérieurs. À partir de cures de patients "difficiles", Ferenczi cherche à répondre à la détresse de ses patients qu'il formule comme : « Vite, aidez-moi, ne me laissez pas mourir dans la détresse... » (Ferenczi, 1932, p. 33). Il attribue les difficultés rencontrées dans le traitement analytique au concept de compulsion de répétition (répétition des traumas vécus dans l'enfance), ce qui l'amène à réinterroger les sources du traumatisme. Il reconsidère le rôle de la réalité externe, percevant un danger d'interprétations hâtives dans la seule prise en compte de la réalité interne. Ferenczi envisage « l'étiologie traumatique comme le résultat soit d'un viol psychique de l'enfant par l'adulte, soit d'une confusion des langues entre ceux-ci, soit encore comme d'un déni par l'adulte du désespoir de l'enfant » (Bokanowski, 2010, p. 32). Le

trauma provoque un sentiment d'anéantissement de soi. Les mécanismes de défense mis en place pour survivre apparaissent de l'ordre de l'identification à l'agresseur, du clivage du Moi pouvant entraîner une fragmentation de la psyché, d'une atomisation de la vie psychique ou bien encore de la bascule vers la folie. Ces mécanismes se traduisent dans les symptômes post-traumatiques. (Dozio.E ,Joubert.L.M, et Baubet.T,2020,pp 17 -18)

Ferenczi inscrit ainsi la source du trauma dans la qualité de l'environnement précoce, replaçant la réalité extérieure au centre de ses conceptualisations. Il ouvre ainsi la voie aux élaborations théoriques qui sont le fondement de la clinique contemporaine, que sont les travaux de l'école anglo-saxonne, notamment ceux de Donald Woods Winnicott, Wilfred Bion, John Bowlby... À travers les soins et la réponse de l'environnement aux besoins du nourrisson, celui-ci va se construire un sentiment continu d'exister (Winnicott, 1992) nécessaire à la construction d'un self. « L'intrusion trop soudaine et trop imprévisible d'un fait réel » et « l'apparition de la haine chez l'individu, haine du bon objet » qui y est associée, forment le traumatisme (Winnicott, 1970). Par empiètement de l'environnement, une rupture dans le sentiment continu d'exister se produit, laissant la place à des agonies primitives. L'échec de la transformation des éprouvés du bébé par l'environnement, entraîne celui-ci dans ce que Bion nomme les « terreurs sans nom » (Bion, 2007). (**Ibid,p18**).

Le traumatisme psychique est donc envisagé comme le résultat d'un débordement des capacités psychiques de liaison et de métabolisation, provoqué par un événement brutal et inattendu et entraînant des vécus agonistiques. La place de la réalité extérieure à travers, notamment, le rôle joué par l'environnement dans le vécu traumatique apparaît de plus en plus clairement. L'environnement immédiat, le groupe, la culture peuvent cependant représenter une enveloppe contenant, permettant d'absorber et de transformer les vécus face à l'événement. Ce débat reste néanmoins toujours actuel, pouvant prendre d'autres formes qu'est la place de l'objectivation et de la subjectivité aussi bien dans la description des troubles que dans le traitement proposé.(**Ibid,pp 18 -19**)

Le contexte historique des deux grandes guerres a remis au-devant de la scène les descriptions nosographiques du traumatisme psychique. Les termes de « névroses de guerre » et de « psychonévrose de guerre » ont laissé place dans les catégories diagnostiques au Gross Stress Réaction (DSM-I, 1952), puis au Post-Traumatic Stress Disorder (DSM-III, 1980) et enfin à l'État de Stress Post-Traumatique dans la classification française (CIM-10, 1992). Il s'agit, selon Christian Lachal, d'un phénomène de « rebranding » (Lachal, 2010) issu d'un désir

de reconnaissance de leurs troubles chez les vétérans du Vietnam et d'une représentation a-théorique des troubles psychiatriques. Le PTSD est inscrit dans le DSM pour la première fois en 1952, sous l'intitulé Gross Stress Réaction. Les troubles étaient décrits comme transitoires, susceptibles d'être amendés à l'aide d'une prise en charge et correspondant à la « réaction ». D'une « personnalité normale » face à un « stress inhabituel » (Baudet, 2008). De façon plus contemporaine, le PTSD (APA, 1996) propose une approche diagnostique dont la nature de l'événement et la réaction subjective du sujet à celui-ci sont indissociables (Critère A). Un certain nombre de symptômes, apparus dans les six mois qui suivent l'événement et durant au moins un mois, sont présentés: symptômes de reviviscences, évitement des stimuli associés au traumatisme, émoussement de la réactivité générale, symptômes en lien avec une activation neurovégétative, souffrance cliniquement significative ou altération du fonctionnement social. La révision proposée par le DSM-V (APA, 2015) met en avant le rôle du stress dans l'origine du syndrome, qui change d'appellation : Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT). Cette nouvelle classification (voir encadré ci-dessous) tente de dépasser les difficultés de systématisation du trouble liées aux variabilités culturelles, variabilités du contexte et de l'histoire personnelle du sujet. Il donne également une place à la description chez l'enfant de 6 ans et moins. Cependant, les réactions émotionnelles du sujet face à l'événement (telles que la peur, l'impuissance, l'horreur) qui liaient la réaction à l'événement n'apparaissent plus. (Dozio.E ,Joubert.L.M, et Baubet.T,2020,pp 19-20)

2. La définition de l'évènement traumatique :

L'évènement traumatique a d'abord été défini : comme un événement brutal, en dehors de l'expérience habituelle qui provoquerait chez toute personne une détresse intense et qui confronte le sujet à la mort. Les toutes premières descriptions de ce type de symptômes ont été faites par les observateurs (médicaux ou non) de l'état psychosomatique des soldats revenant des combats (combats antiques, guerres mondiales, guerre de colonisation...) (Crocq, 1999).

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

(Khalifa, 2019, p 267).

Le caractère traumatique d'un évènement peut venir de son imprévisibilité : son aspect inattendu, son effet de surprise. C'est l'horreur qui surgit ou on ne l'attend pas : horreur de voir mort ou celle de voir un proche mourir près de soi (Clervoy, 2016, p 18).

Un évènement : est considéré comme traumatogène ou « traumatique » lorsqu'il présente deux caractéristiques. D'une part, il implique une menace de mort ou une menace grave à l'intégrité physique. D'autre part, il a entraîné une peur intense, de l'impuissance ou de l'horreur chez la victime (APA, 2003). Si l'une des deux conditions manque, on ne peut pas parler, sur le plan psychopathologique, d'évènement traumatogène ou traumatique. En effet, la réaction subjective (peur, intense, impuissance, effroi, etc.) doit nécessairement être associée à la situation de menace. (Boudoukha.A.H, 2009, pp 31-32).

Selon Louis Crocq, l'évènement traumatisant est « porteur de sens et vécu comme une rupture et un enjeu : rupture par rapport à la continuité du passé, enjeu comme annonce de changements potentiels importants » (Crocq, 1999). Plus encore, il est une expérience de non-sens, car, précise-t-il : « le sujet entrevoit, sans y être préparé et sans pouvoir discerner plus nettement, non pas tellement sa mort (ou la mort de l'autre), mais sa disparition et son effacement de la vie, c'est-à-dire le retour au néant mystérieux et redouté, ce néant dont il a toujours eu la certitude sans jamais pouvoir acquérir la connaissance et sur la négation passionnée de quoi il a sans cesse fondé sa foi dans la vie : le néant, envers de la vie et des valeurs, non-sens ». (Josse. É, Avril 2019, pp 38-39).

3. La définition du traumatisme psychique :

Le traumatisme psychique : Le mot « traumatisme » vient du grec « trauma », τραυμα, blessure. En médecine, il définit la « transmission d'un choc mécanique exercé par un agent physique extérieur sur une partie du corps et y provoquant une blessure ou une contusion » (Crocq, 2007). Transposé à la psychopathologie, il devient traumatisme psychologique ou trauma, soit « la transmission d'un choc psychique exercé par un agent psychologique extérieur sur le psychisme, y provoquant des perturbations psychopathologiques transitoires ou définitives » (Crocq, 2007). (Ibid, p38).

Chez l'adulte : le traumatisme est lié à une situation où une personne a été confrontée à la mort ou à la menace de mort, à des blessures graves ou au péril de tels dommages, à des violences sexuelles ou au risque de telles agressions. Cet évènement constitue donc une menace pour la vie (mort réelle ou possible) ou pour l'intégrité physique (lésions corporelles, violation

de l'intimité) et/ou mentale (perte de biens personnels, outrage à l'honneur ou aux droits fondamentaux, etc.) d'une personne ou d'un groupe de personnes. Cet événement produit une peur intense et/ou un sentiment d'impuissance et/ou d'horreur et/ou de honte et remet en cause les valeurs essentielles de l'existence que sont la sécurité, la paix, le bien, la solidarité, la morale, le respect, le prix de la vie, etc... (Josse. É, Avril2019).

En 1917, dans Introduction à la psychanalyse, Sigmund Freud précise que le trauma provoque dans l'appareil psychique un afflux d'excitation impossible à assimiler et à liquider: « Et même, le terme traumatique n'a pas d'autre sens qu'un sens économique. Nous appelons ainsi un événement vécu qui, en l'espace de peu de temps, apporte dans la vie psychique un tel surcroît d'excitation que sa suppression ou son assimilation par les voies normales devient une tâche impossible, ce qui a pour effet des troubles durables dans l'utilisation de l'énergie » (Freud, 1917).

En 1920, dans son ouvrage Au-delà du principe de plaisir, il définit le traumatisme comme « toutes excitations externes assez fortes pour faire effraction dans la vie psychique du sujet » (Freud, 1920).

En 2007, Louis Crocq confirme : que le trauma est « un phénomène d'effraction du psychisme, et le débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur » (Crocq, 2007).

(Josse. É, Avril2019, p38)

Pour François Lebigot, « le traumatisme psychique résulte d'une rencontre avec le "réel" de la mort. Cela veut dire que le sujet s'est vu mort ou il a perçu ce qu'est vraiment la mort comme anéantissement, et non sous cette forme imaginaire qui caractérise le rapport des hommes à la mort. Freud faisait remarquer que nous savons tous que nous allons mourir, mais que nous n'y croyons pas. Il n'y a pas de représentation de la mort dans l'inconscient, et d'ailleurs comment représenter le néant » (Lebigot, 2006 ; voir aussi De Clercq, Lebigot, 2001 ; Lebigot, 2005). (Ibid,p 39).

4. Définition de l'état de stress post-traumatique :

Parmi les stressés aigus se trouvent les événements de vie qualifiés de traumatiques (désastre naturel, abus physique, accident, etc.). Les traumatismes psychologiques peuvent être

responsables de plusieurs pathologies psychiatriques tels un trouble de l'adaptation, une dépression, un trouble dissociatif, une phobie, des changements de la personnalité (hyper vigilance et irritabilité persistantes, hostilité et méfiance, retrait social, etc.) ainsi que des abus d'alcool et de drogues (Fortin, 2001). L'ESPT est une autre psychopathologie spécifiquement causée par un traumatisme, selon un des critères diagnostiques du DSM-IV (APA, 1996).

L'ESPT survient lorsqu'une personne a été exposée à un événement durant lequel elle-même ou d'autres personnes autour d'elle ont été menacées de mort ou de blessures graves, ou en ont réellement été victimes (critère A du DSM-IV [APA, 1996]). Cet événement a provoqué une réaction de peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. (GIRARD.A, Janvier 2006, p 8)

La symptomatologie de l'ESPT est décrite par trois critères (B, C et D) du DSM-IV (APA, 1996). Les cinq items du critère B décrivent les manifestations de reviviscence de l'événement traumatique. Au moins un de ces items est nécessaire afin de poser le diagnostic. Les sept items du critère C, dont au moins trois doivent être présents, correspondent à des manifestations d'évitement des stimuli associés au traumatisme et à l'émoussement de la réactivité. Les cinq items du critère D sont des symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative inhabituelle (au moins deux sont nécessaires pour poser le diagnostic). De plus, la symptomatologie de l'ESPT doit durer plus d'un mois (critère E) et entraîner une souffrance ou une altération marquée du fonctionnement habituel de la personne (critère F). Il est également nécessaire de spécifier si l'ESPT est aigu (durée des symptômes inférieure à trois mois) ou chronique (durée des symptômes égale ou supérieure à trois mois). (Josse. É, Avril2019, pp 8-9)

5. Types du traumatisme psychique :

Les traumatismes de type I, II et III, simples et complexes C'est à Lenore Terr (1991) que l'on doit la première typologie des traumatismes.

Elle distingue deux catégories : les traumatismes de type I et de type II.

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

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

Eldra Solomon et Kathleen Heide (1999) spécifient une troisième catégorie, le traumatisme de **type III**, pour décrire les conséquences d'événements multiples, envahissants et violents débutant à un âge précoce et présents durant une longue période, cas typique des abus. (Josse. É, Avril 2019, p54)

6. Traumatismes simples et complexes :

Judith Herman (1997), professeur à la Harvard Medical School, choisit de classer les traumatismes en deux catégories : les traumatismes simples et complexes.

Sa définition des **traumatismes simples** les assimile aux traumatismes de type I définis par Terre. Les événements qui les engendrent constituent un événement ponctuel dans la vie du sujet.

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

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

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

Il est important de ne pas confondre une personne dont la vie est émaillée de nombreux incidents critiques ponctuels (par exemple, perdre ses biens dans un incendie puis quelques années plus tard, être délestée de son argent lors d'une agression, plus tard encore, être témoin

d'un accident grave ou échapper à la mort dans un carambolage, etc.) avec celle qui souffre de traumatisme de type II/complexe. Notons toutefois que la succession rapide d'événements graves risque d'induire des troubles assimilables au traumatisme complexe. (Josse. É, Avril2019, pp 54-55)

7. Les traumatismes directs et indirects :

7.1 Les traumatismes directs :

On parle de traumatisme direct lorsque la victime souffre d'un traumatisme après avoir été confrontée au sentiment de mort imminente, à l'horreur ou au chaos. Elle peut avoir été sujet, acteur ou témoin de l'agression ou de la menace soudaine ayant mis en danger sa vie, son intégrité physique ou mentale ou celles d'autrui. Son expérience de l'événement délétère est sensorielle (elle a vu, entendu, senti, etc.) et émotionnelle (elle a ressenti de la frayeur, de la peur, de l'angoisse, de la terreur, de l'effroi, de l'épouvante, de l'horreur, du désarroi, de l'impuissance, de la honte, etc.). Notons cependant que cette dimension émotionnelle peut être absente. En effet, dans certains cas, le sujet n'a rien ressenti de tel car il s'est dissocié de ses émotions² ou, comme le dit François Lebigot, parce que le moment de l'effroi peut passer inaperçu ou être rapidement oublié de celui qui mobilise ses ressources pour faire face à la menace (De Clercq, Lebigot, 2001, p. 95). « Parfois même, il ressent un bref soulagement, ou une discrète euphorie de quelques heures ou de quelques jours, parce qu'il est sorti indemne de cet "enfer". » Il n'en reste pas moins que ces violences peuvent ultérieurement se révéler gravement traumatiques, la victime voyant « plus tard, avec surprise, apparaître les symptômes de la répétition » (ibid.). (Ibid,pp55-56)

7.2 Les traumatismes indirects :

Se définit comme une souffrance spécifique éprouvée, dans le cadre privé ou professionnel, par les personnes en relation étroite avec un sujet ou un groupe de sujets en détresse (en fin de vie, malades, blessés, psychologiquement traumatisés, victimes de violences, laissés pour compte, etc.). Les familles, les amis, les voisins et les collègues d'une victime, les bénévoles et les professionnels engagés dans les services de secours, les soins et l'aide (médicale, sociale, psychologique, judiciaire, juridique, etc.) amenés à la côtoyer ainsi que les personnes chargées de recueillir son témoignage du drame (policiers, psychologues et psychiatres, avocats, journalistes, etc.) sont confrontés à des situations qui leur font éprouver des émotions intenses. (Josse. É, Avril2019, p 60).

8. Les paramètres influençant le développement des syndromes psycho traumatique (facteurs de risque) :

L'exposition à un événement grave ne suffit pas pour engendrer une souffrance traumatique. Toutes les personnes ayant vécu un événement dramatique ne développent pas un syndrome psycho traumatique.

Différents paramètres influencent l'apparition des symptômes, leur fréquence et leur intensité ainsi que les processus de récupération psychique. Ils se divisent en trois catégories :

- ❖ **Les variables liées à l'événement.**
- ❖ **Les facteurs propres à l'individu.**
- ❖ **les caractéristiques du milieu de récupération.**

L'exposition à un événement grave ne suffit pas à lui seul pour engendrer une souffrance traumatique. L'apparition de symptômes, leur fréquence et leur intensité sont influencées par les paramètres de l'événement, des facteurs propres à la victime ainsi que par les caractéristiques du milieu de récupération. Plus les facteurs de risque sont nombreux, plus l'apparition d'un trouble post-traumatique est probable et potentiellement grave et chronique. (Josse. É, Avril2019, p68)

La sévérité d'un événement adverse est fonction du **degré d'exposition** à la mort (pour soi ou pour autrui), de **sa nature** (sexuelle, torture et actes de barbarie, transgression de tabous, etc.), des conséquences de toute nature qu'il engendre, de **sa durée**, de **son risque de récurrence**, de **sa fréquence**, de son **caractère imprévisible** et **incontrôlable** ainsi que de la multiplicité des facteurs potentiellement traumatogènes. L'intentionnalité d'un individu de recourir à la violence et de causer un préjudice à la victime ou le refus de lui porter secours ont également des effets fortement pathogènes. (Ibid., P 100)

La manière dont une victime réagit à un événement délétère est fonction de son genre. Les femmes risquent deux fois plus que les hommes de souffrir d'un état de stress post-traumatique. Elles développent des tableaux plus sévères et d'une durée plus longue que leurs pairs masculins. L'impact traumatique est également dépendant de la personnalité du sujet, de ses antécédents et de facteurs de vulnérabilité qui lui sont propres ; de son niveau de préparation psychologique ; de son degré de responsabilité dans le déclenchement ou le déroulement de l'événement ; de ses croyances de base sur lui-même, le monde, les autres et l'expérience

traumatique ; de ses convictions religieuses ; de son état mental au moment de l'événement (conflit de conscience et de culpabilité); des stratégies de coping mises en place pendant et après les faits ainsi que des bénéfices secondaires générés par la situation.

Le maintien et la restauration de l'équilibre psychique des victimes sont influencés par la qualité des relations familiales, la capacité de soutien de l'entourage direct (famille, amis, etc.), de l'organisation professionnelle et du réseau social ainsi que par la disponibilité de soins spécialisés en santé mentale. Un soutien déficient ou négatif constitue un risque majeur de développement, de sévérité et de persistance des troubles traumatiques.

(Josse. É, Avril2019, p 100)

La plupart des études disponibles en pathologie traumatique tentent d'évaluer, souvent à l'aide d'échelles d'effet cumulé de stress, en mêlant des critères dits objectifs et des critères subjectifs, le poids de l'impact traumatique d'un événement. Il convient de souligner tout d'abord qu'on ne dispose d'aucun argument sérieux pour affirmer que le stress a un effet cumulatif. En second lieu, comme dans le cas des événements de vie, le poids « objectif » d'un type d'événement (par exemple, le décès soudain et inattendu d'un proche) est certes lié à la nature de l'événement, au contexte, mais également à l'histoire du sujet, à son organisation et son économie affectives, autrement dit, au type, à la forme et à l'intensité du lien à l'autre. La modélisation de ces paramètres et leur déclinaison en critères assortis d'une évaluation dimensionnelle sont bien sûr, impossibles. Un autre biais réside dans la « contamination » d'un événement par un précédent non cliniquement exprimé. **(Clercq.M, Lebigot.F, 2001, p73)**

9. Les réactions face à un événement traumatisant :

On distingue deux moments réactionnels :

La phase aiguë :

Elle commence au moment où l'événement traumatisant se produit et perdure quelques semaines.

Elle se subdivise en deux sous-phases :

La phase immédiate. Elle s'amorce dès l'apparition du danger et n'excède généralement pas deux à trois jours après sa disparition.

La phase post-immédiate : Elle succède à la phase immédiate. Elle débute dans les jours suivant l'événement et dure quelques semaines après son occurrence.

La phase à long terme :

Elle s'amorce en moyenne un mois après la situation traumatogène et se prolonge plusieurs mois, plusieurs années voire toute la vie selon les individus et le type d'événement.

(Josse. É, Avril2019, pp 130-131).

9.1 Les réactions immédiates :

On appelle « réactions immédiates » l'ensemble des réactions manifestées par les victimes dès l'apparition du danger et durant une période n'excédant pas deux à trois jours après sa disparition. Au moment de l'événement potentiellement traumatisant ainsi que dans les heures et les jours suivants, certaines victimes vont réagir par un stress adapté ; d'autres vont présenter des réactions de stress dépassé, voire même des symptômes traumatiques et les sujets prédisposés peuvent déclencher des troubles psychopathologiques. Les réactions immédiates sont largement dominées par des manifestations propres au stress. Même si elles peuvent dérouter ou sembler inadaptées, leur prévalence élevée au sein des populations soumises à des événements traumatogènes incite à les considérer comme des réponses normales à une situation exceptionnelle, terrifiante ou horrifiante. Notons cependant qu'en dépit de leur caractère habituel, cela ne signifie pas qu'elles soient aisées à gérer par les victimes et leur entourage.(Ibid,p 134).

❖ Les réactions de stress normal et adaptatif

❖ Le stress :

Lorsqu'un individu est soumis à une agression ou une menace quelle qu'elle soit, il y répond immédiatement par une réaction nommée « stress ». Le stress produit des réponses en chaîne :

Il élève la vigilance et focalise l'attention sur la menace évacuant temporairement de la conscience toute autre pensée (attention exacerbée, prospection sélective des signaux pertinents). Ce phénomène de rétrécissement de l'attention sur les stimuli les plus pertinents est connu sous le nom de « vision en tunnel »

Il mobilise les capacités cognitives et l'énergie nécessaire à l'évaluation de la situation et à la prise de décision (augmentation des facultés de perception, d'évaluation, d'analyse et rapidité de leur intégration).

Enfin, il prépare et incite à l'action adaptée au contexte (combattre, battre en retraite, fuir, se cacher, s'immobiliser, appeler à l'aide et aussi adopter des attitudes et des comportements altruistes et empathiques d'entraide envers les personnes en difficulté, etc.) et maintient un état d'alerte.

Cette réaction est quasi réflexe et son apparition, son déroulement ainsi que son extinction échappent à la volonté consciente.

Le stress s'accompagne de sentiments d'appréhension et de peur contrôlée ainsi que de combativité, d'agressivité et de colère.

Louis Crocq déclare que le stress est « une réaction éphémère ; elle est a priori utile et salvatrice, et aboutit généralement au choix et à l'exécution d'une solution adaptative. Elle se déroule dans un climat de tension psychique exceptionnel et s'achève par le relâchement de cette tension, avec sensation mitigée de soulagement et d'épuisement psychique et mental » (Crocq, 1999, p. 69). Cette réponse de l'organisme constitue donc un phénomène protecteur, utile à la survie, visant à faire face efficacement aux situations difficiles. Cet ensemble de réactions d'adaptation est appelé « stress protecteur » ou bien encore « stress adaptatif ».

(Josse. É, Avril2019, p 134,135).

❖ Les réactions de stress dépassé :

Pour des raisons qui peuvent relever aussi bien de la situation que de la vulnérabilité du sujet, le stress peut être si important qu'il ne constitue plus un processus adaptatif, mais provoque des réactions inadéquates, voire pathologiques. Comme le précise **Louis Crocq**, la réaction de stress « n'est pas pathologique, quoique grevée de symptômes gênants ; mais trop intense, répétée à de courts intervalles ou prolongée à l'excès, elle se mue en réaction pathologique et inadaptée de stress dépassé ».

On observe trois modes réactionnels de stress dépassé : l'hypo-réaction, l'hyper réaction et la réaction apparemment normale. (Josse. É, Avril2019, p 138).

❖ La détresse péri-traumatique :

se traduit par la perception d'une menace vitale et par des émotions dysphoriques intenses telles que vécu d'impuissance et sentiment de perte de contrôle, horreur, terreur et peur pour soi et/ou pour la sécurité d'autrui, sentiment de culpabilité et de honte, impression de solitude et d'abandon, tristesse et chagrin, frustration et colère, etc.

La recherche indique que la détresse péri-traumatique au moment de l'événement ou dans son décours immédiat entraîne des altérations aiguës dans le fonctionnement cognitif et perceptuel (Marmar, Weiss, Metzler, 1997)

On dit des personnes qu'elles sont dissociées lorsqu'elles sont déconnectées d'une partie de la réalité. « Les troubles dissociatifs se caractérisent par une perturbation ou une discontinuité involontaires de l'intégration normale d'un ou de plusieurs des éléments suivants : identité, sensations, perceptions, affects, pensées, souvenirs, contrôle des mouvements corporels ou du comportement. » Les réactions dissociatives péri-traumatiques se traduisent par l'amnésie dissociative, la stupeur dissociative, les troubles somato-formes dissociatifs, le trouble de dépersonnalisation, la déréalisation, les actions automatiques et la distorsion temporelle. (**Ibid. pp 141-142**)

❖ **La dissociation péri-traumatique :**

Fait craindre une évolution péjorative de l'état psychique des victimes. Les phénomènes dissociatifs comptent parmi les stratégies d'adaptation. Néanmoins, lorsqu'ils sont massifs (par exemple, amnésie totale ou amnésie partielle, mais touchant des aspects importants de l'expérience), ils potentialisent le risque de psycho-traumatisme, car l'incident critique échappe ainsi au processus intégratif. Nombre de victimes ayant manifesté des symptômes dissociatifs recouvreront toutefois leur équilibre psychique spontanément, généralement après quelques heures ou quelques jours.

La dissociation péri-traumatique est considérée comme un des meilleurs indices prédictifs d'un syndrome psycho-traumatique à plus long terme... Toutefois, les recherches menées depuis près de vingt ans prouvent que la dissociation péri-traumatique n'est pas un facteur prédictif indépendant d'un stress post-traumatique (...). Plus que la dissociation, c'est l'hyper-activation neurovégétative (Jehel, Brunet, 2005) qui semble être le pivot central du développement d'un trouble ultérieur (Bryant, Brooks, 2011).

(Josse. É, Avril2019, pp149 -150)

❖ Les réactions psychopathologiques aiguës :

Les sujets déjà fragiles avant l'événement traumatique (par exemple, personnalité pré morbide, névrose ou psychose avérée) sont susceptibles de réagir de façon excessive ou inadaptée devant une situation hautement stressante et a fortiori potentiellement traumatisante. **(Ibid, P150)**

❖ Les réactions névrotiques :

Parmi les réactions névrotiques on a cité :

• Les réactions phobiques :

Tout comme les réactions hystériques, elles surviennent plus fréquemment à moyen et long terme. La victime déclenche des crises de panique lorsqu'elle est confrontée à des stimuli rappelant l'événement traumatique (des personnes, des scènes à la télévision, etc.). Ces séquelles post-traumatiques sont le plus souvent des pseudos phobies et ne sont pas seulement le fait de personnalités phobiques. En effet, elles ont été acquises par conditionnement à partir d'une situation réelle, ce qui n'est pas le cas des « vraies » phobies. Toutefois, l'événement traumatisant peut favoriser le déclenchement d'une phobie véritable.

• Les réactions obsessionnelles :

Les véritables troubles obsessionnels sont extrêmement rares dans l'après-coup d'un événement critique. Cependant, certaines personnes se livrent à des rituels d'allure obsessionnelle, par exemple vérifier à plusieurs reprises la fermeture des portes, s'assurer de manière réitérée du débranchement électrique d'appareils électroménagers, prier interminablement, se laver compulsivement, etc. La plupart de ces réactions ne relèvent pas de la névrose obsessionnelle. Elles sont la répétition de gestes de protection posés durant l'événement traumatique ou des tentatives (adéquates ou non) de se protéger de nouveaux périls. Néanmoins, un traumatisme peut inaugurer l'entrée dans une authentique névrose obsessionnelle. **(Ibid, p151)**

❖ Les altérations précoces de la personnalité :

Nous le verrons, la persistance des troubles post-traumatiques affecte progressivement la personnalité des victimes qui risque à long terme de se structurer en névrose traumatique.

Toutefois, quoique rarement, certains événements délétères sont susceptibles d'engendrer précocement des modifications de la personnalité. Ces dernières sont caractérisées par une altération de la relation à soi, aux autres et/ou au monde extérieur. Certaines personnes témoignent d'une modification immédiate de leur identité et de leur rapport au monde extérieur.

9.2 Les réactions post-immédiates :

Dans les premiers jours suivant l'événement délétère, les réactions sont souvent intenses. Généralement, elles s'atténuent rapidement pour disparaître au bout de quelques jours ou de quelques semaines. Cependant, certaines personnes voient leurs troubles persister et d'autres commencent à souffrir de symptômes préfigurant un syndrome psycho traumatique (symptômes pathognomoniques d'un traumatisme et pathologies associées). D'autres encore vont inaugurer ou confirmer une psychopathologie névrotique ou psychotique telle que décrite dans les réactions immédiates. Ces différentes réactions, apparaissant deux à trois jours après l'incident critique et perdurant quelques semaines, sont nommées réactions post-immédiates.

(Ibid, p156)

9.2.1 L'apparition d'un syndrome post-traumatique :

Le syndrome post-traumatique survient toujours après une phase de latence variant de quelques jours à quelques semaines, voire à quelques mois ou années après l'événement. Il se caractérise par la reviviscence de l'événement adverse sous forme de symptômes intrusifs, par l'évitement des stimuli qui lui sont associés et par une activation neurovégétative (symptômes pathognomoniques). Le danger ayant disparu, ces troubles ne peuvent être imputés au seul stress et doivent être attribués au traumatisme. Généralement, ils s'estompent et disparaissent spontanément au bout de quelques semaines. On qualifie de forme aiguë ce tableau de stress post-traumatique de brève durée. Leur persistance au-delà d'un mois fait suspecter l'installation d'un véritable traumatisme psychique et l'évolution vers la chronicité.

(Ibid, p156, 157)

9.2.1.1 Les symptômes intrusifs de l'événement traumatique :

C'est à Otto Fenichel, médecin et psychanalyste autrichien, que l'on doit, en 1945, la première description de ce syndrome (Fenichel, 1945). Louis Crocq en définit huit modalités :

les flash-back, les souvenirs répétitifs, les cauchemars, l'impression que l'événement pourrait se renouveler ainsi que la détresse et la réactivité physiologique (Crocq et al., 2007)

(Josse, Avril 2019, p 157).

Flash-back est un mot anglais signifiant « retour en arrière ». Il s'agit d'une reviviscence reproduisant tout ou partie de la scène traumatique faisant brusquement irruption dans la conscience de la victime. Les flash-back sont le plus souvent visuels (par exemple, la victime a l'impression de voir son agresseur), mais parfois aussi auditifs, olfactifs ou sensitifs (par exemple, elle a l'impression d'entendre la respiration du violeur, de sentir son odeur ou de percevoir son souffle dans le cou). Cette reviviscence est vécue comme réelle pendant un bref instant, tout au plus durant quelques secondes.... Les flash-back peuvent apparaître très rapidement, dès les premiers jours suivant l'événement. (Ibid, p 159-160).

Les souvenirs répétitifs et envahissants : surviennent indépendamment de la volonté de la personne. La victime ne désire pas se remémorer l'incident critique, mais le souvenir lui revient sans cesse spontanément en mémoire. La pensée de l'événement surgit sans image ni son. À la différence du flash-back, le souvenir forcé est reconnu comme souvenir, distinct du fait original.

Les ruminations mentales Il s'agit d'interrogations prolongées et récurrentes sur l'événement traumatisant, sur sa signification (par exemple, la personne se perd en conjectures pour déterminer si elle aurait pu éviter l'agression, si celle-ci est un châtement divin, etc.) et ses conséquences (par exemple, les difficultés matérielles subséquentes à l'incendie du domicile, le traumatisme psychique invalidant, etc.). Ces pensées inlassablement ressassées témoignent de l'angoisse et des inquiétudes de la victime. (Ibid, P 160).

Les cauchemars relatifs : à l'incident critique La victime revit en rêve l'événement traumatique et se réveille généralement en sursaut. Par exemple, elle rêve que l'agresseur la poursuit et se réveille au moment où il la saisit. Ces réminiscences nocturnes, appelées cauchemars de répétition, peuvent apparaître dès la première nuit. Ces cauchemars font craindre à certaines personnes de s'endormir et les poussent à retarder l'heure du coucher.

(Ibid., P 161).

L'impression que l'événement pourrait se renouveler : La victime peut avoir le sentiment que le danger guette et qu'un drame pourrait à nouveau frapper, en particulier lorsqu'un stimulus extérieur (bruit inopiné, film violent, annonce dans les médias de faits similaires à l'événement traumatisant, etc.), ses pensées ou son ressenti (par exemple, situation anodine la

confrontant à des sentiments d'inefficacité, de manque de contrôle ou de dégoût) la ramènent au traumatisme originaire. (Josse. É, Avril 2019, pp 161- 162).

La détresse et la réactivité physiologique : Les victimes ressentent de la détresse (peur, angoisse, sentiment d'impuissance, fatigue soudaine, dégoût, etc.) et manifestent des troubles physiques (tachycardie, palpitations cardiaques, nausées, diarrhées, difficultés respiratoires, sueurs, etc.) lorsqu'elles sont exposées à des indices rappelant l'événement traumatisant (par exemple, endroit isolé, tombée de la nuit, film violent, etc.)

Certains sujets souffrent de plusieurs, voire de toutes ces manifestations répétitives, d'autres n'en présentent qu'une ou deux. Chez certains, elles n'apparaissent que sporadiquement alors qu'elles sont si fréquentes chez d'autres qu'elles assiègent littéralement leur consciences.

(Ibid, p 163).

9.2.1.2 Les conduites d'évitement et l'émoussement de la réactivité générale : déclenchés par tout stimulus rappelant la situation traumatisante L'évitement est une réponse innée. Il constitue une séquence comportementale défensive visant à accroître les chances de survie face à une situation dangereuse.

