



Université Abderrahmane Mira - Béjaïa
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département de Psychologie et d'Orthophonie

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de MASTER
en psychologie

Option: psychologie clinique

Thème

Le profil psychotraumatique des adolescents suivis au sein
du service de pédopsychiatrie de l'EHS de Ouad Ghir

Etude de quatre (04) cas de la Wilaya de Béjaïa

Réalisé par :

BECHIR Massinissa

Encadré par :

Pr. IKARDOUCHENE

Année universitaire : 2023-2024

Remercîments

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à toutes les personnes et institutions qui ont contribué à la réalisation de ce travail de recherche intitulé « le profil psychotraumatique chez les adolescents suivis au sein du service de pédopsychiatrie de l'EHS de Ouad Ghir ».

Tout d'abord, je tiens à exprimer ma profonde gratitude à M. FERGUANI Louhab, qui a été mon premier encadrant. Je remercie également Pr. IKARDOUCHENE Zahia d'avoir accepté de reprendre mon travail après le départ de Dr. Fergani. Sa décision d'assumer cette responsabilité malgré sa « saturation » nous emplit de reconnaissance. Leur guidance éclairée, leurs conseils précieux et leur soutien indéfectible tout au long de ce projet ont été inestimables. Leurs connaissances approfondies et leurs encouragements ont été essentiels à la réussite de cette étude.

Je souhaite également remercier les membres du jury pour leurs éventuelles critiques constructives et leurs suggestions pertinentes, qui vont grandement améliorer la qualité de ce travail.

Un grand merci aux adolescents et à leurs familles qui ont participé à cette étude. Leur volonté de partager leurs expériences a été inestimable pour la réalisation de cette recherche.

Je suis reconnaissant envers l'institution universitaire et l'Etablissement Hospitaliers Spécialisé de Ouad Ghir (Béjaïa) qui ont facilité la collecte des données, et tout particulièrement à mes enseignants et aux professionnels de la santé mentale pour leur collaboration et leur soutien.

Je tiens également à exprimer ma reconnaissance à mes collègues, pour leurs encouragements constants et leur soutien moral. Leur aide et leurs discussions stimulantes ont été d'une grande aide.

Enfin, je remercie ma famille et mes amies pour leur patience, leur compréhension et leur soutien inébranlable tout au long de mon parcours universitaire et particulièrement durant cette période de recherche intensive. Leur amour et leur soutien ont été ma principale source de motivation.

Merci à tous pour votre contribution précieuse à ce travail.



Dédicace

Je dédie ce travail à toute personne qui m'a été une source de soutien et d'inspiration tout au long de mon parcours académique.

À mes très chers parents qui m'ont toujours soutenu tout au long de mon parcours.

À mes sœurs, Fadia, Lamia, Hassiba, Thamilla, pour leur amour inconditionnel et leur encouragement constant.

À mes frères, Dahmane (Dada), Houas, Ferhat, Vigou, Farinas et Syfax

A ma très chère Katia pour son amour, son soutien et sa présence à mes côtés dans les moments les plus difficiles que j'ai traversé.

À mes beaux-frères, Djamel, Khoullaf et Mouloud

A mes tous mes collègues et camarades que j'ai rencontrés durant mon parcours universitaire

À mes amis Willy, Bylka, Massyl, Salim, Abbas, Aziz, Tayeb, Fares, Massi oudjenad et sa femme Katia, Ghilas l'abdo, Moho, Kouceila Rooney, Tahar, Lounis, Chahla, Cylia et a tous les autres que je m'excuse de ne pas pouvoir citer individuellement. Votre amitié et votre soutien ont été essentiels dans cette aventure.

À l'association CCI Targa Ouzemour, avec qui j'ai partagé des moments formidables.

Enfin, je souhaite terminer cette dédicace avec une citation qui résume l'essence de ce parcours

"Le seul moyen de réaliser l'impossible est de croire que c'est possible"

Charles Kingsleigh

Massi



Liste des tableaux

N° du tableau	Titre	Page
Tableau N° 1	Stades du développement pubertaire selon Tanner	46-47
Tableau N° 2	Stade de développement physique, cognitif et psychologique de l'adolescent	50-51-52
Tableau N° 3	Les caractéristiques de notre groupe de recherche	66
Tableau N° 4	grille de cotation des échelles du TRAUMAQ	72
Tableau N° 5	La conversion des notes brutes en notes étalonnées, par échelle	73
Tableau N° 6	Interprétation des scores obtenus des dix échelles au questionnaire	73
Tableau N° 7	résultat des notes brutes et les notes étalonnées des échelles du TRAUMAQ obtenues par Louiz.	83
Tableau N° 8	Le tableau représente résultat des notes brutes et les notes étalonnées des échelles du TRAUMAQ obtenues par Arezki.	86
Tableau N° 9	Le tableau représente résultat des notes brutes et les notes étalonnées des échelles du TRAUMAQ obtenues par Sarah.	90
Tableau N° 10	Le tableau représente résultat des notes brutes et les notes étalonnées des échelles du TRAUMAQ obtenues par Mehdi.	93

Liste des figures

N° de la figure	Titre	Page
Figure N° 01	Illustration de profil psychotraumatique de Louiz	84
Figure N° 02	Illustration de profil psychotraumatique de Arezki	87
Figure N° 03	Illustration de profil psychotraumatique de Sarah	91
Figure N° 04	Illustration de profil psychotraumatique de Mehdi	94

Liste des annexes

N° de l'annexe	Titre
Annexe N° 01	Guide d'entretien de recherche semi-directif
Annexe N° 02	Questionnaire de TRAUMAQ
Annexe N° 03	Feuille des résultats au TRAUMAQ
Annexe N° 04	Cas N° 01 au TRAUMAQ
Annexe N° 05	Cas N° 02 au TRAUMAQ
Annexe N° 06	Cas N° 03 au TRAUMAQ
Annexe N° 07	Cas N° 04 au TRAUMAQ

Liste des abréviations

Abréviations	Significations
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
HAS	Haute Autorité de santé
CIM	Classification Internationale des Maladies
EHS	Etablissement Hospitalier spécialisé
DSM	Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux
PCL-5	Post traumatic stress disorder Checklist for DSM5
PDEQ	Peritraumatic dissociative experience questionnaire (Questionnaire des expériences de dissociation péritraumatique).
PDI	Peritraumatic distress inventory (Inventaire de détresse péri-traumatique).
PTSD	Post traumatic stress disorder
ESPT	Etat de stress post-traumatique
TSPT	Trouble de stress post-traumatique
TRAUMAQ	Questionnaire d'évaluation du traumatisme psychique
TCC	Thérapie cognitive et comportementale
EMDR	Eye-movement desensitization and reprocessing (Désensibilisation et Retraitement par les Mouvements Oculaires)
LH-RH, FSH	Hormone gonadotrope sécrétée par l'hypophyse, agissant sur les gonades (ovaires et testicules)
CAPS	Clinician Administred PTSD Scale
(IMC)	Indice de Masse Corporelle

Table de matière

Liste des tableaux	
Liste des figures	
Liste des annexes	
Liste des abréviations	
Table de matière	
Introduction	12
Partie théorique	
Chapitre I problématique et hypothèses	
I. Problématique	16
II. Hypothèses	18
III. Opérationnalisation des concepts	18
IV. Les objectifs de la recherche	19
V. Les raisons du choix du thème	19
Chapitre II Le traumatisme psychique	
Préambule	21
1. L'émergence du concept de traumatisme psychique.....	22
2. La névrose traumatique	23
4. Traumatisme psychique.....	24
5. Le stress et le trouble stress post-traumatique TSPT	25
5.1 Le stress	25
5.2 Le trouble de stress post-traumatiques TSPT.....	26
6. Les psychotraumatismes individuels et collectifs	26
6.1 Psychotraumatisme individuel	26
6.2 Psychotraumatisme collectif.....	26
7. Les types de traumatisme psychique	27
7.1 Traumatisme de type 1	27
7.2 Traumatisme de type 2	27
8. Les événements traumatogènes	28
8.1 Les accidents	28
8.2 Les catastrophes naturelles	28
8.3 La violence physique.....	28
8.4 La violence psychologique	28
8.5 L'abus sexuel.....	28

9.	Les approches théoriques explicatives du traumatisme psychique	29
9.1	L'approche psychodynamique	29
9.2	L'approche cognitive et comportementale	29
9.3	L'approche athéorique du DSM-5.....	30
10.	Le critères diagnostique du traumatisme psychique.....	31
10.1	Selon la CIM-10	31
10.2	Selon la CIM-11	31
10.3	Selon le DSM-5	32
11.	Le profile psychotraumatique chez l'adolescent	35
12.	Troubles associés au psychotraumatisme chez l'adolescent	37
13.	Les Risques liés aux psychotraumatisme	37
14.	Les outils de mesure et d'évaluation du traumatisme psychique	38
14.1	Le PDEQ	38
14.2	L'inventaire de détresse Péritraumatique (PDI)	38
14.3	Le Clinician Administred PTSD Scale (CAPS)	39
14.4	Le Posttraumatic Disorder Check List for DSM-5 (PCL-5)	39
14.5	Le TRAUMAQ.....	39
15.	La prise en charge du psychotraumatisme chez l'adolescent.....	39
15.1	Prise en charge psychothérapeutique.....	40
15.1.1	La psychothérapie psychodynamique.....	40
15.1.2	Thérapies cognitive et comportementale TCC	40
15.1.3	EMDR.....	41
15.2	Prise en charge médicamenteuse	41
	Synthèse	43

Chapitre III L'adolescence

	Préambule.....	45
1.	L'adolescence.....	46
1.1	Définition de l'adolescence	46
1.2	Adolescence et Puberté	46
1.3	Puberté et crises d'adolescence	47
2.	Les caractéristiques de l'adolescence.....	47
2.1	Caractéristiques physiques et hormonales.....	48
2.1.1	Chez le garçon	48
2.1.2	Chez la fille.....	48
2.2	Caractéristiques cognitives et intellectuelles.....	49
2.3	Caractéristiques psychologiques et émotionnelles	49

3.	Le rapport au corps.....	49
4.	La sexualité	50
5.	Les étapes de l'adolescence.....	50
6.	La psychopathologie de l'adolescent	52
6.1	La dépression.....	52
6.2	L'anxiété.....	53
6.3	Les phobies.....	53
6.4	L'agressivité	54
6.5	Troubles de l'alimentation.....	54
7.	Délinquance et comportements à risque chez l'adolescent	54
7.1	La Prévention de la délinquance.....	55
8.	Adolescence et violence	56
8.1	Violence sur soi et sur autrui (Auto-agressivité – hétéro-agressivité)	56
8.2	Violence dans le milieu familial.....	56
9.	Principe de prise en charge de l'adolescent	57
	Synthèse	58

Partie pratique

Chapitre IV Méthodologie de la recherche

	Préambule.....	61
1.	Les limites de la recherche	62
2.	La méthode utilisée dans la recherche.....	62
3.	Présentation du lieu de recherche	64
4.	Le groupe de recherche	65
5.	Les outils de la recherche	66
6.	L'entretien de recherche.....	66
6.1	Déroulement de l'entretien	67
6.2	Axes de l'entretien clinique semi directif.....	67
7.	Le questionnaire de TRAUMAQ	68
8.	Déroulement de la recherche.....	73
9.	La pré-enquête.....	73
10.	L'enquête.....	74
10.1	Vérification du consentement des cas :	75
11.	Attitude du chercheur	76
12.	Les difficultés de la recherche.....	76
	Synthèse	78

Chapitre V Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Préambule.....	80
1. Présentation et analyse des résultats.....	81
1.1 Cas N° 01 : Louiz	81
1.1.1 Présentation du cas et analyse des données de l'entretien.....	81
1.1.2 Synthèse de l'entretien semi-directif avec Louiz	82
1.1.3 Présentation des résultats du questionnaire de TRAUMAQ	83
1.1.4 Synthèse des données du questionnaire de TRAUMAQ de Louiz :	84
1.2 Cas N°02 : Arezki.....	84
1.2.1 Présentation du cas et analyse des données de l'entretien.....	84
1.2.2 Synthèse de l'entretien semi-directif avec Arezki.....	86
1.2.3 Présentation des résultats du questionnaire de TRAUMAQ	86
1.2.4 Synthèse des données du questionnaire de TRAUMAQ de Arezki	87
1.3 Cas N°3 : Sarah	88
1.3.1 Présentation du cas et analyse des données de l'entretien.....	88
1.3.2 Synthèse de l'entretien clinique semi-directif avec Sarah.....	89
1.3.3 Analyse des résultats du questionnaire de TRAUMAQ.....	90
1.3.4 Synthèse des résultats du questionnaire de TRAUMAQ de Sarah.....	91
1.4 Cas N°4 : Mehdi	91
1.4.1 Présentation du cas et analyse des données de l'entretien.....	91
1.4.2 Synthèse de l'entretien semi-directif avec Mehdi	93
1.4.3 Analyse des résultats du questionnaire de TRAUMAQ.....	93
1.4.4 Synthèse des résultats du questionnaire du TRAUMAQ	94
1.5 Synthèse de l'analyse des données	95
2. Discussion des hypothèses	95
2.1 Analyse des cas :	95
2.1.1 Discussion de l'hypothèse 1 :	97
2.2 Analyse des cas :	97
2.2.1 Conclusion pour l'hypothèse 2 :	98
Synthèse	99
Conclusion.....	101
Références bibliographiques	
Annexes	

Introduction

Introduction

"La souffrance peut être un tremplin vers une nouvelle existence." Boris Cyrulnik

Le monde dans lequel nous vivons, des événements multiples se produisent, parfois violents et agressifs au point de laisser des traces dans la mémoire, souvent difficiles à effacer. Des catastrophes naturelles, des guerres, des scènes de violences quotidiennes comme les agressions physiques ou psychologiques, des viols, de la maltraitance, la torture ou peut-être même un simple fait divers dans les médias, sont tous des situations auxquelles l'individu est confronté dans son vécu quotidien.

Des incidents même banales qu'ils soient pour certains, peuvent avoir un impact psychologique considérable sur les individus les plus fragiles. L'être humain quel que soit son niveau intellectuel ou son statut social, peut à tout instant passé par des moments critiques et bouleversants

Dans ce travail, nous nous intéressons à l'adolescent qui passe par une phase transitoire entre l'enfance et l'âge adulte et qui est une étape importante du développement de l'individu en raison des changements qu'elle entraîne tant sur le plan physique et psychologique. C'est aussi un passage déterminant dans la conception de la personnalité et l'avenir de chaque individu.

Le profil psychotraumatique est un outil par lequel le psychologue cherche à identifier les manifestations traumatiques et à évaluer leur impact sur le sujet. Ainsi, le psychologue peut obtenir une perspective sur le processus de prise en charge, tout en prenant connaissance de la symptomatologie liée aux traumatismes passés et en déterminant l'origine des troubles dont souffre le sujet. Notre recherche se concentre donc sur ce profil de l'adolescent.

Après cette brève introduction, nous présenterons notre travail divisé en deux parties. La première partie est théorique et comporte trois chapitres. Le premier chapitre, est consacré à la problématique et hypothèses, le second chapitre est intitulé "le traumatisme psychique", ou nous avons abordé l'émergence du concept de traumatisme psychique à travers l'histoire, puis nous avons défini les notions de traumatisme psychique, du stress ainsi que du stress post-traumatique, par la suite nous avons abordé la typologie du psychotraumatisme, les événements traumatogènes, les différentes approches théoriques explicatives du traumatisme psychique, en passant par les critères diagnostiques de ce dernier, enfin nous avons penché sur la question du profil psychotraumatique de l'adolescent ainsi que les troubles et les risques associés au traumatisme psychique, les différents outils d'évaluation de celui-ci et la prise en

Introduction

charge du traumatisme psychique notamment chez l'adolescent. Le troisième chapitre est consacré à "l'adolescence", à l'étude de cette période de la vie à travers ses différents aspects (physiologique, biologique et psychologique), ainsi que les caractéristiques développementales de l'adolescent. Nous aborderons ensuite les étapes de l'adolescence et certains troubles psychopathologiques associés, en incluant la violence et la délinquance liées à ce stade de développement. Enfin, nous concluons avec quelques principes de la prise en charge de l'adolescent. Nous avons terminé ce chapitre avec une conclusion.

La deuxième partie est consacrée au côté pratique, est également divisée en deux chapitres, le premier (chapitre IV) est consacré à la méthodologie de la recherche dans lequel nous avons parlé tout d'abord des limites de notre recherche, la méthode sur laquelle nous nous sommes basés pour élaborer notre travail, par la suite nous avons présenté le lieu où nous avons effectué la pratique de notre recherche à savoir l'EHS de Ouad Ghir et le groupe de recherche constituer d'adolescent(e)s de différentes tranches d'âge qui nous ont permis la réalisation de cette partie essentiel de notre mémoire, puis les outils de recherche employés tels que le guide d'entretien clinique semi-directif et le questionnaire du TRAUMAQ, en passant par le déroulement de la pré-enquête et de l'enquête, pour terminer enfin avec l'attitude du chercheur.

Le dernier chapitre (chapitre V) est quant à lui, consacré à la présentation et l'analyse des résultats de notre recherche ainsi qu'à la discussion de nos hypothèses.

Nous avons terminé notre recherche avec une conclusion générale dans laquelle nous avons soulevé quelques recommandations pour les futures étudiants et chercheurs souhaitant réaliser des études approfondies sur cette même thématique, suivie d'une liste bibliographique et des annexes ainsi qu'un récapitulatif de la recherche.

Partie théorique

Chapitre I

problématique et hypothèses

I. Problématique

L'adolescence, une phase de transition complexe entre l'enfance et l'âge adulte, elle est souvent marquée par des événements qui, lorsqu'ils revêtent une nature traumatique, peuvent exercer des influences profondes sur le bien être psychologique des individus. À cet effet, comprendre le profil psychotraumatique des adolescents devient ainsi une démarche essentielle pour le psychologue afin d'appréhender la diversité des réponses à ces expériences traumatisantes.

Selon la définition du dictionnaire "Larousse" l'adolescence est une « période de l'évolution de l'individu, conduisant de l'enfance à l'âge adulte. Elle débute à la puberté (vers 11-13 ans chez la fille, 13 – 15 ans chez le garçon) et s'accompagne d'importantes transformation biologique, psychologiques et sociales » (adolescence - LAROUSSE, s. d.).

Pour Emmanuelli (2021), cette définition est simple, la notion d'adolescence recouvre désormais une période plus complexe dont se rend compte la sémantique, la puberté, l'adolescence, la jeunesse sont des termes qui représente un enjeu physiologique, psychologue et social, qui, en fonction des époques et des sociétés, interagissent entre eux (Emmanuelli, 2021).

La notion d'adolescence fait référence principalement à ce processus de développement personnel, qui commence par la période physique de la puberté et se caractérise par des changements psychologiques et comportementaux initialement appelés « crise d'adolescence » (Marcelli et *al.*, 2018).

Cette étape cruciale du développement de l'individu, qui est l'adolescence, est également marquée par une vulnérabilité psychologique accrue en relations avec les événements et les différentes crises qu'elle traverse. « Elle constitue un élément fondamental dans la configuration multidimensionnelle que subi l'enfant en voix de devenir adulte. Pour Les changements psychiques majeurs à l'adolescence entraînent une fragilité relative de l'équilibre psychoaffectif. Un avantage majeur de cette sensibilité du système psychique est qu'elle permet d'évoluer vers une spécificité de fonctionnement » (Marcelli et *al.*, 2018, p. 633-634)

Le traumatisme psychique est un événement violent et complexe pouvant bouleverser l'équilibre psychologique de l'individu et ainsi induire des changements significatifs dans la construction psychique du sujet. Pour Chahraoui. K, en ce qui concerne la psychopathologie, le traumatisme psychique constitue depuis longtemps une problématique centrale, qui oblige à réfléchir autour des liens complexes entre l'environnement et le sujet dans une relation non

causale mais interactif, il peut par sa capacité à transformer d'une manière radicale l'équilibre somato-psychique, l'identité, les croyances et les relations à autrui de l'individu (Chahraoui, 2013).

Selon le DSM-5 (2015), la symptomatologie traumatique se manifeste par des symptômes immédiats physiques et psychiques tels que les dissociations et la détresse péri-traumatique accompagnées de stress aigu. Lorsqu'elles durent plus de 1 mois, elles se manifestent sous forme de traumatisme. Ce trouble comprend des réminiscences nocturnes et diurnes avec des flashbacks et des cauchemars, ainsi que d'autres symptômes qui peuvent survenir, tels que l'évitement lié à la situation traumatique, des altérations ou troubles des cognitions et de l'humeur, une hypervigilance, des sursauts et de l'insomnie.

À partir de ce que nous avons avancés comme définitions ainsi que les critères du traumatisme psychique, ceux-ci nous amènent à aborder cette thématique en se basant sur l'approche intégratives qu'est la plus adéquate à notre thématique de recherche intitulée le profil psychotraumatisme chez les adolescents suivies au sein du service de pédopsychiatrie de l'EHS de Ouad Ghir, car elle vise en premier lieu à établir un profil psychotraumatique spécifique en fonction de la nature de l'événement traumatique et également de comprendre le fonctionnement des processus psychologiques en jeu de chaque profil.

Dans cette perspective, nous explorons les mécanismes psychologiques, les facteurs de vulnérabilité, ainsi que les manifestations psychopathologiques fréquentes chez les adolescents exposés à des traumatismes psychologiques en lien avec différents contextes individuel, familial et sociale.

Cette recherche se propose donc, d'explorer le profil psychotraumatique des adolescents Ce qui nous ramène à poser les questions suivantes :

1. Quel sera le profil psychotraumatique spécifique chez les adolescents suivis au sein du service de pédopsychiatrie de l'EHS de Ouad Ghir ?

1.1 La nature de l'événement traumatique façonnera -t-elle un profil psychotraumatique spécifique chez les adolescents ?

2. Les symptômes du traumatisme psychique, varieraient-ils d'un adolescent à un autre ?

II. Hypothèses

Les données théoriques recueillies dans notre revue de lecture stipulent que les traumatismes de différentes natures peuvent activer des réponses psychologiques et comportementales spécifiques. Ainsi, par exemple, il est connu que les abus sexuels peuvent souvent entraîner des symptômes de dissociation, tandis que les abus physiques peuvent être plus liés à des comportements agressifs. Compte tenu de ces données donc, nous proposons l'hypothèse suivante :

- **La nature de l'évènement traumatique influence la construction d'un profil psychotraumatique différent chez l'adolescent.**

Les données théoriques recueillies dans notre revue de lecture stipulent qu'il existe une variabilité des symptômes qui peut être influencée par des facteurs tels que : la résilience personnelle, le soutien social, les antécédents de santé mentale et la durée ou la chronicité de l'exposition au traumatisme. Ainsi, à partir de ces données, nous proposons la deuxième hypothèse suivante :

- **La symptomatologie traumatique varie d'un adolescent à un autre en fonction de l'intensité et de la nature de l'évènement traumatique subi.**

III. Opérationnalisation des concepts

- **Le traumatisme psychique**

Ce qui définit le traumatisme dans notre recherche, c'est le psychiatre et le psychologue qui suivent l'adolescent au sein de l'institution de pédopsychiatrie de l'EHS de Ouad Ghir

- **Le profil psychotraumatique**

Ce qui définit le traumatisme psychique dans notre travail c'est le test TRAUMAQ avec un score de 36 à 128, fournissant une mesure de la sévérité du traumatisme chez les adolescents participants.

- **L'adolescent**

Pour définir de manière opérationnelle l'adolescent dans le contexte de notre recherche clinique, Nous avons pris les critères clairs et mesurables comme suit :

L'adolescent est un individu âgé de 12 à 18 ans, en transition entre l'enfance et l'âge adulte. Cette période est marquée par la puberté.

IV. Les objectifs de la recherche

- ❖ Diagnostiquer le traumatisme psychique chez les adolescents ayant vécu un événement traumatique.
- ❖ Evaluer le profil psychotraumatique des adolescents souffrant de traumatisme psychique afin de comprendre les manifestations et les impacts des traumatismes chez les adolescents et afin d'adapter des interventions thérapeutiques.
- ❖ Analyser la variabilité des symptômes traumatiques en fonction des types de traumatismes vécus.
- ❖ Étudier les facteurs de risque et de protection associés aux profils psychotraumatiques.

Importance de notre recherche :

Cette recherche a une importance multidimensionnelle :

- ❖ Elle contribue à l'avancement des connaissances scientifiques sur les traumatismes chez les adolescents.
- ❖ Améliore la pratique clinique et le bien-être des jeunes patients.
- ❖ Sensibilise le public et les décideurs à l'importance de la santé mentale des adolescents.
- ❖ Offrir une base solide pour des interventions thérapeutiques personnalisées et efficaces.
- ❖ Cette étude a le potentiel de transformer la prise en charge des adolescents traumatisés en pédopsychiatrie.

V. Les raisons du choix du thème

Si nous devons expliquer les motivations derrière le choix de cette thématique, nous dirons que l'adolescence est une période essentielle, voire d'une importance capitale dans le développement de l'individu, c'est la passerelle qui permet à l'enfant de grandir. Il est donc, vital de connaître les éléments qui peuvent perturber le développement normal des jeunes appartenant à cette catégorie d'âge tels que les traumatismes psychiques.

Choisir de rechercher le profil psychotraumatique des adolescents en pédopsychiatrie est donc important pour de nombreuses raisons :

- Cela répond à un besoin de compréhension et de traitement des traumatismes chez une population vulnérable.
- Améliore les pratiques cliniques.
- Informe les politiques de santé.
- Contribue à la recherche scientifique.

Chapitre II

Le traumatisme psychique

Préambule

Dans ce deuxième chapitre, nous allons d'abord présenter un aperçu de l'évolution du concept de psychotraumatisme à travers les différentes époques en abordant quelques définitions clés utilisées par les différentes approches théoriques, ceci nous permettra de mieux cerner le concept en question et d'avoir une vision plus claire sur le sujet. Nous allons ensuite parler sur les formes de psychotraumatisme et les manifestations concrètes du profil psychotraumatique en générale et en particulier chez l'adolescent, nous explorerons également les symptômes du psychotraumatisme, les variations individuelles et les trajectoires évolutives de ces profils en mettant en évidence ses différents aspects.

Ce chapitre visera également à fournir les perspectives déployées pour guider les approches cliniques et les interventions thérapeutiques en analysant les conséquences psychotraumatiques, nous chercherons ainsi à identifier les stratégies d'intervention spécifiques pour une meilleure prise en charge thérapeutique et renforcer le processus de résilience des adolescents victime de psychotraumatisme.

1. L'émergence du concept de traumatisme psychique

En traversant l'épopée sumérienne de Gilgamesh (2000 av. J.-C.) en passant par l'Iliade d'Homère, l'antiquité regorge dans ces récits légendaires de véritables observations cliniques, à l'image du guerrier athénien surnommé *Épizelos* (Hérodote, 350 av. J.-C) atteint de cécité hystérique émotionnelle en pleine bataille de Marathon. On retrouve aussi la présence de rêves traumatiques abordés dans le "*Traité des songes*" d'Hippocrate (400 av. J.-C), ainsi que dans le "*De natura rerum*" de Lucrèce (40 av. J.-C), plus tard dans la chanson de Roland (vers 1100) et dans la chronique de Froissard (en 1388) (Chidiac & Crocq, 2010).

