

République Algérienne démocratique et populaire  
Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique  
Université Mentouri-Constantine  
Faculté des sciences humaines et sociales  
Département de psychologie et des sciences de l'éducation

N°d'ordre :

N°de série :

Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de magister en psychologie clinique

## **Réactions de deuil chez l'adolescent lors de la mort soudaine d'un parent**

**Présenté par :**

Ghanem Nafissa

**Sous la direction de :**

Pr.Abla Rouag

**Membres du jury**

Dr.oukaci Lounis

Pr. Rouag Abla

D.r Aboud Hayat

D.r Merdaci Mourad

**Date de la soutenance :.....**

President du jury

Rapporteur

Examineur

Examineur

université de Constantine

université de Constantine

université de Constantine

université de Constantine

Année universitaire : 2008-2009

# Merci à

Madame le professeur Abla Rouag, pour son encadrement, sa patience, ses conseils avertis et surtout pour son sens de la rigueur.

L'ensemble du personnel d'encadrement des C.E.M dans lesquels notre étude a été réalisée, pour leur accueil et leur aide sur le terrain.

L'ensemble des membres du jury pour m'avoir accordé leur précieux temps afin d'évaluer ce modeste travail.

Enfin, je souhaiterais remercier Ayoub, Loubna, Karima et Hawa en priant Dieu d'alléger leur peine et de leur destiner des jours meilleurs

## **Table des matières**

- Introduction .....	8
- Problématique.....	9
- Hypothèse de travail.....	11

### **Première partie : Approche théorique**

#### **Chapitre I : L'adolescence**

---

1- L'adolescence dans l'histoire.....	14
2 - Définition de l'adolescence .....	15
3 - Les modèles de compréhension de l'adolescence .....	16
3-1 Approche bio-somatique .....	17
3-2 Approche socio-culturelle .....	20
3-3 L'évolution psychologique.....	21
3- 4 L'interprétation psychanalytique .....	23
3-5 Approche cognitive .....	26
4- L'adolescent et ses parents .....	27
5- Adolescence et amitié .....	28
6- Les étapes de l'adolescence .....	29
7- Les complications de l'adolescence .....	29
8- L'adolescent algérien.....	33
8-1 La prolongation de l'adolescence .....	34

8-2 Etre adolescent dans une société en crise .....	36
---	----

## **Chapitre II : La mort et le deuil**

---

<b>I- La mort.....</b>	<b>38</b>
1-Définition de la mort.....	39
1-1 définition biologique.....	39
1-2 définition médico-légale.....	39
2-De quoi meurt-on ?.....	41
2-1 Les principales maladies naturelles.....	41
2-2 Les causes anthropogènes.....	42
2-3 Le vieillissement.....	42
3- L'homme face à la mort .....	43
3-1 L'évolution de l'idée de la mort chez l'enfant.....	43
3-2 Qu'en est -t-il pour l'adolescent ?.....	45
3-3 Et une fois qu'on est adulte ?.....	46
<b>II- Le deuil.....</b>	<b>48</b>
1-Définition du deuil.....	48
2- Quand le deuil est une transition, le deuil normal.....	50
2-1 Déroulement du travail de deuil et ses temps cliniques.....	50
2-1-1- les premiers moments (l'état de choc).....	50
2-1-2- l'étape centrale (la phase dépressive).....	51
2-1-3 La fin du deuil (la période de rétablissement).....	53
3- Quant le deuil est une impasse :.....	57
3-1 Les deuils compliqués:.....	57
3-1-1 Le deuil différé:.....	57
3-1-2 Le deuil inhibé:.....	57
3-1-3 Le deuil chronique:.....	57
3-1-4 Le deuil anticipé:.....	58
3-1-5 Le deuil traumatique:.....	58
3-1-6 Etat dépressif majeur réactionnel au deuil :.....	60

3-2 Les deuils pathologiques :.....	60
3-2-1 Le deuil mélancolique:.....	60
3-2-2 Le deuil maniaque.....	60
3-2-3 Le deuil hystérique.....	60
3-2-4 Le deuil obsessionnel.....	60
4- Les facteurs déterminant le cours du deuil.....	61
5- L'adolescent et le deuil.....	63
6- La prise en charge des endeuillés .....	65

## **Chapitre III : Le traumatisme psychique**

---

<b>I - Traumatisme psychique, mythologie et histoire.....</b>	<b>69</b>
1- historique du traumatisme.....	69
2- 1- 1 De l'antiquité au moyen âge .....	69
3- 1-2 Du moyen âge au XIX siècle .....	70
1-3 Les travaux fondateurs de la psychiatrie du XIX siècle.....	71
1-4 La psychiatrie de guerre du début du XX siècle.....	72
2-Trauma : quand la mythologie rencontre la science .....	72
2-1 Sisyphe et la répétition.....	73
2-2 Orphée et la névrose traumatique.....	73
<b>II-Traumatisme psychique : notions théoriques.....</b>	<b>64</b>
1-Trauma, traumatisme et psycho- traumatisme .....	74
1-1 Origine linguistique du mot « trauma » .....	74
1-2 Définitions générales du trauma, traumatisme et traumatisme psychique .....	75
2- L'événement potentiellement traumatisant.....	76
3-Les modèles explicatifs du traumatisme psychique.....	79
3-1 Le modèle cognitivo -comportemental .....	79
3-1-1 Les modèles comportementaux .....	79
3-1-1-1 Le modèle de Mower.....	79

3-1-1-2 Le modèle de Mac Farlane.....	79
3-1-2 Les modèles cognitifs.....	80
3-1-2-1 Le modèle d’Horowitz.....	80
3-1-2-2 Le modèle de Jones et Barlow.....	81
3- 2- Le point de vue psychanalytique .....	81
3-2-1 La conception Freudienne, entre réalité et fantasme.....	81
3-2-2 Le modèle de Ferenczi.....	82
3-2-3 Le modèle Lacanien.....	83
3- 3- Le modèle neuro-biologique.....	83
4-Les répercussions du traumatisme psychique .....	83
4-1- les troubles immédiats .....	84
4-2 La phase post-immédiate (phase de latence) .....	84
4-3 la phase chronique .....	85
4-3-1 La névrose traumatique.....	85
4-3-2 l’état de stress post-traumatique .....	89
4-4 Les autres répercussions du traumatisme psychique .....	93
4-4-1Les cas incomplets .....	93
4-4-2 les cas atypiques .....	95
4-4-3 Les séquelles psychotiques .....	95
4-4-4 Les séquelles éphémères .....	95
4-4-5 Les cas sans séquelles .....	95
5-Le traumatisme psychique chez l’adolescent .....	96
6-La prise en charge du trauma .....	97
7-Relation entre deuil et traumatisme .....	99

## **Deuxième partie : Approche méthodologique et pratique**

### **Chapitre IV : La méthodologie**

1-Rappel des hypothèses.....	107
2-La pré-enquête.....	108
2-1 le déroulement de la pré-enquête.....	108
2-2 les résultats de la pré-enquête.....	109
3- Présentation de l'enquête .....	109
3-1 présentation de la population.....	110
3-2 caractéristiques de la population.....	111
4- Les outils d'investigation.....	111
4-1 l'entretien de recherche.....	111
4-2 les critères de diagnostic du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux IV- PC (1994) .....	113
4-3 l'observation.....	116
4-4 l'analyse de contenu.....	116
4-5 le test du Rorschach .....	117

### **Chapitre V : La partie pratique**

1-Présentations des études de cas :	
-Présentation du premier cas.....	120
-Présentation du deuxième cas.....	143
-Présentation du troisième cas.....	166
- Présentation du quatrième cas.....	186
2- Analyse globale.....	206
3-Discussion.....	212
-Conclusion générale.....	221
-Bibliographie	
-Annexe	

## **Introduction:**

Durant ces dernières décennies un certain nombre de psychiatres et de psychanalystes ont analysé les liens de causalité entre la maladie psychiatrique, et le vécu de la première enfance. Les seuls points de départ de ces études étaient les malades.

D'après Bowlby (1984), Ce n'est que durant les années quarante que les cliniciens ont commencé à prêter attention à la détresse émotionnelle et aux perturbations qui succèdent à la perte d'un être cher. Ces pertes dues aux guerres, au terrorisme, aux maladies, aux suicides, aux accidents ou tout simplement au vieillissement.

L'Homme n'a qu'une seule vie dont la durée est limitée mais inconnue et dont la fin est inéluctable, irrémédiable et définitive. Il n'est pas étonnant que celui ci ait inventé une variété de moyens pour tenter d'éviter cette réalité et accroître la longévité.

D'après Bacqué (2001) la moitié des décès à lieu après 80 ans alors qu'il y a un siècle elle était à 55 ans. Mais bien que les progrès de la science font que la longévité s'accroît de jour en jour, l'Homme éprouve une grande souffrance psychologique suite à la perte d'un être cher. Notre étude tente d'expliquer l'impact de la perte inopinée d'un être cher (un parent direct) chez l'adolescent et par là même de déceler d'éventuelles réactions post traumatiques. Et si notre choix s'est porté sur le deuil chez l'adolescent, c'est en raison de l'ambivalence des relations qu'entretient l'adolescent avec ses parents à cette étape du développement.

Pour ce faire, nous avons abordé le thème de l'adolescence, qui est une étape transitoire entre l'enfance et l'âge adulte, en mettant l'accent sur différents aspects (bio-somatique, psychologique, cognitif, etc.) qui permettent une meilleure compréhension de cette phase. Aussi, afin de mieux cerner notre sujet, nous avons jugé utile d'aborder le concept de la mort en tant que cause de deuil (réaction normale à toute perte) pour enfin présenter ce dernier et ses manifestations. Enfin, nous avons abordé le traumatisme psychique et ses conséquences que nous avons axé sur l'adolescent.

Ce travail exige une approche pratique sur le terrain et c'est ce qui nous a conduit à sélectionner des adolescents, qui ont perdu un parent direct, auxquels une étude de cas avec passation du test de Rorschach a été pratiquée, afin de tenter de déterminer l'impact de cette perte soudaine, une perte que beaucoup de spécialistes qualifient de mort traumatique.



## **Problématique:**

La mort est un événement situé dans le réel, c'est-à-dire l'incontournable et nous renvoie à la finitude de notre condition humaine. Le décès d'une personne investie plonge les survivants dans une période de désarroi et de souffrance qui est le deuil.

Le deuil étant défini comme la réaction normale à la mort d'un être cher occupe le premier rang dans la plupart des échelles des événements de la vie. Il s'agit d'une expérience quasiment universelle où le moi met en place un long et complexe processus de cicatrisation à tous les niveaux (psychique, physique et social). L'endeuillé va suivre une sorte de périple qui va l'amener à vivre des moments d'amélioration qui succéderont à des moments plus sombres, plus tristes, et ainsi de suite sur plusieurs mois, voire des années, pour ne jamais véritablement se terminer, car la cicatrice sera toujours présente à la mémoire (De Broca, 2001). Ce long et douloureux processus est appelé le « travail de deuil ».

On décrit classiquement trois étapes dans le deuil : la phase initiale caractérisée par un état de choc, où le sujet n'arrive pas à assimiler la perte et dont la durée varie de quelques heures à quelques semaines. Vient ensuite la phase dépressive caractérisée par un vécu douloureux qui s'installe immédiatement après, il s'agit d'un vécu dépressif réactionnel physiologique avec vécu de culpabilité, mais aussi parfois d'agressivité, un besoin d'isolement, des insomnies, une anorexie, une perte des intérêts et une identification au mort. Enfin arrive la phase de réorganisation c'est le retour à la vie, c'est-à-dire que l'endeuillé peut développer à nouveau de l'intérêt pour le monde extérieur.

Bien que le travail de deuil soit un processus de réparation, quoi de plus normal, il reste que ses enjeux et son déroulement dépendent d'un certain nombre de facteurs qui sont liés soit à des critères concernant le défunt comme les circonstances de la mort, son âge, son état de santé avant le décès, sa relation avec l'endeuillé, soit à l'endeuillé lui-même comme sa personnalité, son état de santé physique et mentale, etc.

Tout au long de nos lectures, nous avons vu qu'en fonction des circonstances citées ci-dessus, le décès d'un proche se répercute sur son entourage à court et à long terme. Certaines de ces conséquences les plus courantes sont les dépressions. En effet, le décès d'un proche donne suite à une perte d'intérêt, des changements d'humeur, des relations interpersonnelles perturbées et même des envies de suicide. D'autres personnes réagissent à la mort comme

étant un événement traumatisant et présentent des symptômes psychotraumatiques qui se manifestent par des reviviscences, des comportements d'évitements et des troubles neurovégétatifs. En effet, d'après d'importantes recherches épidémiologiques, effectuées par Breslau et Al (1991), Norris (1992), Vrana et Al (1994), Stein et Al (1997), portant sur la fréquence d'apparition de certains événements potentiellement traumatisants, il semblerait que l'événement le plus fréquemment vécu comme traumatisant soit la mort subite d'un être cher pour 30 à 60% des personnes interrogées. ([www.anne-jolly.com/publications/articles/jidv2003.pdf](http://www.anne-jolly.com/publications/articles/jidv2003.pdf))

Il arrive également que l'endeuillé soit sujet à un deuil compliqué. Le deuil compliqué est caractérisé par une perturbation du travail de deuil qui se prolonge et ne parvient pas à son terme. Toutefois, dans certains cas, il se produit une désorganisation psychique durable et très importante, telle qu'on puisse poser clairement le diagnostic d'une maladie mentale. Quand une telle désorganisation existe, de façon durable et parfois définitive, on dit que le deuil est pathologique. Bien que ce dernier soit beaucoup plus rare que le deuil compliqué il s'étaye probablement sur des fragilités préexistantes de la personnalité.

Notre souci est de poser, dans le contexte défini plus haut, la question des conséquences de la mort soudaine qui, d'après Crocq (1998), a un grand potentiel traumatogène à propos de l'adolescence. Une période dont on a pour habitude d'énoncer la proportion statistique importante représentant ainsi les futurs adultes. Les projections sur l'an 2010, sur la base d'une hypothèse moyenne d'évolution de la population, donnent pour 48,5 millions d'habitants, le pourcentage de 32,15% soit plus d'un tiers de la population globale (Megueni, 2008).

L'adolescence est une étape de maturation et de réorganisation où l'enfant est confronté à de nombreux changements physiques, sociaux et émotionnels (Bensmail, 1994). En effet il ne viendrait à l'esprit de personne de contester le caractère critique de cette période. De telles transformations ne peuvent manquer de requérir de grandes quantités d'énergie; beaucoup de forces sont en jeu et elles sont mobilisées par un travail à la fois physique et psychologique, si bien qu'il est difficile à l'adolescent d'être disponible pour d'autres tâches.

Le deuil, lui aussi est un travail qui demande beaucoup d'énergie, de force et de temps et il sera d'autant plus difficile quand celui-ci concerne la perte d'un parent. Des parents avec qui les adolescents entretiennent des relations teintées d'ambivalence, des relations qui sont, d'après Hanus (2001), le plus souvent conflictuelles.