Après avoir subi un événement traumatisant, la personne fuit tout ce qui le lui rappelle. Elle évite :

- **les pensées :** Elle ne veut pas songer à ce qui lui est arrivé. Pour occuper son esprit, elle se lance à corps perdu dans son travail, pratique intensivement un sport ou passe de longues heures devant la télévision ; elle s'abrutit en consommant de l'alcool, elle s'étourdit en dansant jusqu'au bout de la nuit ; elle fuit dans le sommeil, etc.
- **les sentiments :** Elle esquivé les situations qui suscitent les mêmes émotions que celles soulevées par l'agression. Elle s'abstient, par exemple, de regarder des thrillers ou des films policiers.

Les conversations : Elle refuse de parler de ce qui lui est arrivé. Elle coupe court aux discussions ; elle décline les invitations de ses amis pour éviter leurs questions ; elle ne porte pas plainte pour éviter de se soumettre aux interrogatoires de police, etc.

Les activités : Elle cesse ou s'adonne avec réticence aux activités éveillant le souvenir de l'incident critique. Par exemple, elle ne se promène plus en rue ; elle esquivé tout contact

corporel y compris le simple fait de serrer la main ; elle se dérobe au contact d'inconnus ; elle évite de manipuler des outils dangereux, etc.

Les lieux : Elle se tient éloignée du théâtre du drame ainsi que des endroits isolés, sombres, etc.

Les situations : Elle évite de rester seule le soir, de quitter son domicile à la nuit tombée, de se retrouver dans des situations d'où elle ne peut s'échapper aisément, de conduire un véhicule, etc.

Les personnes : Elle s'écarte de tous les individus qui ressemblent à l'auteur de son malheur (hommes, inconnus, individus dont le visage est camouflé par une capuche ou un casque de moto, etc.).

Les actes vécus comme intrusifs. Elle refuse, par exemple, les examens gynécologiques ou manifeste de la terreur si elle ne peut s'y soustraire ; elle redoute l'introduction de fraises et forets dans la bouche lors des soins dentaires, etc.

Les attitudes séduisantes et autres comportements provocants. Elle maîtrise son apparence pour ne pas éveiller le désir sexuel des hommes, elle cesse de se maquiller, elle renonce aux tenues dénudant les jambes, etc. Elle veille à ne pas susciter la tentation du vol, elle ne se pare plus de bijoux, elle ne porte plus de sac à main, etc.

(Josse. É, Avril2019, pp 163-164).

3. L'activation neurovégétative persistante :

Elle se manifeste par des troubles du sommeil (difficulté d'endormissement, sommeil interrompu, agité ou non réparateur), de l'alimentation, des sphincters, de l'irritabilité, des accès de colère et de l'agressivité, des difficultés de concentration, de l'hyper vigilance, des états d'alerte à la pensée des événements, des réactions excessives de sursaut ainsi que par un comportement imprudent ou autodestructeur. Nous l'avons vu, une fréquence cardiaque élevée au repos en phase immédiate serait prédictive d'un trouble traumatique ultérieur. (Josse. É, Avril2019, p 165)

9.2.2 L'apparition de symptômes non spécifiques aux syndromes post-traumatiques :

L'état de stress post-traumatique est restrictif et s'exprime principalement par des reviviscences, des conduites d'évitement et de l'activation neurovégétative. Or, la plupart des victimes ne présentent pas, ou pas uniquement, ce type de manifestations, mais souffrent de désordres anxieux, de signes de dépression, de troubles du comportement et/ou de somatisations.

- **Les troubles anxieux :**

Après un événement traumatisant, les personnes deviennent souvent anxieuses, voire angoissées alors que la plupart d'entre elles ne l'étaient pas auparavant ou l'étaient dans un moindre degré.

Généralement, les symptômes anxieux apparaissent rapidement dans le décours des événements et peuvent persister longtemps. En effet, les victimes présentent fréquemment un abaissement durable de leur seuil de tolérance dans des situations perçues comme une menace pour leur sécurité et leur intégrité physique. D'un point de vue psychologique, la peur, l'anxiété et l'angoisse désignent des réalités distinctes. Elles sont toutefois apparentées et peuvent être considérées comme trois degrés d'un même état. (**Ibid, pp165-166**)

- **Les troubles dépressifs :**

Après avoir traversé une situation traumatisante, de nombreuses victimes manifestent des symptômes dépressifs allant de la simple tristesse aux états dépressifs caractérisés.

Généralement, la symptomatologie dépressive est élevée entre la deuxième semaine et le troisième mois (Atkeson, Calhoun, 1982) suivant l'exposition à l'événement délétère et reste souvent perceptible longtemps après (Ducrocq, Vaïva et al., 2001). L'émergence d'un épisode dépressif dans les trois mois représente un facteur de chronicisation du PTSD (Jehel, Lopez et al. 2006).

Les symptômes dépressifs apparaissent rapidement et risquent d'évoluer en dépression franche lorsque l'événement a engendré des pertes significatives (perte de la santé, blessure ou handicap, décès de proches, dégâts de biens importants, etc.) ou a causé des blessures narcissiques (perte du sentiment d'honorabilité en raison, par exemple, d'une impression de souillure, perte du sentiment de valeur personnelle chez les personnes persuadées d'avoir nui à un tiers, perte du sentiment de maîtrise et de compétence chez les humanitaires ou les

professionnels des services de secours impuissants à répondre substantiellement à l'amplitude des besoins générés par une catastrophe, etc.).

Les signes dépressifs sont la tristesse, le dégoût de la vie, l'envie de mourir, les sentiments d'impuissance (par exemple, impression d'être dans l'incapacité d'améliorer sa situation, ses conditions de vie, etc.), le découragement, le pessimisme, le désespoir, l'impression d'un avenir dénué d'espoir et de promesse, la perte de motivation, le manque d'énergie, les sentiments de vide ou de non-sens, la passivité, etc. Ces diverses émotions dépressives se manifestent par des crises de larmes, des pleurs constants, de l'abattement, de l'apathie⁷⁴, une perte d'intérêt pour les activités habituelles (familiales, professionnelles, de loisirs, sexuelles, etc.), une perte d'initiative, des ruminations mentales autour de l'événement ainsi que par des pensées ou des passages à l'acte suicidaire (tentative de suicide et suicide). Elles s'accompagnent souvent de troubles du sommeil et de l'appétit, de difficultés à penser et à se concentrer, ..., ainsi que de plaintes somatiques. Elles peuvent se doubler d'une attitude régressive de perte d'autonomie et de dépendance vis-à-vis de l'entourage (besoin insatiable d'affection, d'attention, de considération et de protection, besoin d'être pris en charge, égocentrisme, etc.).(Josse. É, Avril2019, pp 169-170)

- **Les troubles du comportement :**

Les troubles de conduite sont fréquemment rencontrés chez les personnes ayant vécu un événement traumatisant. Leur souffrance se traduit par des comportements agressifs, des attitudes à risque, des troubles du sommeil, des désordres alimentaires et des dépendances. Ces conduites peuvent masquer une dépression. (Ibid, p175)

- **Les troubles somato-formes :**

Les troubles somato-formes regroupent les désordres fonctionnels et les douleurs sans cause organique ainsi que les maladies psychosomatiques avec atteinte lésionnelle. Ils sont caractérisés par des plaintes physiques suggérant une affection somatique sans qu'aucune pathologie organique ne puisse être démontrée. Autrement dit, la personne présente des symptômes physiques sans que ses organes soient atteints de maladie. Bien que l'expression de ces troubles soit avant tout corporelle, ils relèvent des désordres mentaux, car ils sont provoqués par des facteurs psychologiques.

Dès les premiers jours ou les premières semaines après l'événement traumatisant, les victimes peuvent se plaindre de maux physiques sans cause organique ainsi que de

l'aggravation d'une maladie préexistante. Ces symptômes somatiques risquent d'accroître les angoisses à propos de leur personne physique et de leur vulnérabilité.

(Josse. É, Avril2019, pp 179-180)

9.3 Les réactions différées et chronique :(La phase à long terme) :

La phase à long terme s'amorce en moyenne un mois après la situation traumatogène et se prolonge plusieurs mois, voire plusieurs années selon les individus et le type d'événement.

Au bout de quelques jours ou de quelques semaines, les signes pathognomoniques du traumatisme et les symptômes non spécifiques apparus dans les premières semaines suivant l'événement pénible ou effrayant vont soit disparaître soit se perpétuer. Les psychopathologies névrotique ou psychotique peuvent également se confirmer chez les individus les plus fragiles

❖ Le syndrome psycho traumatique :

Recouvre un large éventail de tableaux cliniques s'étendant des formes paucisymptomatiques aux cas sévères organisés en névrose traumatique en passant par les états modérés. La gravité doit être évaluée autant par rapport au nombre de symptômes que par rapport à leur intensité et leur fréquence. En effet, un sujet peut présenter de nombreux troubles de faible intensité ou ne manifester que quelques symptômes, mais très pénibles et incommodants. (Ibid,p 200)

La sémiologie psycho traumatique à long terme, différée et chronique comprend trois volets : l'état de stress post-traumatique, les symptômes non spécifiques et la réorganisation de la personnalité. (Josse. É, Avril2019, p 204)

10 L'état de stress post-traumatique :

L'état de stress post-traumatique regroupe les symptômes pathognomoniques des syndromes psycho traumatiques à savoir les reviviscences, les conduites d'évitement et l'activation neurovégétative. Ces troubles s'accompagnent d'un ensemble de réactions au niveau émotionnel, cognitif, comportemental et somatique. (Ibid, p207)

- **Au niveau émotionnel :**

Parmi les réactions émotionnelles communément observées chez les victimes, retenons la peur, l'anxiété et l'angoisse (manifestées de jour par des peurs irrationnelles et incontrôlées, des frayeurs, des terreurs, des crises d'angoisse, des pseudo-phobies et des conduites d'évitement et la nuit, par un sommeil agité, des réveils en sursaut et des terreurs nocturnes), la tristesse, le désespoir, l'amertume, l'apathie, la perte de curiosité et de motivation pour tout, les sentiments de honte et de culpabilité, une altération de la capacité à désirer, à vouloir et à se projeter dans l'avenir, la colère, etc.

- **Au niveau cognitif :**

Le syndrome de répétition Nous l'avons vu, les flash-back, les souvenirs répétitifs, les cauchemars, l'impression que l'événement pourrait se renouveler ainsi que la détresse et la réactivité physiologique en constituent les différentes modalités. Ce syndrome pathognomonique occupe une place centrale dans la clinique des troubles psychos traumatiques. (**Ibid, p205**)

Les symptômes dissociatifs

Longtemps après l'incident critique, les victimes peuvent manifester des symptômes dissociatifs telles la dépersonnalisation, la déréalisation et les conduites de répétition (répétition de comportement effectuée pendant l'événement), en particulier lorsqu'elles sont confrontées à des situations qui évoquent la scène initiale.

L'altération des capacités cognitives :

Les victimes présentent fréquemment un affaiblissement de leurs facultés mentales d'attention (difficulté à suivre une conversation, une lecture), de concentration intellectuelle, de raisonnement et de réflexion ainsi qu'une fatigabilité psychique (parfois accompagnée de céphalées lors d'efforts intellectuels même minimes). Le déficit de concentration et l'inattention résultent notamment de la résurgence des souvenirs traumatiques et de l'hyper vigilance (capacité d'attention allouée à la surveillance de l'environnement).

Les troubles de mémoire :

Ils sont au centre de la symptomatologie traumatique. Les victimes peuvent souffrir d'amnésie ainsi que de rappels spontanés, répétitifs et envahissants de l'expérience traumatique

(syndrome de répétition). Elles manifestent fréquemment des oublis récurrents concernant la vie courante (avec pour conséquence d'égarer des effets personnels, de manquer un rendez-vous, etc.) et des oublis à mesure³ (par exemple, en arrivant dans une pièce, elles ne savent plus ce qu'elles viennent y faire ; elles perdent le fil de leur discours, etc.) (Trouble de la mémoire de travail). (Josse. É, Avril2019, pp 206-207)

Une perturbation des schémas cognitifs :

La compréhension que nous avons de nous-mêmes, d'autrui, des événements, de la vie, du monde et du futur est déterminée par un entrelacs de croyances de base, de présuppositions et de représentations mentales, majoritairement inconscientes, qui constituent notre cadre de référence⁷. Les conceptions telles que j'ai de la valeur, je suis aimable et compétent, la vie recèle une signification et poursuit un but, l'univers est sensé, prédictible, contrôlable et logique (par exemple, chacun reçoit ce qu'il mérite, tout acte aboutit à des résultats prévisibles, Dieu protège les fidèles, etc.), les autres sont bons, bienveillants et obligeants s'en trouve ruinées (Janoff-Bulman, 1992) (**Ibid, p208**)

- **Au niveau comportemental :**

L'impact traumatique se manifeste par des conduites d'évitement, par des troubles du sommeil et de l'appétit, par des dépendances, voire par un comportement inhabituel ou étrange. L'hyper activation neurovégétative se traduit sur le plan comportemental par un état d'alerte (hyper vigilance, difficulté à se reposer, à se relaxer, à s'endormir) et par des réponses motrices plus rapides (réaction exagérée de sursaut, agressivité. (**Ibid,p 208**))

10. Critère diagnostiques selon le DSM5 et laCIM10 et 11

10.1 Trouble stress post- traumatique selon le DSM-5 :

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

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

1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. Intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. Crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).

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

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

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

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

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

2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.

3. Hyper vigilance.

4. Réaction de sursaut exagérée.

5. Problèmes de concentration.

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

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

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

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. Médicament, alcool) ou à une autre affection médicale. Spécifier le type :

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

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

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

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

Spécifier si : À expression retardée : Si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats) (Josse. É, Avril2019, pp238 -239 -240 -241)

10.2 L'État de stress post-traumatique selon la CIM-10 :

Ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Des facteurs prédisposant, comme certains traits de personnalité ou des antécédents de type névrotique, peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son évolution ; ces facteurs ne sont toutefois ni nécessaires ni suffisants pour expliquer la survenue de ce syndrome.

Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants, des rêves ou des cauchemars ; ils surviennent dans un contexte durable « d'anesthésie psychique » et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Il existe habituellement une peur et un évitement des stimuli associés au traumatisme. Dans certains cas, l'exposition à des stimuli réveillant brusquement le souvenir ou la reviviscence du traumatisme ou de la réaction initiale peut déclencher une crise d'angoisse, une attaque de panique ou une réaction agressive. Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'une hyperactivité neurovégétative, avec hyper vigilance, état de « qui-vive » et insomnie, associés fréquemment à une anxiété, une dépression, ou une idéation suicidaire. Le trouble peut être à l'origine d'un abus d'alcool ou d'une substance psycho-active.

La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et conduire à une modification durable de la personnalité.

Directives pour le diagnostic : Le diagnostic repose sur la mise en évidence de symptômes typiques survenus dans les six mois suivant un événement traumatisant et hors du commun. Lorsque la survenue est différée de plus de six mois, un diagnostic « probable » reste encore possible si les manifestations cliniques sont typiques et si elles ne peuvent être attribuées à un autre trouble. **Inclure : névrose traumatique (Josse. É, Avril2019, pp 241-242)**

10.3 L'État de stress post-traumatique selon la CIM-11 :

Le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) est un trouble qui peut se développer à la suite d'une exposition à un événement ou une série d'événements extrêmement menaçants

ou horribles. Elle se caractérise par toutes les caractéristiques suivantes : 1) revivre l'événement ou les événements traumatisants dans le présent sous la forme de souvenirs intrusifs, de flashbacks ou de cauchemars. Elles s'accompagnent généralement d'émotions fortes ou accablantes, en particulier la peur ou l'horreur, et de sensations physiques fortes ; 2) l'évitement des pensées et des souvenirs de l'événement ou des événements, ou l'évitement des activités, des situations ou des personnes rappelant l'événement ou les événements ; et 3) des perceptions persistantes de menace actuelle accrue, par exemple par hyper vigilance ou une réaction accrue à un stimulus tel que le bruit imprévu. Les symptômes persistent pendant au moins plusieurs semaines et entraînent des troubles importants sur le plan personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou dans d'autres domaines importants du fonctionnement. (Josse. É, Avril 2019, p242)

11. La prise en charge de traumatisme psychologique et médicamenteuse :

11.1 : prise en charge psychologique :

11.1.1 Le défusing :

Le défusing relève de la même « logique » de soins immédiats. Il prend place dans les toutes premières heures qui suivent le traumatisme sur les lieux mêmes de la catastrophe ou de l'agression. La traduction littérale du mot défusing est « désamorçage ». Trois objectifs principaux gouvernent la pratique du défusing :

- favoriser l'ouverture d'un espace de parole contenant et rassurant, espace qui se définit comme un « soin psychique immédiat » ;
- contenir et réguler les décharges émotionnelles ;
- ne pas dédramatiser prématurément la situation traumatogène (Bessoles, 2006, p.232).

Le soin psychologique immédiat aussi nommé « défusing » consiste à atténuer les effets du stress et de l'angoisse. Il permet aux rescapés d'exprimer leurs sentiments d'impuissance et leur impression d'être sortis de l'humanité (Barrois, 1988).

Il s'agit d'aider le rescapé à réordonner et réorganiser leur parole en tentant ainsi délimiter les effets de « blanc de la pensée » que génère chez eux une rencontre avec le « réel de la mort » (Lebigot, 2005). En retrouvant un espace de parole, les victimes peuvent mettre un début d'ordre face au chaos qu'a entraîné l'attentat. Il est important, à cette étape de la prise en charge, de respecter les mécanismes de défense (clivage, identification projective, idéalisation) qu'elles ont mis en place et qui les protègent d'une désorganisation psychique plus importante.

Une note d'information décrivant les symptômes pouvant apparaître et des adresses de consultations spécialisées est commentée et remise aux rescapés. Avant qu'ils regagnent leur domicile, il est nécessaire de s'assurer que les rescapés peuvent se projeter dans un futur immédiat, retrouvant leurs repères spatio-temporels et un discours cohérent qui leur assurent une certaine autonomie psychique. Un rendez-vous leur est proposé dans les deux ou trois jours suivants avec l'intervenant qui vient de les prendre en charge. À l'inverse, quand on observe chez les rescapés la persistance d'un vécu de déréalisation et du processus de dépersonnalisation, parfois d'un état de « stress dépassé » ou de détresse majeure, il est alors indispensable de les orienter et les accompagner vers un service d'urgence psychiatrique (Coq, 2018, p.91). **(Benamsili.L, pp70-71)**

11.1.2 Le débriefing :

La période post-immédiate se situe approximativement du deuxième au trentième jour après l'événement, les soins psychiques qui y sont proposés peuvent être les premiers ou s'inscrire dans la suite des soins immédiats. Il s'agit d'entretiens collectifs ou individuels proposés aux rescapés, aux témoins, parfois aux proches des victimes. Si les interventions immédiates s'insèrent dans le cadre plus large des plans de secours d'urgence, les interventions psychologiques post-immédiates ont des modalités d'organisation autonome qui se situent dans une temporalité différente (Coq, 2018, p94).

Les mots anglo-saxons briefing et débriefing, sont empruntés au vocabulaire militaire, où ils désignent les réunions techniques de départ et de retour de mission des équipages de bombardiers ; par extension, à la fin de la deuxième guerre mondiale, sur le théâtre d'opérations du Pacifique, Marshal, officier d'infanterie de marine, a transposé l'opération débriefing au bilan psychologique des soldats des petites unités revenant d'un combat éprouvant. Par extension encore, quelques décennies plus tard, ces procédures de débriefing psychologique ont été appliquées à des petits groupes de pompiers ou de policiers ayant été confrontés à un « événement critique » stressant ; et ensuite aux victimes rescapées d'une catastrophe ou d'un accident, individuellement, ou en groupe si elles ont été impliquées dans le même événement « potentiellement traumatogène » (Ponseti-Gaillochon, Duchet, Molenda, 2009, p.VI). **(Ibid,p 71)**

11.1.3 L'EMDR :

Le traitement de l'EMDR repose sur le principe de l'activation, par des stimulations orientées, d'un processus de traitement neuro-émotionnel naturel qui n'a pu s'activer après l'exposition à l'événement traumatique, à cause d'un blocage provoqué par le choc émotionnel et le stress intense qui a favorisé le développement du TSPT. (Gérard. L, P 147)

La conceptualisation du traitement par EMDR était basée initialement sur le principe de la désensibilisation, et a évolué par la suite vers un paradigme fondé sur le principe du traitement adaptatif de l'information (TAI).

Le traitement adaptatif de l'information s'active de façon efficace, lorsque le souvenir traumatique, à l'origine des comportements et des réactions dysfonctionnels, est identifié avec précision. Il inclut également les déclencheurs actuels et les perspectives du futur

(Shapiro, 2005 ; 2007).

C'est en accédant à la mémoire traumatique que la méthode EMDR permet l'activation d'un ensemble d'éléments liés au souvenir traumatique dans une configuration en réseau qui va ramener ce souvenir à la conscience du patient sous une forme adaptée et fonctionnelle pour être intégré à la mémoire autobiographique, et faire partie ainsi de la vie de la personne. Ce système d'auto-guérison psychologique est semblable à celui de l'auto-guérison physique (blessure physique). La réactivation des réactions liées au souvenir traumatique et la stimulation bilatérale alternée, dans les conditions thérapeutiques, vont permettre à l'organisme d'activer un traitement adaptatif a posteriori. Ce retraitement favorise l'apparition de nouveaux comportements et des réactions émotionnelles plus adaptés, et peut aller jusqu'à induire des changements nouveaux dans les traits de la personnalité

(Brown et Shapiro, 2006 ; Korn et Leeds, 2002 ; Zabukovec, Lazrove et Shapiro, 2000).

(Gérard .L, 2016, P 148).

11.1.4 Prise en charge narrative du traumatisme psychique :

Les mots font souvent défaut pour décrire réellement ce que l'on ressent, lorsqu'on est frappé directement ou indirectement par une catastrophe. Il peut arriver que les victimes se sentent isolées, abandonnées, submergées par leurs émotions et surtout bien seules avec leur douleur (Noumbissié, 2018, p.7). Dès lors, Bourlot (2018) distingue huit fonctions psychiques

de la narration : catharsis, liaison, partage, historisation, construction, créativité, interprétation, subjectivation. Les relations entre ces fonctions ne sont pas d'opposition, mais de complémentarité et de superposition. (Bourlot, 2018, p627).

11.1.5 La Thérapie analytique ou psycho dynamique :

Les thérapies psycho dynamiques se réfèrent peu ou prou à la psychanalyse freudienne qui, après le renoncement de Freud à sa « neurotica », va davantage s'intéresser à la réalité psychique qu'à la réalité, notamment traumatique. La théorisation lacanienne en revanche, retient un concept essentiel dans son élaboration théorique : la « réalité crue », laquelle n'est pas symbolisable. C'est pour éviter ces confusions que nous parlons dans cet ouvrage d'événement(s) traumatique(s) et non de trauma ou traumatisme. Car la question du trauma est un point d'achoppement important qui perdure dans les discussions passionnées sur l'étiologie possiblement traumatique de certains troubles de la personnalité.

(Gérard. L, 2016, P 52)

11.1.6 L'hypnose :

Est utilisée pour réintroduire une « base de sécurité » (Bowlby) permettant d'explorer un stimulus inquiétant. Le réexamen d'un point de vue distancié en permet une lecture différente. Le fait de s'exposer au trauma, tout en ayant le sentiment d'être calme et de pouvoir maîtriser, induit des suggestions positives de sentiments de contrôle qui influencent les croyances dysfonctionnelles et diminuent l'anxiété qui maintenait auparavant les évitements de l'événement (Foa et al., 2007 ; Lynn & Cardeña, 2007). Ces auteurs précisent que c'est également l'occasion pour le sujet de réévaluer de façon plus juste l'événement et ses réactions. Recadrer et restructurer la perception que les sujets ont d'eux-mêmes passe par le changement de leur image en tant que victime. (Gérard .L, 2016, P 129).

L'hypno thérapie fait l'objet de débats concernant l'augmentation de la dissociation traumatique et l'émergence de faux souvenirs (Ibid, P 132).

..., l'hypnose, technique dissociative, utilisée dans un cadre structuré, contrôlé et sécurisant permettrait aux sujets présentant un TSPT de bénéficier de leur savoir-faire de façon maîtrisée et thérapeutique. Des précautions sont, toutefois, à prendre, en particulier vis-à-vis du risque d'émergence de faux souvenirs induits. (Ibid, P 133).

L'hypnose est un outil permettant l'établissement d'un autre type de communication et un accès aux sensations et émotions sollicitées lors du traumatisme. De plus, le sentiment d'impuissance et de perte de contrôle est au cœur de la problématique du TSPT. La reprise d'un sentiment de maîtrise par le biais de la modification du scénario traumatique représente un levier thérapeutique essentiel dans le traitement du TSPT. L'hypnose aide le sujet à développer un sentiment de sécurité et de compétences par la mobilisation des ressources nécessaires pour faire face aux souvenirs traumatiques. Retrouver un sentiment de contrôle là où le sujet se sentait vulnérable et impuissant, entraîne une restructuration cognitivo-émotionnelle permettant l'intégration et la métabolisation du souvenir traumatique. L'hypnose ré-ouvre ainsi au sujet les champs du possible et lui permet de reprendre une nouvelle direction de sa vie. (Ibid, P 137)

11.1.7 La thérapie cognitive et comportementale :

Connue sous le sigle de TCC, elle est considérée comme la prise en charge thérapeutique la plus efficace en matière d'indication en ce qui concerne les traumatismes psychologiques. (Boudoukha, 2020).

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

La relaxation :

La relaxation permet d'entrer dans la thérapie et de donner un moyen au patient de réduire ses réponses neurovégétatives. Elle permet aussi d'avoir plus facilement accès aux souvenirs traumatique.

Les méthodes de relaxation fondées sur un entraînement régulier tendent à obtenir un relâchement général du corps afin de modifier indirectement le psychisme des sujets qui s'y soumettent. Par la détente qu'elles provoquent et ses bienfaits, les méthodes de relaxation sont

utilisées dans le traitement des individus hypertendus ou présentant des troubles psychosomatiques. (Cottreaux, j.2001, pp159- 161)

L'exposition

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

L'implosion est une méthode plus indirecte, est important de faire revivre les sensations corporelles qui ont *accompagné* le traumatisme. Evénement traumatique est sans cesse revécu.

Il peut s'agir de souvenir qui font intrusion inopinément dans la conscience et qui comprennent des images, des pensées ou des perceptions il peut s'agir aussi de rêve récurrents. (cottreaux, j.2001, p159)

11.1.9 Les groupes de paroles :

Les groupes de paroles sont mis en place dans le but d'une réécriture du scénario traumatique, néanmoins les fondements y sont différent pour chaque sorte d'évènement traumatique. Ils tendent à privilégier la solidarité du groupe et ainsi a libérer les participants de la dépendance qui les empêche d'être autonome. Les personnes participantes retrouvent alors dans les paroles des unes leur propre situation, aboutissant a la reconnaissance de soi en l'autre et ainsi à aider les autres et soi-même retrouver l'estime de soi. Elles tissent des liens sociaux, apprennent à se faire confiance, combattent la culpabilité en remettant la responsabilité a ceux qui le mérite véritablement mais aussi transforment leurs honte en une colère qui est bien dirigée et qui les motives à changer le cours de choses.

(Lopez, 2014, p226).

11.1.10 Autres prises en charge du traumatisme psychique chez l'adulte :

Seront exposées ici les types de prise en charge n'ayant pas été abordés précédemment.

Buis (2012) de son côté plaide en faveur de la psychothérapie de soutien quant à la prise en charge de lapsycho trauma, et ce, en aidant à restaurer les capacités antérieures déstabilisées par le trauma.

En effet, les patients traumatisés se sentent souvent « déconnectés » et incompris des autres. Il a été retrouvé que le fait de percevoir un soutien social faible était propice à la persistance de symptômes un mois après le trauma. Il est ainsi du ressort du praticien de parvenir à approcher psychiquement ces patients. Il faudra ainsi qu'il s'attache à ne pas se montrer insensible auprès de ces patients prédisposés à se sentir incompris, mais aussi à encourager le patient à ne pas se désintégrer de son tissu social. Parallèlement, le soignant pourra aussi aider à « normaliser » la souffrance du patient en expliquant qu'il s'agit de réactions normales, ce qui l'aidera à se sentir moins déconnecté des autres. Enfin, d'une manière générale, l'alliance thérapeutique qui est importante dans les soins psychiques est encore plus importante chez ces patients qui ont d'énormes difficultés à rentrer en relation avec les autres. Une autre technique est l'explication des symptômes. Cette psychoéducation est essentielle. La prise en charge hygiéno-diététique correspond à celle recommandée dans les autres troubles anxieux. Les encouragements font partie de la psychothérapie de soutien, mais dans le cas des patients traumatisés.

Martineau (2014) aborde trois types de prise en charge du traumatisme psychique, à savoir : hypnose orientée solutions, thérapie narrative, et hypnose et thérapie stratégique par mouvements alternatifs. Elles permettent de remettre le sujet dans une position d'acteur de son devenir et supposent une coopération avec le patient qui amène une Co-construction du soin.

Dans leur article, Chesnot et Chidiac intitulé « la médiation argile : une thérapie innovante dans le traitement du traumatisme et du post-traumatisme » (2019), ils montrent que l'argile permettrait un premier temps une voie cathartique nécessaire, suivi d'un deuxième temps d'élaboration et d'un troisième de transformation. Un atelier d'art-thérapie par l'argile peut aider les personnes ayant subi un traumatisme. L'argile, en tant que médium malléable, contribue au processus de changement dans un cadre thérapeutique.

Damian (2010) plaide en faveur d'une réparation psychique. Un sujet victime d'une infraction pénale grave peut-être confrontée à un triple traumatisme : psychique, physique et «groupal ». En effet, le traumatisme a non seulement des effets désorganisateur directement sur le psychisme individuel, mais aussi sur le sentiment d'appartenance à la communauté. De ce fait, le sujet victime d'infraction pénale se devra à la fois d'élaborer un questionnement personnel et de parcourir un chemin judiciaire visant à restaurer son sentiment d'appartenance à la communauté.

La réparation se joue donc sur deux scènes, celle de l'intime et celle du collectif, ce qui impose une réflexion sur la nécessaire prise en compte de la réalité psychique et de la réalité judiciaire qui confronte à deux positionnements et à deux modes de fonctionnement différents. Après avoir évoqué les fonctions pacificatrices et resocialisantes du procès, l'accompagnement en trois temps sera abordé : la préparation formelle et psychologique avant le procès, l'accompagnement au procès, les groupes de paroles et l'information post procès.

Dubois (2019) emboîte le pas à Damiani. Il souligne que le parcours de soin médico-psychologique doit intégrer le parcours médico-judiciaire avec le constat médico-légal, et prendre en compte la protection nécessaire de la victime mineure. L'accompagnement pérenne est primordial. Il est soutenu par la psychothérapie qui est le traitement de fond. Celui-ci s'effectue par phases successives dans un souci de continuité et de protection.

Levin (2019) quant à lui pense la plupart des thérapies du traumatisme cherchent à atteindre l'esprit en utilisant le langage ou les médicaments. Ces deux approches peuvent être utiles. Cependant, le traumatisme n'est pas, ne sera pas et ne pourra jamais être complètement guéri tant que nous ne tiendrons pas compte du rôle essentiel joué par le corps. Nous devons comprendre comment le traumatisme affecte le corps et la place prépondérante de ce dernier dans la guérison. Sans cette base, nos tentatives pour maîtriser le traumatisme se limiteront à un seul de ses aspects. **(Benamsili.L,pp 77-78).**

11.1.10 Prise en charge médicamenteuse :

La prise en charge intégrée thérapeutique comporte une association entre traitement addictolytique et traitements du TSPT. Plusieurs études médicamenteuses montrent une efficacité des traitements addictolytiques (naltrexone, disulfiram, nicotine en timbre, substitution des opiacés) associés à des traitements antidépresseurs (Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine : ISRS en première intention voir inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline : IRSN en deuxième intention). Il existe d'autres stratégies thérapeutiques dans le cadre de TSPT réfractaire comme :

- les régulateurs de l'humeur tels que la lamotrigine ;
- les anti-adrénergiques : prozosine pour les troubles du sommeil ;
- la buspirone pour les cauchemars ;
- les antipsychotiques atypiques tels que la quétiapine qui ciblent les symptômes associés (dépressifs, anxieux).

Il est donc important d'utiliser les addictolytiques car ils régulent l'addiction ainsi que le TSPT. Pour exemple, les timbres nicotiques entraînent une libération progressive de nicotine ce qui émousse le pic nicotinique de la cigarette qui habituellement renforce le TSPT. Ces derniers agissent donc sur les symptômes de manque et sur ceux du TSPT. Il en est même pour les substitutions aux opiacés. Le traitement combiné permet non seulement l'amélioration du trouble lié à l'usage mais également les symptômes de TSPT. Nous allons présenter les différentes stratégies possibles en fonction de la substance utilisée.

(Gérard .L, 2016, P315).

Synthèse :

A la lumière de ce chapitre, nous pouvons conclure que le traumatisme psychique résulte de l'invasion de l'espace mental du sujet par le réel de la mort, le néant comme expérience. et un phénomène qui se déroule au sein du psychisme, sous l'impact d'un évènement. et que pour s'avoir si une personne a subi un traumatisme on observe différents symptômes ;un sentiment de peur intense d'horreur et d'impuissance accompagné d'un ou de plusieurs des symptômes suivants :des flash-back, des pensées qui s'imposent à l'esprit et deviennent incontrôlables.... Etc.

Et parmi ces évènements on a : la mort subite des parents qui touche notre société chaque jour. Ce que nous essayons d'expliquer dans le chapitre suivant et de citer les facteurs provoquant un traumatisme psychique dont le lien d'attachement.

Chapitre II

La mort et l'attachement chez l'adulte

Préambule :

« Il n'y a pas d'âge pour se sentir orphelin. Même si on est des adultes responsable et qu'il y a belle lurette qu'on ne dépend plus de nos parents, la douleur de les perdre n'en est pas moins vive ni moins longue à guérir. »

Un jour, alors qu'on est soi-même parvenu à l'âge adulte, notre parent décède. Que sa mort survienne de façon soudaine ou après une longue maladie, elle marque un tournant dans la vie de l'enfant adulte qui se retrouve alors orphelin de père ou de mère. La perte d'un parent est toujours difficile à vivre, même à l'âge adulte. Il n'y a pas d'âge pour se sentir orpheline. Même si on est une adulte responsable et qu'il y a belle lurette qu'on ne dépend plus de nos parents, la douleur de les perdre n'en est pas moins vive ni moins longue à guérir. Devant la mort de nos parents, un seul dénominateur commun: le vide et la peine. . S'il est toujours très difficile de perdre quelqu'un qu'on aime, dans le deuil d'un parent, tout est plus prononcé, plus vif. Le lien sanguin est significatif. Nos parents sont souvent les seules personnes de qui on acceptait de se faire dire certaines choses, sans compter qu'ils ont été les principaux témoins de toute notre histoire.