Le Philosophe Pascal, en 1654, a failli tomber dans la seine avec son carrosse à cause de ces chevaux emballés, par la suite, il présente tous les symptômes de ce qui sera décrit plus tard sous l'appellation de névrose traumatique telles que les reviviscences diurnes, cauchemars de chute, précaution contra phobique qui l'oblige à placer une chaise près de son lit le soir pour s'assurer qu'il n'y a plus de vide à son côté, et replis de la personnalité dans une retraite hors du monde (Trauma et résilience, 2012).

La réflexion sur l'origine du trauma à des origines lointaines que la violence des hommes et leur questionnement face à l'incompréhension autour de la survenue soudaine de la mort, il faut attendre la fin du XIXe siècle pour que le concept de "névrose traumatique" soit introduit par Hermann Oppenheim. On peut citer quatre périodes dans l'évolution historique du trauma : les précurseurs, les fondateurs, les continuateurs, les novateurs (Chidiac & Crocq, 2010).

Dans sa thèse de doctorat de 1889, intitulée *L'automatisme psychologique*, Pierre Janet est le premier à avoir cerner le traumatisme psychique identifier comme des extinctions liées à un événement violent venant frapper le psychisme y pénètrent par effraction, y demeurent par la suite comme un corps étranger. Ce dernier va donner lieu à une dissociation d'images et des sentiments bruts, que Janet dénomme « idées fixes » faisant une place appart dans le préconscient, y restent ignorés de la conscience provoquant ainsi des manifestations psychiques ou psychomotrices « automatiques » non délibérées et inadaptées telles que des hallucinations, cauchemars, sursauts et actes automatiques, tandis que le reste de la conscience continue d'élaborer des pensées et des actes circonstanciés et adaptés (Chidiac & Crocq, 2010).

En 1921, Freud explique les aspects dynamiques de sa théorie du trauma en comparant métaphoriquement le psychisme à une vésicule vivante, une sorte de boule protoplasmique en remaniement constant protégée par une couche superficielle "par-excitation" qui protège

l'appareil psychique et dont le rôle est de repousser les excitations nuisibles ou de les filtrer en les atténuant pour les rendre acceptables et assimilables (plus facile à lier) les différences constitutionnelles font que certains individus sont dotés d'une par-excitation forte et d'autres non...ce qui fait que certains individus ne réagissent pas de la même façon face à un même événement potentiellement traumatisant... Pour Freud, tout est relatif et dépend du rapport de forces des excitations venant de l'extérieur et de l'état constitutionnel de la barrière de défense qui les reçoit (Crocq, 2014).

Par la suite Freud abandonnera en partie cette position dès 1897 pour mettre l'accent sur l'effraction du pare excitation dans le cadre d'une conception économique du fonctionnement psychique (1920) et sur l'absence dans le cadre du remaniement de sa théorie sur l'angoisse (1926) (Olliac, 2012).

Les travaux sur le psychotrauma se sont multipliés après la guerre du Vietnam (1955-1975), lorsque des psychiatres américains ont vite compris que les anciens soldats viennent souvent consulter dans les hôpitaux de la "*Veteran's Administration*", ce qui a donné l'idée de créer le réseau de "*Vet Centers*", des centres de consultation extrahospitaliers employant pas uniquement des psychiatres, mais aussi des psycho-sociaux et des conseillers juridiques. Ce réseau a connu un énorme succès puisqu'il a révélé l'étendue des séquelles psychiques de la guerre du Vietnam, ou ils ont effectué 700 000 consultations parmi les 3 millions de G.I. qui avaient été envoyés au Vietnam (Chidiac & Crocq, 2010).

Au-delà du vécu des militaires, tout un travail de réflexion et d'observation autour des psychotraumatismes psychiques survenant dans la société civile, en temps de paix, avait été effectué afin d'enrichir le corpus théorique des travaux sur le PTSD en étudiant les événements comme les catastrophes naturelles ou technologiques, les accidents individuels ou collectifs, les agressions, viols, etc., donnant naissance à de nombreuses publications, dont les plus connues sont celles de B. Van der Kolk, de T. Williams, de M. Wolf et A. Mosnaïm, de R. Ursano, de R. Pynoos et de G. Everly et J. Lating qui ont préféré intituler leur livre "*Psychotromatology*" (Chidiac & Crocq, 2010).

2. La névrose traumatique

Étant médecin chef d'un service de neurologie et proche des soldats lors de la première guerre mondiale, Ferenczi (1916-1919) avait une position privilégiée pour étudier les névroses traumatiques en analysant quelque 200 cas de névrose de guerre. Selon Ferenczi, le traumatisme psychique à l'origine des névroses de guerre se traduit par sa soudaineté, sa brutalité et

l'incapacité du sujet à se défendre contre un choc qui implique une menace vitale. ». Il continue dans le même sens pour évoquer les conséquences narcissiques d'un tel traumatisme psychique, selon lui « il s'agit d'une lésion du moi, une blessure de l'amour propre, du narcissisme, dont la conséquence naturelle est le retrait des *investissements objectaux de la libido*, c'est-à-dire la perte de la capacité d'aimer un autre que soi-même (Chahraoui, 2013).

Barrois, dans son livre « les névrose traumatiques » (1998), pense que le traumatisme est « un choc violent, inattendu, né d'une rencontre avec (le réelle) de la mort, la personne y réagit avec effroi et dans un sentiment d'impuissance et d'absence de secours. Ensuite, l'événement, effrayant reste non intégré au psychisme, revenant de façon compulsive dans des sensations de reviviscence ou comme menace imminente » (Barrois, 1998, p.7).

Classiquement, dans la nosographie européenne le concept de névrose traumatique désigne une affection névrotique développée suite à un événement psychiquement traumatisant ou trauma (Chidiac & Crocq, 2010).

4. Traumatisme psychique

Le concept de traumatisme psychique n'est pas récent, Le terme de traumatisme est issu du grec qui signifie "blessure", le mot ayant été utilisé pendant des siècles en médecine pour désigner "une blessure des tissus vivants causée par un agent extrinsèque. Le sens psychique du terme remonte aux travaux d'Oppenheim à la fin du IXe siècle. À partir de l'étymologie grecque, on déduit que l'événement traumatique fait effraction dans le psychisme du sujet, envahissant ses capacités de symbolisation de l'expérience vécue, ce qui correspond à un psychotraumatisme (Revet et *al.*, 2020).

Freud dans son livre « au-delà du principe de plaisir » (1920), écrit à propos du traumatisme ce qui suit : « nous appelons traumatiques, les excitations externes assez fortes pour faire effraction dans le pare-excitation. Je crois qu'on ne saurait comprendre le concept de traumatisme sans le mettre ainsi en rapport avec la notion d'une mise à l'écart d'ordinaire efficace des excitations. Un événement comme le traumatisme extérieur engendre à coup sûr une perturbation de grande envergure dans le fonctionnement énergétique de l'organisme ». (Freud, 1920/2013, p.71).

Pour K. Chahraoui (2013), l'étiologie traumatisante se caractérise par la présence d'un traumatisme psychique qui témoigne de la réaction de l'individu face à un événement exceptionnel. Il s'agit d'un accident de la vie imprévisible qui ne doit pas être confondu, comme

c'est souvent le cas, avec des événements de vie stressants tels que les ruptures, les conflits ou les situations de deuil non traumatiques (Chahraoui, 2013).

Le trauma ou traumatisme est un évènement subi par un sujet qui en ressent une très vive atteinte affective et émotionnelle, mettant en jeu son équilibre psychologique et entraînant souvent une décompensation de type psychotique ou névrotique ou diverses somatisations (Le petit Larousse de la psychologie, 2013).

Pour Sillamy, dans le « Dictionnaire de psychologie » (2003), « le traumatisme constitue « un choc violent susceptible de déclencher des trouble somatique et psychiques » (Sillamy, 2003, p.272).

Pour F. Lebigot « le traumatisme psychique est un trouble qui résulte de de l'invasion de l'espace mental du sujet par le réel de la mort, le néant comme expérience. La victime 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 » (Lebigot, 2011, p.5).

5. Le stress et le trouble stress post-traumatique TSPT

5.1 Le stress

L. Crocq, définit le stress comme « la réaction réflexe, neurobiologique, physiologique et psychologique d'alarme, de 10 Tableaux cliniques observés de mobilisation et de défense, de l'individu à une agression, une menace ou une situation inopinée » (Crocq, 2014).

Le mot anglais "stress" a été intégrer dans la pathologie psychique afin de refléter une prise de position totalement biologique, en remplaçant le mot névrose, délaissé par les auteurs du DSM à cause de sa connotation purement psychanalytique. Par ailleurs, dans la nosographie du DSM ainsi que celle de la CIM-10, la notion de stress post-traumatique désigne une perturbation mentale, de nature biologique (un stress), consécutive elle aussi à une expérience de traumatisme psychique (Chidiac & Crocq, 2010).

Le stress est une réaction utile, adaptative. Grâce à son stress, le sujet échappe au danger ou se trouve en mesure d'y faire face, ce qui correspond au mot anglais coping. La réaction de stress s'achève alors, sur le plan psychologique, par une sensation ambiguë d'épuisement physique et psychique intriquée avec un vécu euphorique de soulagement (quitte pour la peur). Mais il arrive que si le stress est trop intense, trop prolongé ou répété à de trop courts intervalles, il se mue en réaction de stress dépassé, inadaptative (Crocq, 2014).

5.2 Le trouble de stress post-traumatiques TSPT

Selon la CIM 10 (2012) le TSPT (trouble de stress post-traumatique) « est une réponse différé ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évident de détresse chez la plupart des individus » (CIM 10, 2012, p.246).

La CIM-11 (2022), quant à elle, définit le TSPT comme suit : « un trouble qui peut survenir à la suite d'une exposition à un événement ou à une série d'événements extrêmement menaçants ou horribles » (BENAMSILI. L, 2020, p.39).

Selon le DSM-5 le TSPT est « un trouble mental résultant de l'exposition à la mort affective 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 une 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 le cas de mort affective 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) » (DSM-5, 2015, p.350).

6. Les psychotraumatismes individuels et collectifs

L'événement traumatisant représente une menace pour la vie (mort réelle ou potentielle) pour l'intégrité physique (destruction du corps, atteinte à l'intimité) et/ou mentale (perte de biens personnels, atteinte à l'honneur ou aux droits fondamentaux, etc.) d'une personne ou d'un groupe (Josse et *al.*, 2019).

6.1 Psychotraumatisme individuel

Parmi les exemples les mieux connues on distingue les accidents routiers, les accidents de sport et de loisirs, les accidents de travail, les erreurs médicales, les explosions de gaz, etc. (Josse. E, 2019).

6.2 Psychotraumatisme collectif

Par exemple Les faits de guerre (bombardements, tirs, mines, siège d'une ville, etc.), les attentats terroristes, les prises d'otage, les hold-up, les émeutes, etc.) (Josse. E, 2019).

7. Les types de traumatisme psychique

Dans cette première conception typologique des traumatismes psychiques, réalisée par Lenore Terr (1991), on distingue deux types de catégories : les traumatismes de type 1 et les traumatismes de type 2 (Josse. E, 2019).

7.1 Traumatisme de type 1

Est le résultat d'un événement singulier, limité dans le temps, qui est claire du début jusqu'à la fin : (ex. une agression, un hold-up, une catastrophe), ce sont quelques illustrations de ce genre d'incidents graves.

7.2 Traumatisme de type 2

Quant à ce type, il apparait lorsque l'événement à l'origine du trouble se reproduit constamment et qu'il menace de se répéter à tout instant durant une longue période comme la violence intrafamiliale, les abus sexuels, la violence politique, le terrorisme et les faits de guerre correspondant à cette définition.

Selon Eldra Solomon et Kathleen Heide (1999), proposent une troisième catégorie, le traumatisme de type 3, pour illustrer les conséquences d'événements répétitifs, envahissants et violents débutant à un âge précoce et présents pendant une longue période, cas typique des abus.

Professeur à la Harvard Medical School, Judith Herman (1997), classe les traumatismes en deux catégories : les traumatismes simples et complexes. Elle considère les traumatismes simples comme étant similaires aux traumatismes de type 1 proposés par Terr. Ils sont engendrés par des événements sont ponctuel dans la vie du sujet (Josse. E, 2019).

Par ailleurs, le traumatisme complexe, est induit par une victimisation chronique, d'assujettissement à une personne ou à un groupe de personnes. Dans ce la victime est généralement captivée durant une longue période (mois, année), sous le contrôle de l'auteur des actes traumatogènes et incapable de lui échapper. Les traumatismes complexes sont à confondre avec les traumatismes de type 2 présentés également par Terr et aux traumatismes de type 3 précisés par Solomon et Heide dans le cas où ces traumatismes débutent à un âge précoce.

Les traumatismes de type 1/simples se manifestent suite à un événement particulier dans la vie d'un sujet, exposés à un événement unique, limité dans le temps, imprévisible et d'apparition brutale. Tandis que les traumatismes de type 2 et 3/complexes se manifestent après une addition et une succession de violences chez l'individu exposés à une violence permanente, répétée, sans surprise, voire prévisible (Josse et *al.*, 2019).

Actuellement, les dénominations trauma simples et complexes sont préférées à traumatismes de type 1, 2 et 3 (Josse et *al.*, 2019).

8. Les événements traumatogènes

8.1 Les accidents

Les accidents domestiques (chutes, brûlures thermiques et chimiques, intoxications médicamenteuses et chimiques, coupures, noyades en piscine, suffocations et asphyxies, électrocutions, etc.) (Josse et *al.*, 2019).

Selon Crocq (2014), la période post-immédiate est reconnue aujourd'hui comme une période clé, pendant laquelle le devenir du patient peut se jouer, et qui peut justifier une surveillance clinique étroite, une intervention psychologique préventive est nécessaire pour freiner l'évolution des symptômes vers une névrose traumatique (Crocq., 2014).

8.2 Les catastrophes naturelles

Tels que la foudre, les inondations, les coulées de boue, etc. au-delà des leurs conséquences sur le sujet, le drame peut avoir des répercussions directes sur le bien-être sur sa famille et sa communauté (Josse et *al.*, 2019).

8.3 La violence physique

Parmi les exemples de la violence physique on peut noter les coups et blessures, la strangulation, les brûlures volontaires, la torture, etc (Josse et *al.*, 2019).

8.4 La violence psychologique

On peut citer par exemple les dévalorisations et les humiliations, la confrontation forcée à la souffrance d'autrui, la contrainte à violer des tabous et des valeurs personnelles ou communautaires, les menaces d'exécutions, les fausses déclaration de culpabilité obtenues sous la contrainte, les menaces diverses concernant la personne ou son entourage, l'atteinte à l'intégrité psychologiques des proches, etc.) (Josse et *al.*, 2019).

8.5 L'abus sexuel

Sandor Ferenczi quant à lui, souligne dans ces travaux la valeur traumatique des événements violents de la réalité. Concernant les traumatismes sexuels, il critique l'abandon par Freud de sa « neurotica » et pense que les psychanalystes sous-estime l'importance de des expériences traumatiques réelles de la toute première enfance. Selon lui le traumatisme sexuel a une origine externe et a des conséquences immédiates au niveau du moi (Chahraoui, 2013).

À l'adolescence, les symptômes dépendent de plusieurs facteurs comme un abus récent et ponctuel ou abus répétés dans le temps, abus avec ou sans violence physique, abus ou inceste. La situation la plus grave et la plus dramatique est celle de la relation incestueuse demeurée longtemps secrète, parfois avec la complicité plus ou moins consciente de la mère et dévoilée à l'adolescence » (Crocq, 2014).

9. Les approches théoriques explicatives du traumatisme psychique

9.1 L'approche psychodynamique

La psychanalyse est étroitement liée à la notion de traumatisme. Ce dernier à jouer un rôle essentiel dans la construction de la pensée Freudien, d'abord liée à la théorie de séduction, remanié par la suite ou elle présente une illustration de l'effraction du pare-excitation. Dans ces récents travaux, Freud explique les conséquences des atteintes précoces du "Moi" et les blessures narcissiques qu'il engendre, ainsi que les effets tant positifs que négatifs (Bioy et *al.*, 2014).

A partir de 1965 jusqu'à 1986, Corcq et *al.* ont publié plusieurs articles sur les névroses de guerre et le traumatisme psychique, en 1988 Claude Barois écrit le premier ouvrage de référence sur ces troubles sous différents aspects historiques, cliniques et une théorie jumelant psychanalyse et phénoménologie, reprise par la suite par L. Crocq dans son ouvrage de référence intitulé "Les traumatismes psychiques de guerre". Plusieurs cliniciens comme Briole et Lebigot ont proposé par la suite de donner un nouveau souffle à la psychanalyse des névroses traumatiques, en reprenant la métaphore freudienne de la vésicule vivante ou en transposant la pensée lacanienne (Chidiac & Crocq, 2010).

Selon Ferenczi, la notion de traumatisme illustre le viol de la pensée et de l'affect, « en disqualifiant l'affect et en niant la reconnaissance de l'affect et de l'éprouvé par l'objet ». De plus, le concept de traumatisme demeure unique à chaque individu et indépendamment de la nature de l'événement, c'est précisément ce que le sujet vit qui détermine la valeur traumatique de l'expérience (Bioy et *al.*, 2014).

9.2 L'approche cognitive et comportementale

Ce modèle explique le rôle de la cognition, notamment la « mémoire traumatique » lors de l'exposition à un événement traumatique impliquant une activité cérébrale importante, les stimuli neutres devenant aversifs pourrait déclencher une réaction de peur cela par l'association des à des stimuli inconditionnelle (trauma) et un autre facteur correspondant à un apprentissage opérant des réponses d'évitement aux stimuli aversifs (Revet et *al.*, 2020).

Les TCC constituent un support technique et thérapeutique dans la prise en charge du traumatisme psychique, en particulier en identifiant l'état de stress post-traumatique. En plus des informations qu'elle fournit et de l'accompagnement qu'elle propose aux sujets rencontrés, l'approche cognitive et comportementale s'appuie sur l'analyse fonctionnelle afin de comprendre les mécanismes en jeu et d'ajuster la démarche thérapeutique (Bioy et al., 2014).

9.3 L'approche athéorique du DSM-5

La CIM-10 à inclut pour la première fois en 1992 dans sa nosographie la réaction aigue à un facteur de stress et l'état de stress post-traumatique. Elle commence par décrire la "réaction rapide à un facteur de stress" qui survient dans les minutes suivant l'incident critique puis disparaît en quelques heures ou quelques jours. De plus, le traumatisme psychique est inclus dans la catégorie intitulée "troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes" (F40-F48), dans la catégorie "Réaction à un facteur de stress sévère et trouble de l'adaptation" (F43), est plus précisément sous le code F43.1 (Benamsili, 2020).

En 2013, le DSM-5 apporte quelques modifications plus générales concernant la catégorisation des troubles tel que l'abandon du système axial, même si les éléments individuels restent toujours inclus dans le cadre de l'évaluation clinique. Les troubles associés au traumatisme et au stress forment une catégorie distincte dans le DSM-5. Les troubles associés à des traumatismes ou à des facteurs de stress sont des troubles pour lequel l'exposition à un événement traumatique ou stressant est clairement identifiés comme critères diagnostiques (Tarquinio & Montel, 2014).

La détresse psychologique qui suit l'exposition à un événement traumatique ou stressant est très variable. Dans certains cas, les symptômes peuvent être bien compris dans un contexte d'anxiété ou de peur. Il apparaît cependant que de nombreux sujets qui ont été exposés à un événement traumatique ou stressant expriment un phénotype dans lequel, plutôt que des symptômes d'anxiété ou de peur (DSM-5, p.313).

A noter aussi que le diagnostic d'ESPT, s'il a le mérite de répondre à des critères diagnostiques strictement définis et se prêtant à de multiples combinaisons qui répondent aux variantes offertes par la clinique, n'apporte rien de nouveau par rapport à la névrose traumatique. En outre, ces restrictions laissent de côté les cas authentiquement traumatiques mais « infracritères », et rejettent dans la « pathologie associée » la plus grande partie des symptômes non spécifiques (Crocq, 2014).

10. Le critères diagnostique du traumatisme psychique

10.1 Selon la CIM-10

Dans la précédente version de la Classification Internationale des Maladies CIM-10, le traumatisme psychique se trouve dans la catégorie intitulée « trouble névrotique, trouble lié à des facteurs de stress et des troubles somatoformes, précisément dans « réaction à un facteur de stress sévère et trouble de l'adaptation ». dont les symptômes spécifiques sont la reviviscence répétée de l'événement traumatique, (dont des souvenirs envahissants « flash-back », des rêves ou des cauchemars), ils survient dans un contexte durable « d'anesthésie psychique » et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'événement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme, les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'un hyperveil neuro-végétatif, avec hypervigilance, état de « qui-vive » et insomnie. Ils sont fréquemment associés à une anxiété, une dépression ou une idéation suicidaire.

« La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années et entraîner une modification durable de la personnalité » (CIM10, 2012, p. 246, 261).

« Le trouble se caractérise par une attitude hostile ou méfiante envers le monde, un retrait social, des sentiments de vide ou de désespoir, par l'impression permanente d'être « sous tension », par un détachement. Un état de stress post-traumatique peut précéder ce type de modification de la personnalité. Comprend : Modification de la personnalité après *Captivité prolongée avec une possibilité imminente de se faire tuer *Désastre *Expérience de *camp de concentration *Exposition prolongée à des situations mettant en danger la vie d'une personne, tel qu'être victime de terrorisme *Torture prolongée » (CIM10, 2012, p. 246, 261).

10.2 Selon la CIM-11

La CIM-11 (2022), décrit le TSPT comme étant « un trouble qui peut survenir après une exposition à un événement ou une série d'événements extrêmement menaçants ou horribles. Ce trouble se caractérise par :

➤ Revivre le ou les événements traumatiques du présent sous forme de mémoires intrusives vives, de flash-back ou de cauchemars, celles-ci sont généralement accompagnées d'émotions fortes ou écrasantes, en particulier de peur ou d'horreur et de fortes sensations physiques.

- Eviter les pensées et les souvenirs de l'événement ou des événements, ou éviter les activités, les situations ou les personnes qui font penser à l'événement ou aux événements.
- Des perceptions persistantes d'une menace actuelle accrue. Par exemple, comme indiqué par l'hypervigilance ou par une réaction de surprise accrue à des stimuli tels que des bruits inattendus.
- La durée des symptômes est d'au moins plusieurs semaines et provoquent des troubles ayant un impact sur le fonctionnement personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou autres (Lamia, s. d.).

10.3 Selon le DSM-5

➤ Les critères diagnostique du traumatisme psychique 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 (DSM5, 2015, p 350).

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 (DSM5, 2015, p 350).

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. 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) (DSM5, 2015, p 351).

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 :

• **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).

• **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) (DSM 5, 2015, p 352).

11. Le profil psychotraumatique chez l'adolescent

Concernant l'adolescent, étant considérée comme une phase très sensible dans le développement de l'être humain elle constitue un pont de passage obligé de l'enfance vers l'âge adulte. Elle sera, donc, au centre de cette réflexion qui porte essentiellement sur l'effet du traumatisme psychique précisément sur cette catégorie d'âge.

Les adolescents, à cet âge sont encore très sensibles à leurs réactions témoignent de leurs caractères : égoïsme, lâcheté, courage, dévouement... les remémorations, les cauchemars, les

peurs, les troubles du caractère, du comportement alimentaire, les conduites suicidaires, sont autant des symptômes qu'on retrouve chez l'adolescent (Daligand, 2009).

S'appuyant sur les études de Winnicott, Maidi (2008) élargit le traumatisme à la nature humaine en estimant que l'adolescent est particulièrement favorable aux revitalisation des traumatismes anciens d'origine infantile, d'où l'importance de la notion d'après-coup.

Comme chez l'adulte, le tableau clinique du trauma chez l'adolescent présente des symptômes de reviviscence, des évitements et une irritabilité neurovégétative. Parmi les signes de reviviscence et les phénomènes de dissociation, on retrouve des manifestations telles que les flash-back, des hallucinations, des illusions et qui peuvent être considérés comme des symptômes spécifiques de cette catégorie d'âge, il en est de même pour le passage à l'acte qui est un moyen de défense fréquent à l'adolescence, il peut s'exprimer soit par des conduites auto-agressives (automutilation), et des conduites suicidaires à cause de la culpabilité (autopunitif), soit par des comportements agressifs et prédécesseurs ; ils sont liés à la perte de repères ou à la perte de confiance envers les adultes. La consommation de substances toxiques et d'alcool peut être une option pour l'adolescent afin de s'échapper d'une expérience douloureuse et insupportable. Parfois, des somatisations douloureuses et des conversions hystériques (anesthésies erronées ou paralysies erronées, aphonies, etc.) sont observées. Des perturbations instinctuelles sont également rapportées, donnant lieu à des troubles de sommeil, des troubles de conduites alimentaires, et sexuelles, tels que les passages à l'acte, l'hypersexualisation, la multiplication des partenaires avec tendance à la prise de risque, généralement suite à un trauma par abus sexuel. Chez les adolescents les plus fragiles, le trauma, venant décompenser un équilibre précaire, peut provoquer des troubles de l'identité et de la personnalité, donnant lieu à la survenue d'états de dépersonnalisation (dits «dissociatifs») éphémères, et aussi à l'éclosion brutale ou insidieuse d'une psychose (Vilamot, 2014).

Selon L. Crocq, au niveau de la symptomatologie du psychotraumatisme chez l'adolescents, on peut constater la présence de somatisations douloureuses et des conversions hystériques (ex : fausses anesthésies et fausses paralysies, aphonies, etc.). Des perturbations des fonctions instinctuelles sont aussi observables, provoquant des troubles du sommeil, des troubles des conduites alimentaires ainsi que des conduites alimentaires et des troubles du comportement sexuel (ex : précocité des passages à l'acte, hypersexualisation, avec tendance à la prise de risque et à la multiplication des partenaires, particulièrement chez les adolescents ayant vécu un abus sexuel) (Crocq, 2014).

Le trauma venant décompenser un équilibre précaire chez les adolescents les plus fragiles, des troubles de l'identité et de la personnalité sont souvent constatés, donnant lieu à la survenue d'états de dépersonnalisation éphémère (dits dissociatifs), ainsi qu'à l'écllosion brutale ou insidieuse d'une psychose (Crocq, 2014).

12. Troubles associés au psychotraumatisme chez l'adolescent

L'évaluation des répercussions d'un événement traumatogène doit également prendre en compte les affections les plus couramment liées à l'ESPT. Ces maladies ont même la capacité de prédominer dans les symptômes (Dépression, comportement de dépendance, risque de suicide) (Guay & Marchand, 2006).

« Bien que la plupart des jeunes enfants souffrant d'un TSPT aient aussi au moins un autre diagnostic, les patterns de comorbidité sont différents de ceux observés chez les adultes, avec prédominance du trouble oppositionnel avec provocation et de séparation. Enfin, il y a une comorbidité considérable entre TSPT et troubles neurocognitifs majeurs avec certains symptômes qui sont communs à ces troubles » (DSM 5, 2015, p.361).

La comorbidité de l'ESPT avec un autre trouble est fréquente. 75% des jeunes présentant un ESPT auraient aussi un autre trouble comorbide ; les troubles les plus souvent notés sont également la dépression et le trouble anxieux (la phobie spécifique représentant un aspect de l'événement traumatique). Le trouble oppositionnel, les idées suicidaires et l'abus de substance, le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité et les difficultés d'apprentissage sont aussi associés et doivent être recherchés attentivement (Séguin-Sabouraud de Foucault, 2013).