Partant du postulat que l'adolescence est une période qu'on qualifie de phase d'affirmation et de construction de même qu'une période de bouleversements et de conflits, que la mort qui est un événement relativement traumatisant entraînant un processus de cicatrisation bouleversant, la question qui nous interpelle est celle des éventuelles réactions rencontrées à la croisée de ses deux remaniements.

L'objectif de notre étude est d'évaluer et éventuellement d'expliquer l'état de santé psychique de l'adolescent suite au décès inopiné d'un parent, Et pour cela nous essayerons de répondre aux interrogations suivantes :

Y a-t-il des réactions non caractéristiques à un deuil normal subséquentes aux deuils parentaux soudains ? Peut-on parler d'un état dépressif majeur chez l'adolescent lorsqu'il s'agit d'une mort soudaine d'un parent ? Les séquelles observées chez les adolescents sont-elles identiques à celle du syndrome de PTSD décrits dans le DSM-IV ?

Pour répondre à ces questions nous avons construit les hypothèses suivantes :

### **L'hypothèse générale :**

On observe des réactions non caractéristiques d'un deuil normal chez les adolescents lors de la mort soudaine d'un parent.

### **Les hypothèses partielles :**

- 1- Les adolescents ayant vécu un deuil parental soudain présentent un état dépressif majeur ;
- 2- Les adolescents ayant vécu un deuil parental soudain présentent un état de stress post-traumatique ;

## **Première partie : L'approche théorique**

## **Introduction:**

Bien que le processus du deuil chez l'adulte ait été étudié intensivement, et que le travail du deuil de l'enfant ait été tracé, le deuil chez l'adolescent a été relativement négligé. A ce sujet, Furman (1974) rapporte: « ça a été une omission embarrassante dans la littérature psychiatrique et psycho-analytique». En effet, comme tout être humain, l'adolescent, est confronté à la mort, à la sienne et à celle des autres autour de lui, des frères et sœurs, des camarades, et des parents. Le rôle de ces derniers consiste à témoigner de l'affection, à se montrer disponibles, à négocier efficacement les règles et les responsabilités et à poser des limites claires, ce qui induit un attachement profond et le développement d'une saine autonomie malgré une diminution des activités partagées et des interactions.

Avant d'aborder notre étude, nous tenterons de donner au lecteur quelques éclaircissements théoriques quant aux composantes de notre problématique, en commençant par apporter des éléments théoriques sur la population sur laquelle va porter notre étude qui est l'adolescence. Nous porterons également une attention toute particulière au deuil en nous penchant sur ses manifestations, dans la mesure où il permet à l'endeuillé de se détacher de l'objet perdu pour se tourner vers un autre, ou au contraire, être entravé par des complications. En effet, pour certaines personnes, la mort d'un proche est vécue comme un traumatisme et peut même déboucher sur une symptomatologie plus marquée. C'est pourquoi nous aborderons le traumatisme psychique pour enfin aboutir à la différence entre le deuil et le trauma.

## **Chapitre I : L'adolescence**

Il nous a été donné de remarquer que l'adolescence suscite une réaction ambivalente de la part des adultes. D'une part ils voudraient bien voir incarner dans la jeunesse leur propre image de ce qu'ils considèrent comme le plus bel âge de la vie et d'autre part, confrontés à la réalité, ce sont très vite les connotations négatives de l'adolescence qu'ils mettent en avant : non obéissance, sexualité non contrôlée, échec scolaire, toxicomanie, délinquance. Certains qualifieraient même l'adolescence d'âge ingrat. Tendez l'oreille et écoutez : « ces jeunes qui ne comprennent rien, ces jeunes irresponsables, irrespectueux, agressifs, et toujours sur la défensive ». Cela contribue à maintenir le flou dans les idées. Il est donc important dans un premier temps de combattre ce flou en clarifiant certains concepts en rapport avec cette organisation dite « adolescence ».

### **1- L'adolescence dans l'histoire :**

Les écrits rapportés mentionnent qu'on s'est intéressé à l'adolescence depuis fort longtemps.

D'après Coslin (2002), Laton voyait en cet entre temps une maturation graduelle qui transforme la première couche de l'âme (la couche intrinsèque) en une couche plus mature caractérisée par l'acquisition de convictions et plus de compréhension, menant à l'adolescence ou à l'âge adulte et de là, à parvenir à l'intelligence et la raison de la troisième couche. Aristote quand à lui, voyait l'enfant comme un animal puisque celui-ci ne prend guère de décisions, il n'est dominé que par l'appétit et l'émotion, et ce n'est qu'entre 8 et 14 ans que ses envies sont soumises aux contrôles et aux règles, alors qu'entre 15 et 21 ans c'est la période de la passion, de la sexualité, de l'impulsivité, du courage et de l'idéalisme.

Au moyen âge, l'enfant et l'adulte étaient considérés comme semblable, la croissance n'est que l'agrandissement d'une créature de dieu, l'enfant est tout simplement l'homme en miniature.

Ce n'est qu'à la renaissance, qu'apparaît une conception du développement humain avec Comenius, et qu'on a pu établir les programmes scolaires en relation avec l'évolution des facultés de l'individu. Ainsi quatre stades de six années ont été invoqués :

-de 1 à 6 ans ; l'enfant reste à la maison pour recevoir une éducation de base et exercer ses facultés sensorielles et motrices.

- de 7 à 12 ans : l'enfant reçoit une éducation élémentaire (lange, religion) dans la langue maternelle et non en latin
- de 12 à 18 ans : apprentissage de la discipline favorisant le développement du raisonnement (mathématique, rhétorique, éthique).
- de 18 à 24 ans : le développement de la maîtrise de soi, à l'université et à travers les voyages.

Mais l'intérêt réel porté à l'adolescence est un fait récent. L'adolescence conquiert son statut d'objet scientifique en 1891 avec l'apparition du livre de Burnham « the study of adolescence », ainsi qu'avec l'œuvre de Stanley Hall « l'adolescence » en 1904, et Mendousse « l'âme de l'adolescent » en 1927 . Ces publications ont incité la communauté scientifique à s'intéresser à l'adolescence et ses caractéristiques d'idéalisme, d'intolérance et de mélancolie. (Coslin, 2002). Ainsi à travers ce gain d'intérêt pour l'adolescence les premières définitions virent le jour.

## **2 - Définition de l'adolescence :**

Afin d'aborder le thème de l'adolescence, il serait plus séant d'en donner quelques définitions :

Tout d'abord commençons par Stanley Hall (1904) qui définit l'adolescence : « comme une seconde naissance, une crise, une transformation subite et profonde provoquée par la puberté, un renouveau total et dramatique de la personnalité. »

Dans cette optique, Debesse (1979), quant à lui définit l'adolescence comme l'ensemble des modifications corporelles et physiques qui s'effectuent entre l'enfance et l'âge adulte. Cette définition est confirmée par le dictionnaire Littré, où il est mentionné que l'adolescence est une période transitoire qui succède l'enfance et commence par les premiers signes de la puberté.

Tous ces auteurs sont d'accord sur le fait que l'adolescence est essentiellement liée à la puberté. Pour Gash (1973), elle ne se limite pas uniquement à des transformations biologiques, mais elle est aussi un phénomène psychosocial, alors que la puberté est un phénomène physiologique. Selon le même auteur, la puberté concerne aussi bien les animaux que les humains alors que l'adolescence ne concerne que les humains (Nini, 1998).

Bien que les définitions soient différentes, en psychologie il est clair que l'adolescence est avant tout une période transitoire entre l'enfance et l'âge adulte. A ce sujet, il est mentionné

dans le grand dictionnaire de la psychologie de Sillamy (1983) que : « le terme "adolescence" provient du latin « *adolescere* » qui signifie croître. L'adolescence est une période de la vie qui se situe entre l'enfance, que l'on continue, et l'âge adulte ».

L'adolescence est donc une période durant laquelle les changements physiologiques et psychologiques vont de pair bien qu'ils ne soient pas synchronisés. C'est une période de transition qui rapproche l'enfant de l'homme ou de la femme sur un plan purement physique, alors que contraintes et conventions sociales le maintiennent à un statut antérieur, ce qui donne lieu à diverses situations de déséquilibre à travers de nombreux symptômes se regroupant sous l'appellation « crise d'adolescence » que nous aborderons ultérieurement. Pour Braconnier et Marcelli (1988) l'adolescence est une étape durant laquelle la maturation organique dépasse les schémas socio-culturels, et c'est dans ce contexte que l'individu doit faire face à la société, développer son identité personnelle, s'imposer aux autres et surtout imposer son originalité.

L'adolescence est un passage sine qua none. L'adolescent est en plein développement et c'est au terme de ce dernier qu'il devient adulte. Cette croissance concerne aussi bien l'aspect physique que psychique de l'individu. On peut donc définir l'adolescence comme une étape de l'évolution de chacun d'entre nous, qui nous mène de l'enfance à l'âge adulte. Cette période de l'évolution est un passage d'un état de dépendance et d'immaturité à celui d'une maturité sexuelle, affective et relationnelle. L'adolescence aboutit à un état d'autonomie sociale et économique qui mène à l'autonomie adulte. En résumé :

- l'adolescence est une période transitoire entre l'enfance et l'âge adulte ;
- L'avènement de la puberté est l'élément déclenchant de l'adolescence ;
- L'adolescence est une période de bouleversements : biologique, psychologique et social ;
- L'adolescent est en quête d'identité et d'autonomie.

En effet pour mieux cerner cette étape transitoire qu'est l'adolescence, un passage par différentes approches s'impose.

### **3 - Les modèles de compréhension de l'adolescence :**

La compréhension de cette étape de l'évolution (l'adolescence) s'articule autour de quatre approches principales:



### **3-1 Approche bio-somatique :**

L'adolescence prend ses racines dans la puberté, phénomène physiologique qui transforme le corps d'un enfant en un corps capable de procréer. Ce sont donc ces transformations physiologiques qui vont mener à la morphologie d'adulte. Ces transformations se regroupent sous l'appellation de « puberté »

Le terme puberté tire sa racine du mot latin « pubes » qui signifie «poils». En effet l'apparition de poils sur le pubis, sous les bras et sur les joues pour les garçons est le début des changements physiques et psychologiques qui marquent le passage de l'enfant au monde adulte. Cette période, s'échelonnant sur plusieurs années, permet à l'être humain d'acquérir l'importante capacité de se reproduire. Et quand cette étape est franchie, l'individu est dit « nubile », qui veut dire, en âge de se marier.

La puberté se caractérise par divers changements primaires et secondaires aussi bien chez les filles que chez les garçons :

#### **3-1-1 chez les garçons :**

La puberté masculine apparaît généralement entre 12 et 15 ans. Elle est responsable de la maturation des caractères sexuels primaires (pénis, scrotum, testicules) et de l'apparition des caractères sexuels secondaires (pilosité, mue de la voix, croissance).

##### **3-1-1-1 Développement des organes sexuels :**

Chez le garçon, le pénis et le scrotum constituent les organes génitaux externes alors que les testicules font partie des organes génitaux internes. On considère également ces organes génitaux comme des caractères sexuels primaires. L'augmentation du volume des testicules et du scrotum, vers l'âge de 12 ans, est le premier signe pubertaire chez le garçon. Toutefois, ce changement passe très souvent inaperçu. Environ douze mois après cette transformation physique, le pénis grossit et s'allonge. La croissance du pénis s'effectue habituellement sur deux ans. Durant ce temps, souvent pendant le sommeil, des érections involontaires surviennent et sont suivies d'éjaculations, provoquées par l'afflux du sang dans la verge.

Ainsi, les organes génitaux du garçon ont atteint leur plein développement. C'est également à ce moment que le jeune homme parvient à la maturité sexuelle qui est déterminée par la présence de spermatozoïdes matures dans le sperme. Ainsi se termine la puberté masculine lorsque la fonction de reproduction, la spermatogenèse, est acquise.

### **3-1-1-2 Caractères sexuels secondaires :**

Traduisant l'identité masculine ou féminine, les caractères sexuels secondaires sont associés, chez le garçon, à des modifications morphologiques au niveau de la pilosité, de la voix, de la poitrine, de la peau, de la taille et du poids.

- **La pilosité** : Peu de temps après le début de la puberté, des poils pubiens poussent à la base du pénis et se dirigent vers le nombril. Cette pilosité pubienne représente le premier changement apparent de la puberté chez le garçon. Viennent ensuite les poils axillaires et faciaux (moustache, barbe).

- **La voix** : Alors que le larynx se développe de façon importante sous l'effet des hormones sexuelles masculines (androgènes), le timbre de la voix du garçon change et devient grave. C'est ce qu'on appelle le phénomène de la « mue ». Notons que la voix des filles est également sujette au phénomène de la « mue », mais de façon beaucoup moins marquée que chez les garçons.

- **La poitrine** : Chez 30 à 65 % des garçons, une gynécomastie bilatérale (augmentation du volume des seins), légère et passagère, peut apparaître en milieu de puberté, et régresserait en quelques mois. Cet accroissement s'explique par la sécrétion, en très petites quantités, d'hormones féminines (œstrogènes) chez les garçons.

- **La peau** : De nombreux jeunes sont touchés par des problèmes de peau à la puberté. L'acné apparaît à ce moment de la vie parce que des hormones stimulent la sécrétion des glandes sébacées, rendant ainsi la peau plus grasse. L'acné apparaît sur tous le corps et principalement sur le visage.

-**La taille et le poids** : la croissance en taille et en poids se poursuit généralement à un rythme lent et régulier pendant l'enfance. Pendant la puberté, la croissance s'accélère et s'effectue par poussées. Influencés par les hormones, les muscles se renforcent et les os s'allongent, particulièrement au niveau des os longs des membres. Ainsi, les garçons grandissent, parfois avec des poussées de croissance importantes qui leur font gagner jusqu'à 15 centimètres par année. La croissance pondérale est tout aussi impressionnante. Elle peut varier de 6 à 13

kilogrammes par an. On estime qu'environ 50 % du poids d'un adulte s'acquiert durant la puberté. ([www.centrejeunessedequébec.qc.ca](http://www.centrejeunessedequébec.qc.ca))

### **3-1-2 chez les filles :**

Du côté féminin, le début de la puberté a lieu en moyenne vers 11-13 ans, mais il peut se produire bien avant, à 8 ans. Avant cet âge, on parle de puberté précoce. Le développement des seins constitue le premier signe visible de cette importante étape. Par la suite apparaît la pilosité pubienne et axillaire. La croissance des organes génitaux complète les changements pubertaires. Les premières menstruations se produisent généralement entre 11 et 15 ans. Puis, d'autres transformations, comme le développement du tissu adipeux sous-cutané et l'élargissement du bassin, s'effectuent.

#### **3-1-2-1 Développement des organes génitaux :**

L'appareil génital féminin comprend une partie externe avec la vulve et une partie interne composée du vagin, de l'utérus, des trompes et des ovaires. Sous l'effet des hormones, ces organes se modifient : la vulve augmente de volume, la muqueuse du vagin devient plus épaisse et commence à sécréter des leucorrhées, qui sont des pertes blanches naturelles, et l'utérus et les ovaires grossissent.