Alors ce chapitre il se compose en trois parties :

la première partie : intitulé sur la mort dont on définit différentes définitions :la mort, la mort subite , la mort anticipée, puis l'impact traumatique de l'annonce de la mort, les réactions immédiates suite à l'annonce de la mort, la différence des effets de la mort entre l'homme et la femme, décès d'un parent à l'âge adulte, ensuite on passera à la définition de deuil, ses étapes, ses types, ainsi le deuil chez l'adulte.

La deuxième partie : intitulée sur la définition de l'attachement, La notion de relation d'attachement chez l'adulte avec les parents, puis les styles d'attachement chez l'adulte.

La troisième partie : intitulé sur les différentes définitions de la famille, la relation parent – jeunes adultes, puis la qualité de la relation parent-jeunes adultes.et enfin le développement au cours de l'âge adulte.

A. La mort :

1. La définition de la mort :

La mort vient du latin mors, mortis qui veut dire arrêt de la vie, cessation définitives des fonctions vitales d'un organisme, après avoir été définie par l'arrêt du cœur et de la respiration, la mort de l'homme c'est désormais par l'arrêt du fonctionnement du cerveau (électro-encéphalogramme), en effet, le tissu nerveux est le seul qui ne se régénère pas et sans activité cérébrale aucune vie de relation n'est possible.

La mort est l'une des données fondamentales de la réalité, dès qu'il prend conscience de son caractère inéluctable, l'être humaine s'efforce de se familiariser avec cette idée et de la rendre supportable, la croyance en une vie dans l'au-delà ou en la réincarnation, aussi bien que le désir d'une porterie fait partie des tentatives qui visent à atténuer le caractère angoissant de la mort (Sillamy.N, 1980, p 771).

2. La définition de la mort subite (soudaine) :

La mort subite correspond, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), au décès inattendu d'une personne en bonne santé apparente, dans l'heure suivant l'apparition des premiers symptômes et la mort subite cardiaque est définie comme résultant de causes cardiaques. Selon l'OMS, les maladies cardiovasculaires sont responsables d'environ 17 millions de décès chaque année dans le monde et 25 % de ces décès sont d'origine cardiaque. (Michaud K, Laudes. B, 2019, P 10)

Lorsque la mort est soudaine ou que le temps de préparation n'est pas disponible, les réactions au deuil tendent à être plus intenses et à durer plus longtemps; ce qui ne signifie pour autant que le deuil anticipé est nécessairement plus favorable à la résolution (Glick, Weiss et Parkes, 1974; Parkes, 1975; Sanders, 1977). Sanders (1977) observe plusieurs réactions caractéristiques suite à une perte soudaine: des répercussions physiques prolongées, plus de colère, un niveau élevé d'anxiété face à la mort, une culpabilité plus élevée puisqu'il n'y a pas possibilité de compléter les situations inachevées. (Danny.L, Novembre1992,P 28).

Une étude de Huard (1989) portant sur l'intensité des réactions au deuil indique que les personnes qui vivent une mort soudaine démontrent une plus grande intensité réactionnelle que les sujets ayant vécu une mort anticipée. De plus, l'étude indique que l'intensité des réactions est significativement plus élevée lors d'une perte soudaine de la mère.

Selon Myerowitz (1974) ainsi que Schoenberg, Carr, Kutscher et Peretz (1974) une perte soudaine est excessivement traumatisante puisqu'il est difficile de développer une stratégie d'ajustement à la mort, de même qu'à donner un sens à la souffrance qui y est associée. Dans le même sens, Schulz (1978) note que la personne qui subit une mort soudaine ne comprend jamais vraiment le pourquoi de la mort. Rando (1984) croit que ce mode de perte développe chez l'endeuillé une appréhension chronique que quelque chose de malheureux peut se produire à n'importe quel moment, puisqu'il n'a eu aucun avertissement de la perte. Une perte soudaine rend le monde imprévisible et la crainte engendrée amène certaines difficultés dans le réinvestissement affectif. Rando poursuit en disant qu'une mort soudaine suscite de l'insécurité, un accablement et une incapacité à contenir la situation. L'individu peut vivre alors des sentiments de confusion, d'anxiété, d'auto-reproches et de dépression. **(Lancup.D, Novembre1992, P 29).**

3. La définition de la mort anticipé :

La mort anticipée permet une préparation émotionnelle où la personne est épargnée d'une partie du choc, et où il est possible de finir les "situations inachevées" avec le mourant (Rando, 1984). D'autre part Glick et al. (1974) maintiennent que l'anticipation est l'un des plus importants déterminants dans le processus de résolution du deuil. L'anticipation amène une meilleure compréhension de l'évènement et permet à l'individu de redéfinir ses rôles. En ce sens, Sanders (1977) croit qu'il est sain pour les proches de rester et de s'impliquer auprès du mourant.

Selon Parkes et Weiss (1983) la mort anticipée prend un tout autre cours que la mort soudaine. Pour eux, la mort anticipée ne présenterait non pas une réaction de perte telle que retrouvée dans la mort soudaine, mais bien une réaction d'anxiété, de séparation et de peur. C'est beaucoup plus une réaction à la menace d'une perte plutôt qu'une réaction émotionnelle à une perte.

Finalement, certains auteurs tels Futterman, Hoffman et Sabshin (1972) se sont intéressés à tracer le processus en cours lors d'une mort anticipée. Ils présentent les cinq étapes suivantes: 1) reconnaître l'inévitabilité de la perte, 2) vivre et exprimer l'impact émotionnel, 3) se réconcilier avec la valeur de la vie du mourant, dans le sens de laisser le mourant vivre sa vie et sa mort, 4) se détacher et 5) se commémorer le vécu relié au mourant (représentation mentale).

Ainsi selon les différentes études, le deuil anticipé présente deux aspects: l'un propose une préparation émotionnelle qui semble amortir l'impact de la perte et l'autre suggère une réaction d'anxiété de séparation envers la menace que représente l'agent stresser d'une perte éventuelle. (Lancup.D, Novembre1992, pp 29-30)

4. L'impact traumatique de l'annonce de la mort :

Le temps de l'annonce est un temps suspendu, qui confronte le sujet à l'indicible, à une information qui est tellement violente, tellement insupportable qu'il ne peut, dans l'immédiat l'accepter et tout simplement la comprendre. « En une fraction de seconde la vie bascule », « rien ne sera plus jamais comme avant », « il y a le temps d'avant et le temps d'après. » Si la mort d'un être cher est une expérience traumatique, la souffrance face à cette perte est susceptible d'être contenue ou majorée par les conditions dans lesquelles l'annonce de ce décès est faite. Ce qui est dit à ce moment-là reste ancré durablement dans la mémoire et habituellement les endeuillés se rappellent avec précision ce temps de l'annonce. L'impact traumatique intervient à deux niveaux :

- **un traumatisme primaire direct dû à la confrontation à la mort ;**
- **un traumatisme secondaire**, qui intervient dans l'après-coup, lié à l'histoire familiale en particulier à la réactivation d'autres événements douloureux passés : deuil, maladie, angoisse de séparation, conflits. (Romano. H, 2015, P 30)

5. Différence des effets de la mort entre l'homme et la femme:

Peu d'informations sont disponibles au niveau des études traitant des différences entre hommes et femmes qui ont perdu un père ou une mère. Les recherches traitant de l'effet du sexe sur la population adulte concernent surtout la perte d'un conjoint. Cependant, Glick et al. (1974) remarquent que les hommes démontrent moins de symptômes physiques que les femmes et qu'ils ont moins tendances à développer des problèmes psychologiques. Par contre, les hommes présentent un niveau d'adaptation émotionnel plus lent même s'ils semblent démontrer plus de réalisme dans l'acceptation de la mort.

D'après Myers (1986), le père étant un modèle pour son fils, sa mort provoque chez ce dernier un état de choc découlant de la confrontation de l'homme envers sa propre finitude. Myers croit cependant que la perte de la mère soit plus difficile et ce surtout, à cause du lien d'amour et d'attachement qui semble plus intense envers la mère qu'envers le père. Chiriboga(1982) de son côté, trouve que les femmes sont plus affectées par les événements

stressants de la vie que les hommes et qu'elles ont tendance à réagir plus intensément au moment de la perte. Pour cet auteur, les hommes réagissent moins intensément au moment du décès ce qui semble prolonger le processus de résolution du deuil dans le temps.

Horowitz et al. (1984) remarquent que la perte de la mère est plus difficile à surmonter que la perte du père. Les recherches d'Owen, Fulton et Markusen (1982) de même que Birtchnell (1975) vont dans le même sens en affirmant que le deuil du père affecte davantage les femmes et que le décès de la mère est plus difficile pour les hommes. **Douglas** (1990) observe que les réactions suite à la perte d'une mère semblent de même intensité chez les hommes et les femmes. Pour cet auteur, l'effet du sexe est plus évident lorsqu'il s'agit de la perte du père où les femmes sont plus affectées que les hommes. Il apparaît évident que pour mieux comprendre une réaction individuelle à la perte d'un parent, on doit examiner de près la relation de base entre parent et enfant (Moss et Moss, 1983).

(Lancup.D, Novembre1992, P 31).

6. Décès d'un parent à l'âge adulte :

La perte d'un parent à l'âge adulte n'a rien d'exceptionnel, c'est un phénomène qui entre dans l'ordre naturel de la vie. Malgré la fréquence de cet événement à l'âge adulte, les recherches traitant de ce type de perte s'avèrent peu développées. Il n'y a pas de doute que le peu d'intérêt porté au deuil d'un parent à l'âge adulte démontre que ce type de perte est moins intense qu'une perte d'un enfant, d'un conjoint ou d'un parent pour un jeune enfant. Selon Sanders (1980), un enfant devenu adulte s'est souvent investi et attaché à d'autres personnes telles un conjoint ou un enfant. De plus, contrairement au jeune enfant, l'enfant devenu adulte a développé une certaine habileté à faire face aux situations de stress de même qu'une maturité l'aidant à faire face à la mort d'un parent. Quoi qu'il en soit, la mort d'un parent à l'âge adulte marque la fin d'une des plus longues relations d'un individu, ce qui en fait malgré tout un événement crucial dans la vie de l'adulte qui se ' retrouve soudainement "orphelin" (Angel, 1987; Blauner, 1960; Horowitz et al. 1984; Kaltreider et Mendelson, 1985; Moss et Moss, 1983; Myers, 1986).

Pour Kaltreider et Mendelson (1985), la réponse d'un adulte à la perte d'un parent implique des thèmes aussi importants que le développement de la personne, la formation de l'identité et les changements de rôles au sein de la famille. La perte d'un parent peut avoir plusieurs significations pour l'enfant devenu adulte. Il peut avoir l'impression de perdre un protecteur, un conseiller, une sécurité ou encore l'amour inconditionnel vécu comme enfant.

Cette perte risque d'être particulièrement difficile si la séparation psychique de l'enfant adulte et sa mère n'a pas été faite.

Dans ce sens, Horowitz et al. (1984) suggèrent que la mort de la mère est plus pénible à vivre que celle du père compte tenu de la relation première entre une mère et son enfant. Toutefois, Sanders (1980) ne trouve pas de différences significatives entre différents groupes d'adultes en fonction de l'âge auquel le parent décède. Pour Douglas (1990), la perte d'un parent à l'âge adulte a des conséquences significatives non seulement sur l'individu, mais influence également son niveau de dépendance et la qualité de ses relations avec les autres.

Douglas rejoint la pensée de Moss et Moss (1983) en suggérant que la connaissance de la relation parent-enfant en bas âge amène une meilleure compréhension des différences individuelles dans les réactions d'un adulte face au décès d'un de ses parents. En ce sens, les enfants qui sont émotionnellement près de leurs parents lorsqu'ils sont jeunes, réagissent plus intensivement au décès du parent que les enfants entretenant une relation à distance avec ses parents. Bugen (1977) démontra que la proximité de la relation endeuillé-défunt est directement reliée à l'intensité de la réaction au deuil.

Une étude comparative faite auprès de 102 sujets ayant subi la perte d'un époux, d'un enfant ou d'un parent, démontre qu'il n'y a pas de différences significatives entre les endeuillés dans l'intensité du deuil suite à une perte soudaine ou anticipée (Sanders 1980). Dans son étude de 1982, Sanders ne trouve aucune différence significative entre les sujets qui ont perdu un proche, soit par 1) mort soudaine, 2) par maladie chronique à long terme, 3) ou par maladie chronique à court terme. Malgré ces résultats, elle note que le deuxième groupe démontrait un ajustement un peu plus favorable. Suite à ses recherches, Sanders croit qu'il n'y a pas de raccourci dans le processus de résolution d'un deuil, qu'il y ait anticipation ou non.

Dans le même sens, Horowitz et al. (1984) n'ont pas noté, dans leur étude sur la perte d'un parent chez l'adulte, que le mode de perte puisse représenter un facteur significatif dans la réaction à la perte.

D'autre part, des auteurs tels Lewis (1977) et Myers (1986) soutiennent que l'essentiel réside non pas dans le mode de perte mais beaucoup plus dans le temps de préparation ou d'ajustement face à la perte. Pour Myers (1986), et la seule différence entre une perte soudaine ou anticipée est que la perte soudaine se manifeste d'un seul coup, ce qui rend l'ajustement plus difficile. La prochaine section permettra de voir de plus près ces deux modes de perte afin de

les distinguer et de comprendre leurs impacts possibles sur les réactions au deuil. (**Lancup. D, Novembre 1992, pp26-27**).

7. La définition de deuil :

Étymologiquement le mot deuil vient du latin « dolus » et par extension de « dolore » (souffrir). Ce terme n'a donc, initialement, pas de référence spécifique à la mort, mais bien davantage à la douleur du chagrin et à la souffrance de l'âme.

« Deuil » est polysémique : il recouvre de multiples dimensions : somatiques psychologiques, psychiatriques, sociales, culturelles, religieuses, familiales.

Tout deuil est un traumatisme : car la confrontation à la mort (ou à toute perte de dimension mortifère) fait effraction dans le psychisme de l'endeuillé et vient bouleverser, de manière plus ou moins durable, ses repères et ses capacités de compréhension et d'élaboration.

Le deuil n'est pas une maladie mais un processus psychique adapté et consécutif à la perte.

Le travail de deuil correspond au processus psychique qui s'initie chez tout endeuillé, dès l'annonce de la perte. Il reste singulier et spécifique à chacun.

Le destin du deuil est intimement lié à la personnalité de l'endeuillé, au mode de relations antérieures établi avec celui qui a disparu et aux types d'identifications (positives ou négatives ; créatives ou destructives) que l'endeuillé parviendra à instaurer avec le souvenir de celui qui n'est plus.

La dimension culturelle du deuil est essentielle à reconnaître et à prendre en considération lors de la prise en charge d'endeuillés. (**Romano. H, 2015, pp8 -9**).

8. Les étapes du deuil :

Le choc et le déni : Lors de l'annonce du décès, l'endeuillé peut réagir avec angoisse et agitation ou fondre en larmes. À l'opposé, la personne touchée peut être sous le choc, être « engourdie » par la nouvelle et ne rien ressentir. Ceci est, pour l'endeuillé, une manière de se protéger contre une situation qui est trop difficile à supporter émotionnellement. Le déni agit alors comme un amortisseur de manière temporaire, et ce, jusqu'à ce que la personne se sente prête à affronter la réalité¹. Par exemple, lors de l'annonce d'un décès subit, la personne peut

¹Kübler-Ross, E. (1989). *On Death and Dying*. Londres, Royaume-Uni: Tavistock/Routledge

croire que cela n'est pas réel, qu'elle est dans un mauvais rêve et qu'elle va se réveiller. Elle peut croire qu'on ne lui parle pas de la bonne personne, qu'il y a eu erreur et que la personne en question n'est pas décédée.

La colère : La personne qui expérimente la perte peut ressentir une grande trahison, un ressentiment envers la vie et l'univers entier². De la colère peut aussi être ressentie contre la personne disparue : son départ provoque un vide douloureux. Il arrive cependant que certaines personnes ne se permettent pas de ressentir ce type d'émotions contre une personne décédée. C'est pourquoi elles peuvent déplacer leur colère contre une personne de l'entourage ou contre des éléments de l'environnement³. Cette étape peut donc se révéler difficile pour les proches de l'endeuillé. Si cette étape n'est pas surmontée, la colère peut éventuellement se transformer en amertume.

Le marchandage : À cette étape, qui ne se produit pas dans tous les cas, la personne espère un retour en arrière pour éviter la perte. Voyant que la colère n'a pas changé la situation, la personne tente de conclure des accords avec une instance plus grande qu'elle (Dieu, l'Univers ou autre, selon ses croyances). Elle peut se dire, par exemple : « Si mon grand-père guérit, je vais être une meilleure personne. ». Elle cultive alors l'espoir que son désir le plus cher se réalisera peut-être si elle adopte une bonne conduite. L'espoir que la personne perdue revienne est une expérience normale qui persiste souvent jusqu'à ce que le deuil soit complété. Cette phase peut aussi être caractérisée par le regret et la culpabilité : la personne pense au passé, ce qui met en lumière tous les « si » : « si je l'avais accompagnée ce soir-là, elle n'aurait pas eu d'accident de voiture et elle serait encore là ». Elle en arrive alors à se rendre responsable de la situation et s'imagine tout ce qu'elle aurait pu faire pour changer les choses.

La grande tristesse : Comme l'étape de la colère, la grande tristesse est une phase importante dans laquelle la peine a besoin d'être vécue et exprimée. L'intensité de la tristesse ressentie à cette étape est tout à fait normale. Or, la réaction des gens est souvent de tenter de remonter le moral de la personne attristée, ce qui indique leur inconfort par rapport à la souffrance de l'endeuillé. Les émotions ressenties durant cette période peuvent générer une certaine confusion. Une peur peut aussi apparaître : celle d'avoir de la difficulté à continuer d'avancer dans la vie avec toute cette peine.

² Kessler, D. (2016). Moving through grief. *Psychotherapy Networker Magazine*, 40, 15-17.

³ Proulx, C. (2016). Notes de cours : Développement de l'adulte (PSY105). Document inédit. Université de Sherbrooke, Qc.

L'acceptation : Le deuil se complète avec cette dernière étape, si la personne a pu traverser son deuil comme elle en ressentait le besoin, et si elle a obtenu le soutien nécessaire à cet effet. La personne n'est plus habitée par des émotions vives lorsqu'elle songe à la personne disparue. Elle ressent plutôt du soulagement en ce qui concerne cette situation. Elle est finalement en paix avec son deuil.

9. Les types de deuil :

- **Le deuil traumatique ou deuil traumatogène :**

Le deuil peut être considéré comme traumatique lorsqu'il intervient dans des circonstances potentiellement traumatiques, par exemple lorsque l'annonce du décès est subite et inattendue, dans un contexte de souffrance et de déshumanisation-crash d'avion, tsunami, attentat-lorsque les corps des défunts ont disparu ou sont détruits. Cette forme de deuil se caractérise par un impact émotionnel initial qui engendre une intensité et une pénibilité des symptômes ressentis. A la perte vient se mêler l'effroi de ce qui a fait effraction principalement au moment de l'annonce du décès, avec l'effet de confrontation brutale au réel de la mort. Le deuil est lié à une mort par homicide est particulièrement douloureux et s'accompagne de peurs diffuses, de colère et de recherches fantasmatiques de vengeance. L'attente du procès met en suspension le déroulement du deuil et le verdict apporte souvent un apaisement.

Dans une perspective diagnostique, il nous faut différencier d'une part la reviviscence traumatique de l'évènement marqué par la terreur de ces images intrusives, et d'autre part les hallucinations de type réminiscence centrées autour du lien avec le défunt, qui survient dans des deuils compliqués marqués par des réactions de tristesse profonde et douloureuse. (Croq.L, 2014, P 103).

- **Le deuil post-traumatique :**

Le deuil post-traumatique est un deuil qui survient suite à un événement traumatique. Autrement dit, il s'agit de « l'état psychologique dans lequel se trouve une personne qui a échappé à une situation dramatique, brutale, imprévue de mort collective ou de menace de mort à plusieurs » (MF. Bacqué, 2002)

L'endeuillé a réchappé à une menace mortelle, soit seul, soit collectivement. Il est non seulement endeuillé mais aussi blessé psychiquement par cet événement traumatique. À la perte du proche s'ajoutent leur propre exposition à leur propre mort et l'effroi face cette situation d'horreur vécue avec un sentiment d'impuissance et de dés appartenance. Les suites du deuil

peuvent ainsi s'avérer particulièrement complexes parce que s'intriquent non seulement les conséquences du deuil mais aussi celle des troubles post-traumatiques susceptibles de venir les majorer. La culpabilité d'avoir survécu est fréquemment évoquée. Le deuil post-traumatique comme le deuil traumatique peuvent conduire à des décompensations de pathologies somatiques et/ou psychiques latentes comme celles retrouvées dans les deuils psychiatriques (Bacqué, 2003). Par exemple la survenue d'un accès mélancolique où la personne endeuillée peut s'identifier à l'extrême au défunt avec le risque de le suivre dans la mort. (**Romano.H, 2015, p 25**)

- **Le deuil compliqué :**

Le deuil compliqué n'altère pas la santé mentale mais se traduit par un développement chronologique inhabituel. Pour de nombreux auteurs, les endeuillés qui présentent un attachement insécurisant seraient particulièrement à risque de présenter un deuil compliqué (Prigerson et al. 1998 ; Parkes, 2001 ; Field et Sundin, 2001 ; Mireault et al. 2001 ; Wayment&Vierthaler, 2002). Il peut s'agir :

De deuil différé, dans lequel la personne ne présente pas de manifestations immédiates de tristesse et continue de vivre « comme si de rien n'était ». Cette attitude peut à tort, être comprise comme une absence d'investissement affectif vis-à-vis du défunt. L'absence de corps est susceptible de favoriser ces réactions qui pourraient s'apparenter à du déni, mais qui n'en sont pas car les endeuillés ne remettent pas en cause la réalité de cette mort. Cette réaction peut persister durablement et être levée à l'occasion d'un événement déclencheur qui conduit à une libération émotionnelle (date de l'anniversaire du défunt, moments familiaux festifs rappelant l'absence du défunt, date commémorative du décès, autre deuil, etc.).

De deuil inhibé, dans les situations où le sujet ne dénie pas la réalité de la perte mais n'exprime pas une affliction particulière. Certains, sans que cela ne soit pathologique, parviennent grâce à des ressources résilientes antérieures et des stratégies de copingsou tenantes, à investir rapidement de nouveaux objets (Bonanno, 2004). Ils manifestent souvent un détachement à l'égard des autres et dans certains cas des attitudes d'échec liées à une apparente insensibilité affective qui impacte leur vie personnelle comme leur vie professionnelle. Pour Michel Hanus, cette réaction pourrait traduire une volonté plus ou moins consciente de se préserver de toute nouvelle situation de perte. Comme pour le deuil différé, il peut y avoir un débordement ultérieur à l'occasion d'une réactivation de cette perte et de ce qu'elle représente

De deuil chronique : dans les cas où les manifestations du deuil sont toujours aussi intenses et ne s'atténuent pas avec le temps. Horowitz et al. (1998) décrivent différents critères pour caractériser un « complicated grief disorder » : l'endeuillé continue à éprouver plus d'un an après le décès, d'intenses pensées intrusives, des débordements émotionnels importants, un sentiment profond de solitude et de vide excessif, un évitement disproportionné des activités rappelant le souvenir du disparu, une asthénie générale en particulier pour les activités personnelles. Marie-Frédérique Bacqué décrit des situations de « deuil inachevé » qui correspondent à des deuils qui durent toute une vie. Ils peuvent se manifester dans les cas où existent une ambivalence forte et une identification négative à l'égard du défunt.

De deuil anticipé, lorsque la mort est annoncée avant qu'elle ne survienne ; par exemple dans les situations de maladies graves, d'accidents avec un pronostic vital engagé, de grand âge : la mort de du proche est anticipée, plus ou moins consciemment, avant qu'elle ne survienne. Lorsque la personne décède, le sujet présente une sorte d'anesthésie émotionnelle, comme s'il n'était pas profondément touché par cette perte. Cette réaction peut le perturber et il peut s'en vouloir de ne pas parvenir à manifester l'effondrement qu'il ressent intimement. La souffrance du deuil peut se manifester plus tard par un accès dépressif majeur à l'occasion d'un autre deuil ou d'un souvenir spécifique (date commémorative).

- **Le deuil pathologique ou psychiatrique :**

Pour la majorité des auteurs, le deuil pathologique est lié à la personnalité préalable de l'endeuillé. Michel Hanus décrit des « personnes à risque » qui sont plus exposées que d'autres à ressentir les effets traumatisants de la perte de leur proche. Il se manifeste à travers « une affection psychopathologique déterminée chez des personnes qui en étaient, du moins extérieurement et en apparence indemnes jusque-là ou qui du moins ne l'avaient pas extériorisée, n'en avaient manifesté ni les symptômes, ni les signes » Il ne s'agit pas d'une majoration des troubles habituellement exprimés mais de troubles liés à la constitution antérieure de la personnalité, à sa fonctionnalité psychique et à ses capacités de faire face ou non. La survenue du deuil vient révéler des structures de personnalité méconnues jusque-là et « entraîne une modification grave de l'état mental : décompensation d'une personnalité névrotique ou psychotique (deuil psychiatrique), développement d'un comportement dangereux pour le sujet ou pour son entourage » (MF Bacqué, 1995).

(Romano.H,2015,pp25-26).

10. Deuil chez l'adulte :

Deuil normal :

Travaux de Bowlby En 1980, il décrit le déroulement du deuil en quatre phases : engourdissement, protestation, désespoir, détachement.

Phase d'engourdissement La première ou phase d'engourdissement est la réaction à la mort du conjoint et s'étend de l'annonce à quelques jours ou semaines après celle-ci.

La majorité des personnes endeuillées se sentent abasourdis et incapables à divers degrés d'accepter cette nouvelle. En fonction des styles d'attachement, diverses réactions peuvent se produire : poursuivre sa vie à l'identique en se sentant simplement inquiet et tendu, présenter une symptomatologie variée comme des attaques de panique, des insomnies, être extrêmement en colère ou d'autres manifestations.

Cet événement est tellement douloureux à accepter qu'il semble pouvoir être cognitivement incompréhensible dans un premier temps.

Phase de protestation La deuxième ou phase de protestation débute quelques jours ou semaines après le décès. Elle est liée à la perte du lien avec la figure d'attachement et faite, surtout au début, d'une alternance de deux états : reconnaissance que la mort s'est produite, ce qui entraîne une douleur, une tristesse, un alanguissement sans espoir, et incrédulité se manifestant par l'espoir que ce vécu va avoir une fin et le besoin de rechercher la personne décédée. Le style d'attachement du sujet va moduler l'intensité de ses réactions. Parallèlement à l'expression de tous ces affects négatifs peuvent se manifester une grande agitation, une insomnie et un état de préoccupation psychique intense, toutes les pensées tournées vers le défunt pouvant entraîner une impression de sa présence effective, comme s'il n'avait pas disparu. La colère est centrale durant cette phase et s'exprime vers différentes personnes : le défunt à qui le survivant reproche de l'avoir abandonné, l'équipe médicale qui est accusée de ne pas avoir sauvé la personne perdue, les instances religieuses, voire Dieu qui a envoyé une malédiction. Pour Bowlby, cette colère est normale et fait partie intégrante des réactions à une séparation subie. La recherche de la personne perdue fait également partie du deuil tout comme par moments la sensation qu'elle est revenue, qu'elle est là. Tout cela n'est pas pathologique. Ce phénomène est compréhensible dans une perspective éthologique de recherche de proximité avec le défunt et également dans une perspective évolutionniste du gain d'avoir une figure d'attachement proche de soi, y compris pour un adulte.

Phase de désespoir : La troisième, la phase de désespoir, est celle de l'acceptation de la perte. L'anxiété, le déni et la colère font progressivement place à la tristesse, au désespoir. Pour Bowlby il est nécessaire, pour que le deuil ait une issue favorable, que la personne endeuillée se confronte à ces affects négatifs. Alors, elle pourra graduellement accepter la perte comme définitive et examiner le réaménagement nécessaire de sa vie. Pour de nombreux adultes, cette période est marquée divers troubles, et la présence de l'entourage proche peut apporter du soutien, mais cette présence n'apportera pas le même réconfort que celui ressenti en présence du conjoint défunt (Bowlby, 1980).

Phase de détachement : La quatrième phase est la phase de détachement, appelée actuellement phase de réorganisation. Elle est marquée par une alternance entre des moments de désespoir profond et une acceptation de la situation. Bowlby a pris en compte la capacité des adultes à parler de leurs expériences douloureuses et à les traiter cognitivement et émotionnellement. Grâce à ces capacités, le sujet peut réorganiser son modèle interne opérant, ce qui ne nécessite pas un détachement complet mais un réaménagement des représentations de lui-même et de la personne perdue. Cela permet de se redéfinir comme personne seule. Ces notions sont reprises actuellement dans la perspective de la continuité des liens avec les figures d'attachement perdues. Cette « remise à jour » n'implique pas un total détachement. L'ensemble de ces phases nécessite deux à trois ans avant qu'un sujet ne puisse retrouver un fonctionnement psychique satisfaisant. (Guédeney.N,Guédeney .A,2016,pp38-39)

B. L'attachement chez l'adulte :

Nous oublions parfois la profondeur du lien que nous avons avec nos parents. Ils sont souvent notre lien principal dans le monde et vers le monde. Même si nous avons un conjoint aimant, des enfants et de nombreux amis proches, la mort d'un parent signifie la perte de l'un de nos premiers et plus importants liens. L'idée fautive selon laquelle un adulte mature et capable n'aura pas besoin de pleurer son parent peut faire en sorte que les personnes en deuil se sentent encore plus seules, car leur chagrin n'est pas reconnu.

1. La définition de l'attachement :

Un attachement, dans son sens littéral, est un lien ou une attache. L'attachement, en particulier entre les personnes, est souvent défini positivement comme l'affection, la dévotion

ou même l'amour, même si des attachements nuisibles, par exemple à une drogue ou à une personne, existent bien.

Un attachement, tel qu'il est défini par la théorie de l'attachement, a un sens spécifique, à la fois par sa nature et par la personne à laquelle il s'applique. Suivant la théorie de l'attachement, un attachement est un lien ou un engagement mutuelles et réciproques, mais dans la relation entre l'enfant et le parent, ce n'est pas le cas. la raison de cette distinction claire est inhérente à la théorie. Dans la théorie de l'attachement, un attachement est un lien basé sur le besoins de sécurité et de protection. Ce besoin est primordial chez le bébé et le petit enfant, au moment où l'individu en développement est immature et vulnérable. Donc les nourrissons s'attachent instinctivement à celui ou ceux qui le soignent. Dans ce sens, l'attachement remplit la fonction biologique spécifique de promouvoir la protection, la survie et finalement la réplication génétique. (Prior. V, Glaser. D, 2010, p19).

2. La notion de relation d'attachement chez l'adulte avec les parents :

Le lien d'attachement avec les parents persiste tout au long de la vie (Ainsworth, 1991). En témoignent les réactions des adultes à la perte de leurs parents. En revanche, leur place dans la hiérarchie des figures d'attachement change naturellement, du fait de l'apparition de nouvelles figures d'attachement spécifiques de l'âge adulte (Kobak et coll., 2005). Les parents semblent servir de figures d'attachement de réserve et sont réutilisés activement chaque fois que l'enfant adulte franchit une étape du développement (parentalité) ou rencontre de sérieuses difficultés (divorce, maladie ; Mikulincer et Shaver, 2007) (Guédeney.N, Guédeney.A, 2009, pp139-140)

La relation d'attachement chez l'adulte est un lien affectif durable au sein duquel le partenaire est considéré comme un individu unique, non interchangeable et dont on a envie de rester proche (Ainsworth, 1991). De nombreux auteurs ont tenté de définir les caractéristiques générales que devrait posséder une relation interpersonnelle pour être considéré comme une relation d'attachement (West et Sheldon-Keller, 1994 ; Hazan et Shaver, 1987) : maintien de l'accessibilité, détresse à la séparation lorsque celle-ci est imposé, joie ou plaisir lors des retrouvailles, sentiment de solitude au sens psychique et d'absence en cas d'éloignement trop fort et attentes d'un futur partagé. la fonction de l'attachement- la recherche d'une base de sécurité et d'un havre de sécurité- reste stable tout au long de la vie, bien que les moyens pour y parvenir se modifient et évoluent avec l'âge (West et Sheldon, 1994). La sécurité des relations réciproques et symétriques de partenaires adultes, construite principalement sur la

communication verbale, est différente de la sécurité de la relation asymétrique parent-enfant, basée sur le système d'attachement préconscient et préverbal (Blom et Van Dijk, 2007). (Guédeney.N, Guédeney.A, 2009, p 136).

3. Styles d'attachement chez l'adulte :

Concept de style d'attachement actuel Les travaux sur l'attachement chez l'adulte se sont surtout focalisés sur les variations individuelles des sujets, évaluées en termes de représentations mentales qui sont considérées comme les organisateurs clés de l'utilisation et du soutien de la base de sécurité (Crowell et coll., 2002).

Les styles d'attachement chez l'adulte se définissent comme des patterns systématiques d'attentes, de besoins, d'émotions, de stratégies de régulation émotionnelle et de comportement social. Ces styles sont considérés comme des « indicateurs de surface » des différences dans l'attachement qui sont liées à la cognition, à l'émotion et aux tendances comportementales et qui sont partiellement inconscientes.