Dans le DSM-5, le TSA et le TSPT sont présentés comme des troubles anxieux et des troubles du spectre obsessionnel, au sein d'une catégorie distincte intitulée Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress, qui inclut également le trouble réactionnel de l'attachement, la désinhibition du contact social et les troubles de l'adaptation. Une autre catégorie intitulée deuil complexe persistant a quant à elle été introduite dans la section III du DSM-5 dans laquelle figure des troubles nécessitant d'autres étapes supplémentaires de validation pour être inclus dans la section nosographique principale (Revet et *al.*, 2020).

13. Les Risques liés aux psychotraumatismes

On observe fréquemment la co-occurrence entre ESPT et addictions, avec une fréquence significative. Le fait d'avoir un ESPT accroît le risque de consommer plusieurs substances psychoactives, notamment le tabac, l'héroïne, le cannabis et la cocaïne. La dépendance à l'alcool

demeure la plus courante, bien que les dépendances aux médicaments soient tout aussi inquiétantes. Dans l'ordre de l'apparition des deux troubles, le syndrome de répétition traumatique occupe la première place (Auxéméry, 2012).

Une méta-analyse de 64 études centrée sur l'évaluation des facteurs de risque de TSPT chez des enfants et des adolescents âgés de 6 à 18 ans a mis en évidence que les facteurs les plus fortement prédictifs du risque de développer un TSPT étaient les facteurs liés à l'expérience subjective de l'événement traumatique (en particulier le sentiment de peur péritraumatique et la perception d'une menace pour sa vie) et les facteurs liés à l'après-traumatisme (notamment un faible niveau de soutien social, un isolement social, des comorbidités psychiatriques, un faible niveau de fonctionnement familial et l'utilisation de certaines stratégies cognitives telles que l'évitement et la suppression des pensées). Les facteurs de risque préexistant au traumatisme (incluant le sexe féminin, un faible niveau intellectuel, un faible niveau socio-économique, des événements de vie négatifs antérieurs au traumatisme, un faible niveau d'estime de soi, des troubles psychologiques chez le jeune ou chez ses parents) étaient quant à eux faiblement à moyennement prédictifs du risque de développer un TPST (Revet et *al.*, 2020).

14. Les outils de mesure et d'évaluation du traumatisme psychique

14.1 Le PDEQ

Créé par Alain Brunet et ses collaborateurs en 1997, le « Peritraumatic Dissociative Experience Scale » est un questionnaire constitué de 10 items, mesurés de 1 à 5. Il mesure l'intensité de l'état dissociatif pendant un événement traumatique, la dissociation, selon les concepteurs de ce questionnaire, est l'un des meilleurs indicateurs de stress aigu et un excellent critère prédictif de stress post-traumatique (Guay & Marchand, 2006).

14.2 L'inventaire de détresse Péritraumatique (PDI)

Elaboré par Alain Brunet en 2001 pour Mesurer le critère A2 de L'ESPT dans la classification du DSM-4, puis traduit en français par Louis Jehel et ses collaborateurs en 2005. Le PDI contient 13 items, mesurés de 0 à 4 et les résultats vont de 0 à 52. La consigne pour chaque item est de coter la réponse du sujet selon ce qu'il a ressenti pendant l'événement traumatique. Le résultat total moyen est obtenu par la somme des items divisées par le nombre des items. La qualité de ces caractéristiques psychométriques, permet, selon ses concepteurs de prédire des troubles post-traumatiques et recommande son utilisation (Guay & Marchand, 2006).

14.3 Le Clinician Administred PTSD Scale (CAPS)

Inventé en 1990 par Black et ses collaborateurs, cet outil mesure l'intensité et la fréquence de chaque symptôme en utilisant des questions standardisées qui permet d'évaluer la présence actuelle d'ESPT ainsi que des troubles post-traumatiques survenus dans le passé de l'individu. (Guay & Marchand, 2006)

14.4 Le Posttraumatic Disorder Check List for DSM-5 (PCL-5)

Weather et ses collègues ont développé une échelle d'évaluation en 2013. Cette échelle d'auto-évaluation de vingt (20) items est une mise à jour des critères diagnostiques du trouble stress post-traumatique proposés dans la cinquième édition du DSM. Elle permet, par ailleurs, de mesurer la gravité et l'intensité des symptômes de PTSD. Quatre catégories de symptômes sont identifiées, correspondant aux quatre groupes de symptômes du PTSD : les reviviscences, les évitements, l'altération négative de la cognition et de l'humeur ainsi que l'hyperéveil. La version française du PCL-5 a été validée et mise en place en 2016 par Ashbaught et ses collègues (Ait Aoudia, 2020).

14.5 Le TRAUMA Q

Est un questionnaire de mesure du traumatisme développé par Damiani et Pereira-Fradin en 2006. L'ensemble du questionnaire est constitué de dix échelles qui mesurent : les réactions physiques et psychiques pendant l'événement ; le symptôme pathognomonique de répétition (les reviviscences, les flashes back et l'angoisse attachée à ces répétitions), les troubles du sommeil, l'anxiété, l'état d'insécurité et les évitements phobiques, l'irritabilité, la perte de contrôle, l'hypervigilance et l'hypersensibilité ; les réactions psychosomatiques, physiques et les troubles addictifs, les troubles cognitifs ; les troubles dépressifs ; l'expérience traumatisante ainsi que la qualité de vie (Pereira & Damiani, 2007).

15. La prise en charge du psychotraumatisme chez l'adolescent

Un sujet traumatisé ne se considère pas comme malade mental. Cependant, il subit une douleur psychologique difficile et parfois invalidante sur le plan professionnel et social, et ses relations avec le monde et les autres sont profondément perturbées, tout cela se manifeste par des symptômes structurés en un syndrome psychotraumatique, pathologique mais guérissable. (Crocq, 2014).

15.1 Prise en charge psychothérapeutique**15.1.1 La psychothérapie psychodynamique**

Pour L. Crocq (2014), Un sujet traumatisé ne se considère pas comme un malade mental. Cependant, il subit une douleur psychologique difficile et parfois invalidante sur le plan professionnel et social, et ses relations avec le monde et les autres sont profondément perturbées, tout cela se manifestant par des symptômes structurés en un syndrome psychotraumatique, pathologique mais guérissable (Crocq, 2014).

Les concepts de la psychanalyse sont à l'origine des psychothérapies psychodynamiques. En ce qui concerne les troubles post-traumatique, leur objectif n'est pas de traiter le traumatisme en lui-même mais d'engager le sujet traumatisé dans un processus d'élaboration. Elles ne visent pas à éliminer les symptômes, mais à guider le patient vers une transformation profonde. La démarche implique une réévaluation de son passé et des changements qu'ç engendrés sa rencontre avec « la réalité de la mort ». il s'agit d'une entreprise longue et complexe. La proposition ne peut être faite qu'à des personnes capables de se laisser guider par leur propre parole sans trop « redouter » les imprévus que leur réservent les chemins de l'association. Il ne s'agit pas de la « libre association » comme en psychanalyse, aucune règle n'est imposée dans ce sens (Lebigot, 2005).

15.1.2 Thérapies cognitive et comportementale TCC

Elle comporte deux types de méthodes essentielles, qui permet au sujet de de contrôler ses réactions involontaires sur le plan comportemental et cognitif à travers La technique d'exposition comportementale et la technique de restructuration cognitive. Parfois le thérapeute est emmené à jumeler ces deux techniques (Bioy et *al.*, 2014).

Les TCC se concentrent sur les symptômes secondaires tels que l'inhibition anxieuse et l'évitements. Les réapparitions anxieuses dans des situations stéréotypées sont un obstacle pour le sujet traumatisé dans sa vie quotidienne, comme si le traumatisme avait engendré un stress réflexe. Le thérapeute demande au patient d'énumérer les symptômes, puis il fixe un nombre restreint de séances avec des objectifs spécifiques à chacune d'entre elles, chaque séance est organisée en tant qu'atelier. Accompagnée par son thérapeute, le patient observe et étudie ses difficultés, il évalue leurs conséquences pour ensuite adopter des comportements alternatifs sur le lieu même où se produit l'inhibition, lors des séance appelées "immersion", afin de s'en débarrasser (Clervoy., 2016).

15.1.3 EMDR

Francine Shapiro a introduit l'EMDR (Eye Movement desensitization and reprocessing) en 1989, une méthode thérapeutique qui utilise les mouvements oculaires contrôlés pour décharger la conscience de ses émotions pathologiques. En une dizaine d'année, L'EMDR a été largement utilisé pour traiter l'état de stress post-traumatique, ce qui a donné lieu à de nombreuses recherches. En effet, les études contrôlées sur le traitement de l'ESPT par la thérapie EMDR sont actuellement plus nombreuses aux États-Unis que tout autre type d'interventions cliniques, y compris les traitements médicamenteux. Il existe de nombreuses recommandations pour l'utilisation de cette méthode thérapeutique, issues des plus prestigieuses sociétés savantes reconnues à l'échelle internationale pour leurs compétences en ce qui concerne le syndrome de stress post-traumatique (Tarquinio., 2017).

Le « Eye Movement Desensitization and Reprocessing », se pratique en séance de 60 à 90 minutes qui incluent chacune les étapes suivantes : désensibilisation par des mouvements oculaires, établissement de cognition positives et recherche de tension anxieuse résiduelle (Bioy et al, 2014).

15.2 Prise en charge médicamenteuse

Selon Millet, Vanelle et Benyaya (2010), il peut être nécessaire de recourir à des sédatifs, voir à des hypnotiques, pour atténuer les effets néfastes du syndrome de reviviscence et tenter de restaurer la fonction hypnotique. On a pu suggérer d'autres traitements médicamenteux pour les états de stress post-traumatiques aigus. Nous avons prouvé l'efficacité des inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine (ISRS). Par conséquent, paroxetine a été autorisée à être commercialisée dans cette indication (dans les mêmes doses que celles prescrites pour la dépression) ; d'autres ISRS ont été également autorisés à être commercialisés dans cette indication : la fluoxétine, le citalopram et la sertraline. La venlafaxine IRSNA a également démontré sa performance dans le traitement de ce syndrome. Les antidépresseurs tricycliques comme l'imipramine et l'amitriptyline ont démontré aussi leur efficacité. Il est nécessaire que le traitement dure au moins huit semaines, les patients qui sont satisfaits, doivent poursuivre le traitement pendant au moins un an avant toute tentative de réduction, puis éventuellement arrêter définitivement le médicament (Millet et al 2010).

Bien que des avancées majeures ont été réalisées concernant le traitement psychopharmacologique du psychotraumatisme notamment chez l'adulte. A l'heure actuelle, il n'existe pas de données suffisantes pour pouvoir proposer un traitement psychotrope dans la prise en charge du psychotraumatisme de l'enfant et de l'adolescent, même pour ce qui du

propranol utilisé dans les intervention précoces (dans les trois mois suivant l'événement traumatique) ni pour la sertraline dans le TSPT (Revet et *al.*, 2020).

Synthèse

Le traumatisme psychique constitue un enjeu majeur de santé publique, ses répercussions tant psychologiques que sociales sur l'individu et l'adolescent en particulier, sont sans doute catastrophiques qui nécessitent une intervention rapide et efficace afin d'en limiter les dégâts. Les sujets ayant vécu, ou ayant assisté à un événement traumatisant dans quelque nature qu'il soit, sont souvent confrontés à d'autres pathologies auxquelles ils doivent faire face, le rôle des équipes médico-sociales et surtout des psychologues est extrêmement important afin de diminuer les conséquences du traumatisme psychique.

Chapitre III
L'adolescence

Préambule

Dans ce chapitre nous allons se pencher sur l'adolescence, une période clé du développement humain, étudiée à travers diverses perspectives théoriques, L'adolescence est une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte qui constitue une étape cruciale du développement humain. Dans cette partie nous allons d'abord, commencer par la présentation de quelques définitions variables d cette catégories d'âge, à commencer par la puberté et sa relation avec l'adolescence ainsi la crise qui les accompagne, nous allons voir ensuite, les différents stades de développement chez l'adolescent sur le plan physique, neurologique et psychologique. Il est également question de parler des différents troubles psychologiques qui apparaissent généralement à l'adolescence, ainsi que les facteurs de risque et le l'accompagnement nécessaires dans la prise en charge de l'adolescent.

1. L'adolescence

1.1 Définition de l'adolescence

En latin, le terme "adolescence" désigne "grandir". La transition de l'enfance à l'âge adulte se déroule en différentes étapes et se traduit par des modifications physiques (croissance), l'adaptation du corps à la capacité de reproduction (changements pubertaires) et ces changements de la personnalité et de comportement liés à la séparation/individuation. (QU'EST-CE QUE L'ADOLESCENCE ?, 2019).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'adolescence se situe entre 10 et 19 ans, et c'est une étape cruciale pour établir les bases d'une bonne santé physique et mentale.

1.2 Adolescence et Puberté

Généralement, chez les garçons la puberté commence dès la première éjaculation, chez les filles elle survient dès les premières règles. Toutefois ces événements sont précédés par des signes physiques et morphologiques qui s'étalent sur environ deux (02) ans (Haesevoets, 2008).

La puberté chez les filles, survient généralement entre 11 et 13 ans, accompagnée d'une transformation rapide, qui se produit en dix-huit (18) mois voire deux (02) ans (même si parfois les premiers cycles menstruels apparaissent tardivement). Quant aux garçons, la puberté commence plus tard dont les premiers signes surviennent vers 12 ans et la puberté commence généralement vers 15 ans avec un boost de testostérone. Le processus de modification se déroule sur plusieurs années, car elles sont progressives et plus lentes, ce qui favorise un vécu plus positif de la puberté chez les garçons par rapport aux filles (QU'EST-CE QUE L'ADOLESCENCE ?, 2019).

Tableau N°01 : Stades du développement pubertaire selon Tanner (Marcelli et *al.*, 2018, p. 14).

stades	Pilosité pubienne	Développement mammaire chez la fille	Développement des OGE (organes génitaux externes) chez le garçon
1	Absence	Absence	Testicule et verge de taille infantile
2	Quelques poils longs sur le pubis	Petite bourgeon mammaire avec	Augmentation de la taille testiculaire de 4 à 6 ml (L25 - 30 mm)

		élargissement de l'aréole	
3	Pilosité pubienne au-dessus de la symphyse	Les glandes mammaires dépasse la surface de l'aréole	Continuation de l'accroissement testiculaire de 6 à 12 ml (L 30- 40 mm) accroissement de la verge
4	Pilosité pubienne fournie	Développement maximum du sein (apparition d'un sillon sous-mammaire. Saillie de l'aréole et du mamelon sur la glande	Accroissement testiculaire de 6 à 12 ml (L40- 50 mm) et de la verge
5	S'étend à la racine de la cuisse et s'allonge vers l'ombilic chez le garçon	Aspect adulte. Disparition de la saillie et de l'aréole	Morphologie adulte

1.3 Puberté et crises d'adolescence

D'après les écrivains, la crise est perçue soit comme une continuité avec l'enfance, soit comme une rupture dans la progression. Elle se distingue généralement par plusieurs aspects : les changements psychiques et biologiques qui conduisent à une restructuration de l'adolescent avec son corps, ainsi que le développement du corps qui passe par la relation maternelle (Behtane et al, 2015).

De plus, les changements pubertaires permettent la rencontre sexuelle. Ainsi, la protection de l'immaturité qui entravait la réalisation des fantasmes œdipiens de l'enfance disparaît et permet au jeune enfant de déclarer sans crainte qu'il souhaitait «se marier avec maman ». C'est la raison pour laquelle, à partir de la puberté, l'approche corporelle du parent de sexe opposé devient gênant et l'adolescent s'efforce de préserver sa zone d'intimité (Emmanuelli, 2021).

2. Les caractéristiques de l'adolescence

L'adolescence, est l'étape dans laquelle des transformations physiologique, psychologiques et sociales sont initié chez tous les individus, ces changements varient selon le

sexe, l'appartenance ethnique et socioculturelle, les conditions environnementales et les milieux sociaux économiques (Haesevoets, 2008).

2.1 Caractéristiques physiques et hormonales

Sur le plan biologique, l'adolescence dépend de l'action qu'exerce l'hypothalamus et l'hypophyse sur les glandes (les glandes sexuelles, testicules et ovaires) qui, une fois stimulées par des sécrétions neuro-hormonales, produisent des hormones sexuelles (testostérone et estradiol) en quantité croissante (Emmanuelli, 2021).

La croissance et la maturation des organes génitaux chez les adolescents est influencée par la sécrétion des hormones, le processus débute par la production d'une hormone sécrétée par l'hypothalamus (**LH-RH**), qui entraîne la sécrétion de deux autres hormones par l'hypophyse appelées **FSH** et **LH**, qui sont dirigées vers les glandes sexuelles (ovaires et testicules) entraînant la sécrétion d'hormones sexuelles. Cette phase de développement se distingue par une croissance rapide en plusieurs étapes, d'abord par une croissance silencieuse des membres inférieurs du corps puis du tronc et enfin du thorax. En moyenne, les filles atteignent jusqu'à 20 cm entre 10 et 14 ans, quant aux garçons ils peuvent atteindre 25 cm entre 12 et 16 ans. Pendant cette période, la forme du corps change avec des modifications disproportionnées (QU'EST-CE QUE L'ADOLESCENCE ?, 2019).

Des signes physiologiques sont observés pendant ce processus avant l'apparition des premiers caractères sexuels secondaires, avec l'augmentation des organes sexuels, et continuent pendant les années pubertaires et au-delà, par une augmentation importante et rapide de la masse corporelle et de la taille pendant cette évolution, les changements de la masse musculaire, du squelette et de la masse graisseuse affectent le corps des garçons et des filles de façon distincte et différenciatrice (Emmanuelli, 2021).

2.1.1 Chez le garçon

Chez le garçon, le début de la puberté est retardé d'environ un an par rapport aux premiers signes de puberté. Il a environ 13 ans (les plus jeunes entre 12 et 16 ans). En moyenne, la taille au début de la puberté est de 150 cm. La taille moyenne de la croissance pubertaire est de 25-28 cm. On atteint la taille finale vers 18 ans et la moyenne française est de 176 cm (170 cm en 1970) (Marcelli et *al.*, 2018).

2.1.2 Chez la fille

L'apparition des règles chez les filles, deux ans environ après les premiers signes pubertaires, marque l'arrêt quasi-total de la croissance, qui commence plutôt chez la fille que

chez le garçon, à ce moment, elles atteignent 95% de leur taille, quel que soit leur âge chronologique (Emmanuelli, 2021).

Chez les filles, le début de la puberté est synchrone avec les premiers signes pubertaires vers 10,5 ans (avec une plage maximale de 10 à 14 cm). En moyenne, la taille au début de la puberté est de 140 cm. La moyenne de croissance pubertaire totale est de 23 à 25 cm. L'âge maximal est de 16 ans et la taille moyenne en France est de 163 cm (160 cm en 1970). (Marcelli et *al.*, 2018)

2.2 Caractéristiques cognitives et intellectuelles

Ce modèle examine les changements majeurs de la fonction cognitive et son importance crucial pour les apprentissages sociaux (Marcelli et *al.*, 2018).

Sur le plan intellectuel, le pouvoir d'abstraction et de réflexion s'amplifie chez l'adolescent, son intelligence se diversifie et ses centres d'intérêt évoluent, ce qui lui permet d'acquérir de nouvelles aptitudes, etc. (Haesevoets, 2008).

2.3 Caractéristiques psychologiques et émotionnelles

Le dernier grand objectif que l'adolescent doit atteindre réside dans la maîtrise des émotions qu'il traverse au cours de cette période (colère, tristesse, joie, dégoût, honte...etc.), ce qui contribue à la considération de l'adolescence comme un état de crises. Ce processus d'adolescence se caractérise par une particularité psychologique qui consiste en l'exploration de la nouveauté (son corps, ses pensées, ses possibilités sociales) à travers l'expérience émotionnelle, l'adolescence constitue un véritable « bain émotionnel » (QU'EST-CE QUE L'ADOLESCENCE ?, 2019).

3. Le rapport au corps

Certains adolescent(e)s vulnérables, souffrent de leur image corporelle, étant fascinés par l'apparence esthétique, ils s'engagent dans une recherche affolée d'une autre identité, dès lors, d'importantes blessures narcissiques, particulièrement inquiétantes, provoquées par l'angoisse et les complexes (Haesevoets, 2008).

L'image et la relation que l'adolescent établit avec son corps en évolution sont les premières caractéristiques du processus d'adolescence. (QU'EST-CE QUE L'ADOLESCENCE ?, 2019).

4. La sexualité

L'adolescence, sur le plan psychodynamique, correspond à un stade de développement dans lequel les conflits œdipiens, les pulsions sexuelles, l'excitation de l'instinct sexuel et la stimulation de la curiosité sexuelle... etc. sont des caractéristiques essentielles (Haesevoets, 2008).

La sexualité à l'adolescence, l'initiation sexuelle sont à la fois source de créativité et de destruction, les premières expériences sexuelles étant bouleversantes pour les uns et plus au moins intenses pour les autres (Haesevoets, 2008).

5. Les étapes de l'adolescence

L'adolescence se caractérise par une croissance statique, elle est étroitement liée aux stades de développement neuropsychologiques. Cette période a des implications significatives pour la santé des adolescents et le développement de leur personnalité future. Le développement physique, cognitif et psychologique peut être divisé en trois étapes communes. La première est le début de l'adolescence : marqué par la métamorphose des signes de la puberté, le développement de l'abstraction et du raisonnement hypothétique, et le commencement de la séparation/individuation. La deuxième est la mi-adolescence : marquée par la mise en place des derniers stades de la puberté, la poursuite de la croissance, la manipulation des concepts théoriques et l'intérêt pour les questions fondamentales. La dernière étape est la fin de la croissance statique : la capacité à maintenir un sentiment de dessein, le raisonnement intellectuel et social, la stabilisation de l'identité et les capacités relationnelles (Devernay et al, 2014).

Tableau N°02 : Stades de développement physique, cognitif et psychologique de l'adolescent

Etapes de l'adolescence	Développement physique	Développement cognitif	Développement psychologique
Début de L'adolescence 11-13 "Collégiens"	<ul style="list-style-type: none"> • Métamorphose physique - Premiers signes pubertaires : • filles : seins, pilosité, début des menstruations, 	<ul style="list-style-type: none"> • Les intérêts intellectuels se développent. • Apparition de l'intelligence opératoire formelle, raisonnement hypothéticodéductif, 	<ul style="list-style-type: none"> • Préoccupations liées à l'image du corps, questionnements sur la normalité des transformations pubertaires. • Début du processus de séparation/individuation

	<p>croissance structurale ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • garçons: <p>augmentation du volume testiculaire et du pénis, pilosité, premières éjaculations, mue de la voix, augmentation de la musculature, croissance staturale</p>	<p>augmentation de la capacité d'abstraction.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La pensée formelle porte à présent sur des énoncés verbaux. • Réflexion sociétale plus approfondie. • La concentration peut être perturbée par les mouvements émotionnels • Intérêt pour le raisonnement intellectuel et sociétal. • Réflexions sur le sens de la vie 	<p>entraînant éventuellement des conflits avec les parents. Nécessité d'un espace intime physique et psychologique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Influence plus importante du groupe de pairs. • Oscillation entre des comportements d'enfant et des comportements adultomorphes • Caractère "lunatique", sautes d'humeur. Expression émotionnelle plus agie que verbalisée. • Test des règles et des limites. • Intérêt croissant pour la différence des sexes. • Réactions impulsives face à des situations anxio-gènes ou dépressio-gènes. • Tendance à la distance avec ses propres parents. • Ajustement continu au corps changeant. • Importance de réussite de l'intégration dans un groupe de pairs. Questionnements sur la normalité. • Amélioration des capacités d'expression émotionnelle. • Expérimentation des sentiments amoureux et passionnels. Intérêt augmenté pour la sexualité.
--	---	---	---

<p>Mi-adolescence 13-17 ans "Lycéens" Phase D'expérimentation et de subjectivation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fin de la croissance pubertaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacités de mener un raisonnement complet du début à la fin. • Capacités de stabilisation des relations intimes affectives et sexuelles. • Préoccupation augmentée pour l'avenir. • Poursuite de l'intérêt pour le raisonnement intellectuel et sociétal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Affirmation plus marquée de l'identité, en particulier de l'identité sexuelle. • Amélioration de la stabilité émotionnelle. • Augmentation de la préoccupation pour les autres et leurs désirs. • Meilleure confiance en soi. Augmentation de l'indépendance. • Les rapports avec les pairs restent importants, développement de relations duelles plus approfondies. • Regain d'intérêt pour les traditions et la culture.
--	---	---	---

6. La psychopathologie de l'adolescent

Beaucoup d'adolescents présentent également des troubles névrotiques qui se traduisent par l'anxiété, la dépression, des idées obsédantes, la perte de confiance en soi, le manque d'estime de soi, l'idéation suicidaires... toutes les formes de complexité peuvent englober une zone plus au moins névrotique et accroître le degré d'anxiété et de douleur (Haesevoets, 2008).

6.1 La dépression

Selon Hauswald, Pour plus d'un tiers des adolescents, les mouvements dépressifs sont souvent associés au mal-être de l'adolescent et à toutes les difficultés rencontrées lors du passage à l'âge adulte. « Ils peuvent aussi présenter de véritables troubles de l'humeur tels qu'une dépression majeure, dont la prévalence atteint 4 à 8%, ou des troubles bipolaires, caractérisés par des cycles dépressifs à répétition ou des variations d'humeur » (Hauswald,2020).

Les jeunes qui souffrent de dépression sont aussi biens des filles que des garçons. À l'adolescence, cependant, les filles semblent plus vulnérables que les garçons. Les états

dépressifs non diagnostiqués et non traités à l'adolescence ont des répercussions néfastes à l'âge adulte ainsi le risque de suicide augmente et compromet gravement l'avenir de l'adolescent (Haesevoets, 2008).

Il est important de souligner le lien mis en évidence dans les recherches épidémiologiques entre la dépression et le risque de suicide. Cependant, selon ces informations, le suicide est considéré comme la deuxième cause de décès à l'adolescence (16% des décès chez les jeunes de 15 à 24 ans), après les accidents de la route, qui représentent 38% de mortalité (Emmanuelli, 2021).

6.2 L'anxiété

Il s'agit de 5 à 10 % des adolescents. Selon l'auteur, l'anxiété est une réaction naturelle qui permet de réagir rapidement lorsque la personne est en danger. « Elle est définie comme un sentiment douloureux ou une sensation de peur en prévision d'un événement dangereux. »

Cette idée est proche de celle du stress. Toutefois, elle peut se développer, se renforcer et ainsi devenir une maladie : « psychologique (phobie, obsessions, inhibition, etc.), émotionnelle (dépression), comportementale (instabilité, agitation, colère) et somatique » (Hauswald, 2020).

Quoi qu'il en soit à court ou à long terme, la pathologie anxieuse, même dans ses formes sémiologiques déjà connues, est celle de la transformation. Il existe de nombreuses variations dans ces transformations, allant d'une amélioration significative à des comportements devenant autonomes par rapport à l'angoisse initiale, tels que les comportements addictifs, ou plus traditionnellement les divers types de comportements névrotique (Marcelli et *al.*, 2018).