D'une façon générale, la vulve se modifie 2 à 3 ans avant l'apparition des premières règles et l'utérus atteint sa pleine maturité 4 à 5 ans après les premières menstruations.

Quant à ces dernières, elles surviennent généralement 2 ans après le début du développement mammaire. Au début, il est normal que les cycles menstruels de la jeune fille soient irréguliers. D'ailleurs, ces premiers cycles sont anovulatoires. L'apparition des menstruations correspond habituellement à la fin de la période pubertaire chez la fille.

#### **3-1-2-2 Caractères sexuels secondaires :**

En excluant les organes génitaux, les caractères sexuels secondaires féminins permettent de distinguer physiquement la fille du garçon. Ces caractéristiques se développent entre 11 et 14 ans et sont associées, chez la fille, à des modifications morphologiques au niveau de la poitrine, de la pilosité, de la voix, de la taille et des tissus adipeux.

**-La poitrine :** Le développement des seins et des glandes mammaires commence vers l'âge de 11 ans et se poursuit sur une période de 3 à 4 ans. À la fin de la puberté, les seins sont arrondis et centrés par le mamelon.

**-La pilosité** : Elle apparaît d'abord au niveau du pubis et par la suite sous les aisselles. De façon plus modérée, des poils poussent également sur les jambes et les bras. La poitrine et le visage sont généralement dépourvus de poils, mais quelquefois, un léger duvet peut se développer sur la lèvre supérieure de la femme. Les poils pubiens de la femme forment un triangle à bord supérieur horizontal, ce qui est à l'inverse de l'homme dont les poils atteignent le nombril. Cette croissance pileuse est suivie par celle des glandes sébacées qui rendent la peau plus grasse et plus vulnérable au développement de l'acné, une lésion de la peau fréquente chez les adolescents et les adolescentes.

**-La voix** : La voix féminine reste aiguë et ne mue pas de façon aussi marquée que chez l'homme.

**-La taille** : L'accélération de la croissance survient à partir de 11 ans. Les filles sont généralement moins grandes que les garçons et leur ossature est plus fine. Leurs épaules sont moins larges, leur taille est plus mince, leurs hanches sont arrondies et leur bassin est plus large que leurs épaules. Leur musculature est moins développée que celle de leurs camarades masculins.

**-Les tissus adipeux** : Les filles ont plus de tissus graisseux que les garçons. Les graisses sont réparties vers la partie inférieure du corps, soit les cuisses, les fesses et les hanches. (www.centrejeunessedequbec.qc.ca)

En exposant l'apport biologique des transformations organiques qui suivent la puberté, il nous paraît clairement que ces changements sont plus marqués chez les filles que chez les garçons et s'étalent sur plusieurs années. Ainsi cette palette de transformations biologiques n'est pas le seul facteur qui détermine l'avènement de l'adolescence, d'autres facteurs culturels s'y prêtent.

### **3-2 Approche socio-culturelle :**

Sans doute la majorité d'entre vous ont déjà suivi un documentaire anthropologique qui rend compte de la complexité de certaines cultures et de l'imprégnation de ses individus des rites et des coutumes. Non seulement ces croyances et coutumes bâtissent tout un mode de vie mais aussi influent sur l'existence ou non de l'adolescence.

Pour le Pr. Bensmail (1994), cette période de la vie n'est pas universellement reconnue et dans certaines sociétés on ne reconnaît que l'enfance, l'âge adulte et la vieillesse. On ne

distingue pas la puberté de l'adolescence, et c'elle-ci s'est abrégée et s'est réduite à quelques jours ou quelques semaines. L'enfant passe directement au cercle des l'adultes en effectuant des rites de passage comportants diverses épreuves De ces observations certaines tribus, citées par Coslin (200), en sont des exemples vivants :

La société traditionnelle Massaï, citée par Coslin (2002), est un cas intéressant. Les jeunes gens de sexe masculin étaient organisés en bandes guerrières auxquelles était dévolu le rôle de protection du village et des troupeaux, ainsi que celui d'opérer les razzias. L'appartenance à ce groupe, les "Morans", ne s'achevait que lorsque le guerrier se mariait (généralement assez tard et pas avant trente ans). Cette caste, honorée et glorifiée, ne jouissait pourtant d'aucun pouvoir de décision au niveau de la tribu. De même les relations avec les femmes n'étaient pas légitimées. Le pouvoir effectif étant entre les mains des hommes mûrs, mariés, chefs de familles.

Au Cambodge, il est de coutume que les jeunes fassent une retraite dans un monastère bouddhiste. Cette retraite qui existe depuis des siècles est une sorte de passage obligé. C'est un lieu où l'adolescent peut rester pendant un temps indéterminé et tente d'apporter des réponses à ses questions sur sa nouvelle identité comme l'ont fait ses ancêtres.

Ainsi comme le cite Chatier (1998) : « L'adolescence dépendra du degré de complexité de la société, de la distinction que la société établi entre les groupes d'âge et de la façon dont s'opère le passage d'un groupe à un autre ». D'une manière plus simple, l'approche sociologique souligne que l'adolescence est le statut que fait ou non la société à l'individu. En plus de ce statut défini par la société, l'adolescent doit faire face à différents bouleversements psychoaffectifs.

### **3-3 L'évolution psychologique :**

Pour essayer de comprendre ce que ressent, ce que vit l'adolescent, nous devons savoir comment il se structure, comment d'un état d'enfant, il va pouvoir accéder à cette liberté idéalisée de l'âge adulte qui va lui permettre de vivre en harmonie avec les autres et surtout avec lui-même. Arriver à ce gain n'est pas une chose facile puisque l'adolescence est avant toute chose une phase de rupture, une phase d'adaptation avec le nouveau corps et une phase de crise.

### **3-3-1 L'adolescence, une nécessaire rupture :**

Françoise Dolto (1990), décrit l'adolescence comme « une seconde naissance », cette métaphore est assez représentative de la rupture lorsque le cordon ombilical est rompu. A l'adolescence, l'individu doit peu à peu apprendre à compter sur lui même et prouver qu'il est capable de faire face à la société et être autonome. Cette rupture est nécessaire mais aussi difficile, l'adolescent est perdu, il sait d'où il vient mais ne sait pas où il va. Il est vulnérable, et sans protection, puisqu'il veut à tout prix se détacher de ses parents, c'est pourquoi Dolto le compare aussi à un Homard qui perd sa carapace et s'en fabrique une autre et entre temps reste sans défense.

### **3-3-2 La métamorphose du corps :**

L'adolescence est une période difficile. Avec toutes les transformations biologiques citées ultérieurement, l'adolescent se retrouve avec un nouveau corps qui n'était pas le sien : il voit se transformer son corps, sa voix prend un timbre qui l'étonne, il devient soit trop vite grand, soit se perçoit comme trop gros et c'est l'âge des complexes. Certains adolescents vont mettre leur corps en valeur alors que d'autres n'ont cessé de le cacher dans des vêtements trop amples ou unisexes. Ils se sentent mal dans ce corps qui leur paraît étrange, qui leur semble ne pas être le leur. Vous vous souvenez tous de l'époque où vous vous regardiez dans la glace sous toutes les coutures, de face, de profil et même de dos, cette nouvelle pratique c'est ce que Braconnier et Marcelli (1988) présentent comme un véritable travail de reconnaissance de l'image de soi.

### **3-3-3 La "crise" identitaire :**

L'importance des changements sociaux, familiaux, affectifs, psychologiques et corporels a amené de nombreux spécialistes à décrire l'adolescence comme une période de crise.

L'adolescent est perdu, désorienté, le "qui suis-je" n'a jamais été aussi vif qu'à cet âge mais en même temps n'a jamais été aussi plein de promesses heureuses. L'adolescent semble douter beaucoup de lui-même et c'est cette quête d'identité qu'il va chercher dans la fuite, dans l'exacerbation des risques, des plaisirs, dans les conflits familiaux, dans l'amitié et dans

l'amour, c'est pour lui une façon de se sentir exister et une façon de trouver une réassurance dans le regard de l'autre.

Cette quête d'identité est souvent associée à la notion de "crise". On peut donc considérer que la "crise" d'identité de l'adolescent est celle des choix fondamentaux de son existence. Cette crise que chaque adolescent vit, s'inscrit dans une dualité qui est caractérisée par le désir d'autonomie et d'individualité d'une part, et à la réalité de la dépendance au système familial et à son "vécu" d'enfance d'autre part. Donc la crise d'adolescence est une période importante, indispensable à chacun pour qu'il puisse s'inscrire dans un processus de maturation identitaire, puisqu'elle va permettre à l'adolescent de prendre ses distances quant aux identifications antérieures, principalement parentales. Il est essentiel de préciser que le rejet des parents, de l'image parentale n'est en aucun cas un signe d'alerte, mais un simple système de défense que l'adolescent met en œuvre pour éviter d'y rester trop attaché, tel que l'explique l'approche psychanalytique.

### **3-4 L'interprétation psychanalytique :**

« Le cendrillon de la psychanalyse », c'est ainsi qu'Anna Freud décrit l'adolescence, en raison du peu d'intérêt que l'adolescence suscitait jusqu'alors dans la recherche et la littérature psychanalytiques. Néanmoins il existe tout de même quelques écrits psychanalytiques sur le sujet.

#### **3-4-1 Récréation du conflit oedipien :**

Au sujet de l'adolescence, Freud dit que l'adolescent ne fait que répéter le conflit oedipien. Le facteur économique, représenté par la poussée génitale liée à l'éveil pubertaire, c'est ce qui déclenche le processus, poussant le sujet à trouver l'objet génital. Donc c'est la recherche de cet objet qui domine toute la quête de l'adolescent. Afin de comprendre son raisonnement, jetons un bref coup d'œil sur le chapitre trois de son oeuvre "Trois Essais sur la théorie de la sexualité" (1999) qui commence ainsi:

« Avec le commencement de la puberté apparaissent les transformations qui amèneront la vie sexuelle infantile à sa forme définitive et normale. La pulsion sexuelle était jusqu'ici essentiellement autoérotique; elle va maintenant découvrir l'objet sexuel. Elle provenait de pulsions partielles et de zones érogènes qui, indépendamment les unes des

autres, recherchaient comme unique but de la sexualité un certain plaisir. Maintenant, un but sexuel nouveau est donné, à la réalisation duquel toutes les pulsions partielles coopèrent, tandis que les zones érogènes se subordonnent au primat de la zone génitale ».

Donc la puberté est caractérisée par une réactivation et une reviviscence pulsionnelle massive où le sujet se voit embarqué dans une machine à remonter le temps et se retrouve à nouveau impliqué dans le conflit oedipien.

Le chapitre 5, intitulé "La découverte de l'objet", nous montre clairement que la quête de l'objet génital qui domine toute l'adolescence est d'abord et avant tout la quête d'un premier objet qui est le sein maternel. Le sujet vit une déchirure radicale quand il se rend compte que l'objet est en dehors de lui, qu'il n'en fait pas davantage partie que l'objet ne fait partie de lui. C'est cette même douleur qui sera réactivée, avec toute l'intensité de l'après-coup, tout au long de l'adolescence. L'adolescent est nostalgique, il cherche avant tout à recréer cette sensation susceptible de lui procurer la satisfaction d'un désir incestueux dans ses origines.

FREUD avait bien vu que c'est à ce stade que se trouvait le noeud de la problématique cruciale de l'adolescence: refaire le chemin qui mène de la compulsion incestueuse à son élaboration psychique par le truchement d'un conflit oedipien revivifié dans l'imaginaire avant d'aboutir, dans les cas heureux, à son assumption symbolique: l'homme quittera son père et sa mère pour devenir à son tour un père ou une mère qui auront comme tâche principale de se séparer de leurs enfants en leur apprenant à se séparer d'eux-mêmes...et ainsi de suite, de génération en génération.

Il apparaît clairement que l'adolescent se voit imposer deux tâches majeures:

A- celle de renoncer définitivement à la jouissance incestueuse, en faisant le deuil des imagos parentales archaïques et de la toute-puissance primitive dont il participait pleinement tant qu'il fusionnait avec elles, et pour effectuer ce travail de deuil délicat, l'entourage est important. L'enfant a besoin d'entretenir avec ses parents une relation sécurisante. Celle-ci lui permettra de s'aventurer à l'extérieur sans risque de perdre leur amour.

B- celle d'affronter ces mêmes parents, sur le terrain de la réalité cette fois, afin de conquérir son identité propre, puisque le deuil fantasmatique ne s'étend pas au réel, le père et la mère sont toujours présents.



Comme le dit FREUD avec son réalisme implacable: le progrès est à ce prix.

Afin de se défendre des différents changements cités ultérieurement, qui pourraient éventuellement bouleverser sinon déborder l'adolescent, un grand nombre de défenses est déployé.

### **3-4-2 Les mécanismes de défense de l'adolescence :**

Certains des mécanismes utilisés par quelques adolescents ont accompagné ceux-ci, fortuitement, durant leur enfance, comme :

- **le refoulement** : la capacité de mettre à l'écart des représentations d'une pulsion (image, pensée, souvenir) dans le cas où leur satisfaction est susceptible de procurer un plaisir ou un déplaisir au dépend d'autres exigences.
- **Le déplacement** : c'est le fait de détacher l'intensité d'une représentation pour passer à une autre peu intense, reliée à la première par une chaîne associative. Pour l'adolescent il s'agit d'attribuer à une autre personne l'amour (la libido) destiné aux parents.
- **L'isolation** : c'est un mécanisme qui permet d'introduire une rupture entre deux événements de pensée, deux représentations imaginaires trop dangereuses dans leur lien. (Braconnier, Marcelli ; 1988)
- **L'identification** : processus par lequel le sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement sur ce modèle. (Laplanche, Pontalis; 1973)

En plus de ces mécanismes non spécifiques à l'adolescence, d'autres processus de défense apparaissent plus particulièrement à cet âge :

- **L'ascétisme** : c'est une disposition volontaire de l'esprit pour en quelque sorte dominer les objets internes (désirs et peurs) et externes (biens et personnes) (Braconnier, Marcelli ; 1988). En d'autres termes, bloquer toute réalisation pulsionnelle, jusqu'aux besoins physiologiques, c'est la guerre contre toute recherche de plaisir

- **le clivage** : mécanisme de la petite enfance qui consiste à séparer le bon du mauvais objet, est souvent abandonné lors de la seconde enfance et réapparaît à l'adolescence. A cette période, le clivage se manifeste à travers les brusques changements d'opinion de l'adolescent d'un extrême à l'autre, d'un idéal à un autre. (Braconnier, Marcelli ; 1988)
- **L'intellectualisation** : processus par lequel le sujet donne une formulation discursive à ses conflits, ses émotions et pulsions afin de mieux les maîtriser. (Laplanche, Pontalis; 1973)
- **La mise en acte** : elle se caractérise par l'impulsivité qui protège l'adolescent de la réflexion ou de la prise de conscience d'un conflit intérieur ou d'une souffrance psychique (Braconnier, Marcelli ; 1988)
- **Le retrait de la libido dans le soi** : retournement de l'amour à l'égard des parents vers d'autres sujets si ce n'est vers soi même (Braconnier, Marcelli ; 1988)

Les transformations physiques, l'évolution psychologique, la maturation sexuelle et le déploiement de nouvelles défenses ne sont pas les seuls phénomènes à marquer l'adolescence, aussi de grands changements dans le mode de fonctionnement de la pensée sont aussi observés lors de cette phase.