Les sujets ayant un styles'écure : ont plus de chances d'avoir une meilleure estime de soi, un sentiment de compétence ou d'efficacité personnelle et interpersonnelle plus élevé, un sentiment d'achèvement et d'accomplissement personnel plus fort, plus de satisfaction professionnelle, moins de « burn out » au travail, un meilleur état de santé général et, en particulier, une meilleure régulation du stress. Les indicateurs de sécurité sont associés avec plus de facilité à résoudre les conflits et à y faire face de manière flexible, avec moins de sentiment de solitude, et plus de relations amicales considérées comme satisfaisantes. Nous avons résumé les travaux de Feeney (1999) ; de Bartholomew et coll. (1997) ; de Hazan et Shaver (1990) et de Stein et coll. (1998) pour décrire les quatre styles d'attachement les plus fréquemment utilisés. Les sujets s'écures ont un modèle des autres positif sans naïveté excessive ; ils recherchent les relations et les souhaitent proches tout en voulant être autonome ; ils ont un modèle de soi positif avec une vue réaliste de leurs points forts et de leurs vulnérabilités. Ils font face aux problèmes avec un équilibre flexible entre leurs compétences propres et l'aisance à demander de l'aide quand ils n'y arrivent pas par leurs propres moyens. Ils sont tout aussi capables d'aider que de demander de l'aide et de la recevoir. Les sujets s'écures valorisent leur travail mais ne permettent pas que cette activité se fasse au détriment des autres relations personnelles.

Les sujets préoccupés : ont une image négative de leur soi, dont ils doutent qu'il puisse être aimé. Ils ont, en même temps, une vision idéalisée et positive des autres, tout en ayant toujours le sentiment d'être déçus par eux. Ils ont le sentiment d'avoir peu de contrôle sur leur vie et recherchent de manière excessive les relations proches avec les autres. Ils sont dépendants des autres pour leur propre estime de soi. Les sentiments de colère et de détresse sont intenses et les réactions négatives intenses aux stress environnementaux, en particulier à ce qui évoque la perte ou l'abandon, les conflits chroniques. Les préoccupés ont souvent un comportement contrôlant sur leurs figures d'attachement avec une peur constante d'être abandonné ou de la perte. Les sujets préoccupés se servent du travail pour gagner le respect des autres.

Les sujets détachés évitant : ont une vision positive défensive de leur soi, couplée à une vue négative des autres, envers qui ils se montrent méfiants et suspicieux. Ils ont du mal avec les émotions négatives, qu'ils traitent par la mise à distance, la minimisation ou la dévalorisation, tout en valorisant l'indépendance et le détachement émotionnel. Ils donnent plus d'importance à leur accomplissement personnel qu'aux relations. Les relations avec les proches sont émotionnellement distantes. Ils préfèrent travailler seuls et peuvent utiliser le travail pour éviter les relations proches.

Les sujets ayant un style craintif : ont une image négative de leur soi vécu comme solitaire et non désiré, et une image négative des autres. Le craintif montre des niveaux élevés de détresse et d'anxiété mais il se retire en cas de stress. Il ne montre ses besoins de soutien qu'indirectement ou dans des situations extrêmes, quand il n'est plus capable de contrôler l'expression de ses émotions. Les sujets craintifs désirent des relations soutenantes dont ils ne sont jamais satisfaits. Alors qu'ils voudraient s'ouvrir aux autres, ils se voient eux-mêmes comme non aimables, et sont très soucieux du fait qu'ils ne trouveront jamais quelqu'un qui les aime vraiment. Ils sont particulièrement sensibles aux perceptions de menace et ressentent des niveaux élevés de détresse et d'anxiété même lorsqu'il s'agit de stress modérés. (Guédénéy.N,Guéduney .A,2009,P 132).

C.la famille et l'adulte :

C.1 la famille :

La famille si l'endroit qui définit la personnalité de l'enfant et lui donne une vue d'ensemble de ce qu'il sera ou plus tard dans sa vie relationnelle, professionnelle et sociale.

1 Les différentes définitions de la famille :

L'importance de relation familiale intime et aimante est essentielle pour le développement sain de l'enfant, ce qui est reconnu depuis longtemps. Pour commencer on va d'abord définir le sens étymologique de la notion de « famille » : Le mot « famille » dérive du latin, Familial, qui vient lui-même de famulus, « serviteur ». Dans son acception antique, en effet, la famille désignait à Rome l'ensemble des gens (parents et domestiques) vivant sous l'autorité du paterfamilias. Le robert donne une définition plus générale de la famille : c'est l'ensemble des personnes liées entre elles par le mariage et la filiation, ou exceptionnellement par l'adoption. (Salem, 2009, p13)

Selon Delage (2013), la famille est considérée comme un « système » sur le modèle de ce que l'on observe en biologie c'est-à-dire comme un ensemble d'éléments hétérogène, combinées entre eux et concourant à une même filiation, ses règles de communication et ses mécanismes régulateurs obéissent à des principes cybernétiques d'autocontrôles pour maintenir l'ensemble dans un état d'équilibre. (Delage, 2013, p8)

Ainsi la notion de la « famille » est habituellement définie comme notion du groupe parent-enfant faisant partie intégrante d'une structure sociale donnée. Ainsi, la famille est à la fois un groupe psychosocial. (Boutaleb, 2008, p95)

Etymologiquement : aux origines romaines la famille désigne le maître et l'ensemble de ses esclaves (**familus=ledomestique**) par extension, personne habitant sous le même toit puis apparition de la notion de lien du sang, ensemble des personnes vivant sous le même toit et unis par les liens du sang.

1-1 La définition psychologique :

Pour Robert Neburger « la famille est une unité fonctionnelle donnant confort et hygiène ; un lieu de stabilité, de pérennité malgré ou grâce aux changements que le groupe peut opérer et aussi un lieu de constitution de l'identité individuelle ».

(Neburger.R, 1995, p10).

1. La relation parents-jeunes adultes :

Peu d'études traitent de la relation entre les parents et les jeunes adultes qui cohabitent ensemble. Les données disponibles se centrent surtout sur la relation entre les parents âgés et leurs enfants adultes dans un contexte de soins. Par exemple, le questionnaire développé par Peisah, Brodaty, Luscombe, Kruk et Anstey (1999) pour quantifier les relations parent-enfants adultes s'intéresse spécifiquement aux relations entre les adultes et leurs parents vieillissants. Cette situation est différente de la situation de cohabitation des jeunes adultes et de leurs parents. Effectivement, la majorité des parents de jeunes adultes sont encore sur le marché du travail et sont en bonne santé physique. De plus, les échanges avec les parents dans les débuts de l'âge adulte ne sont pas les mêmes que dans la quarantaine ou la cinquantaine. De nouvelles recherches portant plus spécifiquement sur les relations à cette étape de la vie des parents et des jeunes adultes sont donc nécessaires. Les paragraphes suivants présentent les quelques études recensées qui portent spécifiquement sur la relation parents-jeunes adultes dans un contexte de cohabitation. (Raymond .C, 2021, P21)

2. La qualité de la relation parents-jeune adulte :

Booth et Amato (1994) définissent la qualité des relations parents-enfant adulte selon deux dimensions : la fréquence des contacts et la proximité affective. Les auteurs postulent que les contacts permettent les démonstrations d'affection, le soutien et tout autre échange significatif entre les parents et leurs enfants adultes. Le contact serait donc une condition nécessaire pour le maintien d'une relation positive. La proximité affective serait liée aux sentiments d'obligation de soutien réciproque et au bien-être psychologique (Rossi & Rossi, 1990). De façon générale, les jeunes adultes soutiennent que l'expérience de cohabitation avec leurs parents est positive (Ward & Spitze, 1996). Ils affirment aussi que les sujets de désaccords les plus fréquents rapportés par les jeunes adultes qui cohabitent avec leurs parents concernent les tâches domestiques. De plus, la relation avec la mère semble plus importante et plus positive que la relation avec le père autant pour les garçons que pour les filles. Les parents aussi seraient généralement satisfaits des arrangements réalisés dans le cadre de la cohabitation avec leurs jeunes adultes et considèreraient la relation avec leurs jeunes adultes comme étant surtout positive (Aquilino & Supple, 1991). Leur étude basée sur les données du National Survey of Families and Households (1987- 1988) permet d'explorer l'influence de la cohabitation avec

un jeune adulte sur la satisfaction des parents, la nature de la relation parent-jeune adulte dans un contexte de cohabitation, les effets du statut d'adulte sur la relation parent-jeune adulte et la satisfaction vis-à-vis la cohabitation. La satisfaction des parents face à la cohabitation serait fortement liée aux conflits entre les parents et leurs jeunes adultes et au degré d'interactions sociales positives entre eux. **(Raymond.C, 2021, P 22)**

Cicchelli et Martin (2004) présentent les résultats d'une enquête nationale portant sur le style de vie des jeunes adultes français âgés entre 18 et 29 ans. La cohabitation avec leurs parents améliore leur niveau de vie et la plupart peuvent compter sur le support financier de leurs parents. Selon eux, la majorité des jeunes adultes affirment vivre une relation harmonieuse avec leurs parents, ce qui est en accord avec d'autres études sur le sujet (Galland, Cléménçon, Le Galès et Oberti, 1994; de Singly, 2000). Des tensions peuvent cependant exister lorsque le thème central de la communication entre les parents et les jeunes adultes tournent autour des obligations réciproques (Cicchelli, 2001). Les jeunes adultes tout comme les parents souhaitent que leur relation ne soit pas uniquement instrumentale. Effectivement, les parents peuvent être considérés comme des pourvoyeurs 23 inconditionnels par leurs jeunes adultes et les jeunes adultes comme les générateurs d'un capital éducationnel par leurs parents (Cicchelli& Martin). De plus, le support apporté par les parents est régi par les attentes de ces derniers. Dans le cas d'étudiants, les parents s'attendent à ce que leurs jeunes adultes agissent en tant que personnes responsables, qu'ils réussissent leurs cours et à ce que l'argent fourni soit bien géré. Quant aux étudiants, la plupart ne serait pas à l'aise de recevoir l'assistance de leurs parents et ils essaieraient autant que possible de limiter ou d'éviter la dépendance envers leurs parents. Selon Belsky, Jaffee, Caspi, Moffitt et Silva (2003), plus les jeunes adultes suivent une trajectoire de vie normative (e.g., obtenir un diplôme, se trouver un emploi), plus la relation parents-jeune adulte serait positive et harmonieuse. Ces auteurs soulignent aussi que les antécédents de santé mentale et la personnalité du jeune adulte sont des facteurs importants dans la formation des relations intergénérationnelles. Les relations parents jeunes adultes seraient mutuellement plus satisfaisantes lorsque les jeunes adultes montrent une émotivité positive, prennent leurs responsabilités, sont consciencieux et n'ont pas de problèmes de santé mentale.

(Raymond.C, 2021, pp 22-23)

La personnalité des parents et des jeunes adultes serait donc un autre déterminant de la qualité de la relation parents-jeune adulte. Selon Hatton, Donnellan, Feldman, Larsen-Rife et Conger (2008), le résultat le plus robuste provenant de cette revue de littérature est que le

névrotisme serait négativement associé à la qualité de la relation parent-jeune adulte (Donnellan, Conger, & Bryant, 2004). Les individus qui cotent plus fort pour ce trait vivraient plus difficilement les expériences émotionnelles comme la colère, la peur et l'irritabilité. Aussi, la personnalité de type A (conduite caractérisée par un sentiment d'urgence, la compétitivité et une propension à réagir promptement aux stress quotidiens) augmenterait la probabilité que les tensions parentales affectent négativement les interactions avec leur enfant adulte (Repetti & Wood, 1997). **(Raymond .C, 2021, P 23)**

Gallagher (2004) identifie deux types de parents qui auraient des relations plus conflictuelles avec leurs adolescents et leurs jeunes adultes. Premièrement, il y aurait les parents souples et permissifs qui ont de la difficulté à imposer des limites à leurs enfants. De plus, ils ne seraient pas constants dans leur façon d'appliquer les conséquences lorsque les règles ne sont pas respectées. Dans cette situation, les jeunes adultes verraient leurs parents comme des serviteurs et se complairaient dans le confort du foyer familial. Deuxièmement, il y aurait les parents autoritaires qui exercent une discipline explosive et qui appliquent des conséquences sévères et parfois exagérées pour le geste commis. Dans ce cas, les jeunes adultes entreraient en conflit avec leurs parents pour s'opposer à leur contrôle et gagner en autonomie. **(Raymond .C, 2021, P 24)**

Gelvan de Veinstein (2004), quant à lui, aborde dans une étude descriptive l'abus des parents de la part de leurs adolescents et de leurs jeunes adultes en Argentine. Un échantillon de 240 familles où les parents vieillissants sont abusés par leurs enfants adultes est rencontré en entrevue. Les résultats permettent d'identifier trois principaux types de relations entre les parents eux-mêmes et entre les parents et leurs enfants adultes. Le premier type de relation concerne les parents « déroutants ». Ceux-ci n'arriveraient pas à percevoir leurs jeunes comme des individus indépendants, ils vivent pour leurs enfants et essaient de conserver une relation symbiotique permanente avec eux. Le deuxième type concerne les parents « coupables ». Ceux-ci idéaliserait un modèle de parents pourvoyeurs et craindraient de ne pas procurer à leurs enfants ce que tout « bon parent » devrait procurer. Ils sont constamment à l'écoute des besoins de leurs jeunes et sont prêts à se sacrifier pour eux. Leurs enfants deviennent leurs propres ambitions. Le dernier type concerne les parents « vindicatifs ». Ces parents tentent de défendre leurs jeunes des problèmes dont ils ont souffert dans leur propre enfance, mais d'une manière rationnelle et explicite. Leurs relations sont habituellement peu affectueuses, mais ils fantasmeraient sur l'avenir prometteur de leurs jeunes. Bien qu'utile pour identifier des patrons relationnels entretenus par des parents et leurs jeunes adultes, la typologie de Gelvan de

Veinstein semble jeter le blâme sur les parents. En effet, l'auteur ne présente pas de typologie relationnelle pour les jeunes adultes qui abusent leurs parents. De plus, Gelvan de Veinstein et Gallagher (2002) affirment que la consommation de substances du jeune adulte peut affecter négativement la qualité de la relation parents-jeune adulte en la rendant plus conflictuelle. Somme toute, la relation parent-jeune adulte est complexe et dépendrait de plusieurs facteurs (Peisah, Brodaty, Luscombe, Kruk&Anstey, 1999) tels que les aspects passés de la relation, le bien-être physique et psychologique des parents et du jeune adulte, le genre du parent et du jeune adulte, la personnalité des parents et du jeune adulte, la consommation de substances, etc. Toutefois, le rôle de ces déterminants dans la qualité de la relation parents-jeune adulte est encore méconnu et d'autres recherches sont nécessaires pour le clarifier. **(Raymond.C, 2021, P 25)**

C.2 L'adulte :

L'âge adulte représente la période la plus longue de la vie. Malgré le fait qu'elle soit en continuité avec le développement survenu au cours de l'enfance, elle possède ses propres spécificités. De nombreux changements, tant physiques et cognitifs qu'affectifs, surviennent au cours de cette étape de vie. Chez le jeune adulte, les capacités physiques et intellectuelles sont à leur apogée, alors que celui-ci doit faire des choix déterminants pour le reste de son existence. Ainsi, certains jeunes adultes choisissent de poursuivre des études post secondaires, tandis que d'autres accèdent plus rapidement au marché du travail. On observe également une grande diversité de modèles sur le plan des relations intimes.

(Diane E.P,SallyW.O,Ruth D.F,2009 ,P 315).

La durée du développement de l'âge adulte dépasse généralement celle de toutes les autres périodes ... C'est aussi la période qui été étudiée le plus tardivement par les chercheurs de psychologie de développement. Portant, la personne adulte n'est pas seulement le produit de son enfance ; elle possède ses propres spécificités. Si les principes de base sont en continuité avec ceux du développement antérieurs.

(Diane E.P,SallyW.O,Ruth D.F,2009,p316)

1- Développement au cours de l'âge adulte :**1-1 Les perspectives générales sur l'âge adulte :**

L'âge adulte est la période de développement dont la durée est la plus longue, d'autant plus qu'on constate actuellement une augmentation de l'espérance de vie des adultes. Toutefois, c'est aussi la période qui a été étudiée le plus tardivement par les chercheurs. Or, malgré le fait que le statut d'adulte soit généralement atteint avec la majorité légale, celui-ci n'est pas nécessairement synonyme de maturité.

1-2 Le développement physique :

Les jeunes adultes sont généralement en bonne santé. Certains facteurs favorisent le maintien de la santé et du bien-être chez eux, particulièrement de saines habitudes de vie comme une bonne alimentation et la pratique régulière d'activité physique.

La présence d'un soutien social contribuerait aussi au maintien d'une bonne santé. Au contraire, la consommation de substances psychotoxiques ou un stress mal géré sont liés à une détérioration de la santé. Certains types de personnalité ou événements de vie semblent aussi plus propices au stress et aux maladies. Le statut socioéconomique interviendrait de manière indirecte dans le maintien ou la détérioration de l'état de santé du jeune adulte. De plus, la période de la jeune vie adulte est un moment propice pour l'apparition de certains problèmes de santé mentale, comme la dépression et la schizophrénie.

1-3 La sexualité et la reproduction :

Les jeunes adultes pratiquent une variété de comportements sexuels et ont tendance à avoir plus de partenaires que les adultes plus âgés. Le groupe d'âge le plus à risque de contracter des ITS situe de 15 à 24 ans. Une grande proportion de femmes est affectée par le syndrome prémenstruel, qui s'accompagne d'inconfort physique et psychologique. Par ailleurs, environ un couple canadien sur six souffre d'infertilité. Cette difficulté décline naturellement à partir de la fin de la vingtaine.

(Diane E.P, Sally W.O, Ruth D.F, 2009, P 347)

1-4 Le développement cognitif :

Avec l'âge adulte, l'individu atteint le stade de la pensée post formelle. Cette forme de pensée combine à la fois la logique, les émotions et les expériences pratiques dans la résolution de problématique au cours de cette même période, au cours de cette même période, individu acquiert la capacité de façon réflexive, laquelle l'amène à questionner continuellement les faits observés, à formuler, des inférences, à faire des liens et à pouvoir ainsi concilier des idées apparemment contradictoires.

Selon la théorie de Sternberg, le jeune adulte franchit deux principaux stades qui lui permettent d'atteindre d'abord ses objectifs de vie, et ensuite d'assumer des responsabilités familiales et professionnelles. D'après la théorie de Sternberg, le jeune adulte développe différentes dimensions de son intelligence à travers ses expériences pratiques, son intuition et ses habiletés analytiques. Par ailleurs, selon la théorie de l'intelligence émotionnelle, le jeune adulte développe aussi sur le plan personnel et social des compétences qui vont favoriser le maintien de relations interpersonnelles harmonieuses et sa réussite professionnelle. Enfin, certains jeunes adultes vont accéder au dernier niveau du développement moral de Kohlberg, ce qui va leur permettre d'avoir une compréhension élargie de la notion de bien et de mal.

(Ibid, pp347-348)

1-5 Le développement affectif et social :

Le jeune adulte atteint le sixième stade du développement psychosocial d'Erikson dont l'enjeu est la capacité de s'engager à long terme dans une relation d'intimité. Selon Neugarten, il vit alors différents événements de vie, normatifs ou non, qui contribuent à son évaluation.

D'après Costa et McCrae, cinq facteurs favorisent le plein développement de son potentiel, alors que d'autres vont le ralentir. De son côté, l'approche typologique suggère l'existence de trois types de personnalité, qui, en fonction de sa capacité d'auto-résilience et de contrôle de soi, viennent influencer l'adaptation du jeune adulte à son milieu.

Par ailleurs, avec l'arrivée de l'âge adulte, les relations de couple augmentent et le temps alloué aux amitiés diminue. Selon la théorie de Sternberg, trois dimensions permettent alors de caractériser les différentes formes d'Amour : l'intimité, la passion et l'engagement.

1-6 Les styles de vie :

Les styles de vie sont beaucoup diversifiés qu'autrefois l'union libre est de plus en plus populaire au Québec, ou près du tiers des familles sont formés aujourd'hui de couples vivants en union de fait cependant, le mariage représente encore une institution importante pour plusieurs jeunes adultes. Le nombre de couples constitué de partenaires de même sexe augmenté au cours des dernières années.

Enfin, plus de tiers des jeunes adultes sont célibataire certains ayant choisi ce mode de vie, d'autres s'y adaptant plus difficilement.

1-7 Les rôles sociaux du jeune adulte :

L'entrée dans la vie adulte se caractérise par l'émergence de multiples rôles sociaux. Le jeune adulte accède au marché du travail, établit une relation de couple plus durable et devient éventuellement parent. Le départ de la maison familiale figure parmi les premières transitions importantes et peut être retardé par plusieurs jeunes adultes.

Les trajectoires conduisant l'individu sur le marché du travail sont beaucoup plus variées que pour les générations précédentes. Plusieurs jeunes adultes poursuivent ainsi des études postsecondaires tout en travaillant, tandis que d'autres décident d'allier directement sur le marché du travail ou de prendre une année sabbatique avant de poursuivre leur cheminement. Quel que soit le choix fait par l'individu, ces différents chemins de vie représentent des occasions de croissance sur le plan cognitif.

Enfin, le fait de devenir parent représente un des rôles les plus importants du jeune adulte. L'arrivée du premier enfant constitue en effet une transition majeure qui est à la fois source de stress et d'excitation. Les nouveaux parents devant s'adapter à cette nouvelle réalité.

(Diane E.P, Sally W.O, Ruth D.F, 2009, P 348)

Synthèse :

On conclue d'après ce chapitre que la mort nous rappelle combien la vie est précieuse et combien l'existence de chacun est unique. La valeur d'une vie ne dépend pas de sa durée ; l'intensité du chagrin et du deuil ne sont pas corrélés au nombre de mois ou d'années de celui qui est mort. Pour celui qui perd un être cher (tout petit bébé, enfant, parent, grands-parents, proche), la mort est toujours une épreuve que l'on porte en soi à tout jamais. Et que La période

de jeune adulte est le moment le plus sensible ou il a besoin de soutien et de l'orientation de ses parent pour prendre les décisions justes qui définirent sa vie ou temps qu'adulte mur.

Partie Pratique

Chapitre III

Méthodologie de la recherche

Préambule :

La recherche en psychologie clinique ne se limite pas au côté théorique, elle doit être aussi fondée sur le côté méthodologique, cette partie méthodologique très importante est consacrée à présenter des différentes étapes ; car elle nous rapporte des informations sur la réalité sociale et la réalité psychologique, chaque recherche nécessite un arrière-plan bien défini concernant : les outils utilisés ainsi un lieu de recherche, la population ou le groupe d'étude.

Dans ce présent chapitre, nous allons commencer par : la pré-enquête et l'enquête, suivie la présentation de lieu de recherche ainsi le groupe d'étude et la méthode utilisée, enfin les outils qu'on a eu recours pour arriver aux résultats et enfin on termine par une synthèse.

1.1 Pré-enquête :

Toute recherche doit commencer par une pré-enquête, sur laquelle le chercheur doit se baser afin de recueillir des informations nécessaires et pouvoir préciser sa thématique de recherche. La pré-enquête est une phase exploratoire qui nous permettra de mieux préciser notre problématique. Elle se fait sous forme d'entretiens ouverts et observations auprès de personnes qui sont concernées par notre recherche: « **le traumatisme psychique chez les adultes ayant perdu un parent subitement** », la pré-enquête que nous avons fait nous a permis de confirmer, d'étayer et d'enrichir notre questionnement et surtout de le préciser.

Dans toute recherche la pré-enquête est très importante, celle-ci consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments qu'on a prévus pour effectuer dont l'objet est le recueil des données. (Madelin, 2001, p 550).

La pré-enquête est définie comme étant « la phase d'opérationnalisation de recherche théorique. Elle consiste à définir des liens entre d'une part, les constructions théoriques : schémas théorique ou cadre conceptuel selon les cas, et d'autre part, les faits observables afin de mettre en place l'appareil d'observation ». (Chauchat, 1990, p 19).

La pré-enquête est souvent courte dans le temps et portant sur un petit nombre de personnes rencontrées, elle se situe en début d'enquête qualitative ou quantitative et permet de préciser la problématique, de comprendre les enjeux de l'enquête. Elle peut être réalisée auprès d'« experts » concernés par le projet étudié ou spécialistes du domaine de recherche exploré. Elle donne une première compréhension de la manière dont le problème est pré-structuré, pour mieux estimer comment reconstruire la demande. Elle permet également de faire apparaître, en

première approximation, comment les acteurs ordinaires parlent de la pratique à analyser, afin d'adapter au mieux le guide d'entretien ou le questionnaire quantitatif (Alamie, 2015)

Notre pré-enquête est a pour objectifs la connaissance de terrain d'étude et de connaître notre échantillon, donc notre pré-enquête a été traiter au niveau du cabinet de psychologie clinique **ZERRAD.O** de **Akbou** a pour but d'observer et de mesuré le traumatisme psychique chez les adultes ayant perdu un parent subitement.

En premier lieu, nous somme passé au bureau de la psychologue **ZERRZD.O** pour avoir l'accès au stage, et s'il Ya des cas sur ce qui concerne notre thème de recherche qui est sur « **le traumatisme psychique chez les adultes ayant perdu un parent subitement** », en s'est présenté en temps qu'étudiantes en master 2 en psychologie clinique prépara nt un travail de fin de cycle, à l'université de Abderrahmane Mira de Bejaia en vue d'obtenir un diplôme de master.

1.2 L'enquête :

Nous avons effectué notre stage pour une période de 45jour (16 avril jusqu'à 30mai, 2022). Toutes ces personnes qui font partie de notre recherche sont d'accord pour partager leur expérience. L'entretien s'est déroulé pour tous les sujets dans un lieu calme, sans la présence d'une tierce personne, dans des conditions qui ont favorisé la prise de parole, la psychologue elle nous a permis de faire notre entretien dans son bureaux.

Nous nous sommes également, pour chaque sujet de recherche, assurer de la formulation claire du consentement éclairé à la participation à notre recherche. Dans un premier temps nous nous sommes présentés comme étudiants en Master 2 de psychologie clinique, nous lui avons réexposé l'objectif de notre recherche et nous avons obtenu le consentement éclairé clairement formulé oralement .Nous avons envisagé un consentement écrit duquel nous nous sommes munis mais nous avons remarqué une certaine réticence du sujet quand il s'agissait de signer , nous avons donc , par crainte de perdre notre groupe de recherche ou d'installer un climat de méfiance , décider de nous contenter d'un consentement oral . Aussi, nous leur avons garanti l'anonymat et la confidentialité de leurs informations personnelles ainsi que le fait qu'elles ne seront utilisées dans l'unique but d'une recherche scientifique. L'objectif de notre recherche a lui aussi, été mis en avant. Tout ceci ,nous a effectivement permis de former un groupe de recherche composé de quatre sujet de recherche.

Dans le but de recueillir les données nécessaires à la réalisation de notre travail de recherche, nous avons effectué notre entretien de recherche semi directif avec les sujets en leur donnant la consigne suivante : « Nous allons vous poser quelques questions qui vous concerne et qui concerne la perte de votre parent, ainsi que votre relations avec ce parent décédé et nous aimerions que vous y répondiez ». Cette dernière, à quelques fois, dans le but d'une meilleure compréhension, était traduite de manière spontanée à nos sujets de recherche.

Aussi dans le but de retenir un maximum d'informations et d'assurer l'accessibilité et la facilité de l'entretien, nous avons également utilisé des feuilles blanche pour noter les différences subtils de nos patients et certaines détails et position nos verbaux et observé.

La durée des entretiens a été arrêté d'une personne à une autre, avec une moyenne de 30 minutes à 45 minutes environ, en effet certains des sujets ont témoigné de la mort de leurs parent, d'autre ont été plus assisté au moment de l'évènement et ont trouvé un certain soulagement dans la parole.

L'entretien a été contenu par notre guide d'entretien que nous avion construit de par nos lectures et que nous avons, à l'issus de cette étape, rectifier et ajuster avec notre promotrice.

Concernant la langue de notre guide d'entretien, nous avons utilisé la langue française étant donné le fait que notre guide ne comprend que des mots simples et que nos sujets de recherche n'ont pas montré de difficulté dans la compréhension de ceux-ci. Et nous avons traduit les questions au moment de l'entretien oralement pour certaines personnes d'une manière spontané pour eux, surtout on a observé des difficultés de nous dire à chaque fois de posé une question « **sa veut direquoi ?** ». « **Amek za3ma** ».

Après l'entretien, nous avons eu recours à l'utilisation du questionnaire TRAUMAQ, que nous avons choisi para port à notre thème de recherche, et ce dans le but de mieux saisir l'impact psychologique et traumatique sur l'état psychique des adultes ayant perdu un parent subitement, et ainsi d'évaluer les différentes réactions que le sujet a pu avoir face à la perte de l'un de ces parents. Il est nécessaire de mettre en avant le fait que nous nous sommes munis de la version française et de son adaptation en langue arabe, et avons laissé libre choix au sujet quant à la langue du questionnaire qu'il préférerait utiliser.

1.3Lieu de recherche :

Notre pré-enquête a été traité au niveau du cabinet de psychologie clinique **ZERRAD.O** situer à **Akbou**, l'enquête s'y effectuée auprès des adultes ayant perdu un parent subitement.

Le cabinet de psychologie clinique **ZERRAD.O** ce situ plus précisément à « **IghilMesouadAguelmim CNE de Akbou** » Rue 1 novembre Thirzit, Wilaya de Bejaïa - Algérie.

Une fois dans le cabinet, vous aller trouver un bureau de (réception) secrétariat, une salle d'attente pour Homme et une autre pour Femme, d'un bureau sur la gauche pour l'orthophoniste et à coté le bureau de la psychologue.

1.4 La présentation de la population :

Notre travail de recherche s'est centré sur les adultes ayant perdu un parent subitement. Ainsi notre groupe de recherche qui est composé de 4 cas, ils sont traumatisés à cause de la perte de leurs parents. Dans notre pratique nous avons changé les noms des patients afin de garder leurs anonymats et nous les avons remplacés par d'autres noms.

Tableau 1 : les caractéristiques de groupe de recherche :

Prénom	Age	Situation matrimoniale	Situation professionnel	Le parent décédé	La date de décès	La durés de l'évènement	La date de passation
Mourad	29ans	Fiancé	Salarié	La mère	29 décembre 2021	4Mois	23 Avril 2022
Samia	25ans	Célibataire	Etudiante	Le père	28 septembre 2021	6Mois	25 Avril 2022
Lynda	25ans	Célibataire	Etudiante	Le père	16 janvier 2022	4 mois	16 Mai 2022
Farah	32ans	Célibataire	Fonctionnaire	Le père	13 Avril 2022	1 Mois	29 Mai 2022

1) La méthode de recherche :

Nous allons dans ce qui suit tenter de présenter la méthode qu'il nous a paru la plus adéquate dans la recherche sur le traumatisme psychique chez les adultes ayant perdu un parent.

Une méthode de recherche peut se définir comme l'ensemble des opérations qu'une discipline met en œuvre pour démontrer, vérifier et établir les vérités qu'elle poursuit, à partir de cette conception, la méthode apparaît comme un ensemble de règles indépendantes à toutes recherches, mais visant des formes de raisonnement qui rendraient accessible la réalité à saisir. **(Ibrahim Lo, 2012).**

La méthode est l'ensemble des procédures, des démarches précises adoptées pour arriver à un résultat. Elle est primordiale, et les procédés utilisés lors d'une recherche en déterminent les résultats donc c'est l'ensemble des étapes à suivre de façon systématique. **(Angers.M, 1997, P 58).**

Afin d'atteindre les objectifs de notre recherche et vérifier nos hypothèses, nous avons choisi la méthode clinique descriptive : qui nous paraît plus adéquate à notre thème de recherche, c'est la méthode la plus appropriée et plus efficace pour approcher le ressenti intérieur des adultes ayant perdu un parent subitement.

2.1 La méthode clinique : elle envisage « la conduite dans sa perspective propre, relève aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits » (Lagache, 1949). Elle répond aux exigences de référence à la singularité des sujets (en conflit avec le monde extérieur, les autres, lui-même) et la totalité des situations concrètes (l'observateur est partie intégrante de l'observation). Elle utilise l'entretien, les tests et les échelles d'évaluation, le dessin et le jeu, l'observation, l'étude de cas. **(Pedielle.J-L, Fernandez.L, 2020, P 16).**

La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires : le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelles, entretiens,...) de recueil in vivo des informations (en les isolant le moins possible dans la situation naturelle dans laquelle elles sont recueillies et en respectant le contexte), alors que le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas. La différence entre le premier et le second niveau ne tient pas aux outils ou aux démarches mais aux buts et aux résultats : le premier niveau fournit des informations sur un problème, le second vise à comprendre le cas. **(Pedielle.J.L, 2006, pp32-34).**

C'est pour cela que notre méthode d'approche sera l'étude de cas qui fait partie de l'approche descriptive. Son objectif est de décrire le traumatisme psychique chez les adultes ayant perdu un parent subitement.

2. 3 L'étude de cas :

Nous avons choisi la technique d'étude de cas qui consiste essentiellement en observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individu. Elle comporte le plus souvent des informations sur l'histoire de personne étudiée, ses relations avec ses proches, ses expériences de vie. Les études de cas sont utilisées surtout par les psychologues cliniciens afin d'illustrer certains principes psychologiques à l'aide du portrait détaillé d'un individu.

Sur le plan méthodologique, l'étude de cas est une source de connaissance du fonctionnement psychique qui vise à construire en une structure intelligible des faits psychologiques dont un individu est la source. **(Perron.R,1979,&Schmid.K,1999)**.

Claude Revault d'Allonnes (1989) : Pour elle, « l'étude de cas vise à dégager la logique d'une histoire de vie singulière aux prises avec des situations complexes nécessitant des lectures à différents niveaux, et mettant en œuvre des outils conceptuels adaptés. De ce fait, elle n'est plus essentiellement référée à l'anamnèse et au diagnostic, et se dégage des contraintes d'une psychologie médicale, tout en restant clinique et psychopathologique ». **(Pedinelle.J-L, Fernandez.L, 2020, P 60)**.

L'étude de cas : ... il s'agit pour le psychologue de comprendre une personne dans sa propre langue, dans son propre univers, et en référence à son histoire et ce, indépendamment des aspects de diagnostic. Celui –ci favorise le contact affectif, l'expression émotionnelle, la classification de la demande et du problème, l'émergence de relation entre les faits, les événements passés et présents, etc. **(Chahraoui et Bénony, 2003, P 11)**.

Notre étude s'est focalisée sur la démarche qualitative à travers laquelle l'accent est mis sur l'intensif, l'approfondi, l'accès direct aux acteurs eux-mêmes, l'attitude compréhensive ainsi qu'une forte prise en compte du contexte. Cette dernière, nous a également permis l'émergence de sens, par la parole, des expériences transmises.