6.3 Les phobies

Les aspects positifs de la phobie sont mis en évidence par A. Birraux qui rappelle qu'elle fait partie de ce qui se passe à l'adolescence : aucune adolescence ne se déroule sans phobie ; aucune transformation psychique pubertaire ne se fait sans l'apparition de ces peurs sombres qui se manifestent à travers l'environnement, se concentrent sur un objet spécifique, se concentrent sur le corps, ou une partie du corps ou la psyché afin de limiter, voire de paralyser leur utilisation et leur fonctionnement. » chez les adolescent "normal", elles prennent différentes formes qui se manifestent par le refus de prendre le métro ou l'avion, de consommer certains aliments, de se trouver dans des lieux ou des situations spécifiques. Elles sont souvent accompagnées, voire précédées, par l'utilisation d'objets contraphobiques (Emmanuelli, 2021).

Ce trouble présente deux problèmes particuliers : la durée de son évolution (contrairement aux troubles paniques et même à la dépression) et surtout l'importance des

conséquences sociales liées aux comportements d'évitement engendrés par cette maladie. De notre point de vue, certains échecs scolaires, ruptures de scolarité ou même refus scolaires anxieux pourraient être attribués à ce trouble généralement non diagnostiqué comme tel à l'adolescence, dans ce dernier cas, on observe également cliniquement l'évolution progressive d'un trouble où l'angoisse de séparation prédomine au début de l'adolescence pour évoluer vers une anxiété sociale en se chronicisant (Marcelli et *al.*, 2018).

6.4 L'agressivité

Il n'est pas surprenant que les émotions ambivalentes d'agressivité et de culpabilité, ainsi que certains désirs incestueux, soient remis en question à ce moment de transition. Dans cette perspective, l'agressivité et les émotions violentes ou coupables qu'elle suscite prennent une autre dimension que morale ou culturelle (Haesevoets, 2008).

La psychanalyse associe l'agressivité aux trois niveaux de changement intrapsychique (adaptation de la structure de la personnalité, répétition des conflits infantiles et processus de deuil). Tout d'abord, la partie narcissique de la personnalité en difficulté cherche un soutien sur un objet qui la contient et l'apaise. Toutefois, il peut également s'appuyer sur la haine que suscite un objet. En d'autres termes, la précarité narcissique peut engendrer une rage narcissique, les émotions de honte qui sont à la source d'une compulsion de vengeance envers ce qui ne satisfait pas ou ce que l'on désire (Marcelli et *al.*, 2018).

6.5 Troubles de l'alimentation

D'après les divers travaux de la Haute Autorité de santé (HAS), dont les derniers sont publiés en 2010, il a été possible de définir des groupes à risque et des symptômes d'alerte de TCA. Parmi les personnes particulièrement concernées, on peut citer : les jeunes filles ; les patients ayant un indice de masse corporelle (IMC) faible ou élevé ; les adolescents consultant pour : des inquiétudes liées au poids, des troubles gastro-intestinaux, des troubles psychologiques ; les jeunes filles ayant des troubles menstruels (aménorrhée) ; les danseuses ; les mannequins ; les sportifs, notamment compétitifs ; les personnes atteintes de pathologies impliquant des régimes (Marcelli et *al.*, 2018).

7. Délinquance et comportements à risque chez l'adolescent

Que ce soit dans le cas de conduites à risque ou de groupes à risque, les indicateurs de risque ne sont pas tant qualitatifs (type de conduite spécifique) que quantitatifs. Ainsi doit-on prendre en considération : • la répétition d'une conduite (plusieurs accidents de la voie publique impliquant fractures ou lésions graves ; comportements boulimiques répétés ; bagarres répétées

; absentéisme scolaire fréquent; ivresses à plusieurs reprises, etc.); • la durée d'une même conduite pendant une période de plus de 3 mois, voire 6 mois ou plus ; • le cumul des manifestations de souffrance et/ou de déviance avec l'apparition de nouvelles conduites s'ajoutant aux précédentes ; • les événements de vie négatifs aussi bien pour l'adolescent lui-même que pour son proche environnement (déménagement, maladie ou accident des parents, chômage, etc.) (Marcelli et *al.*, 2018).

À l'adolescence, dès que des signes d'une crise sont constatés, les symptômes semblent plus intenses et plus brusques. Il se trouve davantage au niveau des actions, que ce soit envers soi-même ou envers autrui. L'expérience clinique rapporte souvent des troubles de la conduite sociale, des tentatives de suicides, des fugues, de la drogue, de l'alcool, de la promiscuité sexuelle, des actes plus au moins délictueux... qui sont toujours des signes qui méritent d'être entendus et pris au sérieux. On considère que la consommation de drogues dures et encore plus importante lorsque l'adolescent est atteint de dépression non traitée. L'état de certains adolescent consommateurs de drogues et d'alcool se dégrade, ce qui démontre la nécessité de l'établissement d'un diagnostic précoce (Haesevoets, 2008).

Quand des comportements symptomatiques se répètent, se prolongent, s'associent entre eux et à des événements de vie négatifs, il est souvent illusoire de croire que « le temps est le meilleur traitement » et qu'il faut attendre. Au contraire, il est possible de craindre soit une adhésion à un type de difficultés dont la répétition risque d'avoir un effet de désignation pour l'adolescent, entraînant une pathologie comportementale fixée (un « toxicomane », une « boulimique », un « délinquant », etc.), soit une aggravation progressive avec un risque de décompensation dans un état psychopathologique évident (dépression grave, état limite, décompensation psychotique, etc.). Dans les deux situations, il est possible que le processus d'adolescence soit entravé, bloqué ou « avorté », c'est-à-dire interrompu dans une forme d'adultisation superficielle qui ouvre aux pathologies du caractère (Marcelli et *al.*, 2018).

7.1 La Prévention de la délinquance

Selon Tursz, Souterand et Salmi (1993) la notion de prévention est étroitement liée à celle de risque défini comme « la probabilité qu'un événement va survenir, c'est-à-dire qu'un individu va devenir malade ou va mourir, pendant une période donnée (Marcelli et *al.*, 2018).

Le terme "prévention" fait référence à toutes les mesures ou actions prises par l'individu ou son environnement, qui peuvent prévenir l'apparition d'un état pathologique ultérieurement ou en démineur l'intensité et les dégâts (Marcelli et *al.*, 2018).

Il est essentiel d'adopter une stratégie active pour ces adolescents qui sont inscrits dans l'excès, car ils ne demandent généralement rien, au pire, ils commencent par refuser toute aide. La simple information est désormais superflue ; la prévention « passive » (attendre que l'adolescent se manifeste ou qu'il demande quelque chose) est illusoire ; il s'agit cette fois d'« aller vers » l'adolescent dans une approche qui dépasse l'écoute et le soin (Marcelli et *al.*, 2018).

8. Adolescence et violence

À l'adolescence, la découverte de la sexualité, l'initiation sexuelle sont autant sources de créativité que de destruction. Selon les uns ou les autres, les premières expériences sexuelles correspondent à des moments bouleversants plus ou moins intenses (Haesevoets, 2008).

La violence se présente donc comme une réponse à une menace qui s'impose au moi, une menace d'intrusion ou de désordre. Il est possible que cette menace provienne du monde interne ou externe, mais le plus souvent, elle découle de la collusion qui se produit entre les deux : la pulsion introduit l'objet dans le moi, crée l'angoisse d'une collusion entre soi et l'autre, éveille une destruction qui menace l'objet et, par conséquent, le moi, qui est dépendant de l'objet. La violence se produit lorsque le sujet perçoit ce qui constitue une menace pour son identité et ce qui peut être perçu comme une blessure narcissique (Emmanuelli, 2021).

8.1 Violence sur soi et sur autrui (Auto-agressivité – hétéro-agressivité)

La tentative de suicide à l'adolescence n'est pas d'emblée un mode de fonctionnement psychopathologique particulier. Sur le plan statistique, 75% des de suicide ne révèlent aucune pathologie psychiatrique confirmée. L'existence d'un trouble psychique entraîne un risque accru de récurrence (Haesevoets, 2008).

Selon Le Breton (2003), les violations de l'intégrité corporelle ne sont pas liées à une volonté de se détruire, mais plutôt à « des efforts de vie », « une opposition à la souffrance », car de nombreuses adolescentes affirment y trouver « le sentiment d'être ».

Elles ne s'écartent donc pas du phénomène de la tentative de suicide qui n'est pas souvent le résultat d'un véritable désir de mourir, mais plutôt d'un désir de vivre l'origine d'une rage narcissique, les sentiments de honte à la base d'une compulsion de vengeance envers ce qui ne satisfait pas ou ce qu'on désire (Marcelli et *al.*, 2018).

8.2 Violence dans le milieu familial

Selon certains écrivains, il faut reconnaître que les troubles de l'adolescent sont le résultat des interactions pathologiques du groupe familial lui-même, en particulier dans les cas

de troubles de la personnalité graves. Cela se manifeste notamment chez les adolescents qui sont considérés comme limités ou qui présentent des troubles narcissiques de la personnalité (Marcelli et *al.*, 2018).

La construction d'une famille « solide » qui perdure dans le temps est devenue un défi pour notre génération. La construction de liens conjugaux solides, d'un avenir pour ses enfants et la résolution des problèmes de la vie quotidienne...le projet familial est devenu l'aventure humaine par excellence, nécessitant une grande énergie, une prise en risque de plus en plus évidente à divers niveaux et se confrontant à de nombreux obstacle (Haesevoets, 2008).

Dans d'autres situations, la famille, en particulier la mère, semble incapable de permettre à son enfant de s'épanouir et de maintenir un état de surveillance et de dépendance important. Parfois plus discrètement, l'un ou les parents laissent transparaître les efforts déployés pour prendre soin de l'enfant et attendent de celui-ci à l'adolescence une reconnaissance et une soumission inébranlables. Dans d'autres familles, l'impact d'une angoisse envahissante ne permet ni aux parents, ni à l'adolescent de se démarquer et encore moins de prendre des risques. Cette adolescence bloquée, avortée ou supprimée se manifeste fréquemment dans les imprévus des investissements sublimatoires, notamment scolaires : parfois, l'échec scolaire se manifeste à l'adolescence ou s'accroît malgré une intelligence "normale" (Marcelli et *al.*, 2018).

9. Principe de prise en charge de l'adolescent

Dans la prise en charge de l'adolescent, l'entretien clinique a un double objectif. Il s'agit d'abord d'une évaluation dans les différents domaines de la clinique psychiatrique de l'adolescent (sémiologie, nosographie, psychopathologie, psychodynamique, individuel, familial, etc.). Il s'agit également d'un but thérapeutique : en raison de la découverte, de l'expression, des efforts pour clarifier les différentes difficultés et symptômes, les entretiens peuvent avoir un effet thérapeutiques indéniable. La simple collecte d'informations sans formuler en échange différentes propositions thérapeutiques risque de constituer une intrusion intolérable et stérile pour l'adolescent et son entourage. Les échanges avec les adolescents doivent toujours être doubles. Evaluation d'une part et projet thérapeutique d'autre part (Marcelli et *al.*, 2018).

Synthèse

Toujours en quête d'identité, parfois d'une identité unique, les adolescents sont passionnés par les symboles. De l'adolescence à la transition, il y a une sorte de négociation avec soi-même et avec autrui, qui peut être source de revitalisation ou de mortification. Il s'agit vraiment de renaître et de choisir ce que l'on considère comme son identité ou de se confirmer. Les adolescent(e)s ont une passion narcissique qui les pousse à souhaiter laisser leur empreinte, leur marque, leurs symboles, leur empreinte. La source de l'affirmation de soi, de l'agressivité créatrice et de la volonté d'exister en elle-même. L'adolescent est son propre reflet et apprend à se connaître davantage. Face à l'évolution de son image, il (elle) peut avoir des doutes et des questionnements auxquels il faut chercher des réponses pour apaiser les conflits qui menacent son équilibre psychologique.

Partie pratique

Chapitre IV
Méthodologie de la
recherche

Préambule

La méthodologie de recherche se réfère à la manière dont le chercheur élabore son étude afin d'obtenir des résultats valides et fiables, tout en atteignant ses objectifs initialement prévus. La démarche de son travail, la méthode et les outils utilisés à cette fin, doivent être définies par le chercheur au cours de cette partie. Dans ce chapitre intitulé "méthodologie de la recherche", nous exposerons toutes les étapes à partir desquelles notre recherche a été menée.

Nous allons donc, dans ce chapitre, commencer par la présentation des limites auxquelles cette étude est confrontée, la méthode employée dans la réalisation de ce travail, par la suite, nous allons présenter le lieu où la recherche s'est déroulée ainsi que notre groupe de recherche, sans oublier les critères d'inclusion et d'exclusion que nous avons adopté pour mener cette étude. Nous allons, ensuite, passer en revue les outils sur lesquels nous nous sommes basé et les difficultés rencontrées lors de la réalisation de notre recherche. Enfin, nous allons conclure ce travail avec une synthèse.

1. Les limites de la recherche

- Limite temporelle : la recherche s'est déroulée pendant une période de 45 jours (du 01/04/2024 au 15/05/2024 ;
- Limite spatiale : l'étude a été effectuée au niveau de l'EHS de Ouad Ghir ;
- Limite du Groupe : La recherche a été menée auprès de quatre (04) sujets, deux Garçons et deux filles ;
- Les outils de recherche : nous avons utilisé un guide d'entretien clinique semi-directif et un questionnaire d'évaluation du traumatisme : le TRAUMAQ ;
- L'approche que nous avons adoptée est l'approche intégrative ;

Dans ce qui suit, nous allons expliquer la méthode que nous avons adoptée dans la réalisation de cette étude.

2. La méthode utilisée dans la recherche

Que ce soit en psychologie clinique ou dans d'autres domaines de la science, la recherche scientifique constitue un élément essentiel dans la production de nouveaux savoirs dans l'objectif d'acquérir de nouvelles connaissances. La méthode, quant à elle, est un ensemble de règles, de procédures et d'étapes composant le moyen pour y parvenir.

Selon Angers (1994), La méthodologie est un ensemble de méthodes et techniques qui orientent l'élaboration d'une recherche et guide la démarche scientifique (Angers, 1994).

Concernant notre étude, nous avons fait appel à la démarche qualitative, puisque nous cherchons à décrire et à expliquer le vécu subjectif des adolescents ayant fait face à un événement traumatisant.

Contrairement à la démarche quantitative -qui vise à étudier quantitativement des phénomènes par la suite expliquer les résultats obtenus par des données chiffrées- la démarche qualitative s'attache à l'explication des phénomènes étudiés en lui donnant un sens et une signification plus profonde et plus authentique. Les résultats obtenus sont exprimés en mot, tant, la démarche qualitative vise à comprendre en profondeur les phénomènes étudiés, en explorant les significations, les perceptions, et les expériences des individus.

En ce qui concerne la recherche qualitative, elle se concentrera sur la compréhension des faits humains et sociaux en les considérant comme étant porteurs de significations véhiculées par des acteurs (sujets, groupes, institutions...), ainsi que des parties prenantes des relations interhumaines. Au lieu de chercher à généraliser les données, la démarche qualitative

visé principalement à comprendre et approfondir en s'immergeant dans la complexité d'une situation (moins de cas, plus de détails). La problématique reste ouverte et large, ce qui donne à la recherche qualitative une dimension souvent exploratoire. Ce n'est pas ici l'essai d'un cadre théorique préétabli, mais plutôt l'élaboration de nouvelles connaissances à partir d'un raisonnement inductif, raisonnement qui passe du particulier, du spécifique, au général (Bioy et *al.*, 2021).

Le processus de collecte de et d'analyse des données qualitatives (mots, récits, images...ect.) n'est pas linéaire, mais peut se superposer dans la mesure où la démarche méthodologique n'est pas définie à l'avance, mais évolue au fil des résultats obtenus. L'objectif de l'analyse qualitative des données est de décrire ou de théoriser des processus (par induction) plutôt que de fournir des « résultats ». Elle offre la possibilité d'élargir un sujet de recherche, de définir de nouvelles approches ou de repérer de nouvelles approches (Bioy et *al.*, 2021).

Dans le cadre de notre étude, nous avons opté pour la démarche qualitative puisqu'elle nous offre la possibilité d'expliquer, de décrire et de comprendre le profil psychotraumatique de l'adolescent.

La méthode clinique, quant à elle, pourra nous guider dans ce travail de s'approcher des situations concrètes des sujets souffrants de traumatisme psychique, elle est centrée sur l'étude de cas, autrement dit sur l'aspect individuel du sujet.

La méthode « clinique » qui s'oppose à la méthode expérimentale est naturaliste, se référant à la totalité des situations envisagées, à la singularité des individus, à l'aspect concret des situations, à leur dynamique, à leur genèse et à leur sens, l'observateur faisant partie de l'observation (Fernandez & Pedinielli, 2006).

De cette manière, la méthode clinique va créer une situation, avec une contrainte minimale, afin de faciliter et collecter les reproductions du sujet. Cette approche nécessite donc la présence physique du sujet, son interaction avec le psychologue est primordiale, ainsi que sa liberté d'organiser les situations proposées selon ses préférences. Celle-ci repose sur des méthodes utilisées dans le domaine de la pratique (entretien, observations, tests...etc.) qui visent à approfondir la compréhension d'un sujet (activité pratique d'évaluation et de thérapie) ou de problèmes plus généralisés, et à en donner une interprétation ou une explication la plus pertinente.

Deux niveaux complémentaires sont présents : le premier consiste à utiliser des méthodes (tests, échelles, entretiens...) pour collecter des informations in vivo (en les isolant le moins possible de la situation naturelle dans laquelle elles sont collectées et en respectant le contexte), tandis que le second niveau se caractérise par une étude approfondie et complète du cas. La distinction entre le premier et le second niveau ne réside pas dans les outils ou les méthodes, mais plutôt dans les objectifs et les résultats : Le premier niveau donne des renseignements sur un problème, tandis que le deuxième niveau cherche à saisir le cas (Fernandez & Pedinielli, 2006).

Son objectif est donc de mettre en lumière la logique d'une histoire de vie unique, confrontée à des situations complexes, qui requièrent des lectures à divers niveaux, et qui utilise des outils conceptuels appropriés. Par conséquent, elle ne se réfère plus principalement à l'anamnèse et au diagnostic, et se démarque des contraintes d'une psychologie médicale tout en restant clinique et psychopathologique. Elle nous permet d'utiliser la méthode d'observation et d'entretien pour comprendre l'état psychique des sujets à partir de son histoire et de ses relations existantes (Douville., 2014).

Nous pouvons donc, déduire que notre étude est vraisemblablement descriptive puisqu'elle nous permet d'explorer et de mesurer dans l'objectif de recueillir des données suffisantes sur notre thématique de recherche, dans cette optique, l'étude de cas constitue une technique qualitative et descriptive de la méthodologie de ce travail, car elle nous permet de comprendre le sujet dans sa singularité et dans sa totalité, ainsi que la mise en application des outils de recherche.

Pour atteindre les objectifs que nous avons préalablement fixé, et dans l'objectif de réussir notre recherche, nous avons opté pour la méthode clinique et l'étude de cas comme éléments d'une démarche qualitative.

3. Présentation du lieu de recherche

Notre étude a été réalisée au sein de l'EHS (Etablissement Hospitalier Spécialisé) de Ouad Ghir, situé dans la wilaya de Béjaïa.

A l'entrée principale de l'établissement, on retrouve la zone ouverte au public constituée d'un bloc administratif ainsi que de l'hôpital du jour et des services de soins d'urgence, donnant sur une vaste aire de stationnement formant une sorte d'écran qui précède les blocs d'hospitalisation, les jardins centraux et les blocs techniques.

Le bloc pédagogique est planté sur un point culminant du site face aux blocs d'hospitalisation (chambres, salle polyvalente, séjour, salle à manger...) et est relié par des axes convergeant pour mettre en valeur l'importance de cette entité dans un tel établissement.

Par ailleurs, la Wilaya de Bejaia est une wilaya d'Algérie en Afrique du nord. Elle compte 902 087 habitants sur une superficie de 3262 km². Bejaia, Akbou et Amizour sont les plus grandes villes de la wilaya de Bejaia parmi les 52 villes qui la composent. Elle est divisée en 19 daïras ; à savoir les daïras d'Adekar, d'Akbou, d'Amizour, d'Aokas, de Barbacha, de Bejaia, de Beni Maouche, de Chemini, de Darguina, d'Elkseur, d'Ighil Ali, de Kherrata, d'Ouzellaguen, de Seddouk, de Sidi Aich, de Souk El Tnine, de Tazmalt, de Tichy et de Timezrit. En effet, nous avons réalisé cette recherche au niveau de la commune d'Oued Ghir daïra la wilaya de Bejaia.

4. Le groupe de recherche

Notre étude s'est focalisé sur les adolescents ayant subi un traumatisme psychique. Notre groupe de recherche est composé de quatre (04) adolescents, deux (02) garçons et deux (02) filles, tous ont subits des événements traumatiques différents. Nous avons évidemment pris soin changer les noms des sujets ayant participés à cette étude et nous les avons remplacés par d'autres noms afin de préserver leur anonymat.

➤ Critères d'inclusion

- Que le cas soit un adolescent –c'est-à-dire avoir l'âge entre 13 et 18 ans.
- Que le cas ait vécu un événement traumatique.

➤ Critères d'exclusion

- Les sujets ayants moins de 13 ans ;
- Les sujets ayants plus de 18 ans ;

Tableau 3 : Les caractéristiques de notre groupe de recherche

Prénom	Age	Nature de l'événement	Date de l'événement
Louiz	18 ans	Décès d'un proche (son père)	Aout 2022
Arezki	18 ans	Harcèlement sexuel	Janvier 2024
Sarah	17 ans	Accident de Route	décembre 2023
Mehdi	15 ans	Coups et blessures volontaires	Janvier 2024

Le tableau ci-dessus représente les caractéristiques générales de notre groupe de recherche (prénom, Age, Nature de l'événement, date de l'événement).

5. Les outils de la recherche

Dans cette étude, nous avons d'abord commencer par un entretien clinique semi-directif pour pouvoir d'une part collecter des informations subjectives des sujets et d'autre part assurer une relation de confiance avant la passation du questionnaire de TRAUMAQ.

6. L'entretien de recherche

Dans le but de recueillir le maximum d'informations sur notre sujet d'étude à savoir l'étude du profil psychotraumatique des adolescents, nous avons choisi comme première technique "l'entretien clinique semi-directif".

L'entretien est un dialogue, une conversation, un entrevue, un échange de parole, une discussion entre une ou plusieurs personnes. Selon Angers (2014) l'entretien de recherche est comme « technique directive visant à interroger quelques individus, de façon semi-directive, pour pouvoir effectuer un prélèvement qualitatif » (Angers, 2014).

Pour Chiland. C (1998), l'entretien clinique de recherche vise à accroître les connaissances dans le domaine que le chercheur a choisi, il correspond à un plan de travail précis, visant à répondre à des hypothèses. En ce sens, le discours du sujet est délimité autour du thème de la recherche (CHILAND, 1998).

L'entretien semi directif où le chercheur dispose d'un guide de questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance ce guide constitue une trame à partir de laquelle le sujet déroule son récit (Chahraoui & Benony,2013).

Le guide d'entretien est composé des axes thématiques à traiter : le clinicien chercheur doit préparer quelques questions à l'avance, toutefois celles-ci ne sont pas posées d'une manière

directe. Il s'agit davantage de thèmes à aborder que le chercheur maîtrise (Chahraoui & Hervé, 2013).

Nous avons élaboré un guide d'entretien semi-directif, composé en premier lieu des informations personnelles du sujet, ainsi que de cinq (05) axes composés de quinze (15) questions.

6.1 Déroulement de l'entretien

Nous entamons le travail en commençant par le recueil des données générales sur l'adolescent puis commenceront à appliquer l'entretien, après la fin de l'entretien, nous donnons rendez-vous pour l'adolescent pour l'application du questionnaire Traumaq.

➤ Données générales sur le cas

- Nom :
- Age :
- Sexe :
- Niveau scolaire :
- Motif de suivi :
- Profession des parents

6.2 Axes de l'entretien clinique semi directif

➤ **Le premier axe : symptômes de reviviscence et troubles du sommeil** : l'objectif de cet axe est de déterminer si le sujet présente toujours des symptômes de son trauma suite à l'événement traumatique comme les reviviscences et les troubles du sommeil.

Les questions sont les suivantes :

- Pouvez-vous me dire si vous revivez toujours la scène ou si vous réfléchissez souvent à cet événement ?
- De quelle manière ? Et quel sentiment vous procure ?
- Avez-vous des problèmes de sommeil ?
- Lequel ?

➤ **Le deuxième axe : Répercussions émotionnelles** : l'objectif de cet axe est de recueillir des informations sur l'état émotionnel du sujet lié à la période post-traumatique tels que l'anxiété, sentiments d'insécurité, l'évitement ou l'impression d'être sur le qui-vive.

Les questions de cet axe sont comme les suivantes :

- Es ce que vous ressentez toujours de l'anxiété ?
- Avez-vous un sentiment de peur pour votre propre sécurité ?

- Est-ce que vous avez peur de revivre cet événement ?
- Comment vous vous comporter face à une pression extérieure ?

➤ **Le troisième axe : Répercussions psychosomatique** : l'intérêt dans cet axe, est de recueillir des informations sur les manifestations somatiques du sujet tels que l'impression d'avoir la boule dans le ventre ou d'autres douleurs physiques.

Les questions sont comme suit :

- Avez-vous le sentiment d'avoir la boule dans l'estomac ?
- Avez-vous des accélérations des battements de cœurs ?
- Avez-vous d'autres douleurs physiques après ce que vous avez vécu ?

➤ **Le quatrième axe : Répercussions cognitives**, l'objectif est de recueillir des informations sur des éventuels troubles cognitifs que présente le sujet suite à l'événement traumatique tels que des difficultés de mémorisation, d'attention et de concentration ainsi que le raisonnement logique.

Les questions sont comme suit :

- Avez-vous des difficultés à mémoriser, à ce concentré, ou à être attentif ?
- Pouvez-vous me dire ce que vous pensez de cette accident et ce qui signifie pour vous ?

➤ **Le cinquième axe : Répercussions sur la qualité de vie** : composé de trois (03) questions dont l'objectifs est de recueillir des informations sur le vécu quotidien du sujet après l'événement traumatique, tels que la manière de gérer le temps, les relations avec autrui et la manière avec laquelle il envisage l'avenir.

Les questions sont comme suit :

- Pouvez-vous me dire comment vous gérez votre quotidien après cet événement ?
- Pouvez-vous me parler de vos relations avec vos amies et votre entourage proche ?
- Pouvez-vous me parler de ce que vous prévoyez de faire comme projet dans l'avenir ?

7. Le questionnaire de TRAUMAQ

Ce questionnaire offre la possibilité d'évaluer le stress post-traumatique à l'état aigu et chronique, ainsi que les changements de personnalité après l'événement traumatique vécu. Le TRAUMAQ a été sélectionné car il nous donne la possibilité d'explorer non seulement les symptômes spécifiques du traumatisme tels que le syndrome de répétition, l'évitement et les signes neurovégétatifs, mais il permet également d'explorer le vécu traumatique en examinant les éléments tels que la honte, la culpabilité, la qualité de vie, les somatisations, etc. (Damiani & Pereira, 2009).