### **3- 5 Approche cognitive :**

C'est l'acquisition de la pensée formelle qui caractérise le développement cognitif. L'adolescent raisonne en terme d'hypothèse et accède à la pensée hypothético-déductive. Le développement et le maintien de la logique sont également le fruit de l'environnement familial de l'enfant. Mais comme le dit Piaget, la pensée ne se réduit pas à la logique. La métacognition (la connaissance que chacun a de ses propres processus mentaux) et la pensée récursive (penser à la pensée de soi ou d'autrui), ces deux processus mentaux, se trouvent dans le penchant qu'a l'adolescent pour l'introspection, la rêverie, la rumination et se traduisent dans leur propre forme de pensée bien différenciée par leurs idées, leur traits de personnalité, leur ambiguïté, leurs émotions et contradictions. L'évolution de leur propre forme de pensée apporte des arguments aux revendications d'autonomie, réciprocité et d'égalité. La pensée de l'adolescent se distingue de celle de l'enfant à vouloir donner un sens

à toutes ses expériences, l'interrogation sur soi, sur ses valeurs, l'amour, la justice, la religion, et sur la vie et la mort. (Larousse, 1991)

L'adolescence ne se résume pas à tous ces remaniements que nous venons de voir c'est aussi un travail relationnel à entreprendre. Que ce soit à l'intérieur ou en dehors de la famille l'adolescent va essayer d'affirmer cette nouvelle personnalité en quête d'autonomie qui se réveille en lui.

#### **4- L'adolescent et ses parents :**

En naissant, l'enfant fait de deux adultes des parents. En devenant adolescent, il donne à ses parents l'occasion d'une seconde naissance. Ce ne sont plus les parents d'un enfant mais d'un jeune adulte, ou comme le dit Dolto (1990) les parents d'un véritable tyran. Alors les parents n'ont nul choix que de se « déparentaliser », de se résorber tout en restant présent dès que le jeune en a besoin. C'est ce qui est observé dans leur tentative à être des pseudos amis pour leurs enfants. Mais cette tentative est souvent vaine. Alors les parents doivent eux aussi faire le deuil de leur enfant en renonçant à leur désir parfois légitime de maîtrise sur lui et de projections de leurs propres désirs. Cette partie du travail est aussi désagréable pour les parents que pour leur enfant qui se culpabilise de ne plus les prendre comme exemple identificatoire et n'éprouve plus le besoin de leur raconter leurs moindres faits et gestes.

L'adolescence est l'âge de la découverte de la sexualité, alors les adolescents démystifient leurs parents et « s'éloignent » d'eux. C'est à cette période que la fille cesse ses familiarités avec ses frères et son père, puisqu'elle se rend compte que ses attitudes deviennent provocantes pour les hommes y compris pour les plus proches. Il en est de même pour ces garçons qui se voient devenir des hommes et doivent s'éloigner des câlins de leurs mères qui gardent leur pouvoir de séduction.

C'est aussi l'âge des grandes altercations. La maison qui était jadis un havre de paix prend l'allure d'un chantier de guerre, où le moindre écart de conduite devient sujet de discorde, l'atmosphère y devient de plus en plus tendue, les parents ne peuvent plus exercer leur autorité, et reprochent à leurs enfants d'être irresponsables, désorganisés, et ces derniers reprochent à leurs parents de les considérer comme des domestiques et de s'immiscer dans leur intimité.

Souvent les adolescents se tournent vers des « parents symboliques », qui ne sont pas toujours leurs parents de sang. Ces modèles identificatoires peuvent être des idoles sportives, artistiques, voire politiques ou même religieuses. C'est ce qui explique la présence de posters qui tapissent les chambres des adolescents et leur volonté de s'habiller comme telle ou telle personne. "Etre fan de" est sans doute structurant si cela reste transitoire, sinon l'adolescent risque de sombrer dans le fanatisme.

Ces nouveaux modèles identificatoires ne sont pas les seules nouveautés de cette période, l'amitié aussi constitue l'un des piliers fondamentaux de l'adolescence.

### **5- Adolescence et amitié :**

Alors que l'adolescent change de rapport avec sa famille, il cherche à l'extérieur un double, un alter ego, une âme sœur, dans l'espoir de retrouver ce sentiment de fusion qu'il avait, jadis, avec ses parents.

Ainsi l'adolescent tend à se faire des amis auxquels il s'identifie et avec qui il se sent plus fort, indestructible. Il cherche alors à séduire ses pairs, à être une copie conforme pour se faire accepter du groupe. Des amis qui sont la chose la plus importante de sa vie puisqu'ils sont une source inépuisable de force et d'aventures et lui procurent la confiance et le respect qu'il n'a pu avoir dans le monde des adultes.

Pour Braconnier et Marcelli (1988) l'adhésion à un groupe d'amis répond non seulement à une nécessité intrapsychique mais aussi à une nécessité sociale, puisqu'elle permet à l'adolescent de ne plus être seul et s'intégrer à la société plus particulièrement à la tranche d'âge qui caractérise cette société.

Toutes ces spécificités de l'adolescence n'apparaissent pas en même temps. C'est dans cet esprit que Braconnier et Marcelli (1988) présentent une tentative de classification des étapes de l'adolescence classées par ordre chronologique de leur apparition:

### **6- Les étapes de l'adolescence :**

Cinq étapes psychologiques caractérisent le processus de développement de l'adolescence :

**6-1 la pré- adolescence** : caractérisée par les transformations corporelles et l'augmentation de la force pulsionnelle, instinctuelle et des mouvements affectifs

**6-2 la première adolescence** : c'est l'époque où l'adolescent cherche l'ami idéal, son confident, cet ami a pu avoir existé au cours de la pré-adolescence mais lors de cette étape, il prend une place plus importante de plus en plus compétitive avec celle des parents.

**6-3 l'adolescence proprement dite** : c'est l'époque de la recherche des relations amoureuses et les expériences sexuelles.

**6-4 la fin de l'adolescence** : c'est au cours de cette phase que l'adolescent consolide et renforce son Moi qui va être le repère pour ses choix et ses décisions futures.

**6-5 la post -adolescence** : c'est l'entrée dans le monde des adultes, le monde de l'indépendance, des décisions, des responsabilités, du travail, même si au fond le jeune adulte reste attaché à son enfance.

Afin de démontrer que l'adolescence est déjà une phase de complications, sans même que l'adolescent y rencontre un deuil, voici quelques définitions des complications le plus souvent rencontrées lors de cette étape transitoire :

## **7- Les complications de l'adolescence :**

Qui dit adolescence dit problèmes. Vu les divers changements physiques, affectifs, et sociaux auxquels est sujet l'adolescent, Il est donc inévitable que cette période puisse se dérouler sans anicroches. L'adolescent, triche, fugue, vole, insulte ses parents, commet des actes de vandalisme et même se drogue. Ces conduites peu plaisantes traduisent l'angoisse profonde des métamorphoses subies. Les difficultés rencontrées par l'adolescent et dont il est souvent la cause peuvent prendre des aspects variés :

### **7- 1 Les conduites à risques :**

Chez l'adolescent qui trouvera son équilibre, les prises de risque se traduiront par des exploits sportifs, une attirance pour les sports dits « de l'extrême », mais chez d'autres personnes, la solitude et l'instinct de mort peuvent l'emporter : les accidents sont importants

dans cette tranche d'âge, soit avec les motocyclettes soit, dès le permis passé, avec les voitures.

Les conduites sexuelles inadéquates avec bien souvent une négligence de l'autre et de soi, ce qui entraîne une absence de contraception chez la fille et une absence de protection chez le garçon, d'où le nombre en augmentation des grossesses non désirées à des âges de plus en plus jeunes. Les adolescents s'adonnent aussi à diverses expériences telles que : le multi partenariat, les relations homosexuelles et la prostitution.

- Les fugues, dans lesquelles nombre d'adolescents pensent trouver une liberté revendiquée. Mais, ayant rompu le lien économique et privé de la protection familiale, ils se trouvent entraînés dans des zones de vie à risque puisqu'ils deviennent des proies faciles. (Coslin, 2003)

### **7- 2 Les tentatives de suicides :**

Un rapport publié par l'organisation mondiale de la santé (OMS) à l'occasion de la journée mondiale de la prévention contre le suicide a montré une évolution inquiétante de ce phénomène : « le taux de suicide a augmenté de 60% au cours des 50 dernières années ». Environ 3000 personnes se suicident chaque jour, soit une victime toutes les 30 secondes en moyenne. Selon cette même source, le suicide est désormais, la troisième cause de mortalité parmi les jeunes après les accidents de la route et les maladies.

Pour Coslin (2003), les concomitances mises en cause dans l'acte suicidaire sont multiples :

- L'hérédité et le milieu familial, les antécédents familiaux pathologiques, les maladies mentales, les conflits familiaux, la fréquente absence d'un père ou d'une mère, le décès d'un parent, la dépendance de l'un deux à l'alcool ou à la drogue, un climat familial incestueux

- L'échec scolaire

- L'alcoolisme, l'usage de drogue : le taux de suicide chez les toxicomanes est supérieur à celui de la population normale adolescente.

- Certains événements de la vie : une rupture sentimentale, un déménagement, changement de collège, etc.

### **7-3 Les Addictions :**

Le terme « addiction » vient du latin addictus, « esclave pour dette », transformé au Moyen Age en « contrainte par corps pour les non solvables », et nous est revenu avec son sens psycho-pathologique via les psychologues anglo-saxons. L'addiction est donc une dépendance pathologique.

Cette dépendance prend différentes formes : Il peut y avoir des addictions aux drogues, à l'alcool, des addiction sans drogues, telles que le jeu, l'achat pathologique, addiction au travail, addiction au jogging, aux jeux vidéo, à l'Internet, etc.

Les conduites addictives sont, surtout quand il s'agit de substances illicites ou de produits détournés de leur usage habituel, le plus grand risque pour l'adolescent : elles peuvent structurer profondément le futur psychisme adulte. L'adolescent est particulièrement exposé au risque addictif. Pour Coslin (2002), la raison est que l'adolescent adopte facilement ce comportement, parce qu'il lui permet à la fois la production d'un plaisir et le soulagement d'un malaise. De plus, un tel comportement est valorisé à ses yeux et à ceux de certains de ses camarades par la fierté de la transgression.

### **7- 4 Les troubles alimentaires :**

C'est encore la recherche de l'autonomie et le contrôle de son corps que l'adolescent vise à travers le changement de ses conduites alimentaires, mais un contrôle exagéré peut engendrer des troubles tels que l'anorexie et la boulimie :

#### **7-4-1 L'anorexie :**

C'est la restriction de nourriture Elle concerne essentiellement les filles, la personne fait un régime car elle a une idée fausse de son corps.

L'anorexie est déclarée à l'observation des symptômes suivants :

- une perte de poids de plus de 15% par rapport au poids antérieur ou au poids corrélé à la taille ( $P/T^2$ )
- une aménorrhée

- des troubles trophiques : peau sèche, cheveux fins et cassants
- un aspect plus vieux que l'âge réel.

Les premiers signes d'alerte sont souvent le surinvestissement scolaire (ce qui explique les résultats supérieurs à la moyenne chez les anorexiques, alors que le QI est le plus souvent normal sans plus), associé à un vécu douloureux : doute, impuissance et vide.

Pour les anorexiques, le danger mortel vient de la recherche acharnée de la minceur, de la peur panique de grossir, liée à la terreur de la perte de contrôle sur un corps vécu comme dangereux. Le décès par cachexie (état d'affaiblissement et amaigrissement extrême dû à une mauvaise alimentation) et troubles métaboliques n'est pas une éventualité rare, et si l'on rajoute les suicides qui sont plus fréquents que la moyenne dans ce groupe, on comprend l'importance d'une prise en charge rapide.

#### **7-4-2 La boulimie :**

La boulimie est un trouble complexe, multi-factoriel qui se caractérise par des crises compulsives où la prise alimentaire prend des proportions incontrôlables. La boulimie est en relation avec l'anorexie : on peut dire que ce sont les deux faces opposées d'une même problématique, ayant mené à distinguer les anorexiques restrictifs enfermés dans leur résolution anorexique et les anorexiques boulimiques incapables de soutenir l'idéalisation du renoncement. Ces derniers associent fréquemment boulimie d'achats, boulimie sexuelle ou kleptomanie. (Broconnier, Marcelli ; 1988)

#### **7-5 La délinquance :**

L'acte délinquant est un acte qui va à l'encontre de la loi, cependant, Broconnier et Marcelli (1988) nous invitent à distinguer la délinquance isolée de la délinquance en tant qu'acte antisocial. Puisqu'un grand nombre d'adolescents qui commettent des actes antisociaux ne le répètent pas systématiquement tout au long de leur adolescence.

Les résultats d'une recherche effectuée par le Pr A.Rouag (2000, 2001) confirment cette réflexion. D'après cet auteur les conduites marginales chez les adolescents ont tendance à augmenter chez les 17/19 ans et diminueraient dans la tranche d'âge des plus âgés. Ce qui signifie que la marginalité n'est qu'une période transitoire, qui disparaît à un certain âge.



Cette délinquance transitoire est également appelée par Leblanc et Fréchette (1996) « délinquance commune » qui est caractérisée par des délits mineurs commis en nombre limité et dont la manifestation s'estompe avec la fin de l'adolescence et même si elle est, de n'importe quelle façon, préjudiciable à la société elle doit tout de même faire l'objet d'une certaine tolérance puisqu'elle s'inscrit dans le développement des individus et n'a pas de conséquences graves. Selon ce même auteur, l'âge est également un facteur discriminatif en ce qui concerne les formes de conduites marginales adoptées par les jeunes. En effet 43% de l'échantillon étudié, avouent avoir commis des vols. Cette constatation concerne essentiellement les plus de 16 ans. Quant aux agressions, elles sont les faits des 17/19 ans et sont moins fréquentes dans les autres tranches d'âges. En ce qui concerne les autres actes de délinquance, tels que le vandalisme, la violence, l'âge ne semble pas être une variable discriminative. Enfin nous dirons que pour les adolescents, la délinquance est, dans la majorité des cas, une conduite transitoire. Elle peut également être un acte antisocial qui soulèverait d'avantage d'inquiétude, c'est ce que Leblanc et Fréchette appelle « la délinquance distinctive », qui est caractérisée par des délits plus graves et persistants. Dans d'autres cas, ces conduites sont le signe d'une pathologie plus grave où l'adolescent est incapable de contrôler ses pulsions comme dans la schizophrénie. Dans tout les cas, la famille doit consulter des spécialistes dans les plus brefs délais.

Certaines sociétés accordent suffisamment d'intérêt à l'adolescence contrairement à d'autres qui l'ignorent complètement. La société algérienne, quant a elle, lui accorde actuellement une ébauche d'intérêt.