L'approche qualitative permet de prendre en considération la dimension du vécu du sujet et la compréhension de sens des réponses transmises. Comme le précise **Mongeau (2008)**

l'approche qualitative permet de « comprendre une situation particulière propre à un contexte donné » (84). (Chantal. Beaulieu, Juillet 2018,p 41).

La méthode qualitative s'attache à expliquer un phénomène, à lui donner une signification voire un sens. Les résultats sont exprimés en mots (analyse à la suite d'entretiens, observations cliniques...). La recherche qualitative va alors s'attacher à comprendre des faits humains et sociaux en les considérant comme étant porteurs de significations véhiculées par des acteurs (sujets, groupes, institutions...), parties prenantes de relations inter humaines. Plutôt que de tendre vers la généralisation de données, la démarche qualitative va ainsi viser avant tout la compréhension et la profondeur en s'immergeant dans la complexité d'une situation (**moins de cas, plus de détails**). La construction de la problématique demeure large et ouverte, ce qui confère à la recherche qualitative une dimension souvent exploratoire. Il ne s'agit pas ici de tester un cadre théorique préétabli, mais bien de générer de nouvelles connaissances à partir d'un raisonnement inductif, raisonnement qui consiste à passer du particulier, du spécifique, vers le général. Les étapes de recueil et d'analyse des données qualitatives (mots, récit, images...) ne se réalisent pas de manière linéaire, mais peuvent se chevaucher dans la mesure méthodologique n'est jamais complètement déterminé par avance, mais évolue au fil des résultats. L'analyse qualitative des données vise la description ou la théorisation de processus (par induction) et non la saisie de « résultats ». Elle permet de circonscrire un objet de recherche, de définir de nouvelles pistes de recherche ou d'identifier de nouvelles méthodes. L'individu n'est donc pas considéré comme un réceptacle passif d'information reflétant une réalité objective mais comme un acteur qui participe pleinement à la construction du réel à travers une activité continue d'interprétation de son « monde vécu ». La démarche de recherche qualitative va ainsi appréhender un monde à la fois spécifique à chacun (approche personnalisée) et inscrit dans les relations à l'environnement et aux autres (dimension holistique) (Bioy et al. 2021).

2.4 L'entretien clinique de la recherche :

Afin d'échanger des paroles avec nos sujets de recherche, et de faire des conversations ou des discussions, pour but de recueillir plus d'informations sur notre recherche qui consiste à étudier le traumatisme psychique chez les adultes ayant perdu un parent subitement, nous avons choisi comme première technique l'entretien clinique.

Si l'entretien est d'abord une méthode de recueil des informations, au sens le plus riche, il reste que l'esprit théorique de chercheur doit rester continuellement en éveil de sorte que ses propres interventions amènent des éléments d'analyse aussi féconde possible.

(Luc van C, Raymond O, 2011, P 170).

L'entretien clinique est une méthode privilégiée dans un grand nombre de discipline des sciences humaines et particulièrement en psychologie clinique compte tenu des caractéristiques propres à cette discipline ou la recherche a pour but de créer de nouvelles connaissances .C'est en ce sens que l'entretien clinique s'inscrit, en tant qu'outil clinique, dans un registre de recueil de données (**Benony&Chahraoui ,1999**)

En effet, l'entretien est considéré comme un «échange de paroles, échange complexe. Certaines paroles visent à communiquer un message, d'autres à l'occulter. La communication verbale ou «digitale »s'accompagne toujours d'une communication non verbale ou «analogique» et ces deux modes de communication peuvent s'accorder ou se contredire » (**Chiland et al,1983**).

Dans notre rechercher, l'observation est complémentaire de l'entretien, dans le sens où l'interlocuteur peut parfois avoir tendance à reconstruire une pratique « générale » et donc stéréo typique. Elle permet de voir l'écart entre le déclaratif et l'action en situation. Elle permet également de repérer ce qui est de l'ordre de l'expression non verbale et des automatismes, tout ce qui est profondément intériorisé et que l'interviewé ne restitue pas forcément par le biais du discours (**Alami et al. 2010**).

En effet, l'observation en tant qu'outils lors de l'entretien clinique permet la compréhension des comportements, puisque ceci ne devient possible que s'ils sont observés de manière rigoureuse, mais à travers elle, rendre compte de la réalité psychique est envisageable. Même si celle-ci n'est pas observable en soit, elle se reflète à travers l'observation d'un certain nombre d'éléments à savoir les signes, les symptômes, le langage, les messages verbaux et non verbaux, les comportements, les conduites, les interactions, les productions diverses, etc. (**Ciccione ,2014**).

En ce sens, il existe plusieurs types d'entretien parmi eux ; **l'entretien semi- directif** qui représente le type d'entretien que nous avons utilisé au cours de notre recherche.

En effet **l'entretien semi- directif** est largement utilisé dans le domaine des sciences humaines et sociales, il combine à la fois l'attitude non directive pour favoriser l'expression de la pensée dans un climat de confiance et projet directif pour obtenir des informations sur des points définit à l'avance , il dispose d'une certaine souplesse puisque l'enquêteur est muni d'un

guide d'entretien grâce auquel il posera des questions dans l'ordre le plus adapté au discours de l'enquêté (Sauvayre , 2013).

2) Les Outils de recherche :

Pour effectuer notre recherche pour le terrain et vérifié nos hypothèses on ses basé sur deux techniques :

- **Un guide d'entretien.**
- **Un questionnaire d'évaluation du traumatisme psychique « Traumaq ».**

Dans le but d'obtenir plus facilement de la part des sujets ayant perdu un parent subitement, des renseignements précis qui déterminent le vécu et leur histoire de vie actuelle et ce dans un temps relativement court, nous avons également mis en place un guide d'entretien, qui comprend au **total 31 questions**.

3.1 Le guide d'entretien :

Est défini comme « un ensemble organisé de fonctions, d'opérations et d'indicateurs, qui structurent l'activité d'écoute et d'invention de l'interviewer »

(Blanchet &Gotman, 2014, p.58).

En effet le guide d'entretien permet au chercheur de savoir ce qu'il veut obtenir, il se compose de questions précises, concrètes dont la suite d'items doit être logique et l'ensemble cohérent dans le but de structurer le discours de l'interviewé (Villate, 2007).

Notre guide d'entretiens compose de 31 questions (voir annexe n°1), qui est basé sur les informations personnels en premier lieu et de quatre axes « 4 axe » :

Les informations personnelles du sujet sont : le prénom, l'âge, la situation familiale, la situation professionnelle, et le parent décédé.

AXE n°1 : S'intitule « renseignement sur le sujet avant l'évènement » réuni un total de huit questions dans l'objectif de recueillir des informations concernant le sujet et sa relation avec son parent décédé.

AXE n°2 :S'intitule « renseignement sur le sujet pendant l'évènement » réuni un total de six questions dans le but de comprendre la nature d'acceptation de l'évènement, autrement dit leurs ressentis au moment de la mort de leurs parents et leurs façons de réagir à cette perte.

AXE n°3 : S'intitule « renseignement sur le sujet après l'évènement », qui se compose de 11 questions dans le but de comprendre l'état psychique de nos patients et leurs souffrances intérieures face à la perte de leurs parents, et leurs façons de pensées après l'évènement, ce qui nous permet de découvrir le degré du traumatisme psychique chez nos patient.

AXE n°4 : S'intitule « renseignement sur la vision au future de sujet », qui se compose de 3 questions, dans le but de comprendre ses objectifs dans la vie aux futurs et est-ce qu'il peut vraiment continuer sa vie normale, où bien le manque de parent décédé les a influencés sur leurs états psychiques.

3.2 Le TRAUMAQ :

Le questionnaire TRAUMAQ est un questionnaire qui évalue le syndrome post traumatique après l'exposition à un événement qui comporte une menace de mort pour le sujet ou pour d'autres personnes (ce qui constitue le critère A du DSM-IV). Le traumatisme, à travers ce questionnaire, y est envisagé de manière globale contrairement à la plupart des outils psychométriques actuels qui sont généralement construits à partir de la classification du DSM .En effet outre les symptômes généralement observés , à savoir le syndrome de répétition qui est pathognomonique au traumatisme ainsi que les évitements phobiques et les symptômes neurovégétatifs , il évalue les symptômes qui y sont fréquemment associés , notamment l'état dépressif et les somatisations , mais également le vécu traumatique , la honte, la culpabilité l'agressivité et les répercussions sur la qualité de vie

(Damiani&Pereira , 2009) .

3.2.1 L'objectif de test :

Aussi, le TRAUMAQ a pour objectif d'évaluer les troubles traumatiques aigus et chroniques, voire des modifications de personnalité suite à un événement traumatique. Il contribue également à la recherche épidémiologique et participe à la validation d'un traitement thérapeutique. Celui-ci est donc autant intégré à la pratique du clinicien en raison d'une aide au diagnostic, qu'être un outil de recherche en vue d'études épidémiologiques ou de contrôle de l'effet d'un traitement psychothérapeutique. **(Ibid, 2009)**

Il convient de mettre à l'évidence le fait que le TRAUMAQ soit un outil qui s'adresse aux adultes, à partir de 18 ans qui sont confrontés directement et de façon brutale avec le réel de la mort. Ce sont également des sujets qui ont eu une perception directe de l'évènement

comme les adultes qui ont été victimes directes ou témoins d'une infraction pénale (agression sexuelle, viol, agression, coups, blessures volontaires, agression à mains armées, prise d'otage, séquestration, etc.). Ceux qui ont été victimes ou témoins d'un sinistre majeur avec une menace de mort ou d'un accident de la voie publique. **(Ibid, 2009).**

Le TRAUMAQ se compose de deux parties ; une première qui représente la mesure du vécu durant l'événement et des réactions postérieures à l'événement. Elle constitue la base du questionnaire permettant d'établir le diagnostic. La deuxième partie mesure le délai d'apparition et de la durée des troubles décrits, elle représente une échelle facultative qui donne des informations complémentaires qui peuvent être utiles au clinicien, à l'expert ou au chercheur. Aussi, étant donné le fait qu'il permet de recueillir un grand nombre d'informations de façon à réaliser un bilan complet il comporte également des informations générales concernant le sujet sous forme de rubriques situées sur les deux premières pages du questionnaire. **(Damiani&Pereira, 2009).**

Elles se répartissent en informations concernant l'événement et le sujet. Celles qui concernent l'événement en lui-même, aborde en premier lieu, le fait que ce dernier qui est à l'origine des troubles observés doit représenter un danger potentiel de mort, une menace de mort réelle pour les sujets qui en sont victimes directes ou qui en sont témoins. Cet événement peut être soit individuel, s'il y a une seule victime comme est le cas de viol commis sur une personne, ou collectif s'il implique plusieurs personnes en même temps. La nature de l'événement y est également abordée à savoir s'il est question d'une catastrophe naturelle (inondation, avalanche, tremblement de terre, raz de marée, etc.), de catastrophes aériennes, maritimes ou ferroviaires (crash aérien, naufrage, accident de train, etc.) d'accident de la voie publique, d'attentats, d'accidents domestiques, de Hold-up ou vols à main armée, coups et blessures involontaires, tentative d'homicide, agression sexuelle, viols, Rackets, conflits armés, tortures, menaces de mort, autres. On y trouve aussi la date et la durée de l'événement, l'intervention de la cellule médicale psychologique. Les informations qui concernent le sujet impliquent sa situation familiale et professionnelle, ses problèmes de Santé antérieurs à l'événement, s'il suivait un traitement médical et s'il en suit depuis l'événement, la forme de psychothérapie antérieure ou postérieure à l'événement ainsi que les événements antérieurs qui ont profondément marqué la personne. **(Damiani& Pereira, 2009).**

Si nous nous attardons sur les deux parties du questionnaire, il nous sera important de préciser que les items qui les composent ont été établis par des psychologues cliniciens, des

psychiatres spécialisés en victimologie. Les items ont évidemment fait l'objet d'étude pré expérimentales afin de supprimer les ambiguïtés et ces items non pertinents. La partie 1 concernent les réactions immédiates pendant l'événement et les troubles psychos traumatiques depuis l'événement, elles se composent de dix échelles et est réparties comme suit :

Pendant l'événement : **une échelle « A » qui comprends 8 items** à savoir les réactions immédiates, physiques et psychiques pendant l'événement. Depuis l'événement les neuf échelles restantes ; **l'échelle « B » qui comprend 4 items** à savoir les symptômes pathognomonique de répétition : les reviviscences, l'impression de revivre l'événement, les flashes et l'angoisse attachée à ces répétitions. **L'échelle « C » qui comprend 5 items** qui concernent les troubles du sommeil. **L'échelle « D » qui comprend 5 items traitant** de l'anxiété et l'état d'insécurité et les évitements phobiques. **L'échelle « E » qui comprend 6items** à savoir l'irritabilité, la perte de contrôle, l'hypovigilance et l'hypersensibilité. **L'échelle « F » qui comprend 5 items** qui traitent des réactions psychosomatiques, physiques et les troubles addictifs .**L'échelle «G » qui comprend 3 items** à savoir les trouble cognitifs (mémoire, concentration, attention). **L'échelle H qui comprend 8items** concernant les troubles dépressifs à savoir le désintérêt général, la perte d'énergie et d'enthousiasme, la tristesse la lassitude et les envies suicidaires. **L'échelle I comprend 7items** qui concerne le vécu traumatique a savoir la culpabilité , la honte , l'atteinte de l'estime de soi , sentiment violents et colère et l'impression d'avoir fondamentalement changé et **l'échelle J qui comprend 11 items** concernant la qualité de vie. (Ibid, p13)

La partie 2 traite le délai d'apparition et la durée des troubles décrits, elle représente une **échelle facultative**. Ainsi cette partie permet de rendre compte des manifestations qui peuvent avoir disparu au moment de l'administration du questionnaire. **Elle se compose de 13 items** qui répondent aux grands groupes de symptômes évalués dans la première partie du questionnaire. (Damiani& Pereira, 2009).

L'administration du questionnaire se fait en hétéro-passation et le temps d'administration varie d'une personne à l'autre. Il est possible d'avoir recours a l'auto passation dans des conditions rigoureuses ce qui permet d'envisager une passation collective .Néanmoins avant d'utiliser ce mode d'administration, il faut s'assurer que les personnes concernées comprennent les consignes données et les questions posée. Il faut également que leur état émotionnel soit suffisamment stable pour que le recueil des réponses soi valide. Il est essentiel qu'un professionnel soit présent. (Ibid, 2009)

3.2.2 La consigne :

Générale est la suivante « Vous devez répondre à toutes les questions. Vous pouvez revenir en arrière passer une question si vous avez du mal à y répondre sur le moment mais il faudra y revenir par la suite ». (**Ibid, p15**)

3.2.3 La cotation :

S'effectue pour la partie 1 du questionnaire (exceptée pour l'échelle J), le sujet choisit parmi quatre modalités de réponses correspondant à l'intensité ou la fréquence de la manifestation : nulle échelon 0, Faible échelon 1, Forte échelon 2 très forte échelon 3. L'échelle J comporte neuf items pour lesquels le sujet doit répondre par oui ou par non, la nature du comportement mesuré ne permettant pas une évaluation nuancée. Certains items sont inversés : il convient pour la cotation d'utiliser la grille présentée dans le tableau qui va suivre pour lesquelles la réponse oui va dans le sens du syndrome post traumatique et ceux pour lesquels c'est la réponse non qui va dans ce sens. Les notes brutes par échelle se présentent comme suit : pour les échelles A à I, la note par échelle s'obtient en additionnant les réponses du sujet à chaque item (0, 1, 2 ou 3 points). Les notes varient de 0 à 24 pour les échelles A et H, de 0 à 12 pour l'échelle B, de 0 à 15 pour les échelles C, D et F de 0 à 18 pour l'échelle E et de 0 à 9 pour l'échelle G. Pour l'échelle J, il convient d'utiliser le tableau ci-dessous et de compter 1 point par case grise cochée et 0 point pour une case blanche.

(**Ibid, p16**).

Tableau 02 : Grille de cotation des items à l'échelle J

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

Source : (**Damiani & Pereira, 2009, p16**)

La note brute totale s'obtient en additionnant les notes aux différentes échelles. L'étendue théorique des **notes brutes va de 0 à 164**. Le calcul d'une note totale est rendu possible par l'homogénéité élevée du questionnaire. Aussi concernant la deuxième partie, les informations recueillies sont de nature qualitative et destinées à compléter le bilan clinique. Les échelles utilisées sont des échelles en neuf points qui permettent d'apprécier le délai et la durée de troubles depuis l'événement. L'étalonnage normalisé s'effectue en cinq classes. En effet afin de faire apparaître les différents niveaux de gravité du syndrome post-traumatique et compte tenu des distributions des notes brutes aux différentes échelles et pour la note totale, un étalonnage normalisé en cinq classes a été construit pour les notes brutes par échelles et pour **la note totale de la partie 2**. Le choix du nombre de classes correspond au niveau de lisibilité idéal pour l'utilisateur du questionnaire (Damiani&Pereira, 2009).

Le tableau qui suit permet de rendre compte de la conversion des notes brutes en notes étalonnées par échelle.

Tableau03 : Conversion des notes brutes en notes étalonnées, par échelle

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

Source : (Damiani&Pereira, 2009, p 22)

Aussi dans le tableau qui va suivre nous allons exposer l'interprétation des différents scores obtenus à travers les dix échelles réunies :

Tableau 04 : Interprétation des scores obtenus au questionnaire :

Classes	1	2	3	4	5
Notes brutes	0-23	24-54	55-89	90-114	115 et +

Evaluation clinique	Absence de traumas	Traumatisme léger	Traumatisme moyen	Traumatisme fort	Traumatisme très fort
---------------------	--------------------	-------------------	-------------------	------------------	-----------------------

Source : (Damiani&Pereira, p 22)

3.2.4 La validité de ce questionnaire :

A été étudiée à partir de deux critères concourant la note de l'impact Event scaleRevises (Weiss et Marmar) et une évaluation clinique. Les données ont été établies à partir d'un sous-échantillon de 125 sujets constitué de 42 hommes et 83 femmes âgées de 18 à 85ans (âge moyen de 40,7 ans). Le diagnostic établi à partir du TRAUMAQ a également été confronté à une évaluation clinique réalisée par les psychologues en contact avec les sujets. Afin d'obtenir une évaluation quantitative standardisée, chaque psychologue chargé du suivi des victimes a été sollicité pour évaluer l'intensité du traumatisme psychique à partir des entretiens réalisés et des différentes procédures de prise en charge mises en place. A cet effet les échelles citées précédemment dont les échelons vont de 0 à 4 Les deux indices de validité externe se sont avérés être satisfaisant et indiquent une cohérence entre l'évaluation réalisée avec le TRAUMAQ et les autres mesures (corrélations significatives au seuil de 05)

(Damiani& Pereira, 2009).

Synthèse :

Pour la collecte des données, nous avons eu recours à l'entretien semi directif par lequel nous avons commencé, à un deuxième outil à savoir le questionnaire « TRAUMAQ » dans le but d'avoir plus d'informations sur l'état psychique et le ressenti de nos sujets de recherche.

Les données recueillies seront d'écrites et analysées dans le chapitre suivant.

Chapitre IV

Présentation, analyse des donnée et discussion des hypothèses

Préambule :

Dans ce dernier chapitre, nous allons présenter la partie pratique de notre recherche qui a pour objet décrire « le traumatisme psychique chez les adultes ayant perdu un parent subitement».

Pour commencer nous allons avancer une présentation et une analyse des données que nous avons recueillies au cours de l'entretien semi directif. Ensuite nous passerons à la présentation des résultats du TRAUMAQ. En effet, concernant les données de l'entretien et celles du TRAUMAQ, nous en présenterons en détails chaque un de nos sujets de recherche, s'appuyé sur l'approche psycho dynamique.

Par la suite, nous irons à la discussion des résultats, et ce en infirmant ou en confirmant nos hypothèses de recherche en nous basant sur l'approche initialement adoptée à s'avoir celle de la psycho dynamique.

La plupart de nos cas son exprimé avec la langue française et pour les cas qui sont exprimé avec la langue maternelle kabyle on va apporter une traduction a leurs discours en langue française.

I. Présentation et analyse des données

Cas n°1 : Mourad

1. présentation et analyse des résultats de l'entretien semi - directif de Mourad :

Mourad, un jeune homme, âgé de 29 ans, salarié, fiancé, à cause de la perte inattendu de sa mère, il s'est présenté au bureau de la psychologue pour faire une consultation psychologique.

Pendant sa présence à la séance psychologique, nous lui avons demandé s'il pouvait participer à faire un entretien et de répondre notre questionnaire.

Il a aimablement accepté de faire l'entretien et il a répondu à toutes nos questions avec des larmes aux yeux.

Mourad a dit avant l'évènement :«yemma d kullechar ghuri ,s3igh hacha ayen yelhan yides ,nettat i d kullech g ekham ,tet3awaniyi tichki s3igh uguren naghugadegh kra ,yemma d yemma,tes3a azal n la psychologue degukham ,tezmerikullech anda itser setata fet dinna,lligh

akk d yemma mezgegh d yides mliih anda urzmiregh ad khedmeghkra ma yella ulachit, lmut n yemma ur trujagh ara ,uzrigh ara akk adyass wass andaatruh aytedj», Maman représente tout pour moi, j'ai que de bons souvenirs avec elle. Pour moi et toute la famille c'est elle qui gère la maison, c'est elle qui m'aide à surpasser la peur et à régler mes problèmes, avant tout ma mère c'est ma mère, elle a un rôle d'une psychologue et elle est compétente dans tous les domaines. J'étais très proche de ma mère au point où je ne peux rien faire sans elle. Sa mort était inattendue pour moi, je n'ai pas cru qu'il viendra le jour où je ne reverrais plus jamais ma mère.

Pendant l'évènement Mourad raconte : « *yemma temmut ass 29 décembre2022 rev3a wagguren aya seg mi itemmut ,mi itemmut yemma lligh yides tiremt nni hussegh am win itewwet trisiti ,zdakhelliw amakken lhaja terrez ,3egdegh ,trugh ,yemma tella tes3a attan iwumi qaren cancer,dnekki iyellan tawight akk dwetma aretviv yallas,lmut ines sebbas machi wattan ayi ,tella tehla ,lmutis teghlis kn akka ,khel3egh mliih mi itemmut yemma,ghas kn llat khwalti yidi mi itemmut mi khel3egh uruminegh ara »*, Ma mère est décédé le 29 décembre 2021 ça fait 4 mois de ça, quand ma mère est décédé j'étais à côté d'elle, à ce moment-là quand ma mère est partie j'ai senti comme une personne qui reçoit un choc électrique , j'ai senti comme si un truc est cassé à l'intérieure de moi . j'ai crié ,j'ai pleuré, ma mère était malade et c'est moi qui la ramenait à ses consultations chez le médecin, c'était moi qui part toujours avec elle et avec ma sœur aussi , ma mère avait une tumeur ,et sa mort n'était pas à cause de cette maladie car son état s'améliore après chaque consultation chez le médecin elle obtient des bons résultats , quand ma mère est décédé j'ai eu un choqe énorme, par ce que ce n'était pas à cause de sa maladie , sa mort était dû à une infection, malgré que j'étais entouré des personnes proches (mes tantes) au moment de sa perte.

Depuis le décès de sa mère il nous a dit : « *iqliyi asbitar d khel3a ,uzmiregh ara d kechmagh ar nagh ad muqlegh anda yellaqleghkarheght même mi ara ahelkegh utruhugh ara ,yallastargughyemma 3ziznidelli kan duqseghd ufighd imaniw hedregh yides amakken tella,yu3er mliih akken adhedregh felmut n yemma dayen qerrihen mliih,thussugh i lekhsas n yemma mliih, dnekki kn iyellan daqerruy ghef watetma uzmiregh ara ad 3egdegh nagh adetrugh nagh adehkugh ayen thussugh zdakhel inou iyiwen ur vghigh ara ayidwalin rzegh dnekki kn idelsas n sen tura mi itemmut yemma ul d vava yerrzd mliih mi itemmut yemma ghures d kullech ,tura tmennigh kn lukan ademtegh ,dayen kufregh uzmiregh ara adamnegh belli yemma temmut ,ula delkhedma qlegh khedmegh yummayen tghamagh teltiyam dayen qlegh usivninegh ara dunit ayi,ula ma qimegh akk d yemdukaliw deg verra uhedregh arayidsen adeqimegh amakken mutegh,seyyagh adettugh mi uzmirzgh ara ,hemlegh kn mi ara adyas yidh thussugh chwiya*

sertahegh ,ar tura ur dufigh win aydifehmen nagh mi ara ahkugh aydisel ,thussugh yiwen uydifehem,seg mi itemmut yemma kullech iveddel », je déteste l'hôpital, je n'arrive ni à passer ni à entrer dans un hôpital, même si je tombe malade j'évite de partir à l'hôpital ,chaque jours je rêve de ma mère, hier je me suis réveillé au milieu de la nuit, je me suis retrouvé en train de parler avec elle était auprès de moi , c'est difficile de parler de l'événement, je ne me sens pas dans l'insécurité mais je ressens le manque de ma mère, c'est vraiment difficile de prendre la responsabilité car je n'arrive pas à raconter ce que je ressens à l'intérieur de moi, ni de crier, ni d'en parler de ma souffrance à quelqu'un. Mes frères sont touchés beaucoup plus que moi de la perte de notre mère, surtout ma sœur parce qu'elle était présente avec moi le jour du décès de ma mère, mon frère est malade je suis le seul responsable sur lui. Je ne peux pas être faible En ce moment j'ai envie de mourir, même le travail je travaille 2 jours et je reste 3 jours, je refuse vraiment le contact avec les autres, car a chaque fois que je me trouve avec quelqu'un je me sens seul et absent, j'ai essayé de l'oublier mais je n'y arrive pas, j'aime trop la nuit j'ai n'ai pas trouvé une personne sur qui compter ni dans ma famille ni dans mon entourage, personnes ne me comprend. Dès la mort de ma mère tout a changé, mon père souffre psychologiquement, il ne supporte pas la perte de sa femme, elle représente tout pour lui.

Mourad rajoute aussi : « *yu3er mliih adettugh lmut n yemma,ur ufigh hed zati hacha yemma tura truh tejjayi dnettatt kn iyidikhedmen latass akken adnejhegh geddunit ,tura twalight hacha gtirga ,akka tura hedreghamd twalighd lhaja uzmiiregh ara amtidinigh kufregh mliih zdakhel,ula d takhdivtiw ur tufigh ara zati uydifehem ara uyitet3awan ara akken adekregh ad3iwnegh imaniw,s3igh uguren yides »* ,c'est difficile d'oublier l'événement, je ne trouve personnes à mes côtés qui va m'encourager à réaliser mes projets, il y'a que ma mère qui m'encourage a tout faire , Je vois ma mère dans mes rêves , même ma fiancé elle m'encourage pas et elle n'arrive pas à me comprendre, j'ai des problèmes avec elle .

Synthèse de l'entretien de Mourad

D'après ce qu'il nous a raconté, on peut dire qu'il est vraiment touché par le décès de sa maman, au point où il n'arrive pas à continuer sa vie normale à cause de la perte inattendue de sa mère, il est trop attaché à elle et il refuse tout contact avec les autres, il manque de soutien familial et amical. Il présente des symptômes d'évitement, de répétition et de reviviscence, d'après son entretien semi-directif on peut synthétiser qu'il souffre d'un traumatisme psychique.

2. Présentation et analyse des résultats de questionnaire « TRAUMAQ » de Mourad :

De ce qui va suivre, nous allons présenter les résultats que Mourad a obtenus au questionnaire du TRAUMAQ ainsi que leur équivalent en notes étalonnées de déceler la présence ou non d'un traumatisme.

Tableau n° 5 : conversation des notes brutes obtenues par Mourad en notes étalonnées :

Echelle	Notes brutes obtenues	Notes étalonnées
A	23	4
B	10	5
C	10	4
D	09	3
E	07	3
F	11	5
G	06	4
H	21	5
I	06	3
J	08	5
Totale	111	4

Le tableau précédent reflète la conversation des notes brute obtenues à chaque échelle en étalonnées. Nous pouvons en déduire que :

- **À L'échelle A**, Mourad a obtenu la note brute de 23 en étalonnée de 4
- **À L'échelle B**, la note brute obtenue est celle de 10 en note étalonnée de 5
- **À L'échelle C**, il a obtenu la note brute de 10 ce qui revient à la note étalonnée de 4,
- **À L'échelle D**, la note brute obtenue est 09 en note étalonnée de 3,
- **À L'échelle E**, la note brute obtenue est 07 en note étalonnée de 3,
- **À L'échelle F**, la note brute obtenu est 11 en note étalonnée de 5,
- **À L'échelle G**, la note brute obtenue est 06 en note étalonnée de 4,
- **À L'échelle H**, la note brute obtenue est 21 en note étalonnée de 5,
- **À L'échelle I**, la note obtenue est 06 en note étalonnée de 3.

- À l'échelle J, la note brute obtenue est 08 en note étalonnée de 5
- Le totale obtenue par Mourad au questionnaire est de 111 soit une note étalonnée de 4

À l'échelle A : représente les réactions immédiates physique et psychique pendant l'évènement :

Aux items : A1 « avez-vous ressenti de la frayeur ? » Et **A2** « avez-vous ressenti de l'angoisse » et **A3** « avez- vous eut le sentiment d'être dans un état second ? » et **A4** « avez-vous eu des manifestations physique comme, par exemple, des tremblements, des sueés, une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération des battements de cœur ? » Et l'item **A5** « avez-vous l'impression d'être paralysé(e), incapable de réactions adaptées ? » Et l'item **A6** « avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et /ou d'assister à un spectacle insoutenable ? » Mourad a coché les cases qui correspondent à une très forte intensité de ces manifestations.

À l'item **A7** « vous êtes-vous senti seul(e), abandonné(e) par les autres ? » Mourad a coché la case qui correspond à une intensité forte de la manifestation.

À l'item **A8** « vous êtes –vous senti impuissant(e) ? » Mourad a coché la case qui correspond à l'intensité très forte de la manifestation.

À l'échelle B:représente le symptôme pathognomonique de répétition à savoir les reviviscences, l'impression de revivre l'évènement, les flashes et l'angoisse attachée à ces répétitions :

À l'item **B1** «Est-ce que des souvenir ou des images reproduisant l'évènement s'imposent à vous durant la journée ou la soirée » Mourad a coché la case 3 qui correspond à une représentation très forte intensité de ces manifestations.

À l'item **B2** « revivez –vous l'évènement dans des rêves ou des cauchemars ? » la case cochée est 3 qui correspond à une très forte intensité de la manifestation.

À l'item **B3** « Est-il difficile pour vous de parler de l'évènement » Mourad a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité des manifestations.

A l'item **B4** « Ressentez- vous de l'angoisse lorsque vous repensez à l'évènement », Mourad a coché la case 1 qui correspond à une faible intensité.

À l'échelle C : représente les troubles du sommeil :

À l'item C1 « Depuis l'événement avez-vous plus de difficultés d'endormissement qu'auparavant ? » Moura a coché la case 3 qui correspond à une intensité très forte de représentation de la manifestation.

À l'item C2 « Faites-vous d'avantage de cauchemars ou de rêves terrifiants (au contenu sans rapport direct avec l'événement) », Mourad a coché la case 0 qui correspond à l'absence de la manifestation.

À l'item C3 « Avez-vous plus de réveils nocturnes ? » Mourad a coché la case 3 qui correspond à une intensité très forte de la manifestation.

À l'item C4 « Avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout » et **C5** «êtes-vous fatigué au réveil ? » Mourad a coché la case 2 qui correspond à une intensité forte ses manifestations.

À l'échelle D : représente l'anxiété, l'état d'insécurité et les évitements :

À l'item D1 « Etes-vous devenu anxieux (se), tendu(e) depuis l'événement ? » Mourad a coché la case 1 qui correspond à une faible intensité de la manifestation.

À l'item D2« Avez-vous des crises d'angoisse ? »Mourad a coché la case 0 ce qui correspond à l'absence de la manifestation.

À l'item D3« Craignez-vous de vous rendre sur des lieux en rapport avec l'événement?», il a coché la case 3 ce qui correspond à une très forte intensité de la manifestation.

À l'item D4« Vous sentez vous en états d'insécurité ?» Mourad a coché la case 2 ce qui correspond à une forte intensité de la manifestation.

À l'item D5 « Evitez-vous des lieux, des situations ou des spectacles (TV, cinéma) qui évoquent l'événement ?» a été coché 3 qui correspond à une très forte intensité de la manifestation.

À l'échelle E :représente l'irritabilité, la perte de contrôle, l'hypovigilance et l'hypersensibilité :

À l'item **E1** « Vous sentez vous plus vigilant (e), plus attentif (Ve) aux bruits qu'auparavant, vous font-ils sursauter ? » Mourad a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de la manifestation.

À l'item **E2** « Vous estimez vous plus méfiant qu'auparavant ? » Et l'item **E3** «Etes-vous plus irritable que vous ne l'étiez avant ? », à coché la case 2 qui correspond à une forte intensité de la manifestation.

Aux items : E4 «Avez-vous plus de mal à vous maitriser (crise de nerfs, etc.) ou avez-vous d'avantage tendance à fuir une situation insupportable ? ». Et **E5** « Vous sentez vous plus agressif (Ve) ou craignez-vous de ne plus contrôler votre agressivité depuis l'événement ? », et **E6** « Avez-vous eu des comportements agressifs depuis l'événement ? » Mourad a coché les cases 0 qui correspondent aux absences de ces manifestations.

À l'échelle **F** : représente les réactions psychosomatiques, physiques et les troubles addictifs :

A l'itemF1 « Lorsque vous y repensez ou que vous êtes dans des situations qui vous rappellent l'événement avez-vous des réactions physiques telles que par exemple maux de tête, nausées, palpitations, tremblements, sueurs, respiration difficile ? » Mourad à coche la case 3 ce qui correspond à une très forte intensité de la manifestation.

Aux items : F2 « Avez-vous observé des variations de votre poids ? ». Et **F3** « Avez-vous constaté une détérioration de votre état physique général ? », Et**F4** « Depuis l'événement avez-vous des problèmes de santé dont la cause a été difficile à identifier ?» et **F5** « Avez-vous augmenté la consommation de certaines substances (café, cigarette, alcool, médicaments, nourriture, etc.) ? » Mourad a coché les cases 2 qui correspondent à une forte intensité de ces manifestations.