Ce questionnaire est en adéquation avec notre groupe d'étude et le sujet de notre recherche. Il répondra à notre interrogation concernant la présence ou non d'un traumatisme psychique chez nos sujets de recherche ce qui va nous conduire à l'élaboration d'un profil psychotraumatique spécifique de chaque sujet.

Les informations sont réparties en fonction de l'événement et du sujet, l'événement qui est l'origine des troubles observés doit représenter un potentiel danger de mort, une menace de mort réelle pour les sujets qui en sont victimes directes ou témoins. Cet événement peut être individuel dans le cas où il y'a une seule victime (viol commis sur une personne) ou collectif si l'événement en question concerne plusieurs personnes en même temps (catastrophe naturelle faisant des centaines voire des milliers de victimes). Ces événements sont répertoriés dans la catégorie « nature de l'événement » tels que : les catastrophes naturelles (inondations, tremblement de terre, etc.), catastrophes technologiques (explosion dans une usine de type AZF, etc.), catastrophes aériennes, maritimes ou ferroviaires (crash aérien, naufrage, accident de train, etc.), accident de la voie publique (les accidents de la circulation impliquant des véhicules motorisés, des bicyclettes, etc.), attentats (acte de terrorisme), accidents domestiques (incendie, explosion de gaz, etc.), Hold-up ou vol à main armée, coups et blessures involontaires, coups et blessures volontaires, tentative d'homicide, agression sexuelle, viols, rackets, conflits armés, tortures, menaces de mort et autres (Damiani & Pereira, 2009).

Le lieu la date et la durée de cet événement peuvent également être indiqués, l'intervention de la cellule d'urgence médico-psychologique. Les informations qui concernent le sujet 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).

Les items et les échelles du questionnaire ont été rédigés par des psychologues cliniciens et des psychiatres spécialisés en victimologie. Elles ont fait l'objet d'études pré-expérimentales afin de supprimer les ambiguïtés et les items non pertinents. La première partie présente les réactions immédiates pendant l'événement ainsi que les troubles psychotraumatique depuis l'événement, elle est composée de dix échelles réparties comme suit :

Pendant l'événement : échelle « A », comprend huit (08) items qui sont les réactions immédiates physiques et psychiques pendant l'événement.

Depuis l'événement : l'échelle « B » constituée de quatre (04) items qui représentent les symptômes pathognomoniques de répétition : les reviviscences, l'impression de revivre l'événement, les flashes et l'angoisse attachée à ces répétitions. L'échelle « C » est composée de Cinq (05) items traduisant l'anxiété et l'état d'insécurité et les évitements phobiques. L'échelle « D » regroupe Cinq (05) items abordant l'anxiété, les états d'insécurité et les évitements phobiques. L'échelle « E » est constituée de six (06) items qui traduisent l'irritabilité, la perte de contrôle, l'hypervigilance et l'hypersensibilité. L'échelle « F » est composée de Cinq (05) items qui regroupent les réactions psychosomatiques, physiques et les troubles addictifs. L'échelle « G » comportent trois (03) items correspondant aux troubles cognitifs (mémoire, concentration, attention). L'échelle « H » regroupe huit (08) items qui traduisent les troubles dépressifs à savoir le désintérêt général, la perte d'énergie et d'enthousiasme, la tristesse et la lassitude ainsi que les envies suicidaires. L'échelle « I » regroupe sept (07) items qui abordent le vécu traumatique tel que la culpabilité, la honte, l'atteinte de l'estime de soi, les sentiments violents et la colère ainsi que l'impression d'être fondamentalement changé. L'échelle « J » qui comporte onze (11) items qui traduisent la qualité de la vie (Damiani & Pereira, 2009).

La deuxième partie concerne le délai d'apparition et de la durée des troubles décrits, cette partie permet de prendre en compte des manifestations qui peuvent avoir disparues 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'impression de revivre l'événement, les souvenirs et les images répétitives (échelle B de la première partie)
- Les troubles du sommeil : difficulté d'endormissement, cauchemars, réveils nocturnes. (Échelle C de la première partie)
- L'anxiété et/ou les crises d'angoisse, l'état d'insécurité (échelle D de la première partie)
- La crainte de retourner sur les lieux de l'événement (échelle D de la première partie)
- L'agressivité, l'irritabilité ou la perte de contrôle (échelle E de la première partie)
- L'hypervigilance, l'hypersensibilité aux bruits ou la méfiance (échelle E de la première partie)
- Les réactions physiques telles que sueurs, tremblements, maux de tête, palpitations (échelle F de la première partie)
- Les problèmes de santé : perte d'appétit, boulimie, etc. (échelle F de la première partie)

- L'augmentation de la consommation de certaines substances café, cigarettes, nourriture, etc. (échelle F de la première partie)
- Les difficultés de concentration (échelle G de la première partie)
- Le désintérêt général, tristesse, la lassitude (échelle H de la première partie)
- La tendance à s'isoler (échelle J de la première partie)
- Les sentiments de culpabilité (échelle I de la première partie)

Le questionnaire du TRAUMAQ a été conçu pour être utilisé en hétéro-passation, le temps d'administration varie d'une personne à l'autre. L'auto passation est possible unique dans des conditions rigoureuses, ce qui permet d'envisager une passation collective (Damiani & Pereira, 2009).

Il convient également de préciser une consigne générale : « vous devez répondre à toutes les questions. Vous pouvez revenir en arrière, passer une question si vous avez du mal à y répondre sur le moment, mais il faudra y revenir par la suite » (Damiani & Pereira, 2009).

La cotation 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 : nul échelon 0, Faible échelon 1, Fort échelon 2, très fort échelon 3. L'échelle J comporte onze 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 s'obtiennent 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 grisée cochée et 0 point pour une case blanche (Damiani & Pereira, 2009, p 16).

Tableau 4 : grille de cotation des échelles du TRAUMAQ

Réponse	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11
OUI											
NON											

SOURCE : (DAMIANI & PEREIRA, 2009, P 16).

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. Les informations recueillis dans la deuxième partie du questionnaire 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 des 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).

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 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 (Damiani & Pereira, 2009).

Tableau N° 05 : la conversion des notes brutes en notes étalonnées, par échelle

Echelle	Notes étalonnées				
	1	2	3	4	5
Echelle A	0-6	7-12	13-18	19-23	24
Echelle B	0	1-4	5-7	8-9	10 et +
Echelle C	0	1-3	4-9	10-13	14 et +
Echelle D	0	1-4	5-9	10-14	15 et +
Echelle E	0-1	2-4	5-9	10-14	15 et +
Echelle F	0	1-3	4-6	7-9	10 et +
Echelle G	0	1-2	3-5	6-7	8 et +
Echelle H	0	1-3	4-11	12-17	18 et +
Echelle I	0-1	2-5	6-9	10-16	17 et +
Echelle J	0	1	2-5	6-7	8 et +
Total	0-23	24-54	55-89	90-114	115 et +

SOURCE : (DAMIANI & PEREIRA, 2009).

Tableau 6 : Interprétation des scores obtenus des dix échelles au questionnaire

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

SOURCE : (DAMIANI & PEREIRA, 2009).

Nous allons, dans ce qui suit, présenter le déroulement de la recherche.

8. Déroulement de la recherche

Avant toute recherche scientifique, il est primordial d'effectuer une pré-enquête qui nous permettra l'exploration de notre terrain de recherche dans l'objectif d'assurer le déroulement de l'étude dans meilleurs conditions.

9. La pré-enquête

La pré-enquête constitue l'une des premières étapes de l'élaboration d'un travail de recherche, elle va nous permettre d'assurer la faisabilité de cette dernière et vérifier la

disponibilité de la population d'étude. En ce qui concerne notre pré-enquête, elle a été réalisée en mois de mars 2024 au sein du service de pédopsychiatrie de l'EHS de Ouad Ghir, située au niveau la Wilaya de Béjaïa.

D'abord, nous avons effectué une première visite au bureau des psychologues pour pouvoir bénéficier d'un accès en tant qu'étudiant en Master 2, spécialité psychologie clinique, puis nous avons proposé notre thématique de recherche -intitulée le profil psychotraumatique des adolescents suivis au sein du service de pédopsychiatrie de l'hôpital de Ouad Ghir- au psychologue. Nous avons eu la confirmation de la disponibilité des cas en relation avec notre population d'étude. Malheureusement, Les consultations étaient devenues rares depuis un certain temps, mais que c'était possible de les recontacter afin de reprendre les séances de consultations, ce qui a été fait juste après.

Cette aide nous a rendu notre recherche possible et nous avons pu avoir un contact avec les adolescents ayant subi un traumatisme. Nous avons eu l'occasion d'avoir des échanges en relations avec les différents événements traumatiques qu'ils ont vécus et ont manifesté leur volonté de reprendre les séances de consultation avec leurs psychologues pour pouvoir se débarrasser de certains symptômes encore persistants.

Vu la rareté de cas qui consultent pour traumatisme, surtout le manque de suivi, nous avons décidé de procéder à l'enquête pour éviter la déperdition des cas qui se présentent. Notre requête a été favorablement acceptée, puisque les cas convoqués nous ont donné leur accord pour participer à la recherche, ce qui nous permet d'avoir la disponibilité de la population d'étude.

10.L'enquête

D'abord, l'enquête est une recherche d'informations effectuée par interrogation systématique des sujets d'une population déterminée, favorisée par l'utilisation de questionnaires, de sondages et d'entretiens (interviews) (N'da, 2015).

Notre enquête a duré un mois et demi (45 jours), du 01 avril jusqu'au 15 mai 2024, par la suite nous nous sommes déplacé au lieu de la recherche, à savoir l'EHS de Ouad Ghir, où ils ont mis à notre disposition un bureau avec toute les commodités nécessaires pour le mener notre travail dans les meilleures conditions.

Avant de procéder à notre travail, nous avons pris soins finir toute la paperasse administrative nécessaire et de bénéficier d'un badge d'entrée spécifique en tant qu'étudiant/chercheur.

10.1 Vérification du consentement des cas :

Avant de débiter notre investigation avec chaque adolescent, nous avons tenu à expliquer le contexte dans lequel nous allons travailler en disant à chaque participant ce qui suit : « Je tiens à vous solliciter pour participer à notre recherche. Je suis actuellement en stage de Master en psychologie clinique et je mène une recherche sur les expériences des adolescents ayant vécu des traumatismes, pour essayer de les comprendre. Ce travail rentre dans le cadre de mon mémoire de fin de cycle. Acceptez-vous de participer à cette recherche ? Avant de répondre par oui ou par non, je tiens à vous expliquer le déroulement de cette recherche : Vous serez invité(e) à répondre à des questions lors de l'entretien pour éclairer certains aspects de votre expérience, et vous pourriez également être sollicité(e) pour remplir un questionnaire sur vos expériences de vie. Il est important que vous vous sentiez à l'aise dans vos réponses, car il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses ; ce qui m'intéresse est votre expérience telle que vous l'avez vécue et mon objectif est de vous comprendre et non de vous juger. Vos réponses seront traitées de manière strictement confidentielle, et votre participation est volontaire. Vous avez le droit de retirer votre consentement à tout moment, sans justification. Votre décision de participer ou de ne pas participer n'aura aucune incidence sur notre relation ou sur votre traitement au sein de notre institution. Alors, acceptez-vous de participer à cette recherche ? »

En cas de réponse Positive, nous remercions l'adolescent comme suit : « Je vous remercie pour votre engagement à partager votre expérience, dans le but de faire avancer la recherche ». Ainsi, nous entamons le travail en commençant par le recueil des données générales sur lui, puis l'entretien, etc.

Une fois le consentement de l'adolescent est accordé, nous l'informons de la possibilité de s'exprimer dans une langue de son choix.

Au début, nous avons entamé notre enquête par le guide d'entretien « semi-directif » que nous avons préalablement élaboré, la durée de cet entretien varie de 30 minutes à 1 heure, selon les sujets.

Lors de nos entretiens, les participants ont répondu aisément aux questions et faisaient des associations directes, ce qui nous a rendu la tâche plus facile. Ils ont même considéré ces échanges comme une occasion qui leur est donnée de partager tout ce qu'ils ont pu vivre durant l'événement. Les questions ont été formulées d'une manière flexible, permettant ainsi à nos sujets de s'exprimer librement, en utilisant la langue de leur choix, à savoir, le Kabyle et le français. Parfois, il a été nécessaire d'intervenir pour traduire certaines phrases en kabyle, pour

les sujets qui ne comprenaient pas parfaitement le français. Nous avons aussi eu recours à l'enregistrement audio après avoir bien sûr sollicité le consentement de nos sujets.

En outre, nous avons réalisé la passation du questionnaire du « TRAUMAQ », que nous avons décidé d'utiliser durant la recherche afin de comprendre le vécu traumatique de nos sujets. Durant cette passation, nous sommes restés près de l'adolescent pour s'assurer que tous les sujets n'avaient pas de difficulté à y répondre.

Vers la fin, nous avons pris la peine de remercier l'adolescent pour sa participation à notre enquête et aussi pour le temps qu'il nous a accordé afin de répondre aux questions de cette recherche.

11. Attitude du chercheur

L'entretien clinique se caractérise par des aspects techniques tels que la non directivité, le respect, la neutralité bienveillante, l'empathie...etc., qui sont indissociables de l'attitude du clinicien face à son sujet.

Lors de la réalisation de cette recherche nous avons tenu à respecter toutes ces modalités à commencer par la non directivité où nous avons laissé le sujet s'exprimer librement en évitant de lui couper la parole et de lui imposer des barrières. Nous avons respecté ses capacités et ses choix personnels tout au long de l'entretien.

Depuis le début, nous nous sommes engagés à respecter le sujet. D'abord par notre demande d'avoir le consentement libre et éclairé de chacun des sujets ayant participé ainsi que le respect de leurs personnalités, de leur appartenance sociale, culturelle et religieuse ainsi que sa dignité et ses valeurs.

Nous avons opté pour une neutralité bienveillante en évitant de porter des jugements de valeurs ou des critiques à l'égard de nos sujets et leurs choix sans paraître froid et distant, cela afin de l'aider dans l'expression de ses ressentis en toute confiance. Face à nos sujets, nous leur avons manifesté notre empathie envers ce qu'ils ont vécu comme événements et notre compréhension des différents problèmes et difficultés auxquelles ils doivent faire face.

12. Les difficultés de la recherche

Lors de l'étude que nous avons réalisée, nous avons rencontré certaines difficultés liées en premier lieu à :

- Trouver des sujets adolescents ayant vécu un événement traumatique et qui consulte régulièrement dans l'EHS de Ouad Ghir.

- En deuxième lieu le manque d'ouvrages dans la bibliothèque de notre faculté traitant la thématique du psychotraumatisme psychique.

Synthèse

Dans cette partie essentielle de la recherche méthodologique, nous avons d'abord élaboré un guide d'entretien clinique semi-directif, grâce auquel nous avons pu recueillir des informations détaillées sur les différents aspects caractérisant le traumatisme psychique des sujets concernés. Ensuite, nous avons administré le questionnaire TRAUMAQ, dont l'objectif est de mieux comprendre la symptomatologie traumatique des adolescents ayant vécu des événements bouleversants.

Les données recueillies à l'aide du guide d'entretien clinique semi-directif et du questionnaire TRAUMAQ seront décrites et analysées dans le chapitre suivant.

Chapitre V

Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Préambule

Dans cette dernière partie de notre étude intitulée « le profil psychotraumatique des adolescent suivis au sein du service de pédopsychiatrie de l'EHS de Ouad Ghir », nous allons s'étaler sur la présentation des quatre (04) cas sur lesquels nous avons travaillé en utilisant l'approche intégrative tout en adoptant les principes de la démarche qualitative avec l'aide des deux outils de recherche à notre possession, à savoir, le questionnaire du « TRAUMAQ » réaliser par Damiani et Pereira, ainsi que le guide d'entretien clinique « semi-directif » que nous avons élaboré, dont l'objectif principal est de répondre aux questions posées et aux hypothèses de départ.

Nous allons donc, commencer par la présentation et l'analyse des résultats de l'entretien semi-directif de nos quatre cas. Il est important de noter que la majorité des ont utilisés leur langue maternelle pour s'exprimer, à savoir le « Kabyle ». Ainsi, nous allons d'abord, présenter leurs discours en langue maternelle, puis nous les traduirons en Français. Par la suite, nous procéderons à la discussion et l'analyse des données du TRAUMAQ.

A la fin, nous allons discuter les résultats par rapport à nos hypothèses, nous verrons si elles seront confirmées ou infirmées.

1. Présentation et analyse des résultats

Nous allons commencer cette partie par la présentation des cas selon l'ordre chronologique de la passation. En premier c'est Louiz, puis Arezki.

1.1 Cas N° 01 : Louiz

1.1.1 Présentation du cas et analyse des données de l'entretien

Agée de 18 ans, Louiz, une jeune fille issue d'une famille modeste et vit avec sa mère et ses deux grands frères. Actuellement, elle est étudiante à l'université mais raconte qu'elle a failli abandonné ses études à cause d'un événement tragique qui a bouleversé toute sa famille, il y'a deux (02) ans, elle a été témoin de la mort de son père, ce dernier a perdu la vie brutalement. L'entretien a eu lieu le 17/02/2024 à 09h00 au sein de l'EHS de Ouad Ghir, dans le bureau du psychologue qui était présent sur place pour superviser le déroulement de l'entretien.

Après avoir mentionner les informations personnelles de notre sujet, nous avons entamé l'entretien en commençant par le premier axe abordant les symptômes de reviviscence et les troubles du sommeil (1^{er} axe), sur ce point, Louiz affirme que depuis le décès de son père, qu'elle revoit toujours la scène dans des moments différents de la journée et cela lui procure de la tristesse et du chagrin, « je n'arrête pas de réfléchir à cet instant qui nous a tous bouleversé et cela pendant plusieurs fois dans la journée, cela me procure des sentiment de tristesse et de chagrin ». Elle indique qu'elle a souffert de troubles de sommeil « difficultés d'endormissement, réveils nocturnes, cauchemars » juste après l'événement, avant qu'ils ne disparaissent « juste après l'événement j'avais des difficultés à m'endormir, je me lève souvent la nuit à cause des cauchemars que je faisais, ce n'est plus le cas maintenant ».

En ce qui concerne les répercussions émotionnelle (2^{ème} axe), Louiz dit souffrir de l'anxiété et qu'elle n'a pas peur pour sa propre sécurité mais plutôt se pose des questions existentielles, la peur que cet incident se répète sur un autre membre de la famille ou un proche et toujours persistante, elle évite souvent d'affronter les pressions venant de l'extérieur « je ressens de l'anxiété, mais dans des situations particulières ; je n'ai pas peur pour mon propre ma propre personne mais je me pose souvent des questions existentielles parce que j'ai peur que cela arrive à quelqu'un de proches ; je fuit les situation où il y'a beaucoup de pression parce que je ne sais pas comment la gérer ».

Pour les répercussions psychosomatiques (3^{ème} axe), Louiz nous dit que la sensation d'avoir la boule au ventre ou parfois dans la gorge est fréquente. Elle affirme qu'elle a souffert

de certaines manifestations psychosomatiques comme des palpitations cardiaques, des tremblements, des nausées, juste après l'événement mais qui ont disparu par la suite « à la moindre nouvelle, je ressens comme une boule dans le ventre parfois même au niveau de la gorge cela se produit plusieurs fois dans la journée ; au moment du drame et durant plusieurs jours, mon cœur battait très vite, j'avais des tremblements et des nausées récurrentes cela me rendait mal à l'aise ».

Concernant les répercussions cognitives de l'événement (4^{ème} axe), Louiz manifeste des difficultés de mémorisations de concentrations et d'attention qui se sont apparues depuis le drame, elle dit « jusqu'à à maintenant je n'arrive pas à me rappeler des souvenirs qui se sont déroulés avant le décès de mon père ; j'ai des difficultés à me concentrer dans les cours ; quand quelqu'un me parle je ne lui prête pas attention cela m'arrive souvent ».

Au sujet des répercussions sur la qualité de vie, Louiz est confrontée à des difficultés pour à organiser et gérer son quotidien. Elle évite de nouer de nouvelles relations même si elle garde toujours contacts avec ses anciens amis. Concernant les projet d'avenir, Louiz, souhaite réussir dans ses études universitaires pour pouvoir entamé une carrière professionnelle, « je n'arrive pas à planifier ou organiser mon quotidien, mon quotidien je le vit anarchiquement ; j'évite d'avoir de nouveaux amis, mais je garde toujours le contact avec les personnes que je connais ; oui, j'ai des projets que je souhaiterais réaliser dans l'avenir mais je dois d'abord réussir mes études pour pouvoir réussir dans la vie professionnelle ».

1.1.2 Synthèse de l'entretien semi-directif avec Louiz

A travers les données collectées lors de cet entretien nous pouvons constater que Louiz, présente une symptomatologie de traumatisme psychique telle que les reviviscences, les troubles de sommeil, les flashes back, une vulnérabilité émotionnelle accrue, l'anxiété, des palpitations, altérations des capacités cognitives et des difficultés relationnelles.

Pour pouvoir vérifier ces données, nous allons dans ce qui suit, procéder à l'analyser des données collectées avec le questionnaire du TRAUMAQ.

1.1.3 Présentation des résultats du questionnaire de TRAUMAQ

Tableau 7 : résultat des notes brutes et les notes étalonnées des échelles du TRAUMAQ obtenues par Louiz.

Echelles	Notes brutes	Notes étalonnées
A	16	3
B	9	4
C	6	3
D	8	3
E	16	5
F	10	5
G	9	5
H	20	5
I	13	4
J	4	3
Total	111	4

A travers l'analyse des échelles du questionnaire du TRAUMAQ, nous pouvons constater qu'à l'échelle **A** qui correspond aux réactions immédiates physiques et psychiques pendant l'événement. Louiz a obtenu la note brute de 16 qui se traduit par la note étalonnée 3. Concernant les réactions postérieures à l'événement (le vécu actuel), à l'échelle **B**, Louiz a obtenu une note brute 9 se traduisant par la note étalonnée de 4. Dans l'échelle **C**, elle a obtenu une note brute de 6 qui correspond à la note étalonnée de 3, on retrouve la même note étalonnée 3 dans l'échelle **D** qui correspond à la note brute de 8, tandis que dans les échelles **E**, **F**, **G** et **H**, Louiz a obtenu les notes brutes respectives de 16, 10, 9 et 20, qui correspondent toutes à la note étalonnée de 5. Dans l'échelle **I** Louiz a obtenu une note brute de 13 qui correspond à la note étalonnée 4 et dans l'échelle **J** elle a obtenu la note brute de 4 qui se traduit par la note étalonnée de 3. Au total, Louiz a obtenu une note brute de 111 se traduisant par une note étalonnée de 4.

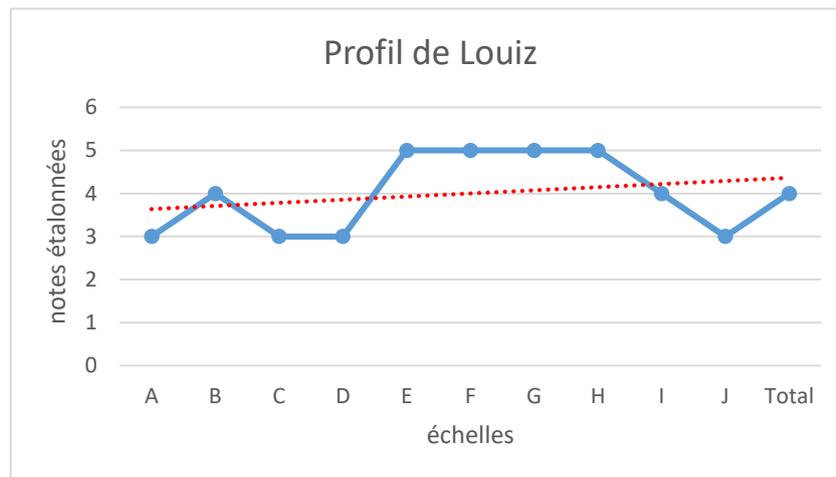
➤ **Analyse Typologique syndrome psychotraumatique fort**

Figure N° 01 illustration du profil de Louiz, syndrome psychotraumatique très fort.

1.1.4 Synthèse des données du questionnaire de TRAUMAQ de Louiz :

A partir de l'analyse du questionnaire de TRAUMAQ, Louiz a obtenu un score total de 111 équivalent à une note étalonnée de 4, selon le manuel du TRAUMAQ le traumatisme est de forte intensité, qui se caractérise par des manifestations immédiates, physiques et psychiques de moyenne intensité à l'échelle A, à l'échelle B nous constatons de fortes manifestations pathognomoniques de reviviscence, une moyenne intensité des troubles du sommeil, aussi, une anxiété, l'insécurité et l'évitement, sont enregistrées à l'échelle C et D, nous avons constaté des manifestations très fortes telles que l'hypersensibilité dans l'échelle E, l'évitement dans l'échelle F, des troubles de la mémoire de la concentration et d'attention dans l'échelle G et une symptomatologie dépressive à l'échelle H. nous constatons aussi des manifestations du vécu traumatique d'une forte intensité dans l'échelle I et une moyenne intensité des manifestations de l'altération de la qualité de la vie à l'échelle J.

1.2 Cas N°02 : Arezki

1.2.1 Présentation du cas et analyse des données de l'entretien

Arezki est un jeune garçon âgé de 18 ans. Actuellement il est scolarisé en 3^{ème} année secondaire, il est célibataire et vit avec ses deux parents très conservateurs et sévères. Concernant ces antécédents médicaux, Arezki affirme n'avoir souffert d'aucune maladie par le passé.

L'entretien s'est déroulé dans l'après-midi du 09/05/2024 à 14h30 au niveau de l'EHS de Ouad Ghir, dans le bureau du psychologue. Pour Arezki nous avons évité de demander

l'autorisation pour l'enregistrement audio de l'entretien puisqu'il s'agit d'un traumatisme lié à un harcèlement sexuel, sur ce sujet lamine nous raconte qu'un ami à lui l'a filmé tout nu dans le lycée où il poursuit ses études, depuis il avait peur que ces images ne soient publiées sur les réseaux sociaux (Facebook).

Concernant le premier axe : les symptômes de reviviscence, Arezki affirme revivre les images de l'incident pendant un certain moment « parfois je revois les images de la scène et ça me faisait peur et maintenant j'évite de penser à ça parce que c'est du passé parce que ça me fait peur », à propos de son sommeil il dit qu'il trouve des difficultés d'endormissement « je n'arrivais pas à dormir correctement la nuit, mon sommeil n'est pas stable ».

Par rapport aux répercussions émotionnelles de l'événement. Arezki, affirme qu'il ressent souvent une anxiété persistante « je suis devenu extrêmement anxieux tout le temps », il pense toujours que les autres lui veulent du mal « je pense qu'ils m'ont ensorcelé ; évidemment j'ai peur pour ma sécurité », il dit qu'il préfère ne pas penser à l'événement pour éviter d'être troublé « j'évite de penser à cet événement ; je suis incapable d'affronter ce qui s'est passé ; j'ai envie de fuir et de tout laisser pour Dieu ; je suis tout le temps frustré et incapable de m'affirmer ; quand je me regarde dans un miroir je me dis que ce n'est plus moi ».

Sur le plan psychosomatique notre sujet explique qu'il ne manifeste aucune douleur physique liée à son état mental sauf qu'il a toujours des douleurs au niveau de l'estomac « je sens comme une boule dans mon estomac et souvent envie de vomir ».