## **8- L'adolescent algérien :**

L'adolescence qui est un passage obligé n'était pas prise en considération dans la société algérienne et ce n'est que ces dernières décennies qu'elle a conquis la place qui lui était dévolue.

### **8-1 La prolongation de l'adolescence :**

Dans le dialecte arabe, on remarque l'absence d'un terme véhiculant les spécificités de l'adolescence, la seule appellation est celle de « cheb », qui veut dire « jeune » et qui correspond à la puberté. Une puberté qui induit l'adolescent à un mariage précoce, de

nouvelles taches de travaux, de nouvelles responsabilités, le propulsant prématurément au statut d'adulte (Bensmail, 1994). Quoi qu'il en soit, la situation a changé, le phénomène de l'adolescence prend de plus en plus d'ampleur. Afin de comprendre ce bouleversement un détour par l'histoire est obligatoire:

L'Algérie au XIXème siècle est une société rurale dans laquelle le statut social des jeunes, en tant que période de transition entre l'enfance et l'âge adulte, n'existait que pour une minorité de jeunes issues de grandes familles terriennes ou de la bourgeoisie citadine. Dans ces familles la transition entre l'enfance et l'âge adulte se caractérisait, uniquement pour les garçons, par la scolarisation dans les médersas voire même à l'université Zitouna de Tunis. Les jeunes pour poursuivre leurs études pouvaient être amenés à parcourir le pays ou à s'expatrier.

La majorité passe de l'enfance à l'âge adulte sans connaître l'âge de la jeunesse. Ils se marient souvent relativement jeunes, vers seize ou dix huit ans. Les garçons étaient contraints de travailler très tôt, entre dix et quinze ans, au moment où ils passent sous l'autorité du père ou du frère aîné.

Ces jeunes n'appartiennent pas à la jeunesse en tant que construction sociale mais sont en fait déjà des adultes. L'Algérie dans les années trente connut une véritable mutation culturelle et sociale de l'espace urbain. La scolarisation qui était encore peu développée, progressait. Entre 1921 et 1931, le nombre d'élèves scolarisés passa de quarante six mille à soixante neuf mille. Ils étaient encore une minorité au sein des jeunes musulmans. En 1939, cent quatorze mille enfants algériens étaient scolarisés dans les écoles primaires et maternelles. La scolarisation entraîna le recul de l'âge du mariage dans les milieux urbains.

Le passage par l'école leur permis d'avoir accès à la culture de l'imprimé. Ces jeunes développèrent leur culture politique par l'intermédiaire des journaux. Certains d'entre eux fondèrent même leur propre journal. Ces journaux spécifiquement algériens, même s'ils n'étaient pas nationalistes, eurent une importance particulière dans le développement du sentiment national parmi les plus jeunes. Par leurs préoccupations spécifiques, ils contribuèrent à la présentation et la représentation de leur communauté dans un territoire délimité, amorçant ainsi sa réappropriation.

Le deuxième élément qui favorisa la constitution de la jeunesse fût la conscription qui fût imposée, non sans résistances aux algériens en 1911. Le service militaire obligeait les jeunes algériens à sortir de leurs milieux traditionnels. Ils se retrouvaient pendant trois ans avec des gens du même âge et ils partageaient ensemble une expérience commune. Là se développa une culture et un état d'esprit juvénile nouveau.

Ces changements sociaux étaient les éléments qui permirent l'apparition de la jeunesse en tant que catégorie sociale. Vers l'âge de treize ans, la majorité des jeunes scolarisés était exclue du système scolaire. Ils se retrouvaient sans travail. Ils n'étaient pas encore mariés.

C'est dans cette catégorie de la jeune population algérienne que naquit et se construisit durant l'entre deux guerres la "jeunesse". Cependant la période d'adolescence se prolonge d'avantage. Il n'est pas rare de voir de jeune gens de trente ans dépourvus d'immatunité et complètement dépendant de leurs parents. Cette prolongation de l'adolescence est, d'après Braconnier et Marcelli (1988), due à différentes raisons :

**8-1-1 Des raisons physiologiques** : la puberté apparaît de plus en plus tôt, ceci est dû généralement à l'amélioration quantitative et qualitative de la nutrition.

**8-1-2 Des raisons sociales** : l'afflux des jeunes dans les lycées, les universités et la prolongation des études en raison des exigences du marché du travail retardent l'entrée dans la vie active, donc les adolescents vivent de plus en plus longtemps aux dépens de leurs parents puisqu'ils sont dans l'impossibilité de subvenir à leurs propres besoins.

**8-1-3 Des raisons commerciales** : l'adolescent est devenu un important consommateur à conquérir. Sur le marché, on retrouve de plus en plus de produits destinés spécialement aux adolescents (des gammes de vêtements, des produits pharmaceutiques, des jeux, etc.).

**8-1-4 Des raisons technologiques** : l'invention de nombreux gadgets pour les jeunes (les jeux et consoles vidéo, les lecteurs CD ou MP3, MP4, etc.) et même le développement de certains moyens de communication comme les téléphones portables et l'Internet renforcent le besoin de distinction et d'autonomie chez l'adolescent.

**8-1-5 Des raisons environnementales** : le développement de l'urbanisation et l'existence de zones urbaines où se retrouvent les bandes de jeunes (clubs sportifs, les salles de jeux, les maisons de jeunes, les cybercafés, etc.)

**8-1-6 Des raisons phylogénétiques** : la phylogénèse qui est l'étude de l'évolution des espèces à travers les âges parle d'un « retardement de l'évolution ». L'être humain a conservé

de nombreuses caractéristiques qui étaient celles de l'être humain au début de sa vie, c'est ce retardement qui serait à l'origine de la prolongation de l'adolescence. Ce n'est pas une connotation péjorative qui est visée par ce retardement, puisqu'il permet à l'individu de garder des qualités d'adaptation et de souplesse pendant longtemps.

En effet l'adolescence est loin d'être une sinécure. Alors que l'adolescent est en pleine mutation il doit aussi faire face à de multiples complications dont les causes sont exogènes, ceci est d'autant plus difficile quand c'est toute la société qui est impliquée.

## **8-2 Etre adolescent dans une société en crise :**

L'adolescent algérien est dans une nouvelle aire qui le dépasse, une société qui fait figure d'opresseur, où la marginalisation, l'échec scolaire et professionnel, la prostitution, la drogue, la violence font partie de son quotidien. Comment peut on expliquer la détresse morale à laquelle est confronté l'adolescent algérien ? La réponse à cette question nécessite une approche pluridisciplinaire :

### **8-2-1 L'histoire algérienne : un passé pesant**

Nous avons appris à apprivoiser la violence et l'oppression et ceci suite au lourd passé auquel nous avons été sujets, les séquelles de la conquête des phéniciens, des romains, des arabes, des ottomans n'ont pas été des moindres, ni de la colonisation française. Après un bref repos et un semblant d'espoir et de paix, la vague de violence refait surface à travers les conflits politiques des années 1990, des milliers d'adolescents ont été témoins d'hommes politiques assassinés, de femmes et d'enfants égorgés, de bus piégés, etc. Ces images sanguinaires sont gravées à jamais dans leurs mémoires.

### **8-2-2 Modernisme et religion : un débat au cœur de la cité**

L'islam qui signifie la soumission à la volonté divine est la principale religion pratiquée dans notre pays. L'islam est plus qu'une religion ou un mouvement politique, c'est un code moral, un mode de vie. Mahomet (QSSL) qui est l'envoyé de dieu et porteur du livre sacré est un exemple et un modèle d'identification pour Les jeunes.

Cependant, le niveau de la pratique religieuse -qui consiste en premier lieu en la prière- est relativement faible comparé à la floraison des mosquées qui a accompagné la vague islamiste.

Pour coslin (2002) la raison de ce décalage est :

- plus les jeunes ont fait d'études, moins la croyance en dieu est solide
- L'excès de foi se retrouve surtout dans les milieux populaires
- L'influence des médias et l'envahissement par la culture occidentale.

Ainsi l'adolescent se trouve dans une impasse, entre tradition et modernisme et n'a plus de repères. D'un côté une société en voie de modernisation envahie par les antennes satellites avec tout ce que celles-ci véhiculent comme idées libérales, et d'un autre côté, une religion et des traditions anachroniques qui font figure d'opresseur.

### **8-2-3 Une défaillance dans le système économique:**

Tous les mouvements politiques et les pouvoirs qui se succédèrent ont privilégié l'aspect économique au détriment de l'aspect humain et social. Le sujet algérien a été mis dans une équation politique, la première préoccupation des hommes politiques était le pétrole, le blé, le chômage...et non l'aspect social. Même les parents sont en cause, attirés par le mode de vie des occidentaux, et afin de satisfaire les besoins croissants de leurs progénitures, ils se livrent de plus en plus à des activités commerciales en dehors de leurs heures de travail laissant pour compte l'éducation de leurs enfants.

Un autre aspect du volet économique est également à prendre en compte. En raison de la durée des études un grand nombre d'adolescents se voient entrer dans la vie active plus tardivement et ce malgré la création d'emplois de jeunes. Il faut également noter que les postes vacants sont limités et que ce n'est pas la méritocratie qui motive les responsables des bureaux de recrutement mais les "relations".

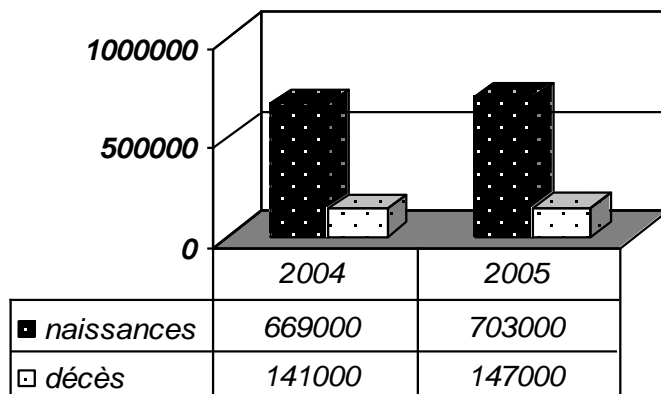
Ainsi l'adolescent algérien est laissé pour compte. Souvent négligé par ses parents et ignoré par les dirigeants du pays, il se voit imposer une tâche majeure qui est celle de trouver sa voie par ses propres moyens. Cette nouvelle mission est loin d'être évidente, elle peut être accomplie avec succès comme elle peut être perturbée par diverses complications notamment par la confrontation à des événements frustrants parfois même marquants comme le décès d'un proche.

## Chapitre II : La mort et le deuil

### I- la mort

Nous venons au monde avec l'idée que notre vie sera peut être éternelle, alors nous nous mettons à rêver et à faire des projets à long terme. Mais les événements de la vie s'appliquent à nous rappeler que la mort est omniprésente.

En raison de l'évolution scientifique, nous pensions que le taux de natalité allait en s'accroissant contrairement au taux de mortalité. Mais à notre grande stupéfaction, nous nous sommes rendu compte que ce ne sont que des spéculations non fondées. En consultant le site de l'office national des statistiques algériennes, nous remarquons que le nombre de naissances a augmenté et qu'il en est de même pour le nombre de décès (Figure 1). Ni le progrès de la science ni les diplômes universitaires les plus prestigieux n'ont pu remédier à cette triste vérité de la même façon qu'ils ne pourront soulager la douleur qui en découle. Avant d'aborder le deuil qui est l'objet de notre travail, nous nous devons de nous arrêter devant le concept de la mort et lui accorder un chapitre comme il se doit.



Taux de natalité et de décès

Figure 1

## **1- Définition de la mort :**

La définition de la mort fait appel à des critères physiologiques. Jusqu'au moyen âge, l'individu était déclaré mort quand on constatait l'arrêt de la respiration. Ceci se faisait en présentant un miroir devant la bouche du mourrant dont on recueillait le dernier souffle, ainsi qu'à la constatation de l'arrêt du cœur, les deux étant synchronisés. Grâce aux techniques de réanimation, certaines interruptions de la respiration et de la circulation sont devenues réversibles. Donc les physiologistes ont été menés à chercher d'autres critères définitifs et surtout irréversibles (Thibault, 1975). Avant d'identifier ces critères, il serait utile de passer tout d'abord par la définition de la mort. Il existe deux principales définitions de la mort :

### **1-1 Définition biologique :**

On ne peut définir la mort sans passer par une définition de la vie, car on ne peut mourir que ce qui est vivant. Donc qu'est ce qu'un organisme vivant? Un organisme vivant est un organisme capable de reproduire son matériel génétique sans aide extérieure. La mort quant à elle est l'incapacité permanente de cet organisme à répliquer son code génétique.

### **1-2 Définition médico-légale :**

En médecine légale, l'incapacité permanente de l'organisme à reproduire son matériel génétique est loin d'être un critère de diagnostic de la mort, puisque d'un point de vue médical certains états mènent irrémédiablement à la mort, alors même que des cellules du corps continuent à vivre comme c'est le cas de la mort cérébrale (l'arrêt des signaux électro-encéphalographiques du cerveau humain).

Donc il serait préférable de dire, comme l'indiquent les deux auteurs Roche et Toldaligand (1985), que la mort est " le processus graduel d'arrêt de fonctionnement qui touche d'abord quelques cellules essentielles, en particulier cérébrales et cardiaques, puis se propage à tous les tissus." Et pour cela on diagnostique la mort en se référant à deux groupes de signes qui sont les signes négatifs de la vie et les signes positifs de la mort que voici:

#### **1-2-1 Les signes négatifs de la vie:**

Ces signes sont au nombre de trois:

1- l'absence d'activité cérébrale, et en particulier de l'encéphale qui va commander les fonctions vitales, c'est à dire la respiration et l'appareil cardiovasculaire.

Le diagnostic de mort cérébrale est important dans le cas de prélèvement d'organe en vue

d'une greffe.

2-L'absence de ventilation spontanée signifie arrêt respiratoire.

3- L'absence d'activité cardiovasculaire signifie arrêt cardiaque. (Roche, Toldaligand ; 1985)

### **1-2-2 Les signes positifs de la mort :**

C'est ce qu'on appelle également les signes de certitudes puisque les signes de la fin de la vie cités antérieurement sont des éléments insuffisants et réversibles pour déterminer la mort. Donc afin de prononcer la mort on se réfère à ces signes de certitudes qui sont représentés par les phénomènes cadavériques d'apparition tardive, qui sont dus aux modifications physiques et biologiques survenues après l'arrêt de la vie. Ces signes sont répertoriés au nombre de cinq :

- **Le refroidissement cadavérique :** le refroidissement du corps conduit à un équilibre avec la température ambiante. l'abaissement de la température n'est pas uniforme sur toutes les parties du corps et la vitesse de refroidissement est influencée par les conditions extérieures, c'est d'ailleurs une des manières de situer l'heure d'un décès récent.

- **La rigidité cadavérique :** apparaît 4 heure après le décès et disparaît au bout de 70 heures après avoir été maximale à la 12<sup>ème</sup> heure. Elle concerne l'ensemble des muscles de l'organisme (muscle striés ou muscles lisses), c'est ce qui explique le relâchement des sphincters qui provoque l'émission d'urine, de matière fécale ou l'éjaculation post mortem.