À l'échelle **G** :représente les troubles cognitifs soit la mémoire, la concentration et l'attention :

Aux items : G1 « Avez-vous plus de difficulté à vous concentrer qu'auparavant ?», **G2** « Avez-vous plus de trous de mémoire qu'auparavant ? », **G3** « Avez-vous des difficultés à vous rappeler l'événement ou certains éléments de l'événement ? » Mourad a coché les cases 2 qui correspondent à une forte intensité de ces manifestations.

À l'échelle **H** :représente les troubles dépressifs :

Aux items : H1 « Avez-vous perdu l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'événement ? », **H2** «Manquez-vous d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement ? », et**H3** « Avez-vous des impressions de lassitude, de fatigue et d'épuisement? Et **H4** « êtes-vous d'humeur triste et /ou avez-vous des crises de larmes ?» Mourad a coché les cases 3 qui correspondent à une très forte intensité de ces manifestations.

À l'item H5 « Avez-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, voire des idées suicidaires ? » Mourad a coché la case 0 ce qui correspond l'absence de la manifestation.

Aux items : H6 « éprouvez-vous des difficultés dans vos relation affectives et/ou sexuelles ? » Et H7 « Depuis l'événement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ? » et **H8** « Avez-vous tendance à vous isolé ou à refuser les contacts ? » les cases cochées est celles de 3 qui correspondent d'une très forte intensité de ces manifestations.

À l'échelle I : représente le vécu traumatique :

Aux items :I1 « vous arrive – t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour en éviter certaines conséquences ? »,et **I2** « Vous sentez vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'événement ? », **I3** « vous sentez vous humilié par ce qui s'est passé » ,**I4** « depuis l'événement vous sentez vous dévalorisé »**I5** « Ressentez-vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ? »,Mourad a coché les cases 0 qui correspondent aux absences de ces manifestations .

Aux items : I6 « Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même, ou de voir les autres ? », **I7** « pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ? », Mourad a coché les cases 3 qui correspondent à une forte intensité de ces manifestations.

À l'échelle J : représente la qualité de vie :

Mourad il poursuit son activité professionnelle (**item J1**).

L'impression que ses capacités ne sont pas équivalentes qu'avant (**itemJ2**).

Aussi il ne continu pas à voir ses amis avec la même fréquence, (**itemJ3**)

Il n'a pas rompu des relations avec des proches depuis l'événement (**itemJ4**).

Aussi Mourad se sent incompris et abandonné par les autres. (**Item j5 et item j6, par même ordre**)

Il n'a pas trouvé du soutien auprès de ses proches (**itemJ7**).

Aussi Mourad recherche d'avantage la compagnie d'autrui (**item J8**),

Il ne pratique pas autant de loisir qu'auparavant (**itemJ9**)

Il ne trouve pas le même plaisir qu'auparavant (**itemJ10**).

Enfin Mourad a l'impression d'être moins concerné par les événements qui touche son entourage (**itemJ11**).

A partir de ces données en utilisant le tableau et selon le manuel TRAUMAQ nous pouvons conclure que Mourad présente un traumatisme fort à la suite de la perte de sa maman qui est pour lui et sa famille inattendu.

Analyse typologique :

A la suite des donnés précédemment cités, Le schéma ci-dessous peut être réalisé :

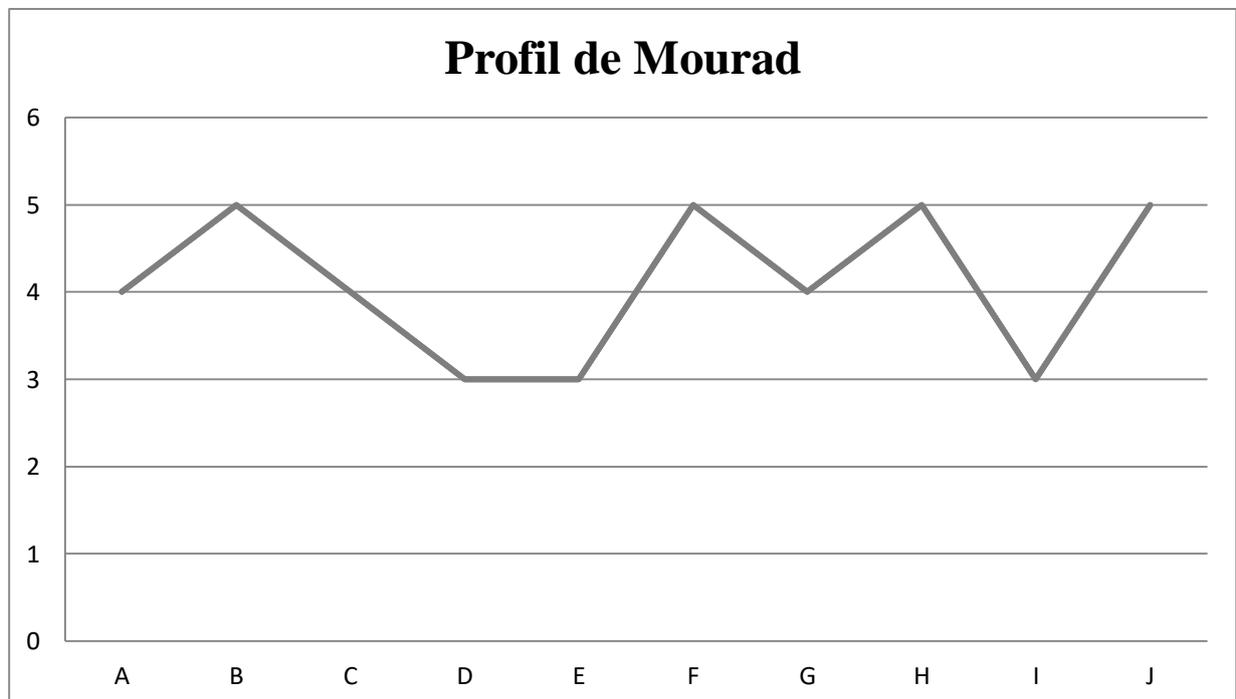


Figure n° 1 : Illustration du profil de Mourad

Synthèse des donnés du questionnaire TRAUMAQ de Mourad :

A travers les résultats de l'analyse du TRAUMAQ, nous pouvons déduire que le score total enregistré par Mourad est de 111, équivalent à une note totale étalonnée en 4 qui est selon le manuel un traumatisme fort. En effet les notes obtenues par Mourad aux différents items du questionnaire, mettent en évidence la présence des réactions immédiate physique et psychique de très forte intensité était donné à l'échelle A, aussi en référence au score à l'échelle B, de très fort manifestations pathognomonique de reviviscences sont observées, Ainsi qu'une très forte symptomatologie concernant les troubles du sommeil, transmis par le score à l'échelle C.

Mourad présente également un état d'insécurité et des évitements phobiques comme le témoigne le score à l'échelle D. une très forte hypersensibilité et l'absence de l'irritabilité et de perdre de contrôle et une très forte hypovigilance traduite par le score de l'échelle E. une très forte réaction psychosomatique et physique vu l'échelle, une forte manifestation des troubles de la mémoire de la concentration et de l'attention observé à l'aide du score très élevé à l'échelle. Une très forte symptomatologie dépressive traduit par l'échelle H, l'absence des manifestations d'un vécu traumatique comme en témoigne le score à l'échelle I, ainsi qu'une très forte altération de la qualité de vie mis à l'évidence grâce au score de l'échelle J.

Cas n°2 : Samia

1. Présentation et analyse des résultats de l'entretien de Samia :

Samia une jeune fille, âgée de 25 ans, étudiante, célibataire, après avoir eu l'information que Samia a perdu son père on a demandé à la psychologue de la convoqué pour faire l'entretien avec elle, Samia elle a accepté de venir avec une simplicité et elle s'est présentée au bureau de la psychologue, et elle a répondu à nos questions, avec des larmes aux yeux.

Avant l'évènement Samia nous a raconté :« *vava d kullech ar ghuri deddunit iw akk d netta akk iyessigh ,dwin 3zizen mliih ar ghuri ,s3igh hacha ussan yelhan yides ,ihekkuyi mi iyella di fransa ,mi idewwigh le bac zrighd alnis churent dimettawen yefreh mliih yessi ,hussegh belli vava adyass wass ayedj mi idewwigh la lisence inu khedmegh tameghra meqren yefreh mliih as n 25 Décembre 2020,lligh mezgeghd mliih yides vava machi dvava kn damdakliw degma dkullech ,nhedder yallas ghef leqrayaw dunitiw merra » ,mon père il présente pour moi tout ma vie, c'est tout ce que j'ai, le plus cher au monde. j'ai trop de souvenirs avec lui, on mange ensemble, il me raconte sa vie en France « j'ai trop ,trop ,de souvenir , quand j'ai eu mon bac j'ai vu des larmes aux yeux de mon père , déjà tellement j'ai un sentiment qu' il viendra le jours que mon père il ne soit pas là, le 25 décembre 2020 , j'ai fêté mon obtention de diplôme*

de License ,car je le savais qu'il viendra le jour où il va me quitter. Moi j'étais proche de mon papa, c'est le seul homme dans ma vie, La relation que j'ai avec mon papa est très forte, car on parle souvent ensemble sur mes projets, mes études

Pendant l'évènement elle nous a raconté comment qu'elle a réagi: « *vava sev3a wagguren mi iyemmut ,yemmut ass 28 septembre 2021,mi iyemmut hussegh amaken targit khel3egh ,uruminegh ara ,hussegh imaniw grighd wehdi deggunit trugh 3egdegh,twaligh medden gekham negh qareghas dachu ikhedmen akk dayi ghurenegh feljala n vava idusan uzmiereg ara adamnegh ????,lmutis tusad kn akka utrujagh ara , trugh mliih mi iyemmut vava mi iyezrigh yemma tetruagh iqrhiyi lhal mliih ,khel3egh ,tergigigh mliiih* » , Mon père s'affaiblit 7mois qu'il est décédé « le 28 septembre 2021 » , je l'ai senti comme un rêve ,un cauchemars ,j'ai pas imaginé de tout ,je me disais que je suis seule dans ma vie ,pendant l'évènement j'ai pleuré vraiment ,je vois des gens à la maison , je dis tous ces gens sont là à cause du décès de mon père ???,Je n'arrive pas à croire tout ça, j'ai gravement pleuré, car sa mort était inattendu , j'ai vraiment réagi au moment de sa mort, j'ai pleuré, j'ai gravement pleuré, même le jour que mon papa est sortie de la maison j'ai crié surtout quand j'ai vu maman pleurer, j'ai vraiment ressenti de la frayeur, et de l'angoisse, dans laquelle je tremblais.

Après l'évènement elle s'exprime sa souffrance de la manière suivante : « *akken iktidenng mi iyemmut vava khel3egh mliih ,heznegh ,helkegh ,hussegh targit kullech i3edda am lekhyal ,targugh kullas vava machi delmut ines mi itruluh gher targit inou iqariyid achu ajhedmegh ayen iditeddun ghuri akka ar tura smana ur turgagh ara hussegh lhaja tkhus,deg tazwara yusayid yu3er mliih adehkugh femlut n vava ihed mi tura zemregh adehkugh iwin ihussegh imaniw rtategh ghures mais tawdeniyid imettawen ,dayen qerrihen mliih ,s3igh hacha amdakliw mezgeghd yides mliih nettat kn iyufigh ar tamaw thussugh ilaman yides,mi iyemmut vava qlegh mliih sdegh gekham u3regh t3eggidegh ,uzmiereg ad rtihegh ar yiwen ,thussugh idunit a utestahel ara akken at3ichegh utes3ara lvanna mi ulach vava,thibbigh kn adeqqimegh imaniw ,tkemilegh kn ddunit ayi 3lajal n yemma ta3zizt d nettat kn iyidigran ,akk d widak iyihemlen ,uthibbigh ara adhedregh d medden hacha d win hemlegh damdakliw 3zizen netta kn imi hekkugh kullech yella yidi am psychologue,ufigh daghen imawlaniw yemma ayetma yesetma,ayen akken ivedlen mi itemmut yemmut vava 3zizen qlegh qwigh zemregh idunit hussegh ilaq adeddugh arezzat akken yella yetmeni vava,qlegh zemregh ,vedlegh mliiih twaligh ddunit akken nayed ,thussugh seg mi iyemmut vava d netta kn iyellan ithadariyi ithamid felli ,ulach hed nayed ,ayen ivedlen meqger ,ddigh arezzat mliih zrigh lmut tella ,ula tawachult tveddel mliih mi iyemmut vava* » , le moment de l'évènement, j'étais choqué, épuisé, triste,

malade, dans un rêve, un cauchemar, tout est passé vite. Dans mes rêves je ne vois pas l'évènement, mais je vois toujours mon papa vivant jusqu'à présent, je le vois dans mes rêves, là ça fait une semaine j'ai pas rêvé de lui, chaque rêve il me donne un signe, une parole.....,au début c'été vraiment difficile de raconté l'évènement à n'importe, mais actuellement ça va je peux le faire, mais avec des larmes toujours dans mes yeux. je me sens pas de tout le dans un état d'insécurité, car j'ai un amis qui est toujours à mes coté ou je ressens la sécurité avec lui, j'avais vraiment des comportements agressive après l'évènement, ou je ne support personne. J'avais vraiment l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécu après la mort de papa. Mais actuellement ça fait déjà 7mois passé, je continue ma vie, pour ma maman et pour les gens qui m'aiment. j'ai pas eu des idées suicidaires, si juste j'aime pas parlé avec les gens, même je m'isole de tout le monde, je refuse de parler avec des amis, famille, sauf mon amis, à qui je raconte tout, car il était avec moi comme un psychologue. Et j'ai trouvé le soutien avec ma maman, ma sœur et ma tante, ma nièce, et je ne cherche pas la compagnie d'autre personne. De tout ça, ce qui a changé d'après la mort de mon papa c'est que je suis devenu plus forte avec le temps, Ya un changement dans ma personnalité, et ma vision pour la vie, et je ressens que d'après la mort de monpèrej'ai perdu mon soutien car Ya que lui qui me défend.

Samia nous a dit :« *nekki ar ghuri ur zmiresh ara adettugh lmut n vava ,seg akk lmutata i3eddan yella lmut nwetma setmara itettugh mi lmut n vava yu3er atettugh twaligh anechta i3edda mi utsettuyagh ara ,tmennigh kn adkemlegh legrayaw adawdegh ar doctorat akken iyella yetmenni vava ad3iwnegh imawlaniw yemma yesetma akk d wayetma ,ddunit a taghedart ilaq atrajud kullech s ghures ur tezrid ansa agdek,farsem imawlan dnutni idessah ,nekki vava utsettuyagh ara muhal lligh geddunit »*, Pour moi je n'oublie j'aimais la mort de mon papa, j'ai perdu ma sœur en 2011, ça va, j'ai arrivé a oublié un peu mais le décès de mon père je ne peux plus,. J'ai des projets, finir mon master et de continuer le doctorat comme papa le souhaite, et de faire construire ma famille. A la fin elle a rajouté que « il faut attendre tout dans la vie, elle nous cache beaucoup de surprise, et qu'il faut profiter des parents, et que papa est le plus cher pour moi et je l'oublie jamais ».

Synthèse :

D'après ce que Samia nous a raconté sur la mort de son père, on peut dire qu'elle est vraiment touché, car elle est très attaché à lui et son départ il a laissé un grand vide, car pour elle c'est lui le plus cher et d'après les symptômes qu'on a décrit chez Samia (des rêves et

des cauchemars des comportements agressive) on peut dire que Samia présente de traumatisme psychique à cause de la perte inattendu de son père .

3. Présentation et analyse des résultats de questionnaire

« TRAUMAQ » de Samia :

De ce qui va suivre, nous allons présenter les résultats que Samia a obtenus au questionnaire du TRAUMAQ ainsi que leur équivalent en notes étalonnées de déceler la présence ou non d'un traumatisme.

Tableau n° 6 : conversation des notes brutes obtenues par Samia en notes étalonnées :

Echelle	Notes brutes obtenues	Notes étalonnées
A	22	4
B	11	5
C	09	4
D	13	4
E	11	4
F	11	5
G	07	4
H	19	5
I	11	4
J	05	3
Totale	119	5

Le tableau précédent reflète la conversation des notes brute obtenues à chaque échelle en étalonnées. Nous pouvons en déduire que :

- À l'échelle **A**, Samia a obtenu la note brute de 22 en étalonnée de 4
- À l'échelle **B**, la note brute obtenue est celle de 11 en note étalonnée de 5
- À l'échelle **C**, elle a obtenu la note brute de 09 ce qui revient à la note étalonnée de 4,
- À l'échelle **D**, la note brute obtenue est 13 en note étalonnée de 4,
- À l'échelle **E**, la note brute obtenue est 11 en note étalonnée de 4
- À l'échelle **F**, la note brute obtenu est 11 en note étalonnée de 5,
- À l'échelle **G**, la note brute obtenue est 07 en note étalonnée de 4,

- À l'échelle H, la note brute obtenue est 19 en note étalonnée de 5,
- À l'échelle I, la note obtenue est 1 en note étalonnée de 4
- À l'échelle J, la note brute obtenue est 05 en note étalonnée de 3
- **Le totale obtenue par Samia au questionnaire est de 119 soit une note étalonnée de 5**

À l'échelle A :représente les réactions immédiates physique et psychique pendant l'évènement :

Aux items : A1 « avez-vous ressenti de la frayeur ? » Et **A2** « avez-vous ressenti de l'angoisse » et **A3** « avez- vous eut le sentiment d'être dans un état second ? » et **A4** « avez-vous eu des manifestations physique comme, par exemple, des tremblements, des suées, une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération des battements de cœur ? », **A5** « avez-vous l'impression d'être paralysé(e), incapable de réactions adaptées ? » **A7** « vous êtes-vous senti seul(e), abandonné(e) par les autres ? » Samia a coché les cases 2 qui correspond à forte intensité de ces manifestations.

A l'item A8 « vous êtes –vous senti impuissant(e) ? », Samia a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de la manifestation

À l'item A6 « avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et /ou d'assister à un spectacle insoutenable ? » Samia a coché la case 1 qui correspond à une faible intensité de la manifestation.

À l'échelle B:représente le symptôme pathognomonique de répétition à savoir les reviviscences, l'impression de revivre l'évènement, les flashes et l'angoisse attachée à ces répétitions :

Aux items : B1 «Est-ce que des souvenir ou des images reproduisant l'évènement s'imposent à vous durant la journée ou la soirée », et **B2** « revivez –vous l'évènement dans des rêves ou des cauchemars ? », **B4** « Ressentez- vous de l'angoisse lorsque vous repensez à l'évènement » Samia a coché les cases 3 qui correspondent à une très forte intensité de ces manifestations.

À l'item B3 « Est-il difficile pour vous de parler de l'évènement » Samia a coché la case 2 qui correspond à une forte intensité de la manifestation.

À l'échelle C : représente les troubles du sommeil, à l'item C1 « Depuis l'événement avez-vous plus de difficultés d'endormissement qu'auparavant ? » Samia a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de la manifestation.

A l'item C2 « Faites-vous d'avantage de cauchemars ou de rêves terrifiants (au contenu sans rapport direct avec l'événement) », Samia a coché la case 1 qui correspond à une faible intensité de la manifestation, de la manifestation.

À l'item C3 « Avez-vous plus de réveils nocturnes ? » Samia a coché la case 3 qui correspond à une intensité très forte de la manifestation.

Aux items : C4 « Avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout », et C5 «êtes-vous fatigué au réveil ? » Samia a coché les cases 1 qui correspondent à une faible intensité de ces manifestations.

À l'échelle D : représente l'anxiété, l'état d'insécurité et les évitements :

Aux items : D1 « Etes-vous devenu anxieux (se), tendu(e) depuis l'événement ? », D3« Craignez-vous de vous rendre sur des lieux en rapport avec l'événement ?», D5 « Evitez-vous des lieux, des situations ou des spectacles (TV, cinéma) qui évoquent l'événement ?» Samia a coché les cases 3qui correspondent à une très forte intensité de ces manifestations.

Aux items : D2« Avez-vous des crises d'angoisse ? », D4« Vous sentez vous en états d'insécurité ?», Samia a coché les cases 2 ce qui correspondent à une forte intensité de ces manifestations.

À l'échelle E :représente l'irritabilité, la perte de contrôle, l'hypovigilance et l'hypersensibilité :

Aux items : E1 « Vous sentez vous plus vigilant (e), plus attentif (Ve) aux bruits qu'auparavant, vous font-ils sursauter ? », E4 «Avez-vous plus de mal à vous maitriser (crise de nerfs, etc.) ou avez-vous d'avantage tendance à fuir une situation insupportable ? », E5 « Vous sentez vous plus agressif (Ve) ou craignez-vous de ne plus contrôler votre agressivité depuis l'événement ? »Samia a coché les case 3 ce qui correspondent à une très forte intensité de ces manifestations.

À l'item E2 « Vous estimez vous plus méfiant qu'auparavant ? » Et l'item E3 «Etes-vous plus irritable que vous ne l'étiez avant ? », la case cochée et celle de 0 qui correspond l'absence de ces manifestations.

A l'item E6 « Avez-vous eu des comportements agressifs depuis l'événement? Samia a coché la case 2 qui correspond à une forte intensité de la manifestation.

À l'échelle F : représente les réactions psychosomatiques, physiques et les troubles addictifs :

A l'item F1 « Lorsque vous y repensez ou que vous êtes dans des situations qui vous rappellent l'événement avez-vous des réactions physiques telles que par exemple maux de tête, nausées, palpitations, tremblements, sueurs, respiration difficile ? » Samia a coché la case 2 ce qui correspond à une forte intensité de la manifestation

À l'item F2 « Avez-vous observé des variations de votre poids ? ».Samia a coché la case 3qui correspond à une très forte intensité de la manifestation,

À l'item F3 « Avez-vous constaté une détérioration de votre état physique général ? » Samia a coché la case 2 qui correspond à une forte intensité de la manifestation,

À l'item F4 « Depuis l'événement avez-vous des problèmes de santé dont la cause a été difficile à identifier ?» Samia a coché la case 1 qui correspond à une faible intensité de la manifestation,

À l'item F5 « Avez-vous augmenté la consommation de certaines substances (café, cigarette, alcool, médicaments, nourriture, etc.) ? »Samia a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de la manifestation.

À l'échelle G : représente les troubles cognitifs soit la mémoire, la concentration et l'attention :

À l'item G1 « Avez-vous plus de difficulté à vous concentrer qu'auparavant ?», Samia a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de la manifestation,

Aux items : G2 « Avez-vous plus de trous de mémoire qu'auparavant ? », et G3 « Avez-vous des difficultés à vous rappeler l'événement ou certains éléments de l'événement ? » Samia a coché les cases 2 qui correspondent à une forte intensité de ces manifestations.

À l'échelle H : représente les troubles dépressifs :

Chapitre IV :Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Aux items H1 « Avez-vous perdu l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'événement ? », **etH4** « êtes-vous d'humeur triste et /ou avez-vous des crises de larmes ? », **etH6** « éprouvez-vous des difficultés dans vos relation affectives et/ou sexuelles ? » Samia a coché les cases 2 qui correspond à une forte intensité de ces manifestations.

Aux itemsH2 « Manquez-vous d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement ? »,**et H3** « Avez-vous des impressions de lassitude, de fatigue et d'épuisement ? », **et H5** « Avez-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, voire des idées suicidaires ? », et H8 « Avez-vous tendance à vous isolé ou à refuser les contacts ? » Samia a coché les cases 3 qui correspond à une très forte intensité de ces manifestations.

À l'**item H7** « Depuis l'événement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ? », Samia à coché la case 1 qui correspond une faible intensité de la manifestation.

À l'**échelle I** : qui représente le vécu traumatique :

Aux items : I1 « vous arrive – t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour en éviter certaines conséquences ? »,**et I2** « Vous sentez vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'événement ? »,**et I3** « vous sentez vous humilié par ce qui s'est passé » et **I4** « depuis l'événement vous sentez vous dévalorisé » Samia à coché les cases 1 qui correspondent à l'intensité faible de ces manifestations .

Aux items : I5 « Ressentez-vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ? », Samia a coché les cases 0 qui correspond à l'absence de ces manifestations, **et I6** « Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même, ou de voir les autres ? » Samia a coché les cases 2 qui correspond à une forte intensité de ces manifestations.

À l'**item I7** « pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ? », Samia a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de ces manifestation.

À l'**échelle J** : représente la qualité de vie :

Nous pouvons constater qu'elle poursuit son activité professionnelle (**item J1**)

Elle a l'impression que ses capacités ne sont pas équivalentes qu'avant (**itemJ2**).

Aussi elle ne continue pas à voir ses amis avec la même fréquence, (**itemJ3**)

Elle a rompu des relations avec des proches depuis l'événement (**itemJ4**).

Samia se sent incomprise et abandonné par les autres (**item J5, itemJ6 par même ordre**)

Elle n'a pas trouvé de soutien auprès de ses proches (**itemJ7**).

Samia recherche d'avantage la compagnie d'autrui (**item J8**),

Elle ne pratique pas autant de loisir qu'auparavant (**itemJ9**)

Elle ne trouve pas le même plaisir qu'auparavant (**itemJ10**).

Samia a l'impression d'être moins concerné par les événements qui touche son entourage (**itemJ11**).

A partir de ces données en utilisant le tableau et selon le manuel TRAUMAQ nous pouvons conclure que Samia présente un traumatisme très fort à la suite de la perte de son père.

Analyse typologique :

A la suite des données précédemment cités, Le schéma ci-dessous peut être réalisé :

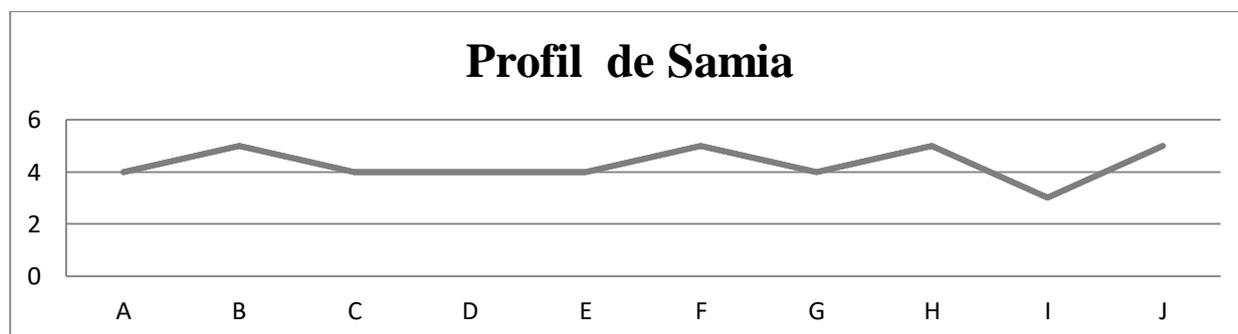


Figure n°2 : Illustration du profil de Samia

Synthèse des données du questionnaire TRAUMAQ de Samia :

A travers les résultats de l'analyse du TRAUMAQ, nous pouvons déduire que le score total enregistré par Samia est de 119, équivalent à une note totale étalonnée en 5 qui est selon le manuel un traumatisme très fort. En effet les notes obtenues par Samia aux différents items du questionnaire, mettent en évidence la présence des réactions immédiates physiques et psychiques d'une très forte intensité. On a noté à l'échelle A, aussi en référence au score à l'échelle B, de très fortes manifestations pathognomoniques de répétition à savoir les reviviscences, l'impression de revivre l'événement, les flashes et l'anxiété attachée à ces répétitions sont observées. Ainsi

qu'une très forte symptomatologie concernant les troubles du sommeil, transmis par le score à l'échelle C.

Samia présente également l'anxiété très forte d'intensité et un état d'insécurité fort et des évitements très fortes des lieux qui évoquent l'évènement, comme le témoigne le score à l'échelle D. une très forte hypersensibilité et perte de contrôle et de l'irritabilité traduite par le score de l'échelle E. une forte réaction psychosomatique et physique (comme l'augmentations de la consommation des médicaments, et maux de tête, des variations de poids observé chez Samia) vu l'échelle, une forte manifestation des troubles de la mémoire et une très forte difficulté la concentration et de l'attention observé à l'échelle. une très forte symptomatologie dépressive traduit par l'échelle H (comme manque d'énergie, la fatigue, l'isolement et le refus des contacts), forte sensation de la haine et la façon de voir la vie) comme en témoigne le score à l'échelle I, ainsi qu'une forte altération de la qualité de vie mis à l'évidence grâce au score de l'échelle J.

Cas n°3 : Farah

Farah est une jeune fille âgée de 32 ans, fonctionnaire et célibataire, c'est une personne humble et sympa.

Dès notre première rencontre, on a remarqué que Farah est une personne assez stressée et qui a souffert dans sa vie, et son visage rempli de tristesse. A consulté la psychologue suite au choc psychologique qu'elle a subi à raison de la mort de son père, elle n'a jamais fait de suivi psychologique.

Cette jeune fille, a pris la décision pour consulter une psychologue par son propre choix .Dès la première séance elle s'est mise à l'aise en racontant ce dont elle a beau caché en son intérieur qu'elle camoufle avec un petit sourire.

Farah nous a annoncé qu'elle va nous raconter le grand mal dont elle souffre chaque jour depuis l'incident qui s'est passé avec elle qui représente le décès de son cher père. Alors sa perte était inattendu qui pour conséquent était un choc pour elle ainsi pour sa famille. Car il allait revenir de France en Algérie.

Avant l'évènement Farah a dit :« *ghas akken yella yev3ed fellanagh 3amayen ayi ghas yella yu3er yidnegh mi yejjayaghd lwehch meqren gekham ,vava twalight dnetta idelssas wekham ,ghas akken aggur seg mi iyemmut mais thussugh amakken achehalaya mi utnezriw*

ara atas aya , dnetta itihavaven ghef wekham dnettatt iyellan iveded deg wekham », que malgré la distance qui nous sépare suite à son immigration en France et le fait qu'il soit assez sévère avec nous mais reste qu'il nous a laissé un grand vide et que de bon souvenirs qu'ont passé ensemble qui reviennent en ma tête, il était le protecteur de la famille.

Pendant l'évènement Farah a dit que : « *mi yemmut vava lligh teddugh gher lzayer tesawliyyid xetma seg fransa tennayid vava yemmut khel3egh kn qimegh tiremt nni ur zrigh ara akk achu ikhedmegh sa3a nni hussegh amakken ddunit tehves gher ghuri »*, J'étais en route vers Alger quand j'avais appris son décès s'était ma sœur qui m'avait annoncée la mauvaise nouvelle, j'étais bouleversée et choquée comme si le monde s'arrêtait autour de moi.

Depuis l'évènement Farah a dit : « *segmi iyemmut vava ala nekki ityugran ar tura ,ghas akken usigh yemma akk dyesetma ar tamaw ma3na thussugh ilhaja tkhus,thussugh amakken ddunit utes3ara lvenna dayen ,ghas akken zrigh tella lmut adyass wass anemmet mi adimmet akka vava utezrigh ara yusayid yu3er ,ghas akken kra uyikhus anda lligh llan watyetma uthewisegh ara akken win aydifehmen s3igh tawachultiw tfehmiyyid ,mi ma tkhus lhaja tkhus je suis la seule qui rêve de mon père. A ce moment-là je ne me sens pas dans un état d'insécurité, parce-que j'ai ma famille à mes côtés, mais je sens toujours qu'il manque quelque chose, et je pense que la vie ne vaut pas la peine d'être vécu. Je n'ai aucune idée suicidaire et je n'y pense même pas au suicide parce que je sais que la mort existe, mais perdre un être cher ou un parent c'est difficile pour moi, malgré y avait ma famille et mes frères avec moi mais la place d'un père est unique et irremplaçable, grâce au soutien de ma famille je ne m'isole pas. J'ai trouvé aussi le soutien de la part de mes proches, je ne cherche pas la compagnie avec les autres personnes parce que je l'ai déjà trouvé avec ma propre famille mais je trouve que le goût de la vie à changer.*

La vision de Farah sur la perte de son père : « *yu3er mliih adettugh lmut n vava ,ula dayen lligh vghigh adkhedmegh gedunitiw hevseght feljala lmut n vava thussugh ulach akk lvenna ,khater davrid amenzou anes3ou lmut gekham negh yarna lmut win 3zizen lhaja qerrihen mliih »* ,je trouve une difficulté d'oubliée le décès de mon papa, je trouve une grande difficulté de réalisé un projet, à cause du décès de mon père j'ai tout abandonnée et j'ai annulée tous mes projets, parce que c'était la première fois qu'on as un décès dans la famille en plus un être cher c'est trop difficile, perdre un proche surtout un parent c'est trop douloureux « elle a pleurée ».

Synthèse de l'entretien de Farah:

D'après ce que nous a raconté Farah, on peut dire que la mort de son père était inattendue et imaginable pour elle. Elle présente des réactions psycho traumatiques légères, et on a remarqué qu'elle a trouvé un soutien et un accompagnement de la part de sa famille.

4. Présentation et analyse des résultats de questionnaire « TRAUMAQ » de Farah :

De ce qui va suivre, nous allons présenter les résultats que Farah a obtenus au questionnaire du TRAUMAQ ainsi que leur équivalent en notes étalonnées de déceler la présence ou non d'un traumatisme.

Tableau n° 7 : conversation des notes brutes obtenues par Farah en notes étalonnées :

Echelle	Notes brutes obtenues	Notes étalonnées
A	20	4
B	04	2
C	06	3
D	02	2
E	00	1
F	05	3
G	03	3
H	14	4
I	03	2
J	08	5
Totale	65	3

Le tableau précédent reflète la conversation des notes brute obtenues à chaque échelle en étalonnées. Nous pouvons en déduire que :

- À l'échelle A, Farah a obtenu la note brute de 20 en étalonnée de 4
- À l'échelle B, la note brute obtenue est celle de 04 en note étalonnée de 2
- À l'échelle C, il a obtenu la note brute de 06 ce qui revient à la note étalonnée de 3,
- À l'échelle D, la note brute obtenue est 02 en note étalonnée de 2,
- À l'échelle E, la note brute obtenue est 00 en note étalonnée de 1,
- À l'échelle F, la note brute obtenu est 05 en note étalonnée de 3,

- À l'échelle G, la note brute obtenue est 03 en note étalonnée de 3,
- À l'échelle H, la note brute obtenue est 14 en note étalonnée de 4,
- À l'échelle I, la note obtenue est 03 en note étalonnée de 2.
- À l'échelle J, la note brute obtenue est 08 en note étalonnée de 5
- Le totale obtenue par Farah au questionnaire est de 65 soit une note étalonnée de 3

À l'échelle A : représente les réactions immédiates physique et psychique pendant l'évènement :

Aux items : **A1** « avez-vous ressenti de la frayeur ? » Et **A2** « avez-vous ressenti de l'angoisse » et **A3** « avez-vous eut le sentiment d'être dans un état second ? » et **A4** « avez-vous eu des manifestations physique comme, par exemple, des tremblements, des suees, une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération des battements de cœur ? » Et l'item **A5** « avez-vous l'impression d'être paralysé(e), incapable de réactions adaptées ? » Et l'item **A8** « vous êtes –vous senti impuissant(e) ? » Farah a coché les cases 3 qui correspond à une très forte intensité de ces manifestations

À l'item **A6** « avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et /ou d'assister à un spectacle insoutenable ? » Farah a coché la case 2 qui correspond à une forte intensité de la manifestation.