Au sujet des répercussions cognitives, Arezki, manifestent des troubles cognitifs liés directement à cet événement « j'essaie toujours de me souvenir de certaines choses mais je n'y arrive plus », notre sujet présente aussi un raisonnement erroné, « je sais que mes pensées sont irréalistes parce que je ne suis pas dans un monde comme le vôtre ; il y'a des esprits qui parlent la nuit ; Jésus est le dernier messager » « le dieu m'envoie des signes » etc.

Par rapport à la qualité de vie après l'événement, Arezki, passe son temps à dormir et ne profite plus de ses journées comme avant « je dors tout le temps ; j'évite d'aller à l'école mais je fais un peu de sport ; je n'arrive pas à prendre des décisions ; j'attends ma mort », sur le volet relationnel, l'adolescent ne communique plus avec ses amis depuis un certain temps « j'ai pas d'amis ; j'ai un seul ami avec qui je fais du sport et c'est tout » et pour les projets d'avenir il souhaite continuer ses études normalement et faire du commerce « je veux reprendre les études ou peut-être avoir un commerce ». A la fin de l'entretien, Arezki, déclare compter sur notre aide pour pouvoir se libérer de ses symptômes qui lui font honte pour pouvoir réaliser ses objectifs

et retourner à la vie normale. Nous lui expliquons que notre présence au sein de cet établissement est limitée à la durée de notre stage, mais que le psychologue disponible sur place peut répondre à ses besoins. Nous lui exprimons notre compréhension de son mal-être et soulignons que des issues positives sont possibles, notamment grâce à des suivis psychologiques réguliers.

1.2.2 Synthèse de l'entretien semi-directif avec Arezki

D'après les données rassemblées lors de l'entretien que nous avons mené avec Arezki, nous avons constaté la présence de manifestations psychotraumatiques comme la dépression, l'anxiété, évitement, colère, Flashs back, retrait social, distorsion cognitive, déréalisation, l'envie de mourir ...etc. à travers toutes ses informations on peut supposer que Arezki présente une symptomatologie d'un traumatisme psychique sévère.

Pour confirmer cette hypothèse nous allons dans ce qui suit présenter l'analyse des données du questionnaire de TRAMAQ.

1.2.3 Présentation des résultats du questionnaire de TRAUMAQ

Tableau 8 : Le tableau représente résultat des notes brutes et les notes étalonnées des échelles du TRAUMAQ obtenues par Arezki.

Echelles	Notes brutes	Notes étalonnées
A	19	4
B	6	3
C	5	3
D	12	4
E	13	4
F	2	2
G	6	4
H	13	4
I	12	4
J	7	4
Total	95	4

A travers l'analyse des échelles du questionnaire du TRAUMAQ, nous pouvons constater qu'à l'échelle **A** qui correspond aux réactions immédiates physiques et psychiques

pendant l'événement. Arezki a obtenu la note brute de 19 qui se traduit en 4 dans la note étalonnée. Concernant les réactions postérieures à l'événement, à l'échelle B, Arezki a obtenu une note brute de 6 traduisant par la note étalonnée de 3, dans l'échelle C, il a obtenu une note brute de 5 qui correspond également à la note étalonnée de 3, tandis que dans les deux échelles D et E, notre sujet a obtenu respectivement les notes brutes de 12 et 13 qui correspondent toutes les deux à la note étalonnée de 4, dans l'échelle F ce dernier a obtenu une note brute de 2 qui se traduit par une note étalonnée de 2. Pour les échelles G, H, I et J, Arezki a obtenu les notes brutes respectives de 6, 13, 12 et 7 qui se traduisent toutes en une note étalonnée de 4. Au total, Arezki a obtenu une note brute de 95 se traduisant elle aussi, à une note étalonnée de 4.

➤ **Analyse typologique : Syndrome psychotraumatique fort**

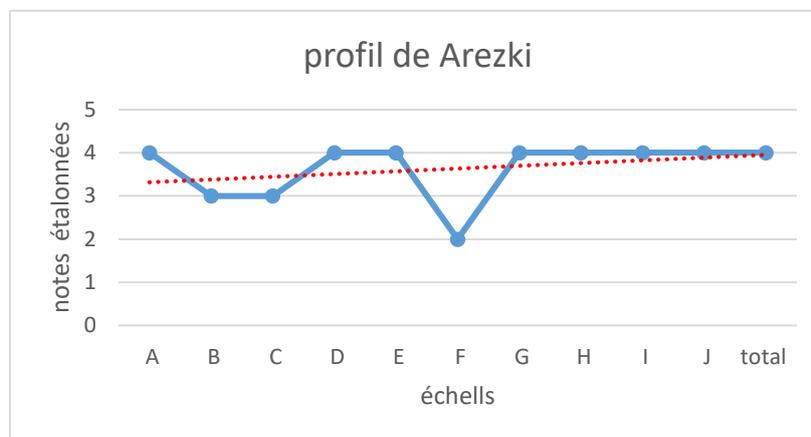


Figure N° 02 illustration du profil de Arezki, syndrome psychotraumatique fort.

1.2.4 Synthèse des données du questionnaire de TRAUMAQ de Arezki

A travers l'analyse du questionnaire de TRAUMAQ, Arezki a obtenu un score total de 95 traduisant une note étalonnée de 4, selon le manuel du TRAUMAQ le traumatisme est de forte intensité, nous avons constaté également des manifestations physiques et psychiques de forte intensité à l'échelle A, la même intensité est enregistré concernant l'évitement à l'échelle D, l'hypersensibilité à l'échelle E, les troubles de la mémoire, de concentration et d'attention à l'échelle G, la symptomatologie dépressive à l'échelle H, les manifestation d'un vécu traumatique à l'échelle I ainsi que les manifestations de l'altération de la qualité de vie à l'échelle J.

Concernant les symptômes pathognomoniques de reviviscence à l'échelle B et les troubles du sommeil à l'échelle C, les manifestations sont d'une intensité moyenne, tandis que dans l'échelle F représentant l'évitement, les manifestations sont d'une intensité légère.

1.3 Cas N°3 : Sarah

1.3.1 Présentation du cas et analyse des données de l'entretien

Sarah âgée de 17 ans, est une jeune Lycéenne brillante et sportive jusqu'au jour où elle a été impliquée dans un grave accident de la route avec son frère aîné, ce dernier n'a pas survécu et Sarah qui était avec lui avait survécu mais avait passé plusieurs semaines dans le coma. Depuis, sa sortie de l'hôpital elle ne pense qu'à cet événement ce qui a poussé ces parents à lui suggérer un suivi psychologique pour pouvoir surmonter ses souffrances.

Cet entretien a été réalisé au niveau de l'EHS de Ouad Ghir, dans le bureau du psychologue chargé de la prise en charge de cette adolescente.

Nous avons entamé l'entretien en commençant par le premier axe abordant les symptômes de reviviscence et les troubles du sommeil, sur ce point, Sarah dit réfléchir constamment à cet événement et la manière dont il s'est produit ce qui la rend toujours triste « je n'arrête pas de penser à ce qui est arrivé ce jour-là, c'est triste et injuste, parfois je me dis si seulement mon frère pourrait revenir parmi nous ». Elle affirme que son sommeil est souvent troublé depuis cet accident telles que des difficultés d'endormissement, réveils nocturnes, cauchemars et n'arrive pas à s'en débarrasser « j'ai des difficultés à dormir normalement, je me lève souvent la nuit à cause des cauchemars que je fais, c'est insupportable et je ne sais pas comment faire pour stopper ça ».

Par rapport aux répercussions émotionnelles (2^{ème} axe), Sarah affirme qu'elle souffre de l'anxiété mais n'éprouve pas des sentiments particuliers de peur pour sa propre sécurité mais plutôt de revivre l'événement encore une autre fois lorsqu'elle monte dans une voiture et la peur intense qu'un autre membre de la famille soit mort dans un accident, elle dit éviter les conflits avec son entourage parce que elle s'estime incapable de maîtriser sa colère (je suis tout le temps anxieuse; maintenant je n'ai pas peur pour ma propre personne mais plutôt peur que quelqu'un de ma famille fasse un autre accident ; j'évite toujours les conflits avec mes amis et mes proches car je me sens incapable de me maîtriser).

Sur le plan psychosomatique, Sarah, nous affirme qu'elle a des douleurs physiques telles que les accélérations du rythme cardiaque et des maux d'estomac « parfois je sens mon cœur battre très vite sans que je fasse un effort physique, parfois aussi mon estomac se resserre et me fait très mal ».

Concernant les répercussions cognitives de l'événement (4^{ème} axe), Sarah présente des difficultés de mémorisations de concentrations et d'attention où elle affirme que leur apparition

est suite à l'accident, à ce propos, elle dit : « je n'arrive pas à me rappeler des souvenir que j'ai eu avec mon frère juste avant l'accident c'est comme si quelqu'un a tout effacer; j'ai des difficultés à me concentrer en classe avec mes profs; sa m'arrive souvent d'avoir la tête ailleurs pendant que je discute avec quelqu'un ».

Au sujet des répercussions sur la qualité de la vie (5^{ème} axe), Sarah dit trouver des difficultés pour gérer sa vie quotidienne. Elle est toujours en contacts avec ses amies qui la soutiennent. Par rapport à son avenir, Sarah, espère pouvoir réussir son BAC pour pouvoir intégrer l'université et faire des études en psychologie, (c'est difficile pour moi d'être organiser dans ma vie de tous les jours, je laisse tout arriver tout seul ; j'ai des amies avec qui j'ai de bonnes relations et qui me soutiennent après mon accident ; oui, j'ai des projets que j'aimerais réaliser dans l'avenir mais je dois d'abord réussir mes études pour devenir psychologue et aider les autres).

1.3.2 Synthèse de l'entretien clinique semi-directif avec Sarah

En se basant sur les données rassemblées lors de l'entretien semi-directif effectué avec Sarah, nous constatons la présence de manifestations psychotraumatiques comme les reviviscence et rumination, troubles de sommeil, l'anxiété et la peur, l'évitement, troubles de sommeil, culpabilisation, sentiments d'injustice persistants, hypervigilance, des manifestations somatiques comme maux d'estomac, accélération du rythme cardiaque, des manifestations cognitives telles que des difficultés de mémorisation, de concentration et d'attention, etc. à travers toutes ses informations nous pensons que Sarah présente une symptomatologie d'un traumatisme psychique très fort.

Pour affirmer ce constat, nous allons dans ce qui suit présenter l'analyse des données du questionnaire de TRAMAQ.

1.3.3 Analyse des résultats du questionnaire de TRAUMAQ

Tableau N°9 : Le tableau représente résultat des notes brutes et les notes étalonnées des échelles du TRAUMAQ obtenues par Sarah.

Echelles	Notes brutes	Notes étalonnées
A	18	3
B	11	5
C	12	4
D	10	4
E	13	4
F	13	5
G	9	5
H	18	5
I	16	4
J	6	4
Total	126	5

A partir de l'analyse des échelles du questionnaire du TRAUMAQ, nous constatons qu'à l'échelle A qui correspond aux réactions immédiates physiques et psychiques pendant l'événement. Sarah a obtenu la note brute de 18 qui se traduit par la note étalonnée 3. Concernant les réactions postérieures à l'événement (le vécu actuel), à l'échelle B, Sarah a obtenu une note brute de 5 se traduisant par la note étalonnée de 4, dans l'échelle C, elle a obtenu une note brute de 12 qui correspond à la note étalonnée de 4, on retrouve la même note étalonnée 3 dans l'échelle D qui correspond à la note brute de 10, ainsi que dans l'échelle E où elle a obtenu une note brute de 13 qui correspond à la note étalonnée de 4 tandis que dans les échelles F, G et H Sarah a obtenu les notes brutes respectives de 13, 9 et 18 qui correspondent toutes à la note étalonnée de 5. Dans l'échelle I Sarah a obtenu une note brute de 16 qui correspond à la note étalonnée 4 et dans l'échelle J elle a obtenu la note brute de 6 qui se traduit par la note étalonnée de 4. Au total, Sarah a obtenu une note brute de 126 se traduisant par une note étalonnée de 5.

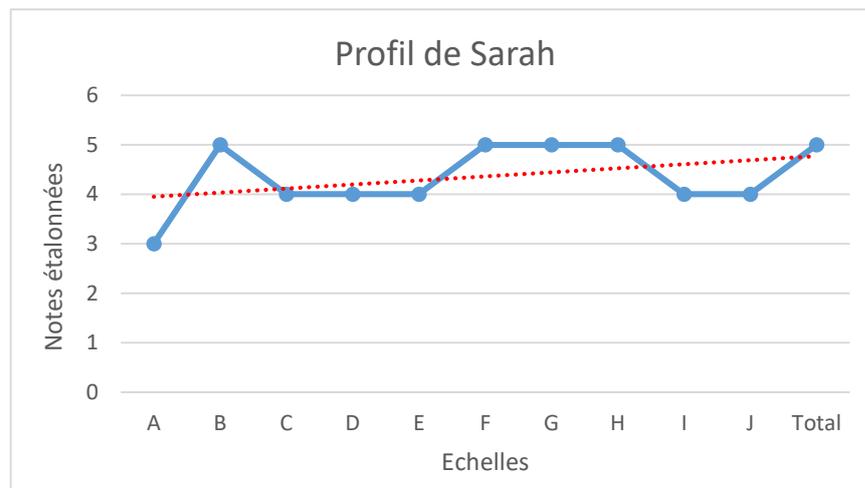
➤ **Analyse typologique : syndrome psychotraumatique très fort**

Figure N° 03 illustration du profil de Sarah, syndrome psychotraumatique très fort

1.3.4 Synthèse des résultats du questionnaire de TRAUMAQ de Sarah

A partir de l'analyse du questionnaire de TRAUMAQ, Sarah a obtenu un score total de 126 équivalent à une note étalonnée de 5, selon le manuel du TRAUMAQ le traumatisme est de très forte intensité, ce qui se caractérise par des manifestations immédiates, physiques et psychiques de moyenne intensité à l'échelle A, à l'échelle B nous constatons de très fortes manifestations pathognomoniques de reviviscence, une forte intensité des troubles du sommeil ainsi qu'une anxiété et d'évitement et de l'hypersensibilité sont enregistrées respectivement à l'échelle C et D et E, de très fortes intensité des symptômes de l'évitement dans l'échelle F et des troubles de la mémoire de la concentration et d'attention dans l'échelle G et une symptomatologie dépressive à l'échelle H. nous constatons aussi des manifestations du vécu traumatique d'une forte intensité dans l'échelle I et une forte intensité des manifestations de l'altération de la qualité de la vie à l'échelle J.

1.4 Cas N°4 : Mehdi

1.4.1 Présentation du cas et analyse des données de l'entretien

Mehdi est un jeune lycéen âgé de 17 ne souffrant d'aucune maladie par le passé sauf des antécédents de troubles anxieux durant l'enfance, il vit avec ses deux parents, il a deux sœurs cadettes avec qui il entretient des relations stables mais récemment légèrement tendues. Il y'a quelque mois Mehdi été victime d'une agression violente par un groupe de camarade de classe à la sortie de l'école, cette agression a entraîné des blessures physiques modérées (contusions, coupures, et une cote fissurée).

L'entretien s'est déroulé le 06/05/2024 à 10h30 au niveau de l'EHS de Ouad Ghir, dans le bureau du psychologue.

L'entretien a été réalisé en langue maternelle (Kabyle) afin de permettre à Mehdi de mieux saisir les questions et pouvoir répondre sereinement, puis nous avons pris soin de le traduire intégralement en langue française. Par ailleurs, nous avons eu une brève discussion avec les parents de notre sujet avant de procéder à l'entretien.

Nous avons donc, commencé l'entretien par le premier axe abordant les symptômes de reviviscence et les troubles du sommeil, sur ce sujet, Mehdi affirme ne pas revivre les images de l'incident sauf pendant deux ou trois jours après l'évènement mais qui ont disparus par la suite « à part les deux ou trois jours qui ont suivi l'incident, je ne pense plus à cet événement maintenant j'ai dépassé cette phase » à propos de son sommeil il dit qu'il est régulier et ne trouve pas de difficulté d'endormissement et que c'est rare pour lui d'avoir des cauchemars la nuit: « je dors correctement la nuit, mon sommeil est stable, je me couche normalement et je me lève normalement, parfois je fais des cauchemars mais sans rapport avec ce qui m'est arrivé ».

Par rapport aux répercussions émotionnelles de l'évènement. Mehdi, affirme qu'il ne ressent pas de l'anxiété, « je ne me sens pas anxieux mais parfois je m'emporte quand quelqu'un m'énervé », il ne se sent pas vraiment en état d'insécurité « non, généralement je n'ai peur de personne; je ne me soucie presque jamais pour ma sécurité », il dit penser parfois à l'évènement sans pour autant avoir peur de le revivre: « ça m'arrive de penser à cet événement; j'accepte ce qui m'est arrivé; j'ai parfois des difficultés à parler sur ce sujet devant mes amis parce que j'ai honte de ce qui est arrivé ce jour-là ».

Sur le plan psychosomatique notre sujet affirme qu'il ne manifeste aucune douleur physique apparente liée à son état mental, « je me sens bien actuellement ; rien ne me dérange ».

Au sujet des répercussions cognitives, Mehdi, dit qu'il ne manifeste pas des troubles cognitifs liés directement à cet événement « cet événement ne m'a pas posé de problèmes de mémoire ou de concentration à l'école ».

Par rapport à la qualité de vie après l'évènement, Mehdi, passe son temps à jouer avec ses amis après l'école et essaye de profiter de son temps libre « je joue souvent avec mes amis après l'école; j'aime jouer au foot; je profite de mon temps libre pour faire ce qui me plaît », sur le volet relationnel, l'adolescent fréquente toujours ses amis « j'ai des amis à qui j'y tiens

vraiment; je fais tout avec eux » et pour les projets d'avenir il souhaite continuer ses études normalement et aller à l'université : «je veux finir le lycée et réussir mes études universitaires».

1.4.2 Synthèse de l'entretien semi-directif avec Mehdi

En se référant aux données collectées lors de l'entretien semi-directif réalisé avec Mehdi, nous constatons la présence de légères manifestations psychotraumatiques comme de légères troubles de sommeil, d'irritabilité et l'accès de colère, un sentiment honte à propos de ce qu'il lui est arrivé, ce qui sous-entend que peut être Mehdi est dans le déni de sa souffrance et qu'il ne souhaiterait pas la reconnaître par le fait même qu'elle le submerge. A travers cette analyse nous déduisons que Mehdi présente un traumatisme psychique d'une intensité légère, mais à prendre avec nuance, en gardant à l'esprit l'importance d'explorer plus une éventuelle résistance, de Mehdi, à reconnaître son mal être.

Pour confirmer cette hypothèse nous allons dans ce qui suit présenter l'analyse des données du questionnaire de TRAMAQ.

1.4.3 Analyse des résultats du questionnaire de TRAUMAQ

Tableau N° 10 : Le tableau représente résultat des notes brutes et les notes étalonnées des échelles du TRAUMAQ obtenues par Mehdi.

Echelles	Notes brutes	Notes étalonnées
A	8	2
B	2	2
C	3	2
D	3	2
E	4	2
F	2	2
G	1	2
H	3	2
I	9	3
J	2	3
Total	37	2

A travers l'analyse des échelles du questionnaire du TRAUMAQ, nous pouvons constater qu'à l'échelle A qui correspond aux réactions immédiates physiques et psychiques

pendant l'événement. Mehdi a obtenu la note brute de 8 qui se traduit en 2 dans la note étalonnée. Concernant les réactions postérieures à l'événement, à l'échelle B, Mehdi a obtenu une note brute de 2 traduisant également par la note étalonnée de 2, dans l'échelle C, il a obtenu une note brute de 3 qui correspond aussi à la note étalonnée de 2. Dans les l'échelles D, notre sujet a obtenu la note brute de 3 qui correspondent à la note étalonnée de 2, dans l'échelle E, l'adolescent a obtenu la note brute de 4 qui se traduit par la note étalonnée de 2, à l'échelle F ce dernier a obtenu une note brute de 2 qui correspond à la note étalonnée de 2. Pour l'échelle G, Mehdi a obtenu la note brute de 1 qui se traduit en une note étalonnée de 2. Tandis qu'à l'échelle H Mehdi a obtenu la note brute de 3 qui correspond à une note étalonnée de 2. A l'échelle I, Mehdi a obtenu une note brute de 9 se traduisant par une note étalonnée de 3. À l'échelle J qui correspondent toutes les deux à la note étalonnée de 3. Au total, Mehdi a obtenu une note brute de 37 se traduisant par une note étalonnée de 2

Analyse typologique : syndrome psychotraumatique léger

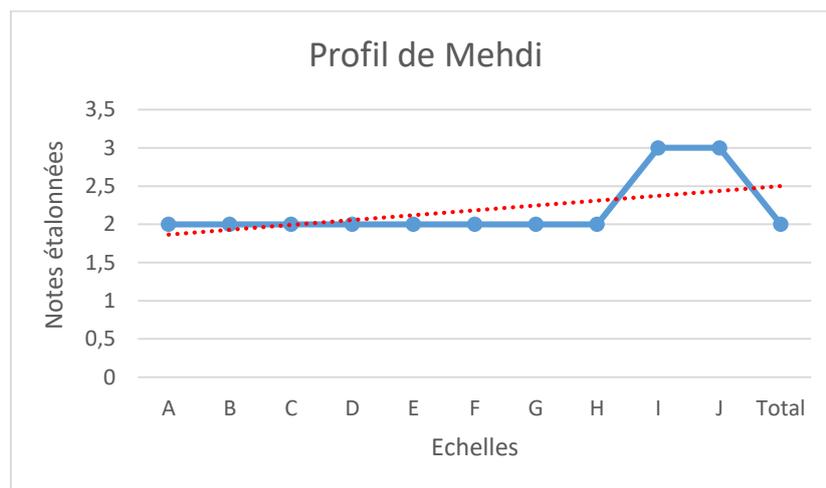


Figure N° 04 illustration du profil de Mehdi, syndrome psychotraumatique léger.

1.4.4 Synthèse des résultats du questionnaire du TRAUMAQ

A partir de l'analyse du questionnaire de TRAUMAQ, Mehdi a obtenu un score total de 37 équivalent à une note étalonnée de 2, selon le manuel du TRAUMAQ le traumatisme est de faible intensité. En ce qui concerne les échelles A, B, C, D, E, F, G et H, Mehdi a obtenu les notes brutes successives de 8, 2, 3, 3, 4, 2, 1, 3, se traduisant toutes par une note étalonnée de 2, ce qui indique la présence de symptômes d'une intensité légère.

Concernant les résultats aux échelles I et J, Mehdi a obtenu les notes consécutives de 9 et 2, équivalent à une note étalonnée de 3, indiquant une symptomatologie d'intensité moyenne.

1.5 Synthèse de l'analyse des données

D'après les données collectées grâce à l'entretien semi directif et celles du questionnaire du Traumaq nous constatons la présence de trois degrés différents d'intensité de traumatisme psychique :

Le premier cas, Louiz, qui a vécu le décès d'un proche à savoir son père, présente un traumatisme psychique d'une forte intensité. Nous avons constaté la même intensité chez le deuxième cas, Arezki, mais qui a vécu une autre nature d'événement traumatique qui s'agit d'un harcèlement sexuel. Par ailleurs, nous avons remarqué la présence d'un autre degré d'intensité chez le troisième cas en l'occurrence Sarah, qui a vécu un accident de route, elle présente un traumatisme psychique très fort. En ce qui concerne le dernier cas, Mehdi, qui a vécu des violences physiques, ce dernier présente un traumatisme psychique d'une intensité légère.

2. Discussion des hypothèses

Pour discuter des hypothèses proposées à partir des données recueillies sur les quatre cas, nous allons examiner comment chaque cas soutient ou réfute les hypothèses théoriques sur les réponses psychotraumatiques spécifiques aux différents types d'événements traumatiques. Nous présenterons donc, les analyses comme suit :

- **Hypothèse 1** : La première hypothèse stipule que la nature de l'événement traumatique influence la construction d'un profil psychotraumatique différent d'un à l'autre.

2.1 Analyse des cas :

- **Louiz** : Ayant été témoin de la mort de son père, Louiz présente des symptômes de reviviscences, de troubles de sommeil, de flashbacks, d'anxiété et de vulnérabilité émotionnelle. Ce profil psychotraumatique fort peut être lié à la nature particulièrement intense de l'événement, qui est un événement de perte d'un proche et de choc émotionnel.

TRAUMAQ montre que les scores sont comme suit : Reviviscences (9/4), Troubles de sommeil (6/3), Anxiété (8/3), irritabilité (16/5), Difficultés relationnelles (20/5).

- Les scores élevés en reviviscences et flashbacks confirment l'impact intense de la mort de son père. Les scores indiquent un profil où la reviviscence de l'événement est prédominante.

- **Arezki** : Victime d'harcèlement sexuel, Arezki montre :

- Des signes de dépression, d'anxiété, d'évitement, de colère, de flashbacks et de retrait social. Les abus sexuels sont souvent associés à des symptômes de dissociation et d'évitement, ce qui correspond aux observations faites dans ce cas.

- Au TRAUMAQ, ses scores sont comme suit : Dépression (13/4), Anxiété (12/4), Évitement (12/4), Colère (12/4), Flashbacks (6/3), Retrait social (7/4).

- Ces scores montrent une forte tendance à l'évitement et à la dépression, typique des victimes d'abus sexuels, renforçant l'idée que la nature de l'abus influence le profil psychotraumatique.

• **Sarah** : Victime d'un accident de circulation, Sarah présente :

- Des symptômes d'anxiété, de peur, d'évitement, de dépression, d'irritabilité et de culpabilité. Les accidents graves peuvent entraîner des symptômes d'anxiété et de stress post-traumatique, ce qui est en accord avec le profil observé chez Sarah.

- Au TRAUMAQ, Sarah montre que les scores sont comme suit : Anxiété (10/4), culpabilité (16/4), somatisations (13/5), Dépression (18/5), Hypervigilance (13/4), reviviscence (11/5).

- Les scores élevés en anxiété et hypervigilance sont cohérents avec les traumatismes liés aux accidents graves, confirmant l'influence de la nature de l'événement sur son profil.

• **Mehdi** : Ayant subi des coups et blessures volontaires, Mehdi montre :

- Des signes de colère, de culpabilité, d'anxiété légère, de peur et de honte. Les abus physiques sont souvent associés à des comportements agressifs et à des sentiments de honte, ce qui est partiellement observé dans ce cas. Néanmoins, une prudence est de mise devant ce cas, qui nie drastiquement sa souffrance, une exploration approfondie est nécessaire pour vérifier les besoins de Mehdi et l'origine de sa honte suite à l'événement qu'il a vécu comme une humiliation.

- Au TRAUMAQ Mehdi montre que les scores sont comme suit : les réactions immédiates (8/2), trouble cognitifs (1/2), Anxiété (3/2), Colère (9/3), Honte (9/3), Agitation (3/10).

- Des scores modérés indiquent un profil psychotraumatique moins intense, correspondant à la nature moins sévère des coups et blessures. A partir de l'analyse des données obtenues grâce à l'entretien de recherche semi-directif et celles du questionnaire de TRAUMAQ, nous confirmons nos hypothèses sur nos quatre (04) cas.