- **La lividité (qui est une pâleur extrême) :** est un des meilleurs signes de la mort, elle prouve que les phénomènes vitaux sont arrêtés et apparaît vers la 5<sup>ème</sup> heure et atteint son maximum à la 15<sup>ème</sup> heure. Elle se constitue au niveau des parties déclives du corps, en obéissant aux lois de la pesanteur.

-**La déshydratation :** elle est plus ou moins nette selon les individus, elle apparaît essentiellement au niveau des yeux où elle entraîne un affaissement du globe oculaire, une tache noire sclérotique et l'aspect trouble de la cornée.

-**La putréfaction :** c'est la décomposition du corps. Elle varie selon la température ambiante, les régions du corps et les caractéristique de chaque cadavre. Elle est due à l'envahissement microbien issu de l'organisme lui-même (Roche, Toldaligand ; 1985).

Les signes de décomposition se caractérisent par une odeur nauséabonde caractéristique et par l'apparition de taches vertes sur la peau (apparaissant d'abord au niveau



de l'abdomen), l'apparition de gonflements, puis par la dégradation visible du corps. Le corps peut également être dévoré par des animaux (vers, charognards) ; en climat tempéré et en présence d'insectes (mouches), la ponte suit la mort de quelques heures, les œufs éclosent au bout d'environ deux jours et les larves se transforment en insectes au bout d'environ deux semaines. La putréfaction peut être interrompue ou retardée par le froid ou bien par des techniques de thanatopraxie (embaumement).

Les critères de diagnostic de la mort sont les mêmes aussi bien pour les sujets jeunes, âgés et même les nourrissons. Ce qui diffère par contre, ce sont les raisons de la mort. Alors de quoi meurt-on ?

## **2- De quoi meurt – on ?**

La mort est une fatalité biologique, tout organisme vivant y sera confronté. Voici un bref récapitulatif des causes de la mort :

### **2-1 Les principales maladies naturelles :**

**2-1-1 Les maladies cardio-vasculaires :** c'est la cause numéro un de mortalité dans le monde soit un tiers de tous les décès enregistrés dans le monde. D'après l'Atlas des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux (rapport publié par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en conjonction avec les centres du contrôle de la mort et de la prévention « Centers for Disease Control and Prevention » des Etats-Unis), il est mentionné que ces maladies font de plus en plus de victimes, le nombre de décès devant dépasser le cap des 24 millions en 2300. Chaque année, ces maladies tuent 17 millions de personnes. (Reinhardt, 2005)

**2-1-2 La malnutrition :** les notions d'hygiène et d'équilibre diététique sont loin d'être répandues, ou même connues. L'excès de protides, de lipides et de glucides dans notre alimentation favorise les complications cardio-vasculaires, l'apparition du diabète, l'augmentation du taux de cholestérol dans le sang, et de ce fait l'accroissement du taux de mortalité. Sans oublier un autre aspect de la malnutrition tout aussi important qui est celui de la famine qui touche plus de que 800 millions de personnes dans le monde.

**2-1-3 La sédentarité :** les maladies cardiaques sont deux fois plus fréquentes dans les métiers sédentaires.

**2-1-4 Le surmenage et le nervosisme :** Il a été observé que chez les personnes compétitives et les hyper-actives la maladie est 6 à 7 fois plus fréquente.

**2-1-5 Le cancer :** c'est la deuxième cause de décès dans les pays développés, il est à l'origine de 12,5% du total des décès, plus que la population de décès causée par le Sida la

tuberculose et le paludisme réunis. D'après une étude publiée par l'OMS plus de 6,7 millions de personnes décèdent chaque année suite à un cancer (Jong-wook, 2005).

Toutes les causes mortelles mentionnées ci dessus sont des causes naturelles auxquelles la science essaie de faire face tous les jours. Bien que la civilisation ait supprimé certaines maladies (la peste, la tuberculose, la lèpre, etc.) elle en a également créé d'autres, se sont les causes anthropogènes.

## **2-2 Les causes anthropogènes :**

La deuxième catégorie des causes mortelles sont les causes anthropogènes, c'est ce que les Anglo-Saxon appellent les « made-man illness » ce sont les maladies causées par l'homme, comme :

2-2-1 Les intoxications : alcoolisme, tabagisme, drogue.

2-2-2 Les accidents de la route

2-2-3 Les méfaits de la pollution, en particulier la pollution atmosphérique, qui entraîne des troubles respiratoires (par exemple les bronchites chroniques, cause de morbidité et mortalité chez les personnes âgées et fragiles). Mais il y a aussi la pollution alimentaire (certains colorants et aromates sont cancérigènes)

2-2-4 Les dangers des agents physiques, tels que les agents radio actifs, les agents mutagènes physiques et chimiques (thibault, 1975).

2-2-5 La famine aussi fait des millions de victimes chaque année. C'est ce qu'affirme le rapport annuel de l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (Food and Agriculture Organisation, FAO). Ce rapport intitulé "L'état de l'insécurité alimentaire dans le monde 2002", publié le 15 octobre 2002 à l'occasion de la Journée mondiale de l'alimentation, annonce que des millions de personnes, dont 6 millions d'enfants de moins de cinq ans, périssent chaque année des conséquences de la faim. (De Haen, 2002)

Même si l'être humain n'est pas mort des causes énumérées ci-dessus, il meurt tout de même de vieillesse. C'est l'unique cause irréductible de la mort.

## **2-3 Le vieillissement :**

Le vieillissement est un processus naturel de dégénérescence. Il se définit par une baisse des capacités du renouvellement cellulaire et une baisse de l'élimination des déchets, une déficience générale des systèmes de régulation qui entraîne une diminution de la capacité d'adaptation au milieu, et une moindre résistance aux agressions. Sur le plan descriptif, les

manifestations biochimiques du vieillissement sont :

- L'atrophie et la modification physico-chimique des fibres de collagène (baisse du collagène qui est la principale structure de soutien de tous les tissus).
- L'accumulation des mutations somatiques : mutation qui affecte les cellules ordinaires et qui serait à l'origine de la synthèse de cellules anormales (exemple : les taches de rousseurs séniles).
- La déficience du système immunologique, qui se manifeste par une moindre aptitude à lutter contre les infections. (Thibault, 1975).

On peut dire que la cause de la mort est multifactorielle. Plusieurs facteurs peuvent entrer en jeu et avoir une action synergique. Une cause unique est rarement, en soi, mortelle (sauf les accidents brutaux et graves) elle n'est pas non plus mortelle automatiquement pour tous. Prenons l'exemple d'une personne malade ou qui vient d'être victime d'un accident, celle-ci pourra peut être s'en remettre si elle a les moyens et les soins nécessaires aussi bien sur un plan matériel que relationnel. Ainsi la cause principale de la mort est favorisée par d'autres facteurs physiques, psychologiques et même sociologiques. Ce sont ces mêmes raisons ou plus exactement facteurs que l'homme essaye de combattre afin de retarder ou mieux encore, si possible, éviter son heure.

Bien qu'il ait toujours été confronté à l'idée de la mort et ceci depuis sa tendre enfance, l'homme a du mal à accepter cette réalité inéluctable, c'est ce que nous allons tenter de démontrer dans la partie ci-dessous et ceci en passant tout d'abord par la formation graduelle et la compréhension du concept de la mort chez l'homme. Nous allons également tenter de mettre l'accent sur l'acceptation de l'adolescent de la mort et même son penchant pour les prises de risque, pour enfin aboutir au comportement de l'adulte et les manifestations du refus de la mort à travers ses faits et gestes et également ses dires.

### **3- L'homme face à la mort :**

La variation de la compréhension et du comportement de l'homme face à la mort dépend de son âge, de sa maturation et du sens même qu'il donne à la mort ainsi qu'à la vie.

#### **3-1 L'évolution de l'idée de mort chez l'enfant :**

**Avant six mois**, le concept de mort est inexistant. A la mort de l'un des parents seuls les conséquences du deuil du parent restant seront perceptibles pour le nourrisson. C'est la qualité du maternage du nourrisson, à savoir les soins du corps, la façon dont la nourriture va lui être donnée, qui fera toute la différence. le nourrisson sent le changement mais sans pour autant

comprendre la raison.

**Entre six mois et deux ans :** à cet âge le concept de mort est très abstrait pour l'enfant. Dans cette perspective la psychanalyste française Dolto (1994) dit que: "l'enfant se doute bien que quand on est mort, on ne bouge plus. C'est le cas lorsqu'il découvre les petites bêtes et constate qu'il peut les écraser. C'est ainsi qu'il découvre la condition de tout ce qui vit. L'enfant ne peut pas encore admettre la mort de ses parents, mais il admet déjà la mort de ce qu'il aime sous ses formes d'êtres vivants aimés que leur mort a séparés de lui matériellement, mais non dans le souvenir » (Abrams, 1998). Il est clair qu'à cet âge c'est de la notion d'inanimisme et d'absence dont il s'agit. La permanence de cet état et l'idée de ne plus revoir le défunt n'est pas encore claire. Ceci est du à ce que Dolto appelle la confiance de base, c'est la confiance sur le fait que les moments d'absence sont suivis de moments de présence.

**De deux à cinq ans :** L'enfant a été confronté à la mort des insectes, il a vu des animaux morts, il a pu voir des hommes morts à la télévision, et donc l'idée de la mort est intégrée. Quant à la permanence de cette mort, elle vient progressivement vers quatre, cinq ans. Ce qui caractérise ce temps-là, c'est la pensée magique. Pour l'enfant, ce qu'il vit est très centré sur lui, d'une façon ou d'une autre, même si c'est avec des liens magiques, responsables de ce qui se passe. Si un membre de sa famille parvient à mourir, l'enfant s'accuse et se considère comme l'unique responsable. Autre point important, ayant une vision très égocentrique de la situation, l'enfant peut penser qu'il va également mourir. (Abrams, 1998).

Il est important donc d'aller vers lui et lui dire qu'il n'y est pour rien dans ce qui arrive, il n'est responsable ni de la mort ni de la maladie, ni des accidents. Il faut aussi savoir mettre des mots sur la situation et expliquer à l'enfant que cette personne est partie pour toujours suite à une grave maladie qu'on ne peut soigner, car si on ne dit rien, très vite l'enfant va associer maladie et mort, et il risque de paniquer à la moindre angine.

**De cinq à huit ans :** l'idée de permanence de la mort, de l'arrêt des fonctions vitales, d'irrémediabilité, l'idée que l'enfant lui aussi peut mourir est à peu près claire. D'après une étude de Nagy (1939), étude effectuée sur 378 enfants, il a été constaté que les enfants tendent à personnifier la mort, soit comme un personnage distinct (deux tiers des cas), soit comme identique au défunt. (Hanus, 1995)

C'est pour ce la que les enfants pensent qu'il serait possible de fuir devant cette personne et se cacher afin de lui échapper. C'est à travers ces réactions qu'il nous est possible de constater, qu'à partir de cet âge, l'homme commence à refuser l'idée de mort et à déployer de grandes

forces afin de l'éviter.

**De huit à douze ans :** c'est à partir de huit –neuf ans s que l'enfant intériorise le concept de la mort. L'enfant comprend que la mort est liée à la cessation des activités physiologiques, et que c'est une réalité inévitable et universelle (Nagy, 1939 ; cité par Hanus, 1995). Ainsi la vision de l'enfant face à la mort va prendre d'autres tournures, celles des défis et des prises de risques. Cette nouvelle acquisition conceptuelle coïncide avec l'avènement de l'adolescence.

### **3-2 Qu'en est il pour l'adolescent ?**

Il semble bien que la mort prend une place particulière dans la dynamique de l'adolescence. L'adolescent pense souvent et parfois intensément à la mort, il se met volontiers dans des situations à risque. Ceci est sans doute dû au caractère critique de l'adolescence avec sa dynamique de développement rapide et désordonné, ses difficultés d'adaptation aux changements affectifs, psychologiques, intellectuels, physiques, relationnels et sociaux en soi et autour de soi, l'émergence d'une sexualité plus exigeante, la recrudescence de la violence intérieure accompagnée de moyens d'expression plus puissants et plus opératoires, la nostalgie de l'enfance et l'incertitude de son statut d'adulte. Alors l'adolescent voit la mort comme l'ultime échappatoire aux sentiments de solitude, d'impuissance, d'échec ou de remords.

A l'adolescence, la signification de la mort prend son plein sens. C'est ainsi que ce nouveau concept vient interférer dans la dynamique de l'adolescence essentiellement à trois niveaux : au niveau de la maîtrise de la mort, au niveau de la prise de risques, au niveau de ses limites.

Au fil du temps, le corps du petit enfant devient plus fort ; sa vie psychique aussi s'élargit. Avec la puberté et les désirs plus sexualisés qui l'accompagnent, ses rapports avec lui-même, avec son entourage changent. L'efflorescence puis le développement de ces forces nouvelles lui font découvrir qu'il est en train de sortir d'un monde de dépendance. Afin de s'approprier ces nouvelles forces, l'adolescent a besoin de les essayer, de les employer, de les utiliser pour s'en rendre maître. L'adolescent a tendance à vouloir tout maîtriser, aussi bien sa personne que le monde qui l'entoure. Mais comment arriver à maîtriser la mort ? Comment l'essayer, arriver à la découvrir, la connaître ? Le plus souvent, l'adolescent ressent la mort comme un défi et comme une menace surtout si celle-ci s'est déjà manifestée à proximité. Pour tenter alors de la comprendre, celui-ci va se réfugier dans ses croyances infantiles : que la mort n'est ni naturelle, ni irréversible ; de plus elle est contagieuse. Bien que cette mort lui

fait peur, en même temps elle le fascine. Cette attitude de défi, cette difficulté à l'accepter et le besoin de la maîtriser conduisent souvent l'adolescent à des comportements excessifs et risqués (cette prise de risque se manifeste à travers les courses d'automobiles et de motocyclettes, les sports extrêmes, la prise de drogue, etc.). L'adolescent connaît le danger mais préfère se convaincre qu'il réussira à passer au travers. Le fait de s'y exposer et d'y échapper plusieurs fois le grise et renforce son sentiment d'invincibilité. Prendre des risques c'est aussi chercher ses limites, l'adolescent en a besoin pour accepter que la mort est la limite des limites. Ce n'est qu'en se frottant à la mort d'une personne proche, un membre de la famille, que l'adolescent parvient à accepter la mort comme une fin et non plus comme un défi à relever (Hanus, 2001). L'adolescent n'est pas le seul à avoir des difficultés à accepter la mort, l'adulte également.

### **3-3 Et une fois qu'on est adulte?**

Même si l'adulte ne considère pas la mort comme un challenge et une occasion pour affirmer ses sentiments de toute puissance, il est loin de se sentir à l'aise avec et s'obstine à refuser la tombée du rideau.