À l'item **A7** « vous êtes-vous senti seul(e), abandonné(e) par les autres ? » Farah a coché la case 0 qui correspond à l'absence de la manifestation.

À l'échelle B: représente le symptôme pathognomonique de répétition à savoir les reviviscences, l'impression de revivre l'évènement, les flashes et l'angoisse attachée à ces répétitions :

Aux items B1 « Est-ce que des souvenir ou des images reproduisant l'évènement s'imposent à vous durant la journée ou la soirée » et **B2** « revivez –vous l'évènement dans des rêves ou des cauchemars ? », **B3** « Est-il difficile pour vous de parler de l'évènement », **B4** « Ressentez-vous de l'angoisse lorsque vous repensez à l'évènement ». Farah a coché les cases 1 qui correspondent à une faible intensité de ces manifestations.

À l'échelle C : représente les troubles du sommeil :

Aux items : **C1** « Depuis l'évènement avez-vous plus de difficultés d'endormissement qu'auparavant ? », **C2** « Faites-vous d'avantage de cauchemars ou de rêves terrifiants (au

contenu sans rapport direct avec l'événement) », **et C3** « Avez-vous plus de réveils nocturnes ? », **Et C4** « Avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout », Farah a coché les cases 1 qui correspondent à une faible intensité de ces manifestations.

À l'item C5 «êtes-vous fatigué au réveil ? », Farah a coché la case 2 qui correspond à une forte intensité de la manifestation.

À l'échelle D : représente l'anxiété, l'état d'insécurité et les évitements :

Aux items**D1** « Etes-vous devenu anxieux (se), tendu(e) depuis l'événement ? », **D5** « Evitez-vous des lieux, des situations ou des spectacles (TV, cinéma) qui évoquent l'événement ? », Farah a coché les cases 1 qui correspondent à une faible intensité de ces manifestations.

Aux items : D2« Avez-vous des crises d'angoisse ? », **D3**« Craignez-vous de vous rendre sur des lieux en rapport avec l'événement ? », **D4** « Vous sentez vous en états d'insécurité ? » Farah a coché les cases 0 qui correspondent l'absence de ces manifestations.

À l'échelle E : représente l'irritabilité, la perte de contrôle, l'hypovigilance et l'hypersensibilité :

A tous les items : E1 « Vous sentez vous plus vigilant (e), plus attentif (Ve) aux bruits qu'auparavant, vous font-ils sursauter ? », **E2**« Vous estimez vous plus méfiant qu'auparavant ? », **E3** «Etes-vous plus irritable que vous ne l'étiez avant ? », **E4** «Avez-vous plus de mal à vous maîtriser (crise de nerfs, etc.) ou avez-vous d'avantage tendance à fuir une situation insupportable ? ». Et **E5** « Vous sentez vous plus agressif (Ve) ou craignez-vous de ne plus contrôler votre agressivité depuis l'événement ? », et **E6** « Avez-vous eu des comportements agressifs depuis l'événement ? » Farah a coché les cases 0 qui correspondent à l'absence de ces manifestations.

À l'échelle F : représente les réactions psychosomatiques, physiques et les troubles addictifs :

A tous les items : F1 « Lorsque vous y repensez ou que vous êtes dans des situations qui vous rappellent l'événement avez-vous des réactions physiques telles que par exemple maux de tête, nausées, palpitations, tremblements, sueurs, respiration difficile ? », **F2** « Avez-vous observé des variations de votre poids ? », Et **F3** « Avez-vous constaté une détérioration de votre état physique général ? », Et **F4** « Depuis l'événement avez-vous des problèmes de santé dont la cause a été difficile à identifier ? », et **F5** « Avez-vous augmenté la consommation de certaines

substances (café, cigarette, alcool, médicaments, nourriture, etc.) ? » Farah a coché les cases 1 qui correspondent à une faible intensité de ces manifestations.

À l'échelle G : représente les troubles cognitifs soit la mémoire, la concentration et l'attention :

À tous les items de cette échelle à savoir **G1** « Avez-vous plus de difficulté à vous concentrer qu'auparavant ? », **G2** « Avez-vous plus de trous de mémoire qu'auparavant ? », **G3** « Avez-vous des difficultés à vous rappeler l'événement ou certains éléments de l'événement ? » Farah a coché les cases 1 qui correspondent à une faible intensité de ces manifestations.

À l'échelle H : représente les troubles dépressifs :

Aux items : **H1** « Avez-vous perdu l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'événement ? », et **H2** « Manquez-vous d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement ? », Farah a coché les cases 3 qui correspondent à une très forte intensité de ces manifestation.

Aux items : à s'avoir **H3** « Avez-vous des impressions de lassitude, de fatigue et d'épuisement ? », Et **H4** « êtes-vous d'humeur triste et /ou avez-vous des crises de larmes ? » **H5** « Avez-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, voire des idées suicidaires ? », **H7** « Depuis l'événement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ? » Farah a coché les cases 2 qui correspondent à une forte intensité de ces manifestations.

Aux items : **H6** « éprouvez-vous des difficultés dans vos relation affectives et/ou sexuelles ? » Et **H8** « Avez-vous tendance à vous isolé ou à refuser les contacts ? », Farah à coché les cases 0 qui correspondent à l'absence de l'intensité de ces manifestations.

À l'échelle I : représente le vécu traumatique :

Aux items : **I1** « vous arrive – t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour en éviter certaines conséquences ? », et **I2** « Vous sentez vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'événement ? », et **I3** « vous sentez vous humilié par ce qui s'est passé » et **I4** « depuis l'événement vous sentez vous dévalorisé », **I5** « Ressentez-vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ? », et **I6** « Avez-vous changé votre façon de voir la vie , de vous voir vous-même , ou de voir les autres ? », Farah a coché les cases 0 qui correspondent à l'absence d'intensité de ces manifestations.

Chapitre IV :Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

A l'**item I7** « pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ? », Farah a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de la manifestation.

À l'**échelle J** : représente la qualité de vie :

Nous pouvons constater qu'elle poursuit son activité professionnelle (item J1)

Farah a l'impression que ses capacités ne sont pas équivalentes qu' avant (itemJ2).

Aussi elle continue à voir ses amis avec la même fréquence, (itemJ3)

Elle n'a pas rompu des relations avec des proches depuis l'événement (itemJ4).

Farah elle n'est pas incomprise et abandonné par les autres (**item J5, item, par même ordre**)

Elle a trouvé du soutien auprès de ses proches (itemJ7).

Farah recherche d'avantage et la compagnie d'autrui (item J8),

Elle ne pratique pas autant de loisir qu'auparavant (itemJ9)

Elle ne trouve pas le même plaisir qu'auparavant (itemJ10).

Farah elle ne représente pas l'impression d'être moins concerné par les événements qui touche son entourage (itemJ11).

A partir de ces données en utilisant le tableau et selon le manuel TRAUMAQ nous pouvons conclure que Farah présente un traumatisme moyen à la suite de la perte de son père qui est pour elle et sa famille inattendu.

Analyse typologique :

A la suite des données précédemment cités, Le schéma ci-dessous peut être réalisé :

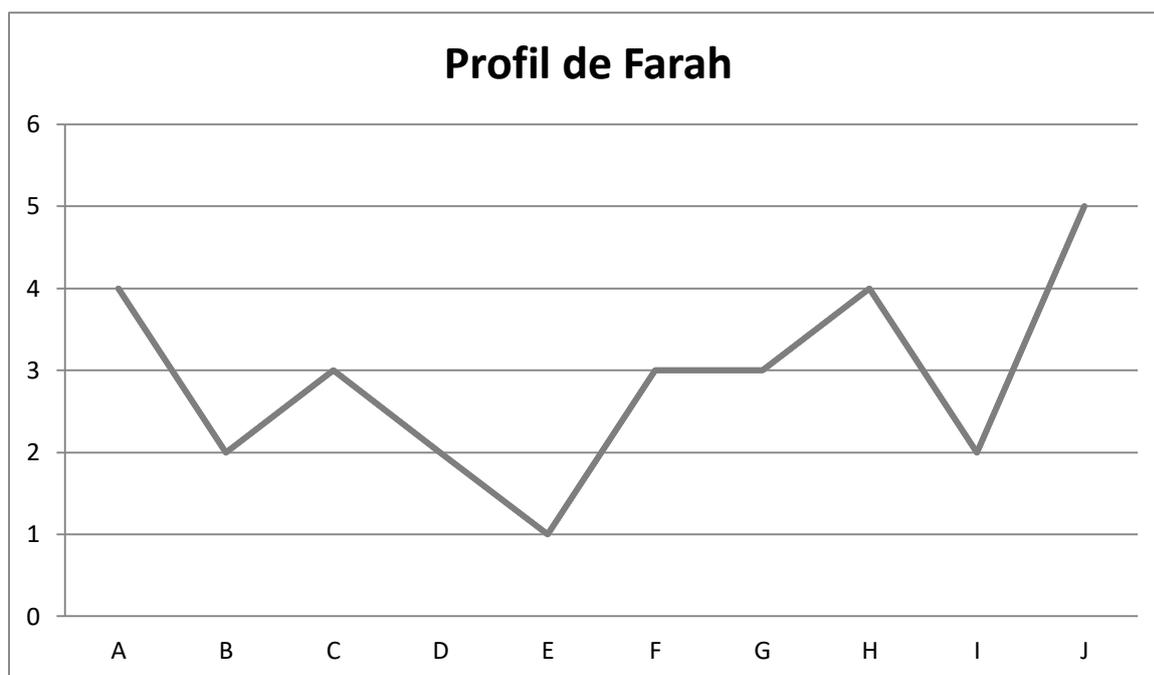


Figure n°3 : illustration du profil de Farah

Synthèse des données du questionnaire TRAUMAQ de Farah :

A travers les résultats de l'analyse du TRAUMAQ, nous pouvons déduire que le score total enregistré par Farah est de 65, équivalent à une note totale étalonnée en 3 qui est selon le manuel un traumatisme moyen. En effet les notes obtenues par Farah aux différents items du questionnaire, mettent en évidence la présence des réactions immédiate physique et psychique de très forte intensité était donné à l'échelle A, aussi en référence au score à l'échelle B de faible manifestations pathognomonique de reviviscences sont observées, Ainsi qu'une faible intensité symptomatologie concernant les troubles du sommeil, transmis par le score à l'échelle C.

Farah présente l'absence d'état d'insécurité et une faible intensité des évitements phobiques et d'anxiété comme le témoigne le score à l'échelle D. l'absence d'hypersensibilité et d'irritabilité et de perte de contrôle et de l'hypovigilance traduite par le score de l'échelle E. une faible intensité des réaction psychosomatique et physique vu le score très élevé à l'échelle F, une faible intensité de manifestation des troubles de la mémoire de la concentration et de l'attention observé à l'aide du score à l'échelle. une forte symptomatologie dépressive traduit par l'échelle H (comme manque d'énergie, la fatigue, l'humeur triste) , l'absence des manifestation d'un vécu traumatique comme en témoigne le score à l'échelle I, ainsi qu'une moyenne altération de la qualité de vie mis à l'évidence grâce au score de l'échelle J.

Cas n°4 : Lynda

Lynda est une jeune étudiante âgée de 25 ans, célibataire, elle a perdu son père et elle s'est présentée au bureau de la psychologue.

Avant l'évènement Lynda a dit : « *vava ar ghuri d kullech ,d ddunit iw akk ,hacha ayen yelhan id3achagh akk d vava davavat yelhan mliih ar ghuri machi kn d vava d kullech damdakliw degma derruhiw, qervegh mliih ar ghures anda uz miregh ara adamnegh belli yemmut* » que son père représentait tout pour elle, mon père c'est toute ma vie, j'ai que de bons souvenirs avec lui ,c'est un père formidable, pour moi il n'est pas juste un père c'est mon ami aussi très proche de moi . Elle était très proche de son père au point qu'elle ne peut pas accepter son décès, elle avait une bonne relation amical avec son père c'est son seul confident mon papa, mon seul confident.

Pendant l'évènement Lynda a dit que : « *rev3awagguren seg mi iyemmut vava mi lmutis t3er mliih gher ghuri ,thussugh toujours ilhja ur zmirzgh ara adehkugh ,mi isligh immut trugh mliih 3egdegh mliih mliih ,uliw hussegh adyeffegh seg mi iyekkat mliih anda itwaligh ddunit akk teqqel taverkant* », Il y'a 4 mois que mon papa est décédé, la perte est trop dure pour moi, j'ai toujours ce sentiments que je ne peux pas décrire, le moment de son décès j'ai hurlée et criée très fort les battements de mon cœur s'accélère trop fort au point que je vois le monde tout noir.

Depuis l'évènement Lynda a dit que : « *vava yella deg sbitar aggur mi iyella dinna yemmut feljala wattan n covid 19,lmutis teskhel3iyi mliih seg mi iyemmut targught kn ,ussan imenza yu3er mliih adehkugh iyiwen ghef lmutis , mi tura sertahegh chwiya zemreggh adehkugh d win idmezgegh kn ,seg mi iyemmut thussugh imaniw twaheqreggh mliih ulach win adihamin felli,dnettatt kn iyellan ithadariyi ,tura thussugh imaniw deg ddunit ayi,qleggh rajigh mliih seg mi iyemmut ula darraw weltma kateght mi ara adruhen ar wekhamnegh,tqillioqegh t3eyyidegh uzrigh ara akk achu iyitaghen,thussugh ddunit utes3ara akk lme3na, lhaja akk iyijjan adkemleggh ddunitiw dyemma 3zizn akk d wayetma d wetma,hemleggh mliih adeqqimegh imaniw uhemleggh ara adhedreggh dwiyad tura hedreggh hacha d widak kn idmezgegh mais ur thewwiseggh ara hed nayed aydifhem seg mi iyemmut vava thussugh amakken meqreggh tlatin sna arezzat* », Mon papa passé un mois à l'hôpital de Bejaia, il est mort à cause du covid 19. Son décès était un vrai choc, depuis sa perte je fais que des cauchemars, les premiers temps c'était très difficile d'en parlée sur sa mort à n'importe qui, mais maintenant ça va mieux je peux exprimée ma souffrance a un proche. Depuis son départ je me sens dans l'insécurité car

mon père était la seule personne qui me protège et défend sur moi, maintenant je me sens toute seule dans ce monde», mon comportement a changé je suis devenu agressive depuis l'événement, je frappe les petits enfants de ma sœur à chaque fois qu'ils nous rendent visite a la maison, Je suis devenue nerveuse, après la mort de mon père je sens que ma vie n'a aucun sens, aucun goût, je suis bloquée. La seule chose qui ne me pousse pas à avoir des idées suicidaires et a pensée au suicide c'est ma chère maman, ma famille, mes tentes et la présence de mes frères, j'ai trouvé leur soutien tout au long de l'événement. Jaime beaucoup m'isolée et j'évite de contactée les autres personnes, je me suis isolée d'une durée d'un mois sans parlé a personnes. Maintenant je peux parler avec certaines personnes mais je ne cherche pas la présence d'autrui. Après la mort de mon père ma personnalité a changé j'ai 25 ans mais je me sentais dans la peau d'une grande personne 30 ans et plus.

La vision de future de Lynda est que : « *seg wasmi id3achegh akk anechta uthussugh ara adyass wass anda adettugh lmut n vava nagh adettugh as lhed ghef lwehda uzal ,tmennigh kn adyass wass anda aldigh pompe à essence f yisem n vava akken asertihegh* »,d'après tout ce que j'ai vécu pendant l'événement, je ne pense pas qu'il viendra le jour où je vais oubliée le jour du décès de mon père qui est le dimanche à 13h00, mon rêve maintenant qui me laisse soulagé ma souffrance c'est d'ouvrir une pompe à essence qui porte le nom de mon père, elle s'arrête de parler et des larmes coules de ses yeux.

Synthèse :

D'après l'entretien avec Lynda on peut conclure qu'elle était touchée par la mort de son père. Elle présente des symptômes d'évitements, de culpabilité et de haine auprès de ses amis parce qu'elle n'a reçu que le soutien de sa famille. On a remarqué aussi quelle se souvient de l'heure exacte du décès de son père ce qui explique son attachement à lui, et elle n'a pas accepté le faite qu'il ne soit plus dans ce monde.

5. Présentation et analyse des résultats de questionnaire « TRAUMAQ » de Lynda :

Chapitre IV :Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

De ce qui va suivre, nous allons présenter les résultats que Lynda a obtenus au questionnaire du TRAUMAQ ainsi que leur équivalent en notes étalonnées de déceler la présence ou non d'un traumatisme.

Tableau n° 8 : conversation des notes brutes obtenues par Lynda en notes étalonnées :

Echelle	Notes brutes obtenues	Notes étalonnées
A	21	4
B	11	5
C	11	4
D	13	4
E	13	4
F	10	5
G	07	4
H	15	4
I	13	4
J	04	3
Totale	118	5

Le tableau précédent reflète la conversation des notes brute obtenues à chaque échelle en étalonnées. Nous pouvons en déduire que :

- **À L'échelle A**, Lynda a obtenu la note brute de 21 en étalonnée de 4.
- **À L'échelle B**, la note brute obtenue est celle de 11 en note étalonnée de 5.
- **À L'échelle C**, Elle a obtenu la note brute de 11 ce qui revient à la note étalonnée de 4.
- **À L'échelle D**, la note brute obtenue est 13 en note étalonnée de 4.
- **À L'échelle E**, la note brute obtenue est 13 en note étalonnée de 4.
- **À L'échelle F**, la note brute obtenue est 10 en note étalonnée de 5.
- **À L'échelle G**, la note brute obtenue est 07 en note étalonnée de 4.
- **À L'échelle H**, la note brute obtenue est 15 en note étalonnée de 4.
- **À L'échelle I**, la note obtenue est 13 en note étalonnée de 4.
- **À L'échelle J**, la note brute obtenue est 04 en note étalonnée de 3.
- **Le totale obtenue par Lynda au questionnaire est de 118 soit une note étalonnée de 5.**

Chapitre IV :Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

À l'échelle A : représente les réactions immédiates physique et psychique pendant l'évènement :

Aux items : **A1** « avez-vous ressenti de la frayeur ? » Lynda a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de la manifestation, **A3** « avez-vous eut le sentiment d'être dans un état second ? », **A4** « avez-vous eu des manifestations physique comme, par exemple, des tremblements, des suées, une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération des battements de cœur ? », **A6** « avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et /ou d'assister à un spectacle insoutenable ? », **A7** « vous êtes-vous senti seul(e), abandonné(e) par les autres ? » et **A8** « vous êtes –vous senti impuissant(e) ? », Lynda a coché les cases 3 qui correspondent à une très forte intensité de ces manifestations.

A l'item : **A2** « avez-vous ressenti de l'angoisse », Lynda a coché la case 2 qui correspond à une forte intensité de la manifestation.

A l'item **A5** « avez-vous l'impression d'être paralysé(e), incapable de réactions adaptées ? », Lynda a coché la case 1 qui correspond à une faible intensité de la manifestation.

À l'échelle B:représente le symptôme pathognomonique de répétition à savoir les reviviscences, l'impression de revivre l'évènement, les flashes et l'angoisse attachée à ces répétitions :

Aux items : **B1** «Est-ce que des souvenir ou des images reproduisant l'évènement s'imposent à vous durant la journée ou la soirée », **B3** « Est-il difficile pour vous de parler de l'évènement » et l'item **B4** « Ressentez- vous de l'angoisse lorsque vous repensez à l'évènement », Lynda a coché les cases 3 qui correspondent a une très forte intensité de ces manifestations.

A l'item **B2** « revivez –vous l'évènement dans des rêves ou des cauchemars ? » Lynda a coché les cases 2 ce qui correspond à une forte intensité de la manifestation.

À l'échelle C : représente les troubles du sommeil :

Aux items **C1** « Depuis l'évènement avez-vous plus de difficultés d'endormissement qu'auparavant ? », **C2** « Faites-vous d'avantage de cauchemars ou de rêves terrifiants (au contenu sans rapport direct avec l'évènement) », **C3** « Avez-vous plus de réveils nocturnes ? » et **C4** « Avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout » Lynda a coché les cases 2 ce qui correspond à une intensité forte de ces manifestations.

À l'**item C5** «êtes-vous fatigué au réveil ? » Lynda a coché la case 3 qui correspond à une intensité très forte de la manifestation.

À l'**échelle D** : représente l'anxiété, l'état d'insécurité et les évitements :

Aux items : D1 « Etes-vous devenu anxieux (se), tendu(e) depuis l'événement ? », D3 « Craignez-vous de vous rendre sur des lieux en rapport avec l'événement ? », et D4 « Vous sentez vous en états d'insécurité ? », Lynda a coché les cases 3 qui correspondent à une très forte intensité de ces manifestations.

Aux item : D2 « Avez-vous des crises d'angoisse ? », D5 « Evitez-vous des lieux, des situations ou des spectacles (TV, cinéma) qui évoquent l'événement ? », elle a coché les cases 2 qui correspondent à une forte intensité de ces manifestations.

À l'**échelle E** : représente l'irritabilité, la perte de contrôle, l'hypovigilance et l'hypersensibilité :

À l'**item E1** « Vous sentez vous plus vigilant (e), plus attentif (Ve) aux bruits qu'auparavant, vous font-ils sursauter ? » Lynda a coché la case 1 ce qui correspond à une faible intensité de la manifestation.

Aux items : E2 « Vous estimez vous plus méfiant qu'auparavant ? » Et E3 « Etes-vous plus irritable que vous ne l'étiez avant ? », E6 « Avez-vous eu des comportements agressifs depuis l'événement ? », Lynda a coché les cases 2 qui correspondent à une forte intensité de ces manifestations.

Aux items : E4 « Avez-vous plus de mal à vous maîtriser (crise de nerfs, etc.) ou avez-vous d'avantage tendance à fuir une situation insupportable ? ». Et **E5** « Vous sentez vous plus agressif (Ve) ou craignez-vous de ne plus contrôler votre agressivité depuis l'événement ? », Lynda a coché les cases 3 qui correspondent à une très forte intensité de ces manifestations.

À l'**échelle F** : représente les réactions psychosomatiques, physiques et les troubles addictifs :

Aux items : F1 « Lorsque vous y repensez ou que vous êtes dans des situations qui vous rappellent l'événement avez-vous des réactions physiques telles que par exemple maux de tête, nausées, palpitations, tremblements, sueurs, respiration difficile ? », **F3** « Avez-vous constaté une détérioration de votre état physique général ? », Lynda a coché les cases 2 ce qui correspondent à une forte intensité de ces manifestations.

Chapitre IV :Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Aux items : F2 « Avez-vous observé des variations de votre poids ? », **F5** « Avez-vous augmenté la consommation de certaines substances (café, cigarette, alcool, médicaments, nourriture, etc.) ? », Lynda a coché les cases 3 qui correspondent à une très forte intensité de ces manifestations.

A l'item F4 « Depuis l'événement avez-vous des problèmes de santé dont la cause a été difficile à identifier ? », Lynda a coché la case 0 qui correspond à l'absence de la manifestation.

À l'échelle G : représente les troubles cognitifs soit la mémoire, la concentration et l'attention :

À l'item G1 « Avez-vous plus de difficulté à vous concentrer qu'auparavant ? » Lynda a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de la manifestation.

Aux items G2 « Avez-vous plus de trous de mémoire qu'auparavant ? », **et G3** « Avez-vous des difficultés à vous rappeler l'événement ou certains éléments de l'événement ? », Lynda a coché les cases 2 qui correspondent à une forte intensité de ces manifestations.

À l'échelle H : représente les troubles dépressifs :

À l'item H1 « Avez-vous perdu l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'événement ? » Lynda a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de la manifestation.

Aux items : H2 « Manquez-vous d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement ? », **H4** « êtes-vous d'humeur triste et /ou avez-vous des crises de larmes ? », **et H5** « Avez-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, voire des idées suicidaires ? », **H7** « Depuis l'événement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ? » **et H8** « Avez-vous tendance à vous isoler ou à refuser les contacts ? », Lynda a coché les cases 2 qui correspondent à une forte intensité de ces manifestations.

Aux items : H3 « Avez-vous des impressions de lassitude, de fatigue et d'épuisement ? », **et H6** « éprouvez-vous des difficultés dans vos relations affectives et/ou sexuelles ? » Lynda a coché les cases 1 qui correspondent à une faible intensité de ces manifestations.

À l'échelle I : représente le vécu traumatique :

Chapitre IV :Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Aux items I1 « vous arrive – t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour en éviter certaines conséquences ? », **I3** « vous sentez vous humilié par ce qui s'est passé » ,**et I4** « depuis l'événement vous sentez vous dévalorisé », Lynda a coché les cases 1 qui correspondent a une faible intensité de ces manifestations.

Aux items : I2 « Vous sentez vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'événement ? », **I5** « Ressentez-vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ? », Lynda a coché les cases 2 qui correspondent à une forte intensité de ces manifestations.

Aux items : I6 « Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même, ou de voir les autres ? » **et I7** « pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ? », Lynda a coché les cases 3 qui correspondent à une très forte intensité de ces manifestations.

À l'échelle J : représente la qualité de vie :

Lynda elle poursuit son activité scolaire (**item J1**).

Elle a l'impression que ses capacités ne sont pas équivalentes qu'avant (**itemJ2**).

Elle ne continu pas à voir ses amis avec la même fréquence (**itemJ3**)

Elle n'a pas rompu des relations avec des proches depuis l'événement (**itemJ4**)

Lynda elle se sent incomprise et abandonné par les autres (**item J5, itemJ6, par même ordre**)

Elle à trouver du soutien auprès de ses proches (**itemJ7**)

Lynda elle recherche d'avantage, la compagnie d'autrui (**item J8**)

Elle ne pratique pas autant de loisir qu'auparavant (**itemJ9**)

Elle ne trouve pas le même plaisir qu'auparavant (**itemJ10**)

Lynda elle a l'impression d'être moins concerné par les événements qui touche son entourage (**itemJ11**)

A partir de ces données en utilisant le tableau et selon le manuel TRAUMAQ nous pouvons conclure que Lynda présente un traumatisme très fort à la suite de la perte de son père.

Analyse typologique :

A la suite des donnés précédemment cités, Le schéma ci-dessous peut être réalisé :

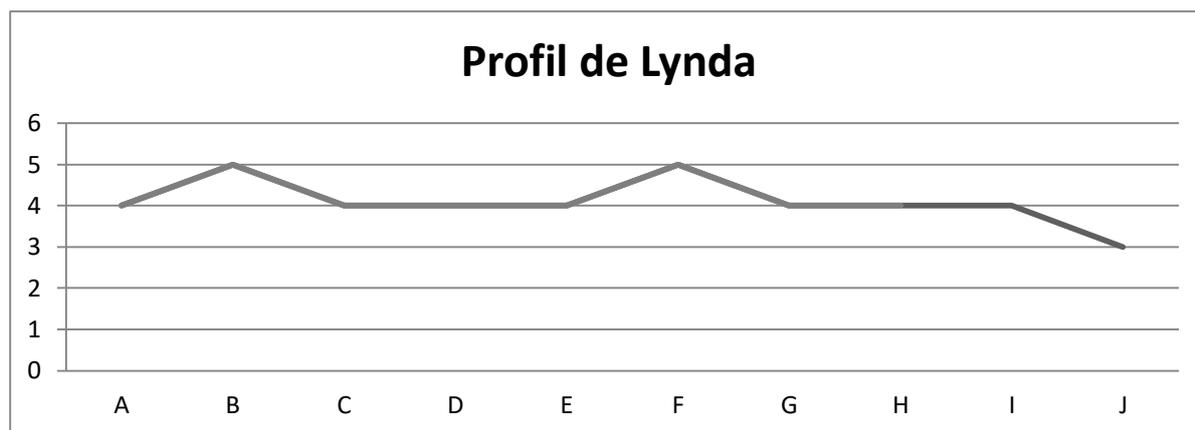


Figure n°4 : Illustration du profil de Lynda

Synthèse des donné du questionnaire TRAUMAQ de Lynda :

A travers les résultats de l'analyse du TRAUMAQ, nous pouvons déduire que le score total enregistré par Lynda est 118, équivalent a une note totale étalonnée en 5 qui est selon le manuel un traumatisme très fort. En effet les notes obtenues par Lynda aux différents items du questionnaire, mettent en évidence la présence des réactions immédiate physique et psychique de très fort intensité pendant l'évènement qui a été donné à l'échelle A, aussi en référence au score à l'échelle B, d'une très forte intensité des manifestations pathognomonique de reviviscences sont observées, Ainsi qu'une forte intensité symptomatologie concernant les troubles du sommeil, transmis par le score à l'échelle C.

Lynda présente également une très forte intensité d' un état d'insécurité et très forte intensité des évitements comme le témoigne le score à l'échelle D. une très forte intensité d' hypersensibilité et de l'irritabilité et de la perte de contrôle et une faible hypovigilance traduite par le score de l'échelle E. une forte réaction psychosomatique et physique vu l'échelle F(comme maux de tête, tremblements, augmentations de la consommation de café et de la nourriture), une forte manifestation des troubles de la mémoire et très forte intensité de manifestation de trouble de la concentration et une forte intensité de l'attention observé à l'échelle. une forte symptomatologie dépressive traduit par l'échelle H (comme manque d'énergie, l'humeur triste, l'isolement et refus des contacts), une très forte intensité de

manifestation d'un vécu traumatique comme en témoigne le score à l'échelle I (comme le ressent de la colère et de la haine, changement de la façons de voir la vie, ainsi qu'une très forte altération de la qualité de vie mis à l'évidence grâce au score de l'échelle J.

II-Discussion des hypothèses :

La dernière partie de ce présent chapitre, nous servira à aboutir à une discussion de nos hypothèses que nous avons émise au départ, qui est éventuellement confirmée ou infirmée, à travers la présentation et l'analyse des résultats obtenus, grâce aux outils que nous avons utilisés qui sont l'entretien semi directif ainsi que le questionnaire TRAUMAQ dans le but d'évaluer le traumatisme psychique.

Notre objectif étant de décrire le traumatisme psychique chez les adultes ayant perdu un parent subitement et l'impact que cette dernière a pu avoir sur eux. Nous allons commencer par discuter nos hypothèses de recherche puis présenter un tableau récapitulatif des résultats au TRAUMAQ nous irons ensuite vers la comparaison des résultats des cas entre eux.

Les hypothèses :

- ❖ Les adultes ayant perdu un parent par une mort subite présentent un traumatisme psychique.
- ❖ Les adultes qui ont un lien très attachés avec leurs parents peuvent présenter un traumatisme psychique après leurs morts.

Dans le but de vérifier ces hypothèses opérationnelles nous nous sommes basés sur les résultats obtenus au cours de l'analyse de l'entretien clinique semi directif, ainsi que sur ceux du questionnaire TRAUMAQ qui ont été analysés à la base de la théorie initialement choisie, à savoir celle de la théorie psychodynamique

Cas n°1 : Mourad :

A partir des données recueillies, nous avons conclu que Mourad présente des symptômes traumatiques suite à son exposition directe à la mort de sa mère, d'après ce qu'il nous a cité précédemment dans l'entretien semi-directif, « *llyghyides mi itemmut* », et sa mort était inattendu pour Mourad, « *uruminegh ara temmut* », « *yemmatellatehla, chaque séance netafed elle s'améliore, tettaked de bonnes résultats, sa mort à cause d'une infection ityefen après temmut* ».

D'après les données de l'entretien semi directif recueillies, Mourad cité que il est proche de sa maman « *Mliiihprôche* », et la nature de relation entre eux plus d'une maman a son fils, « *yemma d nettat idkulle chghuri au point que je ne peux plus faire rien son compter sur ma mère* ».et cela présente des manifestations du traumatisme psychique tels que : des reviviscences « *chaque jour targugh yemma d'ailleurs idelli kan duqsegh dufigh dimaniw hedregh yide sama ken tella* » et des couchemars et rêves répétitifs « *chaque jour targughyemma d'ailleurs idelli kan duqs eghdufigh dimaniw hedregh yides amaken tella* », sont cités le manuel DSM5, A la fin Mourad il présente une difficulté de dépassé l'évènement , tellement c'est ma mère qui m'encourage à chaque fois j'arrive pas à faire un certain projet dans ma vie par ce que je suis vraiment attaché à ma mère au point c'est elle qui me fait tout « *udufigh ara win ara ayidikhedmen le courage akkenakhedmegh un projet dans ma vie, dyemmakniyellan tet3awaniyi turatruh* ».

L'analyse du questionnaire du TRAUMAQ de Mourad a enregistré un score total de 111 équivalents à une note total étalonnée de 4, selon le manuel est un traumatisme de forte intensité.

Cas n°2 : Samia :

D'après ce qu'elle nous a cité précédemment dans l'entretien semi-directif, nous pouvons conclure que Samia présente des symptômes traumatique ,Samia a perdu son père subitement « *au moment quand est décédé j'ai senti comme un rêve ,un cauchemars j'ai pas imaginé de tout ,je me disait que je suis seul dans ma vie ,pendant l'évènement j'ai pleuré vraiment ,je voir des gens à la maison , je dis « tous ces gens sont la a cause de mon père ????? » j'arrive pas à croire tout ça , j'ai gravement pleuré ,car sa mort était surprise « uruminegh ara »* », Samia elle présente une relation très attaché avec son père « *mon père il présent pour moi tout ma vie, si tout se qui j'ai, le plus chère au monde* », « *moi j'éte grave proche à mon papa* », « *La relation que j'ai avec mon papa c'est trop attaché, car on parle sauvant ensemble sur mes projets, mes études.* »,et cela présente des manifestations d'évitement « *j'aime pas parlé avec les gens, je m'isole de tout le monde , je refuse de parler avec des amis , famille , sauf mon amis ,à qui je raconte tout , car il était avec moi comme un psychologue pour moi* ».des reviviscences et des cauchemars « *je voir toujours mon papa jusqu'à présent, je le voir dans mes rêves, là sa fait une semaine j'ai pas rêvé de lui, chaque rêve il me donne un signe, une parole...* ».