2.1.1 Discussion de l'hypothèse 1 :

Les données soutiennent l'idée que la nature de l'événement traumatique influence le profil psychotraumatique. Chaque adolescent présente un ensemble de symptômes spécifiques en fonction du type de traumatisme subi, confirmant que différents traumatismes peuvent déclencher des réponses psychologiques et comportementales distinctes. Cependant, cette confirmation est relative, étant donné le nombre limité de participants et les nuances dans la perception des événements par les adolescents.

Par exemple, Louiz voit la mort de son père comme extrêmement perturbante, ce qui accentue ses symptômes psychotraumatiques. Arezki ressent une profonde honte et culpabilité à cause du harcèlement sexuel, augmentant ses tendances à l'évitement et à la dépression, voire au délire paranoïaque. Sarah perçoit l'accident comme une perte de contrôle totale sur sa vie, exacerbant son anxiété et son hypervigilance. Mehdi voit les coups et blessures comme une humiliation plutôt qu'une menace physique grave, expliquant des symptômes modérés.

En conclusion, l'hypothèse selon laquelle la nature de l'événement traumatique influence le profil psychotraumatique chez l'adolescent est confirmée par les données. Cependant, la perception et l'interprétation individuelles de l'événement jouent un rôle crucial dans la manifestation des symptômes, amplifiant ou atténuant les effets du traumatisme.

- **Hypothèse 2 :** La symptomatologie traumatique varie d'un adolescent à un autre en fonction de l'intensité et de la nature de l'événement traumatique subi.

2.2 Analyse des cas :

- **Louiz :** L'intensité de l'événement (mort brutale du père devant elle) et la nature émotionnelle de la perte expliquent ses symptômes sévères de reviviscences et d'anxiété.

- **Arezki :** La gravité de le harcèlement sexuel subi est reflétée dans la profondeur de ses symptômes, incluant la dépression et les pensées suicidaires, ce qui montre que l'intensité de l'événement joue un rôle crucial dans la variabilité des symptômes.

- **Sarah :** La nature traumatisante de l'accident de la voie publique et son intensité élevée sont corrélées à une large gamme de symptômes sévères, incluant l'hypervigilance et les pensées obsédantes.

- **Mehdi :** Subissant des coups et blessures volontaires, mais d'une intensité moins grave comparée aux autres cas, Mehdi présente des symptômes relativement moins intenses, comme une légère anxiété et la honte.

2.2.1 Conclusion pour l'hypothèse 2 :

Les cas montrent que la symptomatologie traumatique varie effectivement en fonction de l'intensité et de la nature de l'événement. Les adolescents ayant vécu des événements plus intenses ou perturbants présentent des symptômes plus sévères et variés. Cette variabilité des symptômes soutient l'idée que la réponse traumatique est influencée par plusieurs facteurs, y compris la gravité de l'événement traumatique.

Synthèse

Les résultats de cette recherche mettent en évidence plusieurs aspects cruciaux du profil psychotraumatique chez les adolescents. La nature de l'événement traumatique joue un rôle important dans la construction de ce profil, et la symptomatologie varie en fonction de l'intensité de l'événement vécu, différant d'un adolescent à un autre. Les adolescents victimes de traumatismes présentent des symptômes tels que des troubles de l'humeur, de l'anxiété, des reviviscences, des comportements agressifs, des conduites à risque et des difficultés de concentration, confirmant ainsi nos hypothèses de départ.

Les données des cas analysés confirment que la nature et l'intensité des événements traumatiques influencent la construction des profils psychotraumatiques et la variabilité des symptômes chez les adolescents. Cela est en accord avec les théories stipulant que différents types de traumatismes et la sévérité de ces expériences peuvent entraîner des réponses psychologiques spécifiques et variées.

Conclusion

Conclusion

Pour terminer notre recherche sur « *le profil psychotraumatique des adolescents suivis au sein du service de pédopsychiatrie de l'EHS de Ouad Ghir* », il est crucial de rappeler l'importance de l'étude sur le traumatisme psychique les conséquences profondes et souvent dévastatrices des événements traumatiques sur cette tranche d'âge connue pour sa sensibilité. Cette étude a révélé l'existence d'une variété des symptômes qui constituent le profil psychotraumatique des adolescents et les éléments qui contribuent à leur apparition, tels que la nature de l'événement traumatique et son intensité.

Nos résultats indiquent que, les adolescents ayant subis des traumatismes psychiques développent des profils psychotraumatiques différents et manifestent une variété de symptômes incluant des troubles émotionnels tels que l'anxiété et la dépression, des manifestations comportementales telles que l'évitement et l'hypervigilance, les conduites à risque et l'échec scolaire, ainsi que symptômes cognitifs et somatiques importants. Ces symptômes diffèrent selon la nature et la gravité du traumatisme.

L'étude a aussi mis en évidence l'importance d'une intervention précoce et adéquate. Il est essentiel d'ajuster les approches thérapeutiques en fonction des besoins particuliers des adolescents, en tenant compte de la nature particulière de leurs expériences traumatiques. Il est crucial que les parents, les éducateurs et les professionnels de la santé mentale collaborent afin de fournir un soutien efficace aux adolescents impactés par des événements traumatiques.

En résumé, nous espérons que ce travail sur « *le profil psychotraumatique des adolescents suivis au sein du service de pédopsychiatrie de l'EHS de Ouad Ghir* » mette en évidence des éléments essentiels pour améliorer la prévention, le dépistage et le traitement des traumatismes psychiques chez cette population vulnérable. Elle demande une implication importante afin de créer des interventions adéquates et de favoriser une meilleure compréhension des conséquences à long terme des traumatismes sur le développement des adolescents. En prenant en considération et en répondant de manière efficace aux besoins des adolescents traumatisés, nous avons la possibilité de jouer un rôle important dans leur résilience et leur bien-être global.

Nous estimons, qu'à la suite de notre recherche, il est primordial de continuer à explorer et approfondir ce domaine afin de mieux comprendre les mécanismes sous-jacents et d'améliorer les interventions. Voici quelques recommandations à suggérer pour les futurs chercheurs et étudiants intéressés par ce sujet

Conclusion

➤ **Élargir les recherches longitudinales.**

Objectif : Analyser la progression des symptômes psychotraumatiques chez les adolescents sur une période longue.

Mettre en œuvre des études longitudinales pour suivre un groupe d'adolescents sur une période de plusieurs mois ou années afin de saisir les chemins de guérison et de repérer les facteurs qui prédisent la résilience ou la chronicité.

➤ **Évaluer l'efficacité des interventions précoces.**

Objectif : Repérer les méthodes les plus efficaces pour diminuer les symptômes psychotraumatiques tels que et améliorer le bien-être des adolescents.

Tester diverses interventions psychologiques (telles que la thérapie cognitivo-comportementale et les thérapies de groupe) et évaluer leurs effets à court et à long terme.

➤ **Intégrer les Perspectives des Adolescents**

Objectif : Veiller à ce que les études et les interventions répondent aux besoins et aux perspectives des adolescents.

Incorporer les adolescents dans la conception et l'évaluation des études, ainsi que dans la création des programmes d'intervention, afin d'assurer la prise en considération de leurs voix et de leurs expériences.

➤ **Favoriser la transmission des connaissances.**

Objectif : Garantir la diffusion massive et l'accès aux résultats de recherche par les professionnels, les familles et le grand public.

Partager les résultats dans des revues académiques et professionnelles, mettre en place des ateliers et des conférences, et exploiter les réseaux sociaux et les plateformes en ligne afin de diffuser les connaissances et les bonnes résolutions.

En respectant ces conseils, les chercheurs et les étudiants à venir pourront contribuer à une meilleure compréhension des traumatismes psychologiques chez les adolescents, ce qui contribuera, à son tour, à améliorer la santé mentale et le bien-être de cette population spécifique.

**Références
bibliographiques**

Liste bibliographique

Ouvrages

1. Adolescence et Psychopathologie (9e édition) 2018, p. 129-146.
2. Anaut, M. (2008). La résilience. Surmonter les traumatismes (2ème éd.). Paris : Armand Colin.
3. Angers, M. (2014). Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines (6ème éd.). Casbah.
4. Aoudia, M. (2020). Évaluations cliniques en psychotraumatologie. Dans Marianne Kédia (éd.), Psychotraumatologie. Dunod.
5. Barrois, C. (1998). Les névroses traumatiques (2ème éd.). Paris : Dunod.
6. Bioy, A., et *al.* (2021). Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie. Rue Paul Bert, Dunod.
7. Chahraoui, K. (2013). 15 cas cliniques en psychopathologie du traumatisme : Vulnérabilités et sens du trauma psychique. Dunod.
8. Chahraoui, Kh., & Benony, H. (2003). Méthodes, évaluations et recherche en psychologie clinique. Dunod.
9. Chiland, C. (1989). L'entretien clinique. Paris.
10. Clervoy, P. (2016). Traumatisme et blessure psychique. Paris : Lavoisier, Édition Béatrice Brottier.
11. Crocq, L. (2014). Traumatismes psychiques : Prise en charge psychologique des victimes (2ème éd.). Elsevier-Masson.
12. Devernay, M., & Viaux-Savelon, S. (2014). Développement neuropsychique de l'adolescent : les étapes à connaître.
13. Douville, O. (2014). Les méthodes cliniques en psychologie. Dunod.
14. DSM-5. (2015). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5ème éd.). Elsevier Masson.
15. Emmanuelli, M. (2021). L'adolescence (4ème éd.). Que sais-je ?
16. Fernandez, L., & Pardinielli, J. L. (2006). La recherche en psychologie clinique. Université de Provence, Aix-Marseille I.
17. Freud, S. (1920-2013). Au-delà du principe de plaisir. Paris : PUF.
18. Guay, S., & Marchand, A. (2006). Les troubles liés aux événements traumatiques : Dépistage, évaluation et traitements. PUM.
19. Haesevoets, Y. H. (2008). Traumatismes de l'enfance et de l'adolescence : Un autre regard sur la souffrance psychique. De Boeck.
20. Hervé, B., & Chahraoui, K. (2013). L'entretien clinique. France : Dunod.

Liste bibliographique

21. Josse, É., Crocq, L., & De Soir, E. (2019). Le traumatisme psychique chez l'adulte (2ème éd., révisée et augmentée). De Boeck supérieur.
22. Lamia, B. (s.d.). Le traumatisme psychique vs la résilience chez l'enfant et l'adolescent.
23. Lebigot, F. (2005). Traiter les traumatismes psychiques. Dunod.
24. Lebigot, F. (2011). Le traumatisme psychique. Paris : Fabert.
25. Le petit Larousse de la psychologie. (2013), p. 919.
26. Marcelli, D., Braconnier, A., & Tandonnet, L. (2018a). États anxieux et névrose : Critique des concepts. In *Adolescence et Psychopathologie* (p. 299-751). Elsevier.
27. N'da, P. (2015). Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines. Paris : L'Harmattan.
28. Organisation mondiale de la santé (OMS). (2012). Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Canada : Institut canadien d'information sur la santé.
29. Sabouraud-Seguin (Dir), L'aide-mémoire de psycho-traumatologie (2ème éd.) (p. 46-58). Paris : Dunod.
30. Sillamy, N. (2003). Dictionnaire de psychologie. Paris : Larousse.
31. Tarquinio, C. (2017). Pratique de la psychothérapie EMDR.
32. Tarquinio, C., & Auxéméry, Y. (2022). Manuel des troubles psychotraumatiques. Chapitre 16, p. 504-540.
33. Tarquinio, C., & Montel, S. (2014). Les psycho-traumatismes. Dunod.
34. Trauma et résilience : Victimes et auteurs. (2012). Dunod.
35. Vilamot, B. (2014). Clinique du trauma chez l'enfant et l'adolescent. In L. Crocq (Dir.)

Articles et revues

1. Auxéméry, Y. (2012). Les différentes « voix » de l'ESPT. Du désert langagier à la psychothérapie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 170(5), 306-311.
2. BEHTANE, A., & Jabali, N. (2015). La problématique d'agir à l'adolescence. *Université de Guelma*.
3. Benamsili, L. (2020). Le trouble stress post-traumatique dans la nosographie psychiatrique : cas du DSM et de la CIM. *Tributaries Journal For Studies and Scientific Research in Social and Human Sciences*, 4(1), 581-597.

Liste bibliographique

4. Bioy, A., Conradi, S., & Barfety-Servignat, V. (2014). Entendre, évaluer et répondre au traumatisme psychique. *Douleur et Analgésie*, 27(2), 75-81.
5. Chidiac, N., & Crocq, L. (2010). Le psychotrauma. Stress et trauma. Considérations historiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 168(4), 311-319.
6. Daligand, L. (2009). Le psychotrauma de l'enfant. *Stress et trauma*, 9(4), 224-227.
7. Damiani, C., & da Costa, M. P. (2009). *Traumaq: questionnaire d'évaluation du traumatisme*. ECPA, Éditions du Centre de Psychologie Appliquée.
8. Devernay, M., & Viaux-Savelon, S. (2014). Développement neuropsychique de l'adolescent : les étapes à connaître.
9. Douville, O. (2014). *Les méthodes cliniques en psychologie*. Dunod.
10. Fernandez, L., & Pardinielli, J. L. (2006). *La recherche en psychologie clinique*. Université de Provence, Aix-Marseille I.
11. Guay, S., & Marchand, A. (2006). Les troubles liés aux événements traumatiques : Dépistage, évaluation et traitements. *PUM*.
12. Hauswald, A. (2020). *Comprendre le traumatisme chez les adolescents*. Presses Académiques.
13. Lamia, B. (s.d.). Le traumatisme psychique vs la résilience chez l'enfant et l'adolescent.
14. N'da, P. (2015). *Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines*. Paris : L'harmattan.
15. Organisation mondiale de la santé (OMS). (2012). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*. Canada : Institut canadien d'information sur la santé.
16. Olliac, B. (2012). Spécificités du psychotraumatisme chez l'enfant et l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 60(5), 307-314.
17. Revet, A., Raynaud, J. P., Lapeyre-Mestre, M., Olliac, B., & Bui, E. (2020). Le psychotraumatisme chez l'enfant et l'adolescent : Données actuelles et perspectives. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 68(7).
18. Tarquinio, C. (2017). *Pratique de la psychothérapie EMDR*.

Site internet

1. Adolescence—LAROUSSE. (s.d.). Consulté le 05 mai 2024 à 10h05, à l'adresse <https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/adolescence/10982>

Annexes

Annexe N° 01 : guide d'entretien de recherche semi-directif

Guide d'entretien Clinique

Identification du cas :

Prénom : âge : sexe : Niveau scolaire :
Motif de suivi : Profession des parents :

Axe 1 : Symptômes de reviviscence et troubles du sommeil

- Pouvez-vous me dire si vous revivez toujours la scène ou si vous réfléchissez souvent à cet événement ?
- De quelle manière ? Et quel sentiment vous procure ?
- Avez-vous des problèmes de sommeil ?
- Lequel ?

Axe 2 : Répercussions émotionnelles

- Es ce que vous ressentez toujours de l'anxiété ?
- Avez-vous un sentiment de peur pour votre propre sécurité ?
- Est-ce que vous avez peur de revivre cet événement ?
- Comment vous vous comporter face à une pression extérieure ?

Axe 3 : Répercussions psychosomatiques

- Avez-vous le sentiment d'avoir la boule dans l'estomac ?
- Avez-vous des accélérations des battements de couleurs ?
- Avez-vous d'autres douleurs physiques après ce que vous avez vécu ?

Axe 4 : Répercussions cognitives

- Avez-vous des difficultés à mémoriser, à ce concentré, ou à être attentif ?
- Pouvez-vous me dire ce que vous pensez de cette accident et ce qui signifie pour vous ?

Axe 5 : Répercussions sur la qualité de vie

- Pouvez-vous me dire comment vous gérez votre quotidien après cet événement ?
- Pouvez-vous me parler de vos relations avec vos amies et votre entourage proche ?
- Pouvez-vous me parler de ce que vous prévoyez de faire comme projet dans l'avenir ?

Annexe N° 02 : questionnaire de TRAUMAQ

Traumaq

Questionnaire d'évaluation du traumatisme

Carole Damiani
Maria Pereira-Fradin

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

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

Informations concernant l'événement :

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

*** Nature de l'événement**

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

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

¹ ITT = Interruption Temporaire de Travail

² IPP = Incapacité Permanente Partielle



Renseignements généraux concernant la période antérieure à l'événement :

Situation familiale

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

Nombre d'enfants (préciser leur âge) : _____

Situation professionnelle

Etudiant(e)

Salarié(e) : plein temps temps partiel

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

Etat de santé

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

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

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

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

Date : _____ Durée : _____

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

Non Oui Nature : _____

Date : _____

Renseignements concernant la période postérieure à l'événement :

Aviez-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.

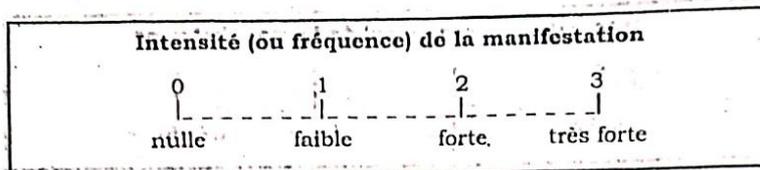
		0	1	2	3
A1	Avez-vous ressenti de la frayeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A2	Avez-vous ressenti de l'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A3	Avez-vous eu le 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 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 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 reproquant 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					

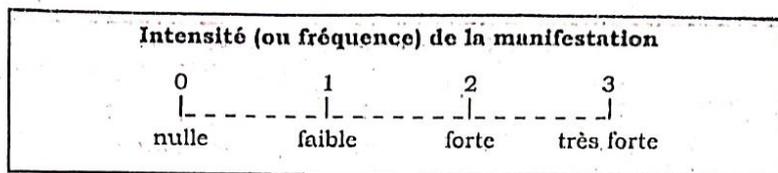


		0	1	2	3
D1	Etes-vous devenu anxieux(se), teridu(e) depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2	Avez-vous des crises d'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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					<input type="text"/>

		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					<input type="text"/>

		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					<input type="text"/>

		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					<input type="text"/>



		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	Eprenez-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.		

Annexe N° 03 : Feuille des résultats au TRAUMAQ

Résultats au TRAUMAQ

Cotation des échelles de la première partie

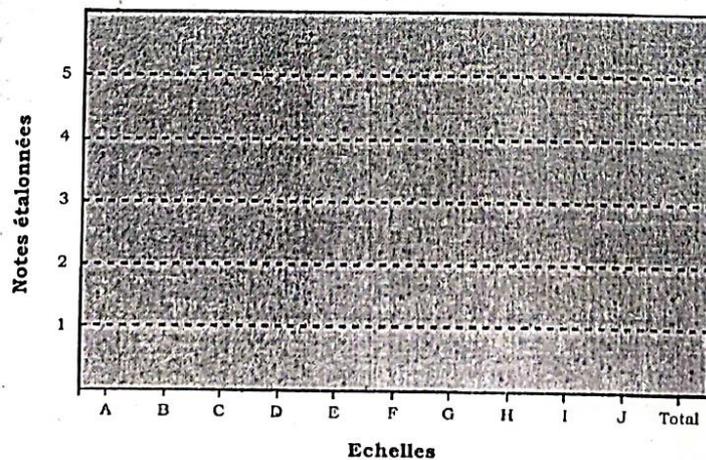
Les notes brutes des échelles A à I correspondent à la somme des points attribués aux items.

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° 04 : Cas N° 01 au TRAUMAQ

Traumaq

Questionnaire d'évaluation du traumatisme

Carole Damiani
Maria Pereira-Fradin

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

Nom : K
Prénom : Louis
 F M Age : 18 ans
Date de passation : 17/02/2021
Lieu de passation : R.H.T.O

Informations concernant l'événement :

Événement individuel Collectif Nature* : Décès
Lieu (domicile, voie publique, etc.) : Domicile
Date : 18/05/2022
Durée : 1 jour
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 : 1 Arrêt de travail Non Oui Durée : _____
IPP² Non Oui Pourcentage : 70%

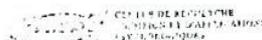
*** Nature de l'événement**

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

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

¹ ITT = Interruption Temporaire de Travail

² IPP = Incapacité Permanente Partielle



Renseignements généraux concernant la période antérieure à l'événement :

Situation familiale

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

Nombre d'enfants (préciser leur âge) : _____

Situation professionnelle

Etudiant(e)

Salarié(e) : plein temps temps partiel

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

Etat de santé

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

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

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

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

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

Non Oui Nature : _____
Date : _____

Renseignements concernant la période postérieure à l'événement :

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

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

Date de la première séance : _____

Nombre de consultations (à ce jour) : _____

Traitement médical : Non Oui Lequel : _____

Durée : _____

PREMIERE PARTIE

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

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

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

Pendant l'événement

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

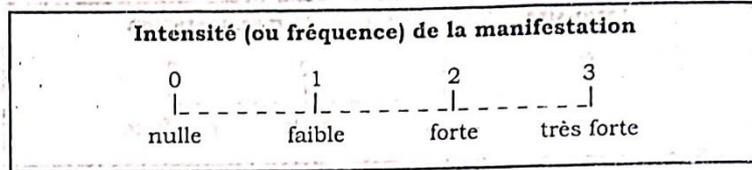
		0	1	2	3
A1	Avez-vous ressenti de la frayeur ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A2	Avez-vous ressenti de l'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A3	Avez-vous eu le sentiment d'être dans un état second ?	<input type="checkbox"/>	<input 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A5	Avez-vous eu l'impression d'être paralysé(e), incapable de réactions adaptées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A7	Vous êtes-vous senti seul(e), abandonné(e) par les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A8	Vous êtes-vous senti impuissant(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total A		16			

Depuis l'événement

Nous allons maintenant aborder ce que vous ressentez actuellement.

		0	1	2	3
B1	Est-ce que des souvenirs ou des images reproduisant l'événement s'imposent à vous durant la journée ou la soirée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B2	Revivez-vous l'événement dans des rêves ou des cauchemars ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>
B4	Ressentez-vous de l'angoisse lorsque vous repensez à ces événements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total B		8			

		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 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C4	Avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout ?	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total C		6			

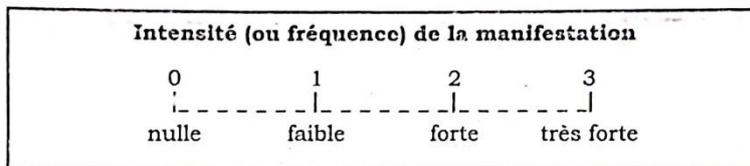


		0	1	2	3
D1	Etes-vous devenu anxieux(se), tendu(e) depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D2	Avez-vous des crises d'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D3	Craignez-vous de vous rendre sur des lieux en rapport avec l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total D					8

		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 checked="" 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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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					16

		0	1	2	3
F1	Lorsque que vous y repensez ou que vous êtes dans des situations qui vous rappellent l'événement, avez-vous des réactions physiques telles que, par exemple, maux de tête, nausées, palpitations, tremblements, sueurs, respiration difficile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F2	Avez-vous observé des variations de votre poids ?	<input 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 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 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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>
Total G					3



		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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H6	Eprenez-vous des difficultés dans vos relations affectives et/ou sexuelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H7	Depuis l'événement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ?	<input type="checkbox"/>	<input 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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total H					20

		0	1	2	3
I1	Vous arrive-t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour en éviter certaines conséquences ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I2	Vous sentez-vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'événement, et/ou d'avoir survécu alors que d'autres ont disparu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I3	Vous sentez-vous humilié(e) par ce qui s'est passé ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I4	Depuis l'événement vous sentez-vous dévalorisé(e) ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I5	Ressentez-vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I6	Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même ou de voir les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I7	Pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total I					13

J1	Poursuivez-vous votre activité scolaire ou professionnelle ?	<input checked="" type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
J2	Avez-vous l'impression que vos performances scolaires ou professionnelles sont équivalentes à avant ?	<input type="radio"/> oui	<input checked="" type="radio"/> non
J3	Continuez-vous à rencontrer vos amis avec la même fréquence ?	<input type="radio"/> oui	<input checked="" type="radio"/> non
J4	Avez-vous rompu des relations avec des proches (conjoint, enfant, parent, etc.) depuis l'événement ?	<input type="radio"/> oui	<input checked="" type="radio"/> non
J5	Vous sentez-vous incompris(e) par les autres ?	<input type="radio"/> oui	<input checked="" type="radio"/> non
J6	Vous sentez-vous abandonné(e) par les autres ?	<input type="radio"/> oui	<input checked="" type="radio"/> non
J7	Avez-vous trouvé un soutien auprès de vos proches ?	<input checked="" type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
J8	Recherchez-vous davantage la compagnie ou la présence d'autrui ?	<input checked="" type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
J9	Pratiquez-vous autant de loisirs qu'auparavant ?	<input type="radio"/> oui	<input checked="" type="radio"/> non
J10	Y trouvez-vous le même plaisir qu'auparavant ?	<input type="radio"/> oui	<input checked="" type="radio"/> non
J11	Avez-vous l'impression d'être moins concerné(e) par les événements qui touchent votre entourage ?	<input checked="" type="radio"/> oui	<input type="radio"/> 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.	1	8
2- Les troubles du sommeil : difficultés d'endormissement, cauchemars, réveils nocturnes et/ou nuits blanches.	1	3
3- L'anxiété et/ou les crises d'angoisse, l'état d'insécurité.	4	6
4- La crainte de retourner sur les lieux de l'événement ou des lieux similaires.	1	6
5- L'agressivité, l'irritabilité et/ou la perte de contrôle.	4	8
6- La vigilance, l'hypersensibilité aux bruits et/ou la méfiance.	4	8
7- Les réactions physiques telles que : sueurs, tremblements, maux de tête, palpitations, nausées, etc.	1	2
8- Les problèmes de santé : perte d'appétit, boulimie, aggravation de l'état physique.	1	2
9- L'augmentation de la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, nourriture, etc.).	4	8
10- Les difficultés de concentration et/ou de mémoire.	1	8
11- Le désintérêt général, la perte d'énergie et d'enthousiasme, la tristesse, la lassitude et/ou les envies de suicide.	1	7
12- La tendance à s'isoler.	1	8
13- Les sentiments de culpabilité et/ou de honte.	2	6

Résultats au TRAUMAQ

Cotation des échelles de la première partie

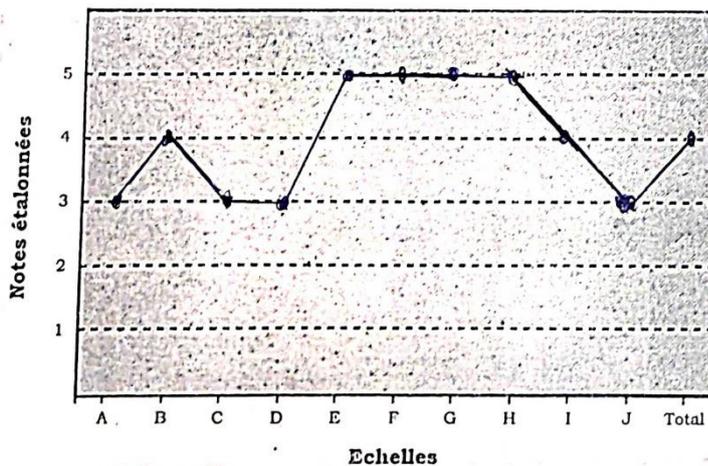
Les notes brutes des échelles A à I correspondent à la somme des points attribués aux items.