Bien que les événements de la vie se chargent de rappeler à l'homme que la mort est omniprésente, il évite quand même de penser que sa vie est limitée dans le temps, et que ceci n'arrive pas qu'aux autres. D'autres personnes acceptent la mort plus facilement surtout si leur vie est faite de souffrances, ou si la mort est pour eux un soulagement, ou encore s'ils pensent pouvoir ressusciter dans un monde meilleur. Mais ceci ne concerne qu'une minorité, tout être vivant cherche à maximiser sa vie et pour se protéger de l'angoisse de cette dure réalité, qui est la mort, l'adulte utilise différentes formes de déni qui apparaissent à travers son comportement qui sont au nombre de trois :

#### **- Ce n'est pas vrai :**

On peut nier la mort en prétendant qu'elle n'est pas réelle, qu'il ne s'agit que d'une illusion. Pour Gameau (2001) c'est la version religieuse qui est la forme la plus populaire de ce déni. Il suffit de décider qu'une vie éternelle ou un paradis nous attend juste après notre mort pour donner à cette dernière un caractère irréel. Ce n'est plus la fin d'une vie mais le début d'une vie meilleure.

Mais il y a d'autres variantes populaires qui s'appuient sur l'idée de survivre à soi-même. Avoir des enfants peut facilement servir à se donner l'illusion de survivre à travers

eux. Créer une entreprise peut également avoir cette fonction psychique. Parfois, il s'agit d'exercer une influence sociale à travers des publications qui restent disponibles après la mort. (Gameau, 2001). Dans tous ces cas, la constante reste la même: on veut continuer d'agir sur les autres après sa mort, on refuse de disparaître.

**- Ce n'est pas grave :**

Une autre façon de reculer devant le défi paradoxal que la mort nous présente, c'est de chercher à en diminuer l'importance. La façon la plus simple d'y parvenir est de nier la valeur de la vie elle-même (Gameau, 2001). C'est la méthode qu'utilise un grand nombre de personnes, on entend souvent dire que la vie est désagréable, elle n'est qu'une succession de souffrances, et bien sûr comme la recherche de satisfaction est plus exigeante que son évitement, le succès est presque assuré. (Gameau, 2001)

**- Ce n'est pas incontrôlable :**

D'autres formes de déni s'attaquent directement au fait que la mort ne peut être prévue ou contrôlée. Plutôt que de vivre avec la conscience du fait que l'homme peut mourir à tout moment sans l'avoir prévu à l'avance, il tente par diverses astuces de gagner une certaine maîtrise sur ce moment.

Nous ne parlons pas ici de la personne qui fait tout ce qu'elle peut pour vaincre une maladie mortelle. Cette personne ne fait que son devoir fondamental d'être vivant: chercher à protéger et maximiser sa vie autant qu'elle le peut. Il s'agit plutôt de la personne qui défie la mort, celle qui prend des risques extrêmes dans le seul but d'en sortir vivante, comme les amateurs de sport extrêmes. On peut également inclure dans ce groupe la méthode inverse: celle qui vise à protéger sa vie à tout prix. On pourrait comparer cette attitude à une forme de surprotection de soi-même. L'exemple classique serait l'hypocondriaque qui est constamment à l'affût d'une maladie mortelle. Mais on peut aussi penser à la personne qui fait de la prévention de tous les risques une priorité absolue. (Gameau, 2001).

Cette approche préventive est vouée à l'échec. Elle peut tout au plus réussir à prolonger un peu la vie, mais à quel prix! Vivre dans la peur perpétuelle, toujours à l'affût d'une nouvelle menace, toujours prêt à se retenir pour éviter les excès ou les abus n'est sûrement pas un sort enviable.

Il n'est pas facile de nier une réalité aussi évidente que la mort, mais l'esprit humain est capable de prouesses étonnantes lorsqu'il s'agit de justifier ses déficiences. Tous ces moyens

de négation ne sont bons que pour échapper à l'angoisse de la mort. Ils ne permettent en rien d'échapper à la mort elle-même, que ce soit notre mort ou celle d'un proche. Alors nous n'avons le choix que d'accepter cette dure réalité, accepter l'idée que nous sommes tous voués à disparaître ainsi que nos proches.

En effet la particularité de l'être humain est que c'est un être mortel, aussi c'est un être de relation. Un être voué à des mouvements d'attachement et de séparation. Quand il est confronté à la séparation d'un proche, une séparation causée par la mort, il est aspiré dans un tourbillon de souffrance, un pénible travail de séparation appelé : le deuil.

## **II- Le deuil**

Jamais l'homme n'a eu autant de moyens pour soulager la souffrance, jamais il ne s'est penché sur la question avec autant d'ardeur. Malheureusement il vit dans un monde où même les diplômes universitaires les plus prestigieux ne peuvent lui faire éviter certaines douleurs, telle que la douleur qu'il éprouve à la perte d'un être proche, qui est le deuil. C'est ce long et douloureux processus que nous allons tenter de mieux cerner au cours de ce chapitre.

### **1- Définition du deuil :**

Le mot deuil est dérivé du latin « dolere » qui veut dire douleur. Dans son œuvre « deuil et mélancolie », Freud (1915) décrit le deuil comme:« la réaction à la perte d'une personne ou d'une abstraction venue à sa place, comme la patrie, la liberté, un idéal...il est aussi très remarquable qu'il ne nous vienne jamais à l'idée de considérer le deuil comme un état morbide et de le confier au médecin pour traiter, bien qu'il comporte de graves écarts par rapport au comportement de vie normale ».

A ce sujet le dictionnaire de psychologie propose une définition plus facile, le deuil est:" un état de perte d'un être cher qui s'accompagne de détresse et douleur morale, pouvant entraîner une véritable réaction dépressive » (Larousse, 1991).

De Broca (2001) lui aussi s'appuie sur la douleur pour définir le deuil. Pour cet auteur, le terme deuil fait référence à tout sentiment de douleur ou de souffrance psychologique, psychanalytique et même médicale. Bien que cette définition est loin d'être fautive, il est tout de même difficile de distinguer ce qui relève du deuil de ce qui ne l'est pas, car toute douleur morale n'est pas forcément un deuil. Afin de mieux dissocier les différents sens relatifs à ce terme, voici quelques points de repère :



- **Le deuil ne concerne pas nécessairement une personne**, il est tout d'abord une situation de perte, que se soit une personne, un animal, ou un objet auquel on est fortement attaché (Hanus, 1995)

- **le deuil ne résulte pas que de la mort** ; Par extension métaphorique, on applique aussi ce terme à l'ensemble des pertes et des frustrations, réelles ou symboliques, ayant une valeur significative pour un sujet donné. Non seulement c'est une expérience complexe qui intervient dans toutes les circonstances où la mort nous enlève un être cher, mais aussi dans toutes les circonstances où nous sommes contraints par une réalité soudaine ou prévisible d'abandonner la réalisation d'un désir, un projet, ou aussi une conception personnelle de la vie, du bonheur, de l'amour, de la réussite de la santé. C'est le renoncement à toutes situations plaisantes, c'est un ensemble d'insatisfaction, de perte, de douleur, de souffrance et parfois d'horreurs par quoi le réel nous blesse et nous tient.

- **ce qui est deuil pour quelqu'un ne l'est pas forcément pour l'autre**, on entend souvent dire :

- Mon pire deuil serait de ne pas avoir d'enfants.

- L'échec de mon couple.

- Le divorce de mes parents

- La perte de mon entreprise

Donc l'objet du deuil est relatif à l'histoire propre de chacun et à sa personnalité, et que c'est l'importance de l'investissement de l'objet qui détermine la réaction de deuil. (Kubler-Ross, 1999)

- **L'état de deuil est une réaction normale**, c'est un état psychique nécessaire pour accepter la réalité de la perte et y faire face. Ultérieurement le travail de deuil va permettre à la personne de se séparer de la personne perdue et de modifier les relations avec elle.

Avant de terminer cette mise au point, nous aimerions attirer votre attention sur le fait que c'est d'un deuil résultant de la mort d'une personne dont il s'agira tout au long de notre travail.

Nous allons maintenant montrer en quoi le deuil peut devenir une transition ou une impasse pour le sujet, autrement dit, comment le deuil va lui permettre de s'inscrire dans la vie, faire table rase de l'ancien univers et d'aller de l'avant ou, au contraire le bloquer dans son processus de vie.

## **2- Quand le deuil est une transition, le deuil normal:**

Le deuil n'est pas une réaction instantanée, c'est un long et pénible processus, dit travail de deuil, qui comporte différentes phases.

### **2-1 Déroulement du travail de deuil et ses temps cliniques :**

On ne peut décrire les phases du déroulement du travail de deuil avec précision, car ceci dépend étroitement du terrain psychique de chaque individu.

Bien que chaque deuil soit particulier il se déroule habituellement en trois étapes :

#### **2-1-1 les premiers moments, l'état de choc :**

Egalement dite « phase de détresse », « phase d'impact », « phase d'hébétude », cette période est inconstante : elle dure en général quelques heures à quelques jours, exceptionnellement plus d'une semaine. Le sujet n'en conserve que peu de souvenirs. (Hardy, 2003)

Ces premiers moments d'un deuil sont marqués par un état de choc, ce choc est la traduction clinique de l'accroissement de la tension émotionnelle qui demande à se décharger, un choc qui est encore plus intense si on est confronté à une mort brutale, inattendue.

Au moment de l'annonce de la tragique nouvelle, la première réaction est le refus, elle va parfois jusqu'à un cri, on entend souvent dire: " non, ce n'est pas vrai", "c'est impossible". C'est pour cela que certaines personnes demandent des précisions et parfois même demandent à voir le mort.

Parfois, on crie même le nom du défunt, pour Freud (1915) ces appels vers le défunt sont le signe d'un comportement régressif, archaïque, où il suffisait de crier pour faire réapparaître la personne qui s'est éloignée de nous. Avec la mort, on se heurte à l'irréparable et à l'irréversible ; inconsciemment on ne veut pas croire à la mort et nous faisons comme si cette séparation n'était pas consommée.

En plus de ces cris, certaines personnes se déplacent d'un endroit à un autre en cherchant le défunt, d'autres iront même à secouer le cadavre dans l'espoir de réveiller le mort. Toutes ces formes de négation et ce refus de la réalité rencontrés durant les premiers moments du deuil ne renvoient guère à un tableau pathologique pour autant qu'ils ne durent pas longtemps, ce ne sont là que des attitudes habituelles. Cette incrédulité initiale est en quelque sorte prolongée par la non croyance de l'inconscient à la mort, tout se passe comme si que ce refus allait annuler la mort, et on espère toujours que se soit une fausse nouvelle. Pour Freud

(Hanus, 1995), ce refus est causé par un sentiment régressif du moi, qui se trouve menacé à l'annonce de la nouvelle de mort, le moi se trouve face à un sentiment de panique et de désorganisation qui le renvoie aux temps psychiques anciens où il n'était pas encore distingué de ses objets, de ce fait la mort de l'objet signifie sa propre mort.

Cet état de choc peut s'accompagner aussi d'un évanouissement qui résulte d'un effondrement du tonus neurovégétatif, peut être une manière d'échapper à ou de refuser la situation intolérable, Sur ce sujet Freud (1915) dit que c'est une façon pour l'endeuillé de s'identifier au mort.

Cette première phase est également accompagnée de manifestations physiques : hypotension, oppression thoracique, sensation de malaise, de tension intérieure, de douleur, d'angoisse, la perte d'appétit, la perte du sommeil, de tout désir particulièrement sexuel et la sensation d'une fatigue intense. Ces manifestations somatiques peuvent aller plus loin, surtout lorsque l'expression du désarroi psychique est inhibée. Chez les sujets porteurs d'affection corporelle chronique celle-ci peut se réveiller, ainsi à l'annonce de la nouvelle, on observe des poussés de rectocolite hémorragique, de polyarthrite rhumatoïde, la reprise d'une douleur ulcéreuse, etc.

Mais la mort ne vient pas toujours de façon brutale, bien souvent elle est annoncée par une maladie grave qui devient maligne. Là aussi la première réaction est le refus, ce qui amène la famille du malade à consulter d'autres médecins dans l'espoir d'avoir d'autres avis plus favorables. De toute façon l'état du patient allant en s'aggravant, souvent on essaye de tout entreprendre pour enrayer le cours de l'évolution fatale, il s'agit là toujours du refus de l'imminence de la mort, mais les diverses possibilités d'actions, alors que la personne malade n'est pas encore décédée, permettent de décharger en partie les tensions émotionnelles activées par la perspective de la mort. Dans un tel cas le refus à l'annonce de la mort est relativement modéré, d'autant plus que la mort peut être un soulagement pour le malade et parfois même pour son entourage. Ici, le travail de deuil a commencé avant le décès, à l'annonce de la maladie, le deuil ainsi à été en partie anticipé (Hanus, 1995).

Donc que se soit une mort attendue ou inopinée c'est le refus qui domine lors des premiers moments. L'état de choc se dissipe une fois que le sujet commence à accepter la mort, ainsi il doit faire face à la seconde étape qui est la phase dépressive

### **2-1-2 L'étape centrale, La phase dépressive:**

Certains auteurs se gardent d'employer le mot dépressif, qui, pour eux est du domaine

des complications du deuil, et préfèrent parler de dépression, soit d'épisodes dépressifs, mais les faits qu'ils décrivent sont identiques. Il s'agit d'un véritable état dépressif avec ses manifestations cliniques: repli, regrets nostalgiques et protestation, désorganisation, sentiment de culpabilité, retrait social, désintérêt pour soi et pour le monde extérieur, absence de goût et d'élan, éventuellement désir de mourir. Sur le plan somatique cet état dépressif se manifeste par des pertes de poids, de l'asthénie, des troubles du sommeil, etc. Un tel tableau évoquerait la mélancolie, ce qui a donné lieu à la réflexion de Freud sur le sujet (1915). Cette réflexion concerne le fait que la mélancolie se caractérise, du point de vue psychique, par une dépression profondément douloureuse, une suspension de l'intérêt pour le monde, la perte de la capacité d'aimer, l'inhibition de toute activité et la diminution du sentiment d'estime de soi qui se manifeste par des auto reproches, des injures et va même jusqu'à l'attente du châtement. Le deuil présente les mêmes traits que la mélancolie excepté un seul qui est le trouble du sentiment d'estime de soi qui manque. Il est vrai que la douleur morale, à valeur d'autopunition suite aux sentiments de culpabilité, est présente aussi bien dans la mélancolie que dans le deuil. Mais l'ambivalence est plus forte dans la mélancolie, et surtout ce versant négatif, hostile et agressif qui caractérise cette forme douloureuse, alors que l'ambivalence réactivée par le deuil, est ressentie, par l'endeuillé, comme les conséquences de l'abandon.