L'analyse du questionnaire du TRAUMAQ de Samia a enregistré un score total de 119 équivalents à une note total étalonnée de 5, selon le manuel est un traumatisme très fort.

Cas n°3 : Farah

D'après ce que nous avons conclu de l'entretien semi directif de Farah, elle présente des symptômes traumatique, et que la mort de son père est subite « *llighteddugh a alger ,aprèstesawliyd ma seourtennayid que vavayemmut ,degregh mon portable ,3egdegh urzrigh ara akkachuyughen le momontnni khel3egh knqimegh* ». « *nellanetrajutadyughal ,itfed le biaiadyass ,ça fait deux ans utenwalara, à cause de covide 19,malheureusement mercredi soir immut* »,perdre comsa un prêche surtout un parent si vraiment douloureux « *elle a pleuré* ».et cela par des manifestations des cauchemars « *segmiiyemmutartura si la seul iyurganvavagekham* »,Farah elle présente pas une relation très attaché avec son père car il est en France 2ans « *Malgré que un mois de son décès ,mais pour moi* « *amakken s'afait long temps segmiiyemmut tellement utezrigh ara 2 ans de sa* ».

L'analyse du questionnaire du TRAUMAQ de Farah a enregistré un score total de 65 équivalents à une note total étalonnée de 3, selon le manuel est un traumatisme moyen.

Cas n°4 : Lynda

D'après ce qu'elle nous a cité précédemment dans l'entretien semi-directif, nous pouvons conclure que Lynda présente des symptômes du traumatisme suite à la mort de son père, et son décès pour elle est inattendu « *son décès était pour moi un grand choc au point que depuis son départ je fais que des cauchemars* », elle était très proche de son père au point qu'elle peut pas imaginé son décès « *mon père c'est toute ma vie ,c'est un père ,un amis très proche* »,et cela par des manifestations du traumatisme psychique tels que : des reviviscences et des cauchemars .

L'analyse du questionnaire du TRAUMAQ de Lynda a enregistré un score total de 118 équivalents à une note total étalonnée de 5, selon le manuel est un traumatisme de très forte intensité.

A travers l'analyse des données obtenues dans l'entretien semi directif de la recherche et dans le questionnaire TRAUMAQ, on confirme nos hypothèses :, Les adultes ayant perdu un parent par une mort subite présente un traumatisme psychique, un lien très attachés avec leurs parents peuvent présenter un traumatisme psychique après leurs morts ,sur nos 4 cas en tant que Farah est modéré qui présente pas une relation très proche avec son père a cause de sa

Chapitre IV :Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

personnalité sévère et la grande distance « 2ans en France », qui a crié un détachement entre eux, mais elle reste toujours la mort subite de son père qui a laissé un grand choc chez Farah

Donc, nos hypothèses sont confirmées. Oui, Les adultes ayant perdu un parent par une mort subite présentent un traumatisme psychique, Les adultes qui ont un lien très attachés avec leurs parents peuvent présenter un traumatisme psychique après leurs morts.

Cela à partir des manifestations traumatique développées.

Par la suite nous présenterons un tableau de comparaison des résultats de nos 4 cas du traumatisme psychique.

Tableau 09 : récapitulatifs des résultats de nos 05 cas au questionnaire TRAUMAQ :

N° des cas	Prénom	Interprétation des résultats
Cas n° 1	Mourad	Traumatisme fort
Cas n°2	Samia	Traumatisme très fort
Cas n°3	Farah	Traumatisme moyen
Cas n°4	Lynda	Traumatisme très fort

Dans ce tableau ci –dessus, nous pouvons déduire que la plus part des quatre cas ont le même résultat, Mourad, Samia, Lynda, uniquement Farah a un traumatisme psychique de moyen intensité.

Synthèse :

En se basant sur les résultats obtenus grâce à nos outils de recherche, soit le guide d’entretien de la recherche semi directif ainsi que le questionnaire TRAUMAQ nous pouvons synthétiser par

Le fait que la majorité de nos sujets de recherche ont confirmés nos hypothèses de recherche.

À savoir le fait que les adultes ayant perdu un parent, présentent un traumatisme psychique lorsque de la mort subite et quand il existe un lien d’attachement fort entre l’adulte et le parent décédé

En effet, suite aux données recueillis nos hypothèses : « Les adultes ayant perdu un parent par une mort subite présente un traumatisme psychique. »,et « Les adultes qui ont un

Chapitre IV :Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

lien très attachés avec leurs parents peuvent présenter un traumatisme psychique après leurs morts ».étaient confirmé par Mourad, Samia et Lynda qui ont en effet présentés des symptômes traumatique face à la perte subite de leurs parent et à cause de la relation proche qui existe entre eux , parmi les manifestation traumatique face chez nos sujets de recherche : les reviviscences et des cauchemars et rêves .Toutefois Farah ,a présenté que des manifestations traumatique moyenne face à la perte subite de son père mais cela n'a pas l'aise Farah de présenté des symptômes de très forte intensité, d'après la relation qui n'est pas proche (distance de 2ans).

Conclusion

Conclusion :

Pour conclure, il est important de savoir quand la mort frappe d'une manière imprévue et soudaine, comme c'est le cas lors de la mort subite des parents, les survivants se heurtent à une double difficulté: ils sont confrontés d'une part à un événement traumatique – avec les diverses réactions que cela implique – d'autre part à la nécessité d'élaborer un processus de deuil. Au niveau individuel comme au niveau collectif, les événements traumatiques sont souvent associés au deuil proprement dit; ils entraînent également d'autres réactions douloureuses parfois pathologiques et chroniques, car l'être humain réagit aux événements traumatiques de manière individuelle et personnelle.

Un traumatisme est défini comme un «événement violent hors de la norme» auquel l'être humain répond par une réaction globale touchant les niveaux biologique, psychologique et social. On distingue deux catégories de réactions traumatiques: les réactions traumatiques spécifiques et les réactions non-spécifiques. Les réactions traumatiques spécifiques se répartissent en trois groupes: hyperexcitation, intrusion de souvenirs récurrents répétitifs et comportement d'évitement face à l'extérieur ou par rapport à soi-même. Ces réactions sont liées à la biologie et à la neurophysiologie du stress. Les réactions non-spécifiques désignent ce qui a trait au vécu d'impuissance, avec sa gamme d'émotions pénibles: vécu de pertes, deuil et confusions multiples. Elles sont intimement liées aux réactions spécifiques, mais également dépendantes de l'interprétation personnelle et culturelle des événements. C'est souvent l'interprétation personnelle et communautaire qui aide ou empêche l'intégration du deuil et du traumatisme.

La mort d'un parent nous transporte dans un monde auquel nous avons pensé, mais auquel nous ne pouvons pas vraiment nous préparer. Nous explorons soudainement de nouveaux terrains, nous sentant sans racines ou comme si le sol avait été arraché de sous nos pieds. Et d'une manière symbolique, ça l'a vraiment été.

Notre étude a démontré que la mort subite de l'un des parents chez l'adulte provoque le traumatisme psychique qui résulte de l'invasion de l'espace mental du sujet par le réel de la mort, le néant comme expérience. L'adulte sort de cette rencontre avec des éprouvés extrêmes qui feront le socle des symptômes de la névrose traumatique: cauchemars, angoisse de néantisation, dépression, troubles des conduites, maladies psychosomatiques. Le point central de ces éprouvés est un sentiment soudain, violent, durable, douloureux de déshumanisation. Parmi aussi les facteurs influençant le syndrome psycho traumatique on a le lien d'attachement

qui dur jusque a la mort. Dont l'objectif est d'explorer le vécu des adultes ayant perdu un parent subitement et les facteurs provoquant cette dernière, et ce afin d'étudier et de décrire l'impact traumatogène de la mort inattendu des parents chez les adultes. Ainsi nous avons dans un deuxième temps, tenté d'apprécier la présence d'un traumatisme psychique au sein de cette population d'étude et d'évaluer sa présence.

Cette recherche reste une bonne expérience en termes d'apprentissage et de découverte sur le plan pédagogique, humaine, et reste une voie ouverte pour d'autre recherche scientifique.

La liste bibliographique

La liste bibliographique :

Ouvrage :

- Chahraoui.Kh, &Benony, (2003).H, Méthodes, évaluations et recherche en psychologie clinique, Dunod,
- Clercq. M, Lebigot. F, (2001), les traumatismes psychiques, Masson, Paris.
- Damiani.C, &Pereira.M.C,(2009),Traumaq : questionnaire d'évaluation du traumatisme.ECPA,Le éditions du centre de psychologie appliquée.
- Diane E.P, Sally W .F, Ruth D.F,(2009), Psychologie du développement humain ,7 ème édition,McGraw-Hill,Chenelière Education inc.Montréal(Québec) Canada H2S 3 E3.
- Dozio.E, Joubert.L.M, et Baubet.T,(2020),Le traumatisme psychique chez l'adulte, Édition in Press, Paris.
- DSM-5.Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.(5é éd).Elsevier Masson.
- Guédeney. N, Guédeney. A, (2009), L'attachement : approche théorique du bébé à la personne âgée, 3ème édition, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés, Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex.
- Guédeney.N, Guéduney .A, (2009), L'attachement : approche théorique du bébé à la personne âgée, 3ème édition, Elsevier.
- Guédeney.N, Guéduney .A, (2016), L'attachement : approche clinique et thérapeutique.2^{ème} édition, Elsevier.
- Josse. Évelyne, (2019), Traumatisme psychique chez l'adulte, De Boeck Supérieur s.a., Rue du Bosquet, 7 – B-1348 Louvain-la-Neuve.
- Khalfa, S, (2019), Prise en charge du traumatisme psychique par la thérapie EMDR et mécanismes cérébraux impliqués, Revue de neuropsychologie(11).
- Lebigot.F, (2005), Traiter les traumatismes psychiques.
- Neburger. R, (1995), Le mythe familiall.
- Pardinielli.J.L, Fernandez.L,(2020), L'observation clinique et l'étude de cas ,4e édition, Armand colin est une marque de Dunod, ,1 rue Paul Bert ,92240 Malakoff.
- Prior.V,Glaser.D,(2010) ,comprendre l'attachement et les trouble de l'attachement, 1ère édition de boeck université, , Bruxelles.
- Romano.H,(2015),Accompagné le deuil en situation traumatique, Dunod , Paris.
- Raymond.Q ,(2011), Manuel de recherche en science sociale ,4ème éd, Dunod ,paris

- Salem.G(2005), L'approche thérapeutique de la famille, les presses de l'université de Québec.

Thèses :

- GIRARD, A. (2009), Étude de la dissociation, du stress psychologique et de la mémoire en fonction de la présence d'un état de stress post-traumatique chez des adolescents résidant en centre jeunesse, l'université du Québec à trois – Rivières.
- Luncup.D, (1992), Actualisation de soi et résolution positive de deuil chez l'adulte. Novembre, Mémoire présenté à l'université du Québec à Trois-Rivières.
- Raymond.C, (2011). LA Cohabitation des parents et de leurs jeunes adultes : perception de la relation parent-jeune adulte et la satisfaction conjugale des parents, Mémoire doctoral présenté à la Faculté des études supérieures et postdoctorales de l'Université Laval dans le cadre du programme de doctorat en psychologie pour l'obtention du grade de Docteur en psychologie (D.Psy.), édition Carole Raymond

Articles :

1. <https://doi.org/10.1016/j.amcp.2019.12.002>, Michaud K, Ludes B.(2019), Autopsie moderne et mort subite. Arch Mal Coeur
2. <https://elearning.univ-bejaia.dz>, Benamsili.L, (2019), Psychotrauma Vaiss Prat

Webographie :

1. [https://www : psycalicia](https://www.psycalicia.com). Scarpatidesclouds
2. <https://www.usherbrooke.ca>

ANNEXES

Annexe N° 01

Voici notre guide d'entretien :

Le guide d'entretien :➤ **L'information personnelle sur le sujet :**

- **Comment appeler-vous ?**

- **Quel est votre âge ?**

- **Quelle est votre profession ?**

Salarié

En chômage

Étudiant (e)

- **Situation personnel :**

En couple

célibataire m

- **Le parent décédé ?**

Père

mère

➤ **Axe 1 : Avant l'évènement :**

- Que représente se parent pour vous ?
- Quel sont vos souvenirs avec votre parent ?
- Est-ce que vous étiez très proche de votre parent ?
- Avez-vous déjà peur de la perte de vos parents ?
- Quelle relation vous –aviez avec ton parent décédé ?

➤ **Axe2 : Pendant l'évènement :**

- Depuis quand votre parent est décédé ?
- Comment avez –vous senti cet évènement ?
- Qu'avez-vous ressenti pendant l'évènement ?
- Vous avez réagi comment suite à cet évènement ?
- Avez-vous ressenti de la frayeur ou de l'angoisse ?
- Avez-vous eu des manifestations des malaises physiques ? si oui, quel genre de malaise : les tremblements, une augmentation de la tension, une accélération de battement de cœur ?

➤ **Axe3 : Après l'évènement :**

- Pourriez-vous nous parlé de ce qui s'est passé ou moment de l'évènement ?
- Reviviez-vous l'évènement dans tes rêves?
- Est –il difficile pour vous de parler sur l'évènement ?
- Vous sentiez- vous en état d'insécurité ?
- Avez –vous des comportements agressifs après l'évènement ?
- Avez-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue ?,
- Avez-vous des idées suicidaires ?
- Avez-vous tendance à vous isoler ou à refuser les contacts ?
- Avez-vous trouvé un soutien auprès de vos proches ?
- Recherchez-vous d'avantages la compagnie ou la présence d'autrui ?
- Pouvez-vous me dire ce qui a changé en vous depuis la mort de votre parent ?

➤ **Axe4 : La vision de future :**

- Pensez –vous dépassé ou oublié cet évènement à l'avenir ?
- Avez –vous des projets que vous souhaitez réaliser ?si oui, de quoi s'agissent-ils ?
- Si vous voulez nous rajouté quelque chose que on n'a pas cité durant l'entretien nous sommes là pour vous écouter n'hésitez pas ?

Annexe N° 02

Traumag

Questionnaire d'évaluation du traumatisme

Carole Damiani
Maria Pereira-Fradin

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

Nom : _____

Prénom : _____

F M Age : _____

Date de passation : _____

Lieu de passation : _____

Informations concernant l'événement :

Événement individuel Collectif Nature* : _____

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

Date : _____

Durée : _____

Blessures physiques : Non Oui Description : _____

Séquelles actuelles : _____

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

Non Oui

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

IPP² Non Oui Pourcentage : _____

* Nature de l'événement

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

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

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

Renseignements généraux concernant la période antérieure à l'événement :

Situation familiale :

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

Nombre d'enfants (préciser leur âge) : _____

Situation professionnelle

Etudiant(e)

Salarié(e) : plein temps temps partiel

Sans emploi : homme ou femme au foyer chômage congé parental

en stage formation congé maladie retraité(e)

Etat de santé

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

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

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

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

Date : _____ Durée : _____

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

Non Oui Nature : _____

Date : _____

Renseignements concernant la période postérieure à l'événement :

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

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

Date de la première séance : _____

Nombre de consultations (à ce jour) : _____

Traitement médical : Non Oui Lequel : _____

Durée : _____

PREMIERE PARTIE

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

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

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

Pendant l'événement

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

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

Depuis l'événement

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

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

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

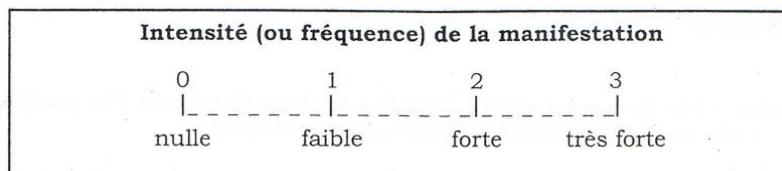
Intensité (ou fréquence) de la manifestation			
0	1	2	3
----- ----- -----			
nulle	faible	forte	très forte

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

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

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

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



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

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

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

DEUXIEME PARTIE

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

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

Délai d'apparition des troubles depuis l'événement

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

Durée des troubles

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

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

Résultats au TRAUMAQ

Cotation des échelles de la première partie

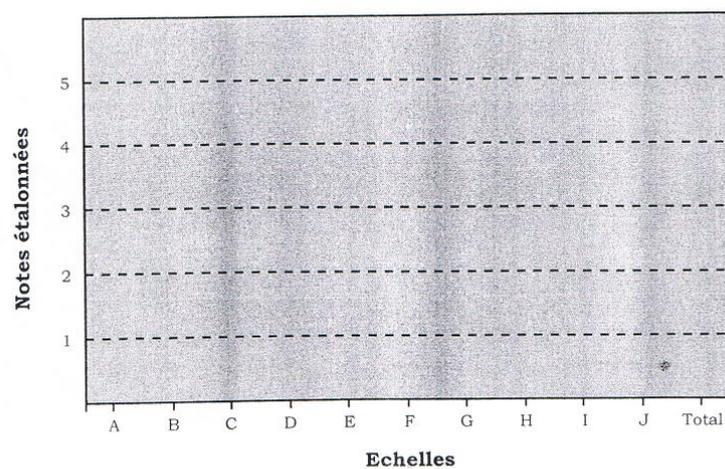
Les notes brutes des échelles A à I correspondent à la somme des points attribués aux items.

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

Conversion des notes brutes en notes étalonnées

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

Profil



Annexe N° 03 Cas N° 01 au TRAUMAQ

PREMIERE PARTIE

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

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

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

Pendant l'événement

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

		0	1	2	3
A1	Avez-vous ressenti de la frayeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A2	Avez-vous ressenti de l'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A3	Avez-vous eu le sentiment d'être dans un état second ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A4	Avez-vous eu des manifestations physiques comme, par exemple, des tremblements, des suees, une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération des battements du cœur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A5	Avez-vous eu l'impression d'être paralysé(e), incapable de réactions adaptées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A6	Avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A7	Vous êtes-vous senti seul(e), abandonné(e) par les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A8	Vous êtes-vous senti impuissant(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total A					23

Depuis l'événement

Nous allons maintenant aborder ce que vous ressentez actuellement.

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

		0	1	2	3
C1	Depuis l'événement, avez-vous plus de difficultés d'endormissement qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C2	Faites-vous davantage de cauchemars ou de rêves terrifiants (au contenu sans rapport direct avec l'événement) ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3	Avez-vous plus de réveils nocturnes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C4	Avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C5	Etes-vous fatigué(e) au réveil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total C					10

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

	0	1	2	3
D1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total D	09			

	0	1	2	3
E1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E5	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total E	07			

	0	1	2	3
F1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total F	11			

	0	1	2	3
G1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total G	06			

Intensité (ou fréquence) de la manifestation

0 1 2 3
 | | | |

 nulle faible forte très forte

		0	1	2	3
H1	Avez-vous perdu de l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H2	Manquez-vous d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H3	Avez-vous des impressions de lassitude, de fatigue, d'épuisement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H4	Etes-vous d'humeur triste et/ou avez-vous des crises de larmes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H5	Avez-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, voire des idées suicidaires ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H6	Eprouvez-vous des difficultés dans vos relations affectives et/ou sexuelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H7	Depuis l'événement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H8	Avez-vous tendance à vous isoler ou à refuser les contacts ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total H					21

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

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

Annexe N° 04 Cas N° 02 au TRAUMA Q

PREMIERE PARTIE

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

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

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

Pendant l'événement

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

		0	1	2	3
A1	Avez-vous ressenti de la frayeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A2	Avez-vous ressenti de l'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A3	Avez-vous eu le sentiment d'être dans un état second ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A4	Avez-vous eu des manifestations physiques comme, par exemple, des tremblements, des sueurs, une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération des battements du cœur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A5	Avez-vous eu l'impression d'être paralysé(e), incapable de réactions adaptées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A6	Avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A7	Vous êtes-vous senti seul(e), abandonné(e) par les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A8	Vous êtes-vous senti impuissant(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total A		22			

Depuis l'événement

Nous allons maintenant aborder ce que vous ressentez actuellement.

		0	1	2	3
B1	Est-ce que des souvenirs ou des images reproduisant l'événement s'imposent à vous durant la journée ou la soirée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B2	Revivez-vous l'événement dans des rêves ou des cauchemars ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B3	Est-il difficile pour vous de parler de l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B4	Ressentez-vous de l'angoisse lorsque vous repensez à ces événements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total B		11			

		0	1	2	3
C1	Depuis l'événement, avez-vous plus de difficultés d'endormissement qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C2	Faites-vous davantage de cauchemars ou de rêves terrifiants (au contenu sans rapport direct avec l'événement) ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3	Avez-vous plus de réveils nocturnes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C4	Avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C5	Etes-vous fatigué(e) au réveil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total C		9			

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

		0	1	2	3
H1	Avez-vous perdu de l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H2	Manquez-vous d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H3	Avez-vous des impressions de lassitude, de fatigue, d'épuisement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H4	Etes-vous d'humeur triste et/ou avez-vous des crises de larmes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H5	Avez-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, voire des idées suicidaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H6	Eprouvez-vous des difficultés dans vos relations affectives et/ou sexuelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H7	Depuis l'événement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H8	Avez-vous tendance à vous isoler ou à refuser les contacts ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total H				19	

		0	1	2	3
I1	Vous arrive-t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour en éviter certaines conséquences ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I2	Vous sentez-vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'événement, et/ou d'avoir survécu alors que d'autres ont disparu ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I3	Vous sentez-vous humilié(e) par ce qui s'est passé ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I4	Depuis l'événement vous sentez-vous dévalorisé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I5	Ressentez-vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I6	Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même ou de voir les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I7	Pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total I				11	

		oui	non
J1	Poursuivez-vous votre activité scolaire ou professionnelle ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J2	Avez-vous l'impression que vos performances scolaires ou professionnelles sont équivalentes à avant ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J3	Continuez-vous à rencontrer vos amis avec la même fréquence ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J4	Avez-vous rompu des relations avec des proches (conjoint, enfant, parent, etc.) depuis l'événement ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J5	Vous sentez-vous incompris(e) par les autres ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J6	Vous sentez-vous abandonné(e) par les autres ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J7	Avez-vous trouvé un soutien auprès de vos proches ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J8	Recherchez-vous davantage la compagnie ou la présence d'autrui ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J9	Pratiquez-vous autant de loisirs qu'auparavant ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J10	Y trouvez-vous le même plaisir qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J11	Avez-vous l'impression d'être moins concerné(e) par les événements qui touchent votre entourage ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total J			05

Annexe N° 05 Cas N° 03 au TRAUMAQ

PREMIERE PARTIE

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

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

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

Pendant l'événement

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

		0	1	2	3
A1	Avez-vous ressenti de la frayeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A2	Avez-vous ressenti de l'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A3	Avez-vous eu le sentiment d'être dans un état second ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A4	Avez-vous eu des manifestations physiques comme, par exemple, des tremblements, des sueées, une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération des battements du cœur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A5	Avez-vous eu l'impression d'être paralysé(e), incapable de réactions adaptées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A6	Avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A7	Vous êtes-vous senti seul(e), abandonné(e) par les autres ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A8	Vous êtes-vous senti impuissant(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total A					30

Depuis l'événement

Nous allons maintenant aborder ce que vous ressentez actuellement.

		0	1	2	3
B1	Est-ce que des souvenirs ou des images reproduisant l'événement s'imposent à vous durant la journée ou la soirée ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B2	Revivez-vous l'événement dans des rêves ou des cauchemars ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B3	Est-il difficile pour vous de parler de l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B4	Ressentez-vous de l'angoisse lorsque vous repensez à ces événements ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total B					04

		0	1	2	3
C1	Depuis l'événement, avez-vous plus de difficultés d'endormissement qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C2	Faites-vous davantage de cauchemars ou de rêves terrifiants (au contenu sans rapport direct avec l'événement) ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3	Avez-vous plus de réveils nocturnes ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C4	Avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C5	Etes-vous fatigué(e) au réveil ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total C					06

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

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

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

		0	1	2	3
F1	Lorsque que vous y repensez ou que vous êtes dans des situations qui vous rappellent l'événement, avez-vous des réactions physiques telles que, par exemple, maux de tête, nausées, palpitations, tremblements, sueurs, respiration difficile ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F2	Avez-vous observé des variations de votre poids ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F3	Avez-vous constaté une détérioration de votre état physique général ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F4	Depuis l'événement, avez-vous des problèmes de santé dont la cause a été difficile à identifier ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F5	Avez-vous augmenté la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, médicaments, nourriture, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total F		0,5			

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

Intensité (ou fréquence) de la manifestation

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

		0	1	2	3
H1	Avez-vous perdu de l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H2	Manquez-vous d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H3	Avez-vous des impressions de lassitude, de fatigue, d'épuisement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H4	Etes-vous d'humeur triste et/ou avez-vous des crises de larmes ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H5	Avez-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, voire des idées suicidaires ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H6	Eprouvez-vous des difficultés dans vos relations affectives et/ou sexuelles ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H7	Depuis l'événement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H8	Avez-vous tendance à vous isoler ou à refuser les contacts ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total H			1	4	4

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

		oui	non
J1	Poursuivez-vous votre activité scolaire ou professionnelle ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J2	Avez-vous l'impression que vos performances scolaires ou professionnelles sont équivalentes à avant ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J3	Continuez-vous à rencontrer vos amis avec la même fréquence ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J4	Avez-vous rompu des relations avec des proches (conjoint, enfant, parent, etc.) depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J5	Vous sentez-vous incompris(e) par les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J6	Vous sentez-vous abandonné(e) par les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J7	Avez-vous trouvé un soutien auprès de vos proches ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J8	Recherchez-vous davantage la compagnie ou la présence d'autrui ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J9	Pratiquez-vous autant de loisirs qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J10	Y trouvez-vous le même plaisir qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J11	Avez-vous l'impression d'être moins concerné(e) par les événements qui touchent votre entourage ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total J		0	8

Annexe N° 05 Cas N° 04 au TRAUMA Q

PREMIERE PARTIE

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

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

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

Pendant l'événement

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

		0	1	2	3
A1	Avez-vous ressenti de la frayeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A2	Avez-vous ressenti de l'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A3	Avez-vous eu le sentiment d'être dans un état second ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A4	Avez-vous eu des manifestations physiques comme, par exemple, des tremblements, des suees, une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération des battements du cœur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A5	Avez-vous eu l'impression d'être paralysé(e), incapable de réactions adaptées ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A6	Avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A7	Vous êtes-vous senti seul(e), abandonné(e) par les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A8	Vous êtes-vous senti impuissant(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total A					21

Depuis l'événement

Nous allons maintenant aborder ce que vous ressentez actuellement.

		0	1	2	3
B1	Est-ce que des souvenirs ou des images reproduisant l'événement s'imposent à vous durant la journée ou la soirée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B2	Revivez-vous l'événement dans des rêves ou des cauchemars ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B3	Est-il difficile pour vous de parler de l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B4	Ressentez-vous de l'angoisse lorsque vous repensez à ces événements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total B					11

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

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

		0	1	2	3
D1	Etes-vous devenu anxieux(se), tendu(e) depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D2	Avez-vous des crises d'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D3	Craignez-vous de vous rendre sur des lieux en rapport avec l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D4	Vous sentez-vous en état d'insécurité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D5	Évitez-vous des lieux, des situations ou des spectacles (TV, cinéma) qui évoquent l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total D					13

		0	1	2	3
E1	Vous sentez-vous plus vigilant(e), plus attentif(ve) aux bruits qu'auparavant, vous font-ils plus sursauter ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E2	Vous estimez-vous plus méfiant(e) qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3	Etes-vous plus irritable que vous ne l'étiez avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E4	Avez-vous plus de mal à vous maîtriser (crise de nerfs, etc.) ou avez-vous davantage tendance à fuir une situation insupportable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E5	Vous sentez-vous plus agressif(ve) ou craignez-vous de ne plus contrôler votre agressivité depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E6	Avez-vous eu des comportements agressifs depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total E					13

		0	1	2	3
F1	Lorsque que vous y repensez ou que vous êtes dans des situations qui vous rappellent l'événement, avez-vous des réactions physiques telles que, par exemple, <u>maux de tête</u> , nausées, palpitations, <u>tremblements</u> , sueurs, respiration difficile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F2	Avez-vous observé <u>des variations de</u> votre poids ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F3	Avez-vous constaté une détérioration de votre état physique général ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F4	Depuis l'événement, avez-vous des problèmes de santé dont la cause a été difficile à identifier ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F5	Avez-vous augmenté la consommation de certaines substances (<u>café</u> , cigarettes, alcool, médicaments, <u>nourriture</u> etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total F					10

		0	1	2	3
G1	Avez-vous plus de difficultés à vous concentrer qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
G2	Avez-vous plus de "trous de mémoire" qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G3	Avez-vous des difficultés à vous rappeler l'événement ou certains éléments de l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total G					07

Intensité (ou fréquence) de la manifestation

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

		0	1	2	3
H1	Avez-vous perdu de l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H2	Manquez-vous d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H3	Avez-vous des impressions de lassitude, de fatigue, d'épuisement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H4	Etes-vous d'humeur triste et/ou avez-vous des crises de larmes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H5	Avez-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, voire des idées suicidaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H6	Eprouvez-vous des difficultés dans vos relations affectives et/ou sexuelles ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H7	Depuis l'événement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H8	Avez-vous tendance à vous isoler ou à refuser les contacts ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total H					15

		0	1	2	3
I1	Vous arrive-t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour en éviter certaines conséquences ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I2	Vous sentez-vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'événement, et/ou d'avoir survécu alors que d'autres ont disparu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I3	Vous sentez-vous humilié(e) par ce qui s'est passé ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I4	Depuis l'événement vous sentez-vous dévalorisé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I5	Ressentez-vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I6	Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même ou de voir les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I7	Pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total I					13

J1	Poursuivez-vous votre activité scolaire ou professionnelle ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J2	Avez-vous l'impression que vos performances scolaires ou professionnelles sont équivalentes à avant ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J3	Continuez-vous à rencontrer vos amis avec la même fréquence ?	oui	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J4	Avez-vous rompu des relations avec des proches (conjoint, enfant, parent, etc.) depuis l'événement ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	non
J5	Vous sentez-vous incompris(e) par les autres ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	non
J6	Vous sentez-vous abandonné(e) par les autres ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	non
J7	Avez-vous trouvé un soutien auprès de vos proches ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	non
J8	Recherchez-vous davantage la compagnie ou la présence d'autrui ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	non
J9	Pratiquez-vous autant de loisirs qu'auparavant ?	oui	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J10	Y trouvez-vous le même plaisir qu'auparavant ?	oui	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J11	Avez-vous l'impression d'être moins concerné(e) par les événements qui touchent votre entourage ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	non
Total J					4

Résumé :

L'expression mort subite des parents chez l'adulte désigne toute mort qui ne pouvait pas être prévue la journée précédente qui se caractérise par une perte brutale, survenant dans l'heure suivant le début des symptômes traumatiques chez les adultes. Il s'agit d'un décès inattendu et inopiné survenant chez un sujet apparemment en bonne santé.

Nous oublions parfois la profondeur du lien que nous avons avec nos parents. Ils sont souvent notre lien principal dans le monde et vers le monde. Même si nous avons un conjoint aimant, des enfants et de nombreux amis proches, la mort d'un parent signifie la perte de l'un de nos premiers et plus importants liens. L'idée fausse selon laquelle un adulte mature et capable n'aura pas besoin de pleurer son parent peut faire en sorte que les personnes en deuil se sentent encore plus seules, car leur chagrin n'est pas reconnu.

Notre travail a pour objectif de décrire et d'explorer le vécu psychologique des adultes ayant perdu un parent suite à une mort subite, à travers une démarche clinique, nous accordons l'importance au lien d'attachement qui est parmi les facteurs influençant le traumatisme psychique. C'est dans le cadre référentiel psycho-dynamique que nous avons réalisé notre enquête de terrain au niveau de lieux de recherche ou des consultations psychologiques de nos quatre sujets de recherche par l'entretien clinique semi-directif, ainsi que le questionnaire TRAUMAQ. Les résultats de cette recherche ont témoigné d'un vécu différent d'un sujet à un autre. En effet, Farah présente peut-être des symptômes traumatiques face à la perte subite de son père à cause de la séparation qui a duré 2 ans, qui a crié un détachement chez Farah, que Mourad, Samia, Lynda présentent un traumatisme psychique très fort suite à la mort inattendue de leurs parents et les relations très proches qui existent entre ces adultes et leurs parents décédés, qui ont causé aussi la sévérité des symptômes de syndromes psycho-traumatiques.

Les mots clés : le traumatisme psychique, la mort subite, l'adulte, l'attachement.

Summary:

Sudden parental death in adults refers to any death that could not be predicted the day before. It is characterized by a sudden loss, occurring within one hour of the onset of traumatic symptoms in adults. It is an unexpected and untimely death in an apparently healthy individual. Everyone has their own story, their own memories. But one fact remains: our parents are irreplaceable, regardless of age or relationship. "To lose one's parents is to lose one's roots, they are the basis of our identity, our pillars, the witnesses of our history. It is a part of our life that disappears with them. And even if they were far away or if the relationship was sometimes tumultuous, they represented a security. Loss can create a lot of insecurity.

We sometimes forget the depth of the connection we have with our parents. They are often our primary link in and to the world. Even if we have a loving spouse, children and many close friends, the death of a parent means the loss of one of our first and most important connections. The misconception that a mature, capable adult will not need to grieve for their parent can make the bereaved feel even more alone because their grief is not acknowledged.

Our work aims to describe and explore the psychological experience of adults who have lost a parent following a sudden death, through a clinical approach; we give importance to the bond of attachment which is among the factors influencing the psychological trauma. It is within the framework of referential psychodynamics that we conducted our field survey at the level of research site or psychological consultations of our four research subjects by the clinical interview semi-directive, as well as the questionnaire TRAUMAQ. The results of this research have shown a different experience from one subject to another. Indeed, Farah can present traumatic symptoms in front of the sudden loss of his father because of the separation that lasted 2 years, which has caused a detachment in Farah, that Mourad, Samia, Lynda present a very strong psychic trauma following the unexpected death of their parent and the very close relations that exist between these said and their deceased parents, which also caused the severity of the symptoms of psycho-traumatic syndrome.

Key words: psychic trauma, sudden death, adult, attachment.