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

Conversion des notes brutes en notes étalonnées

Echelles	Notes brutes	Notes étalonnées				
		1	2	3	4	5
A	16	<input type="checkbox"/> 0-6	<input type="checkbox"/> 7-12	<input checked="" type="checkbox"/> 13-18	<input type="checkbox"/> 19-23	<input type="checkbox"/> 24
B	9	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-4	<input type="checkbox"/> 5-7	<input checked="" type="checkbox"/> 8-9	<input type="checkbox"/> 10 et +
C	6	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-3	<input checked="" type="checkbox"/> 4-9	<input type="checkbox"/> 10-13	<input type="checkbox"/> 14 et +
D	8	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-4	<input checked="" type="checkbox"/> 5-9	<input type="checkbox"/> 10-13	<input type="checkbox"/> 14 et +
E	16	<input type="checkbox"/> 0-1	<input type="checkbox"/> 2-4	<input type="checkbox"/> 5-9	<input type="checkbox"/> 10-14	<input checked="" type="checkbox"/> 15 et +
F	10	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-3	<input type="checkbox"/> 4-6	<input type="checkbox"/> 7-9	<input checked="" type="checkbox"/> 10 et +
G	9	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 3-5	<input type="checkbox"/> 6-7	<input checked="" type="checkbox"/> 8 et +
H	20	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-3	<input type="checkbox"/> 4-11	<input type="checkbox"/> 12-17	<input checked="" type="checkbox"/> 18 et +
I	13	<input type="checkbox"/> 0-1	<input type="checkbox"/> 2-5	<input type="checkbox"/> 6-9	<input checked="" type="checkbox"/> 10-16	<input type="checkbox"/> 17 et +
J	4	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2-5	<input type="checkbox"/> 6-7	<input type="checkbox"/> 8 et +
Total	112	<input type="checkbox"/> 0-23	<input type="checkbox"/> 24-54	<input type="checkbox"/> 55-89	<input checked="" type="checkbox"/> 90-114	<input type="checkbox"/> 115 et +

Profil



Annexe N° 05 : Cas N° 02 au TRAUMAQ

Traumaq

Questionnaire d'évaluation du traumatisme
 Carole Damiani
 Maria Pereira-Fradin

Passation individuelle
 Collective
 Victime directe de l'événement
 Témoin

Nom : _____
 Prénom : Ahmed
 F M Age : 18 ans
 Date de passation : 31/01/2014
 Lieu de passation : FHS de psychologie
Cherch - phis.

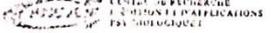
Informations concernant l'événement :

Événement individuel Collectif Nature* Harcelement scolaire
 Lieu (domicile, voie publique, etc.) : Lycée Violence.
 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 checked="" type="checkbox"/> Autres <u>Harcelement scolaire.</u>

¹ ITT = Interruption Temporaire de Travail
² IPP = Incapacité Permanente Partielle


 Copyright © 2009, Centre de Recherche d'Édition et d'Applications Psychologiques, Villa N° 33, El Omrania, Dely Ibrahim - Alger
 Édition d'origine: Copyright © 2006, Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée, ECPA, Paris - Tous droits réservés.

Renseignements généraux concernant la période antérieure à l'événement :

Situation familiale

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

Nombre d'enfants (préciser leur âge) : _____

Situation professionnelle

Etudiant(e)

Salarié(e) : plein temps temps partiel

Sans emploi : homme ou femme au foyer chômage congé parental

en stage formation congé maladie retraité(e)

Etat de santé

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

Suiviez-vous un traitement médical : Non Oui de quelle nature : Longue période d'antibiotiques

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 : Troubles psychologiques

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 : Longue période d'antibiotiques

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.

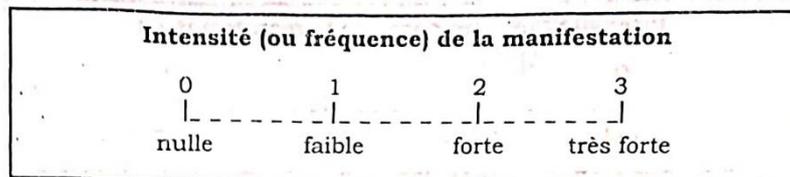
		0	1	2	3
A1	Avez-vous ressenti de la frayeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A2	Avez-vous ressenti de l'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A3	Avez-vous eu le sentiment d'être dans un état second ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A6	Avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A7	Vous êtes-vous senti seul(e), abandonné(e) par les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A8	Vous êtes-vous senti impuissant(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total A		13			

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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B3	Est-il difficile pour vous de parler de l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B4	Ressentez-vous de l'angoisse lorsque vous repensez à ces événements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total B		6			

		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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total C		5			

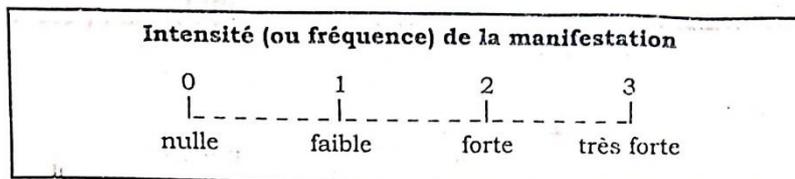


		0	1	2	3
D1	Etes-vous devenu anxieux(se), tendu(e) depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2	Avez-vous des crises d'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D3	Craignez-vous de vous rendre sur des lieux en rapport avec l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D4	Vous sentez-vous en état d'insécurité ?	<input 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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total D					12

		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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E6	Avez-vous eu des comportements agressifs depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total E					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, maux de tête, nausées, palpitations, tremblements, sueurs, respiration difficile ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F2	Avez-vous observé des variations de votre poids ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F3	Avez-vous constaté une détérioration de votre état physique général ?	<input 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total F					2

		0	1	2	3
G1	Avez-vous plus de difficultés à vous concentrer qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G2	Avez-vous plus de "trous de mémoire" qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G3	Avez-vous des difficultés à vous rappeler l'événement ou certains éléments de l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total G					6



		0	1	2	3
H1	Avez-vous perdu de l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H2	Manquez-vous d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H3	Avez-vous des impressions de lassitude, de fatigue, d'épuisement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H4	Etes-vous d'humeur triste et/ou avez-vous des crises de larmes ?	<input type="checkbox"/>	<input 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H7	Depuis l'événement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H8	Avez-vous tendance à vous isoler ou à refuser les contacts ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total H					13

		0	1	2	3
I1	Vous arrive-t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour en éviter certaines conséquences ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I2	Vous sentez-vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'événement, et/ou d'avoir survécu alors que d'autres ont disparu ?	<input 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 checked="" type="checkbox"/>
I4	Depuis l'événement vous sentez-vous dévalorisé(e) ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I5	Ressentez-vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I6	Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même ou de voir les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I7	Pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total I					12

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			7

DEUXIEME PARTIE

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

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

Délai d'apparition des troubles depuis l'événement

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

Durée des troubles

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

Troubles	Délai d'apparition	Durée
1 - L'impression de revivre l'événement, les souvenirs et les images de l'événement qui reviennent.		
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

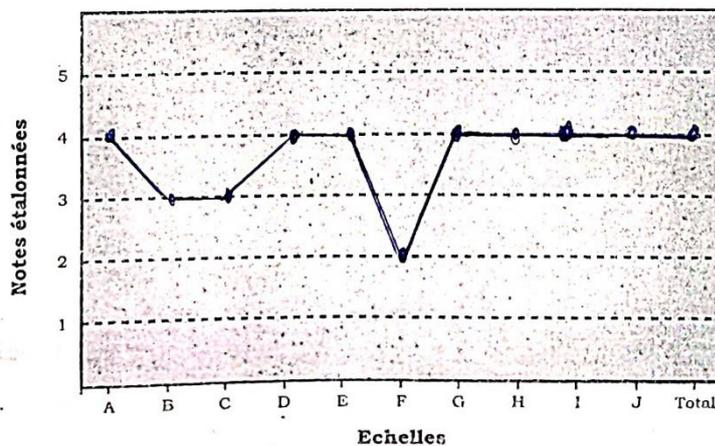
Les notes brutes des échelles A à I correspondent à la somme des points attribués aux items.

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	14	<input type="checkbox"/> 0-6	<input type="checkbox"/> 7-12	<input type="checkbox"/> 13-18	<input checked="" type="checkbox"/> 19-23	<input type="checkbox"/> 24
B	6	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-4	<input checked="" type="checkbox"/> 5-7	<input type="checkbox"/> 8-9	<input type="checkbox"/> 10 et +
C	5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-3	<input checked="" type="checkbox"/> 4-9	<input type="checkbox"/> 10-13	<input type="checkbox"/> 14 et +
D	12	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-4	<input type="checkbox"/> 5-9	<input checked="" type="checkbox"/> 10-13	<input type="checkbox"/> 14 et +
E	13	<input type="checkbox"/> 0-1	<input type="checkbox"/> 2-4	<input type="checkbox"/> 5-9	<input checked="" type="checkbox"/> 10-14	<input type="checkbox"/> 15 et +
F	2	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1-3	<input type="checkbox"/> 4-6	<input type="checkbox"/> 7-9	<input type="checkbox"/> 10 et +
G	6	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 3-5	<input checked="" type="checkbox"/> 6-7	<input type="checkbox"/> 8 et +
H	13	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-3	<input type="checkbox"/> 4-11	<input checked="" type="checkbox"/> 12-17	<input type="checkbox"/> 18 et +
I	12	<input type="checkbox"/> 0-1	<input type="checkbox"/> 2-5	<input type="checkbox"/> 6-9	<input checked="" type="checkbox"/> 10-16	<input type="checkbox"/> 17 et +
J	7	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-5	<input checked="" type="checkbox"/> 6-7	<input type="checkbox"/> 8 et +
Total	95	<input type="checkbox"/> 0-23	<input type="checkbox"/> 24-54	<input type="checkbox"/> 55-89	<input checked="" type="checkbox"/> 90-114	<input type="checkbox"/> 115 et +

Profil



Annexe N° 06 : Cas N° 03 au TRAUMAQ

Traumaq

Questionnaire d'évaluation du traumatisme

Carole Damiani
Maria Pereira-Fradin

- Passation individuelle
 Collective
 Victime directe de l'événement
 Témoin

Nom : Sarah
 Prénom : _____
 F M Age : 17 ans
 Date de passation : 15/03/2024
 Lieu de passation : EHS Ouad Chir

Informations concernant l'événement :

Événement individuel Collectif Nature* : Accident
 Lieu (domicile, voie publique, etc.) : Voie publique
 Date : 01/12/2023
 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 : 65 Arrêt de travail Non Oui Durée : 60 jrs
 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 checked="" type="checkbox"/> Accident de la voie publique	<input type="checkbox"/> Agression sexuelle
<input type="checkbox"/> Attentat	<input type="checkbox"/> Viol
<input type="checkbox"/> Explosion de gaz	<input type="checkbox"/> Racket
<input type="checkbox"/> Accident domestique	<input type="checkbox"/> Conflit armé
<input type="checkbox"/> Prise d'otage ou séquestration	<input type="checkbox"/> Tortures
<input type="checkbox"/> Hold-up ou vol à main armée	<input type="checkbox"/> Autres

¹ ITT = Interruption Temporaire de Travail

² IPP = Incapacité Permanente Partielle



Renseignements généraux concernant la période antérieure à l'événement :

Situation familiale

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

Nombre d'enfants (préciser leur âge) : _____

Situation professionnelle

Etudiant(e)

Salarié(e) : plein temps temps partiel

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

Etat de santé

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

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

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

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

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

Non Oui Nature : _____
Date : _____

Renseignements concernant la période postérieure à l'événement :

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

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

Date de la première séance : _____

Nombre de consultations (à ce jour) : _____

Traitement médical : Non Oui Lequel : _____

Durée : _____

PREMIERE PARTIE

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

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

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

Pendant l'événement

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

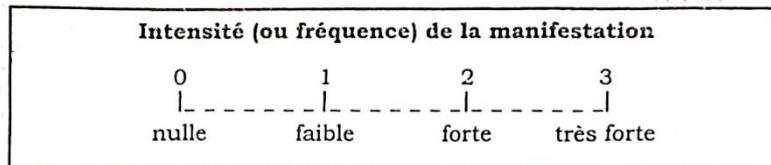
		0	1	2	3
A1	Avez-vous ressenti de la frayeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A2	Avez-vous ressenti de l'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 sueés, une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération des battements du cœur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A5	Avez-vous eu l'impression d'être paralysé(e), incapable de réactions adaptées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A6	Avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ?	<input type="checkbox"/>	<input 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A8	Vous êtes-vous senti impuissant(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total A					18

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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C5	Etes-vous fatigué(e) au réveil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total C					12

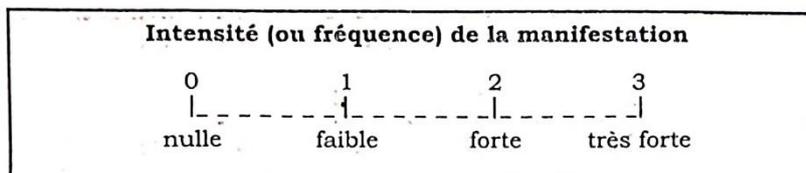


		0	1	2	3
D1	Etes-vous devenu anxieux(se), tendu(e) depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2	Avez-vous des crises d'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D3	Craignez-vous de vous rendre sur des lieux en rapport avec l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D4	Vous sentez-vous en état d'insécurité ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>
Total D					10

		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 checked="" type="checkbox"/>
E2	Vous estimez-vous plus méfiant(e) qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E3	Etes-vous plus irritable que vous ne l'étiez avant ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E4	Avez-vous plus de mal à vous maîtriser (crise de nerfs, etc.) ou avez-vous davantage tendance à fuir une situation insupportable ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E5	Vous sentez-vous plus agressif(ve) ou craignez-vous de ne plus contrôler votre agressivité depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E6	Avez-vous eu des comportements agressifs depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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, maux de tête, nausées, palpitations, tremblements, sueurs, respiration difficile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F2	Avez-vous observé des variations de votre poids ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>
Total F					13

		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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>
Total G					9



		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 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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H6	Eprouvez-vous des difficultés dans vos relations affectives et/ou sexuelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H7	Depuis l'événement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H8	Avez-vous tendance à vous isoler ou à refuser les contacts ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total H					18

		0	1	2	3
I1	Vous arrive-t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour en éviter certaines conséquences ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I2	Vous sentez-vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'événement, et/ou d'avoir survécu alors que d'autres ont disparu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I3	Vous sentez-vous humilié(e) par ce qui s'est passé ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I4	Depuis l'événement vous sentez-vous dévalorisé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I5	Ressentez-vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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					16

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

DEUXIEME PARTIE

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

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

Délai d'apparition des troubles depuis l'événement

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

Durée des troubles

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

Troubles	Délai d'apparition	Durée
1 - L'impression de revivre l'événement, les souvenirs et les images de l'événement qui reviennent.		
2 - 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

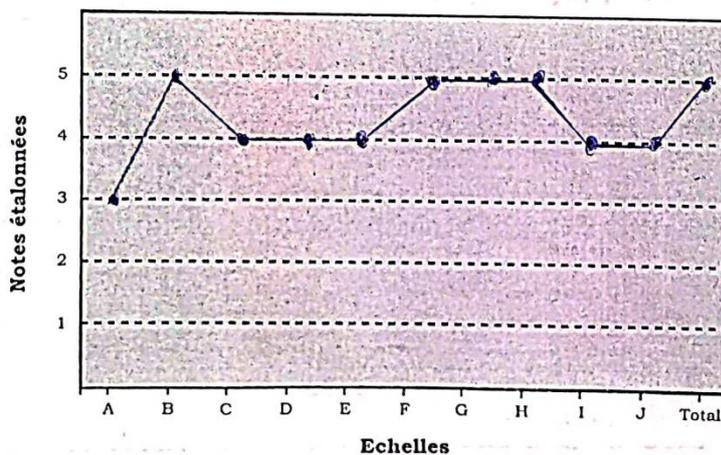
Les notes brutes des échelles A à I correspondent à la somme des points attribués aux items.

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	18	<input type="checkbox"/> 0-6	<input type="checkbox"/> 7-12	<input checked="" type="checkbox"/> 13-18	<input type="checkbox"/> 19-23	<input type="checkbox"/> 24
B	11	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-4	<input type="checkbox"/> 5-7	<input type="checkbox"/> 8-9	<input checked="" type="checkbox"/> 10 et +
C	12	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-3	<input type="checkbox"/> 4-9	<input checked="" type="checkbox"/> 10-13	<input type="checkbox"/> 14 et +
D	10	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-4	<input type="checkbox"/> 5-9	<input checked="" type="checkbox"/> 10-13	<input type="checkbox"/> 14 et +
E	13	<input type="checkbox"/> 0-1	<input type="checkbox"/> 2-4	<input type="checkbox"/> 5-9	<input checked="" type="checkbox"/> 10-14	<input type="checkbox"/> 15 et +
F	13	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-3	<input type="checkbox"/> 4-6	<input type="checkbox"/> 7-9	<input checked="" type="checkbox"/> 10 et +
G	2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 3-5	<input type="checkbox"/> 6-7	<input checked="" type="checkbox"/> 8 et +
H	18	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-3	<input type="checkbox"/> 4-11	<input type="checkbox"/> 12-17	<input checked="" type="checkbox"/> 18 et +
I	16	<input type="checkbox"/> 0-1	<input type="checkbox"/> 2-5	<input type="checkbox"/> 6-9	<input checked="" type="checkbox"/> 10-16	<input type="checkbox"/> 17 et +
J	6	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-5	<input checked="" type="checkbox"/> 6-7	<input type="checkbox"/> 8 et +
Total	126	<input type="checkbox"/> 0-23	<input type="checkbox"/> 24-54	<input type="checkbox"/> 55-89	<input type="checkbox"/> 90-114	<input checked="" type="checkbox"/> 115 et +

Profil



Annexe N° 07 : Cas N° 04 au TRAUMAQ

Traumaq

Questionnaire d'évaluation du traumatisme

Carole Damiani
Maria Pereira-Fradin

- Passation individuelle
 Collective
 Victime directe de l'événement
 Témoin

Nom : _____
 Prénom : Mehdi
 F M Age : 15 ans
 Date de passation : 06/05/2024
 Lieu de passation : EHS de Ouad Ghir

Informations concernant l'événement :

Événement individuel Collectif Nature* : Aggression physique
 Lieu (domicile, voie publique, etc.) : Ecole
 Date : 07/07/2023
 Durée : 05 à 10 minutes
 Blessures physiques : Non Oui Description : Contusions, éraflures
 Séquelles actuelles : Pas de séquelles
 Avez-vous bénéficié de l'intervention de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique sur les lieux ?
 Non Oui
 ITT¹ Non Oui Nombre de jours : 15 jours Arrêt de travail Non Oui Durée : 15 jours
 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 checked="" type="checkbox"/> Coups et blessures volontaires |
| <input type="checkbox"/> Catastrophe technologique | <input type="checkbox"/> Coups et blessures involontaires |
| <input type="checkbox"/> Catastrophe aérienne, maritime ou ferroviaire | <input type="checkbox"/> Tentative d'homicide |
| <input type="checkbox"/> Accident de la voie publique | <input type="checkbox"/> Agression sexuelle |
| <input type="checkbox"/> Attentat | <input type="checkbox"/> Viol |
| <input type="checkbox"/> Explosion de gaz | <input type="checkbox"/> Racket |
| <input type="checkbox"/> Accident domestique | <input type="checkbox"/> Conflit armé |
| <input type="checkbox"/> Prise d'otage ou séquestration | <input type="checkbox"/> Tortures |
| <input type="checkbox"/> Hold-up ou vol à main armée | <input type="checkbox"/> Autres |

¹ ITT = Interruption Temporaire de Travail

² IPP = Incapacité Permanente Partielle



Renseignements généraux concernant la période antérieure à l'événement :

Situation familiale

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

Nombre d'enfants (préciser leur âge) : _____

Situation professionnelle

Etudiant(e)

Salarié(e) : plein temps temps partiel

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

Etat de santé

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) : _____

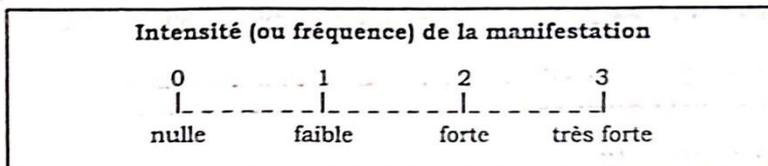
Traitement médical : Non Oui Lequel : _____

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.



Pendant l'événement

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

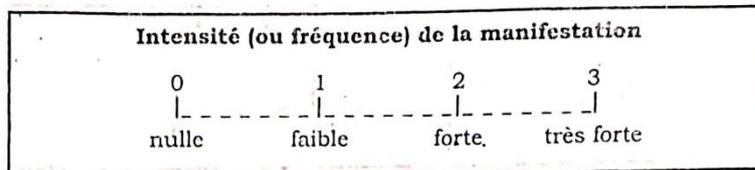
		0	1	2	3
A1	Avez-vous ressenti de la frayeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A2	Avez-vous ressenti de l'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>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

Depuis l'événement

Nous allons maintenant aborder ce que vous ressentez actuellement.

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

		0	1	2	3
C1	Depuis l'événement, avez-vous plus de difficultés d'endormissement qu'auparavant ?	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3	Avez-vous plus de réveils nocturnes ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C4	Avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C5	Etes-vous fatigué(e) au réveil ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total C		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

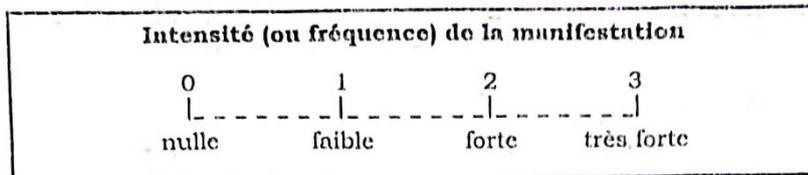


		0	1	2	3
D1	Etes-vous devenu anxieux(se), tendu(e) depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2	Avez-vous des crises d'angoisse ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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					3

		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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3	Etes-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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E6	Avez-vous eu des comportements agressifs depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total E					4

		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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F2	Avez-vous observé des variations de votre poids ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F3	Avez-vous constaté une détérioration de votre état physique général ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F4	Depuis l'événement, avez-vous des problèmes de santé dont la cause a été difficile à identifier ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F5	Avez-vous augmenté la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, médicaments, nourriture, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total F					2

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



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

		0	1	2	3
I1	Vous arrive-t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour en éviter certaines conséquences ?	<input type="checkbox"/>	<input 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 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I7	Pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total I					3

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		9	

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

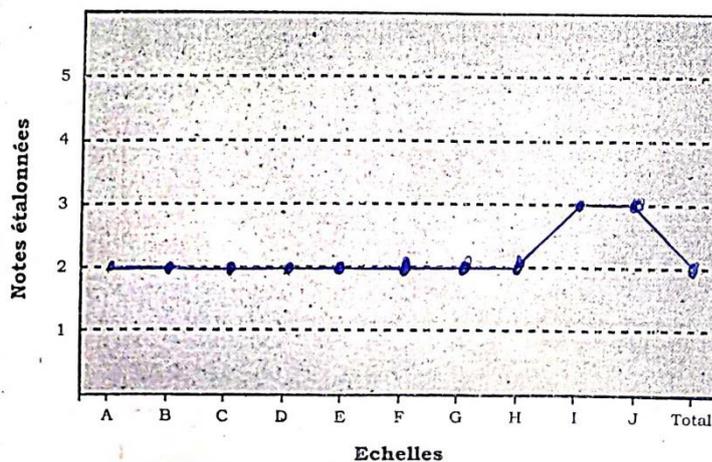
Les notes brutes des échelles A à I correspondent à la somme des points attribués aux items.

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	8	<input type="checkbox"/> 0-6	<input checked="" type="checkbox"/> 7-12	<input type="checkbox"/> 13-18	<input type="checkbox"/> 19-23	<input type="checkbox"/> 24
B	2	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1-4	<input type="checkbox"/> 5-7	<input type="checkbox"/> 8-9	<input type="checkbox"/> 10 et +
C	3	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1-3	<input type="checkbox"/> 4-9	<input type="checkbox"/> 10-13	<input type="checkbox"/> 14 et +
D	3	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1-4	<input type="checkbox"/> 5-9	<input type="checkbox"/> 10-13	<input type="checkbox"/> 14 et +
E	4	<input type="checkbox"/> 0-1	<input checked="" type="checkbox"/> 2-4	<input type="checkbox"/> 5-9	<input type="checkbox"/> 10-14	<input type="checkbox"/> 15 et +
F	2	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1-3	<input type="checkbox"/> 4-6	<input type="checkbox"/> 7-9	<input type="checkbox"/> 10 et +
G	1	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 3-5	<input type="checkbox"/> 6-7	<input type="checkbox"/> 8 et +
H	3	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1-3	<input type="checkbox"/> 4-11	<input type="checkbox"/> 12-17	<input type="checkbox"/> 18 et +
I	9	<input type="checkbox"/> 0-1	<input type="checkbox"/> 2-5	<input checked="" type="checkbox"/> 6-9	<input type="checkbox"/> 10-16	<input type="checkbox"/> 17 et +
J	2	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2-5	<input type="checkbox"/> 6-7	<input type="checkbox"/> 8 et +
Total	37	<input type="checkbox"/> 0-23	<input checked="" type="checkbox"/> 24-54	<input type="checkbox"/> 55-89	<input type="checkbox"/> 90-114	<input type="checkbox"/> 115 et +

Profil



Résumé

Les événements traumatiques constituent des phénomènes capables de causer des dommages considérables, notamment pour l'adolescent et peuvent entraîner l'apparition de divers symptômes. Ce travail de recherche explore le profil psychotraumatique chez les adolescents, mettant en lumière les divers symptômes émotionnels, comportementaux, cognitifs et physiologiques résultant de traumatismes psychiques. Nous avons examiné comment la nature de l'événement traumatique et son intensité influencent la manifestation de ces symptômes. Notre étude a été réalisée à travers une démarche clinique ou nous avons opté pour une approche intégrative à l'aide d'un entretien clinique semi directif ainsi que du questionnaire de TRAUMAQ. L'enquête a été effectuée au niveau de l'EHS de Ouad Ghir. Les résultats indiquent que le profil psychotraumatique peut être défini en fonction de la nature de l'événement traumatique subi par l'adolescent et que sa symptomatologie peut varier en fonction de son intensité.

Mots clés : l'adolescent, traumatisme psychique, profil psychotraumatique.

Abstract

Traumatic events can cause significant harm, especially for adolescents, leading to the emergence of various emotional, behavioral, cognitive, and physiological symptoms. This research delves into the psychotraumatic profile in adolescents, shedding light on the different symptoms resulting from psychological traumas. The study examines how the nature and intensity of the traumatic event influence the manifestation of these symptoms. Conducted through a clinical approach using semi-structured clinical interviews and the TRAUMAQ questionnaire, the research was carried out at the Ouad Ghir Hospital. The results suggest that the psychotraumatic profile can be defined by the nature of the trauma experienced by the adolescent and that the symptomatology can vary depending on its intensity.

Keywords: adolescent, psychological trauma, psychotraumatic profile.