Le travail intérieur de détachement de l'objet, qui est le travail de deuil proprement dit, commence à partir du moment où la réalité de la perte a pu être, au moins partiellement acceptée. C'est à travers cette souffrance dépressive que va s'effectuer le travail de deuil, un travail qui consiste à retirer l'énergie psychique des liens qui la retiennent à l'objet. Chacun des souvenirs, des désirs par lesquels cette énergie est liée à l'objet va être soumis à un travail de désinvestissement et de détachement. Ce travail nécessite du temps et se fait graduellement, toute l'énergie en la personne aimée et perdue doit comme toutes les représentations qui y sont associées, être désinvestie. C'est ainsi que Hanus (1995) dit que tous les souvenirs doivent être visités pour être marqués du sceau de la disparition. Pour Freud (1915) ce désinvestissement ne peut être fait d'un seul coup sinon le « Moi » se retrouverait submergé par cette espèce de reflux libidinal. Ce travail de détachement progressif impose à l'endeuillé de se libérer de toute autre activité, toute son attention, toute son énergie se concentre sur ce nouveau projet, ceci explique l'isolement et le désintérêt à l'égard du monde. En effet, il semble que durant la phase dépressive toutes les relations objectales soient appauvries et contaminées par la relation avec le disparu, relation qui est particulièrement ambivalente. L'endeuillé reproche au défunt de l'avoir abandonné, il se sent même

responsable, il met ses sentiments en cause, il éprouve de l'agressivité à l'égard du mort, et parfois même du mépris. Pour se protéger de ces sentiments désagréables, l'endeuillé a tendance à idéaliser le défunt, il va accentuer les qualités de celui-ci. C'est ainsi que tous les autres objets vont être perçus comme médiocres, sans intérêt, susceptibles d'infliger à l'endeuillé le même abandon (Hanus, 1995). Le travail de détachement nécessite donc le renforcement de la relation intériorisée avec l'objet. C'est ce qu'on remarque lors des conversations avec les personnes en deuil aussi qu'à travers leurs rêves où ils tentent de maintenir la présence du défunt.

Toutes ces manifestations cesseront quand la personne aura à nouveau envie de vivre (Hanus, 1995). Cette prise de conscience de la vie se fait quand l'endeuillé aura totalement désinvesti l'énergie liée à l'objet et investi de nouvelles relations humaines et donné un sens à sa vie pour enfin aboutir au rétablissement.

### **2-1-3 La fin du deuil : la période de rétablissement**

C'est la phase de récupération, de guérison, de restitution. Elle se caractérise par le détachement progressif par rapport à l'objet perdu. Ce retour vers le monde débute habituellement dans les rêves où l'endeuillé se tourne vers de nouveaux projets, ou quand celui-ci retrouve ses aptitudes au plaisir, aussi les rêves et hallucinations associés au défunt sont moins nombreux et les souvenirs sont moins douloureux et moins poignants.

Pour Bouvet (1967 ; cité par Hanus, 1995), la fin du deuil se manifeste par la capacité d'aimer et de créer de nouveaux liens objectaux. Mais la mise en place d'une nouvelle relation ne doit se faire que vers la fin de la période dépressive. Si celle-ci s'effectue précocement, dans les premiers jours du deuil, elle constitue manifestement une mesure défensive ; le nouvel objet est substitutif : il permet de continuer de vivre la même relation si l'objet est différent, cette relation est prégénitale l'autre n'y est pas reconnu pour lui-même, alors que les investissements de la fin du deuil, sont moins brutaux moins massifs, l'autre y est reconnu pour ce qu'il est vraiment.

Toutefois, même si le moi redevient libre, il ne l'est pas autant qu'il l'était avant le deuil, car le désinvestissement de l'objet perdu n'est jamais tout à fait complet et il ne peut l'être. Pour Freud (1915) tout porte à croire qu'une partie de notre énergie libidinale reste rattachée au défunt et disparaît avec lui, la disparition d'un être cher est toujours vécue comme une perte narcissique, l'image, les souvenirs du défunt s'incrument, mais ce que nous avons vécu avec lui, on le perd à jamais.

Le tableau ci-dessous présente un récapitulatif des différents symptômes rencontrés lors d'un deuil normal. (Bacqué, 1992)

Symptômes	Descriptions
<p><b>A- Symptômes affectifs</b></p> <p><b>Dépression</b></p> <p><b>Anxiété</b></p> <p><b>Culpabilité</b></p> <p><b>Colère et hostilité</b></p> <p><b>Anhédonie</b></p> <p><b>Solitude</b></p>	<p>Sentiment de tristesse, de chagrin, douleur morale, épisode de dépression sévère, désespoir, lamentation</p> <p>Peurs, tension, appréhension de la crise de nerf, de devenir fou, de mourir, d'être incapable de vivre seul sans le mort, des soucis financiers ou autres domaines auparavant tenus par le disparu</p> <p>Auto accusation et blâme concernant les événements, auto reproche de ne pas avoir pu éviter la mort, culpabilité liée au comportement avec le défunt, de ne pas l'avoir aimé, protégé, de ne pas avoir pris des décisions</p> <p>Irritabilité envers la famille, les amis, ceux qui manquaient de compréhension et d'appréciation envers le défunt. Colère envers le disparu, le destin, le médecin, les infirmiers.</p> <p>Perte du plaisir à manger, à avoir des loisirs, aux événements sociaux et familiaux, sentiment que plus rien n'est agréable sans le défunt.</p> <p>Sensation d'être seul même en présence des autres, sentiment très intense lors des moments partagés auparavant avec le défunt (week-end, sorties, etc.)</p>
<p><b>B- Manifestations corporelles</b></p>	

<p><b>Agitation</b></p> <p><b>Fatigue</b></p> <p><b>Pleurs</b></p>	<p>Tension, incapacité à trouver le repos, hyper activité, recherche active du disparu, versatilité des actions</p> <p>Réduction du niveau général d'activité (parfois interrompu par des crises d'agitations), difficulté d'élocution et de pensée, lassitude générale</p> <p>Pleurs et yeux humides, expression de tristesse (regard las, coin de la bouche abaissé)</p>
<p><b>C- Attitude envers soi-même, le disparu et l'environnement</b></p> <p><b>Auto-reproche</b></p> <p><b>Mauvaise estime de soi</b></p> <p><b>Sentiment de perte d'espoir et d'impossibilité à être aidé</b></p> <p><b>Perte du sens de la réalité</b></p> <p><b>Suspicion</b></p> <p><b>Problèmes interpersonnels</b></p> <p><b>Attitudes envers le disparu</b></p>	<p>Culpabilité</p> <p>Sentiment d'inadéquation, de faute, d'incompétence et de mépris pour soi</p> <p>Pessimisme sur les circonstances actuelles et futures, perte d'objectif dans la vie, désir de mort et de suicide</p> <p>Sentiment de ne pas être présent, de regarder les choses de l'extérieur, que les événements arrivent à quelqu'un d'autre que soi</p> <p>Doute quant aux motifs d'aide et de conseil de l'entourage</p> <p>Difficulté à maintenir les relations sociales, rejet des amis, retrait des fonctions habituelles</p>

<p><b>Symptômes physiques d'identification</b></p> <p><b>Modification de la prise des médicaments</b></p> <p><b>Fragilité particulière aux maladies</b></p>	<p>Révoltes, recherche, lamentation intense, imitation du comportement du disparu, poursuites de ses intérêts, idéalisation du mort, ambivalence, hallucination : voir le défunt, entendre sa voix.</p> <p>Similarité des symptômes apparents avec ceux du disparu surtout de la maladie, l'endeuillé peut même être convaincu d'avoir la même maladie que le défunt</p> <p>Augmentation des prises de psychotropes, de l'alcool, du tabac</p> <p>Surtout aux infections liées à une diminution de l'immunité, aussi les maladies liées à la diminution de soins (cancer, tuberculose) et aux maladies liées au stress (affections cardiaques, dermatologiques)</p>
<p><b>D- Altération cognitive</b></p> <p><b>Ralentissement de la pensée</b></p>	<p>Pensée ralentie et mémoire faible, fatigue.</p>
<p><b>E- Changements physiologiques</b></p> <p><b>Perte de l'appétit</b></p> <p><b>Troubles du sommeil</b></p> <p><b>Perte d'énergie</b></p>	<p>(Parfois l'inverse), modification du poids et parfois perte considérable</p> <p>La plupart du temps insomnie, occasionnellement hypersomnie, trouble du nyctémère.</p> <p>Fatigue</p>



<b>Plaintes corporelles</b>	Maux de tête, du cou, du dos, crampes musculaires, nausées, vomissements, gorge serrée, goût amer dans la bouche, constipation, brûlure, indigestion, flatulences, vision brouillée, douleur à la miction, respiration coupée, soupirs, sensation de vacuité abdominale, absence de force musculaire, palpitations, tremblement, chute de cheveux.
-----------------------------	--

**tableau1: récapitulatif des symptômes rencontrés lors d'un deuil normal**

Avec le temps, le deuil peut arriver à son terme. C'est comme toute blessure physique, qui après un long et douloureux processus de cicatrisation laisse des traces. Mais certaines blessures cicatrisent mal ou ne cicatrisent jamais et là c'est l'impasse.

**3- Quand le deuil est une impasse:**

Tandis que certaines personnes, dont le deuil arrive à terme, présentent des réactions dites normales, d'autres par contre rencontrent des complications ou pourraient même être confrontées à un deuil pathologique.

**3-1 Le deuil compliqué :**

Le deuil compliqué est caractérisé par une perturbation du travail de deuil qui ne parvient pas à son terme, il s'agit de manifestations inhabituelles, mettant souvent en défaut la chronologie du deuil. Le deuil compliqué comprend :

**3-1-1 Le deuil différé :** les manifestations typiques d'angoisse de séparation, le phénomène de recherche de la personne disparue, et l'évolution progressive du deuil ne surviennent pas immédiatement après la perte mais après un certain délai (plus de deux semaines). Cette attitude traduit un déni inconscient et parfois même conscient de la réalité du décès. Alors que si les réactions de deuil n'apparaissent pas, on parle de deuil absent.

**3-1-2 Le deuil inhibé :** le diagnostic de deuil inhibé est porté lorsqu'il y a atténuation des manifestations typiques de deuil.

**3-1-3 Le deuil chronique :** il est également appelé deuil intensifié. Le diagnostic de deuil chronique est porté lorsque les manifestations typiques du deuil sont intenses (colère, sentiment de culpabilité vis-à-vis du mort) et ne diminuent guère durant la première année, ni au delà. (Hardy, 2002)

### **3-1-4 Le deuil anticipé :**

Dans certains cas, les manifestations du deuil (chagrin, troubles d'allure dépressive) apparaissent avant le décès. Il est fréquent de voir ce genre de réaction chez les proches d'une personne atteinte de maladie grave, arrivée au stade final.

### **3-1-5 Le deuil traumatique :**

Dans d'autres cas, le sujet semble avoir abandonné les marques extérieures (sociales, affectives et comportementales) du deuil mais continue à vivre "dans le passé", dans la pensée du mort : ces deuils inachevés peuvent se manifester plusieurs années après par des débordements émotionnels (douleur affective) lors des dates anniversaires, par des comportements de recherche de la personne disparue et/ou par un renoncement persistant à tout nouvel investissement, que ce soit dans le domaine relationnel ou dans le domaine des activités de loisir personnel.

Aux Etats-Unis, Horowitz et Al (1997) ont proposé des critères pour le diagnostic d'un trouble intitulé le deuil traumatique (complicated grief disorder). D'après ces critères, le sujet continue à éprouver, plus d'un an après le décès, d'intenses pensées intrusives, de violents assauts émotionnels, d'ardents et pénibles désirs (en relation avec le défunt), un sentiment de vide excessif et de solitude, un évitement disproportionné des activités rappelant le défunt, des troubles du sommeil, une importante perte d'intérêt pour les activités habituelles.

([http://www.med.univngers.fr/discipline/psychiatrie\\_adulte/cours/70-deuil.htm](http://www.med.univngers.fr/discipline/psychiatrie_adulte/cours/70-deuil.htm)). En d'autre terme, le deuil compliqué se définit comme un deuil modifié en intensité, en durée ou se caractérisant par une aberration de son processus.

Il est important de mentionner que cette notion n'existe pas dans le DSM-IV, mais certains chercheurs, dont Prigerson, l'ont soumises avec des critères validés, à l'équipe de révision du DSM qui apparaîtront dans la prochaine version DSM-V en 2011. Ainsi les critères du deuil compliqué proposés pour le DSM-V par Prigerson et coll (1999) sont :

- A- Expérience de la mort d'un autre,
- trois des quatre symptômes (une fois ou plusieurs fois) :
- pensées intrusives concernant le défunt ;
- nostalgie pour le défunt ;

- comportement de recherche du défunt ;
- sentiment de solitude résultant du décès ;
- B- Quatre des huit symptômes suivants :
  - perte de projet sentiment de futilité ;
  - hébétude, détachement, a- réactivité ;
  - difficulté à reconnaître le décès (incrédulité) ;
  - sentiment de vide et vie sans signification ;
  - sentiment qu'une partie de soi est morte ;
  - monde disloqué (perte de confiance de sécurité ou de contrôle) ;
  - présent les symptômes ou les comportements (dangereux) de la personne décédée (facsimile) ;
  - irritabilité ou amertume ou colère excessive concernant le décès ;
- C- Durée des troubles : au moins deux mois ;
- D- Handicap et dysfonctionnement.

ML. Bourgois rapporte que 20% des deuils seraient des deuils traumatiques (1994) ([http:// deuil traumatique et trauma/ clinique- transculturelle.org](http://deuil-traumatique-et-trauma-clinique-transculturelle.org)). Dans ce cas, M.F Bacqué (2006) préconise une consultation spécialisée, car les symptômes ne disparaissent pas avec le temps, bien au contraire, ils peuvent se cristalliser. (<http://www.psychologies.com/conseils-de-psy.cfm/reponse/1746/Bacque/Deuil-traumatique.htm>)

### **3-1-6 Etat dépressif majeur réactionnel au deuil :**

Une autre possibilité de deuil prolongé correspond à la persistance d'affects dépressifs extrêmes au-delà du premier temps de douleur intense liée à la perte. Elle est signalée dans le DSM-III R (1987) et reprise par le DSM-IV (1994) (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disease) : il s'agit du « deuil compliqué par la dépression ». Ce type de deuil est classé comme « réaction dépressive prolongée ». Un traitement se révèle indispensable lorsque deux mois après la perte, le sujet est encore plongé dans une dépression majeure avec baisse de l'estime de soi et idées suicidaires. D'après le modèle de Beck (1957), cette dépression résulte de la réactivation d'un schéma négatif que le sujet s'est construit durant son enfance, un schéma où le sujet perçoit qu'il a perdu quelque chose qu'il considère essentiel à son bonheur. Ainsi ce schéma réactivé lui renvoie une image négative sur lui-même et sur le monde qui l'entoure, un monde qui ne lui procure désormais aucun plaisir.

Il existe également une autre catégorie de réaction de deuil, celle-ci ne résulte pas d'un défaut chronologique mais prend la forme d'un tableau psychopathologique, c'est le deuil pathologique.

### **3-2 Le deuil pathologique :**

Les deuils pathologiques sont des deuils qui s'expriment dans une affection psychopathologique déterminée chez des personnes jusque-là indemnes de tout antécédent psychiatrique. Il est dû à une décompensation d'une personnalité névrotique ou psychotique. Le deuil pathologique s'exprime cliniquement sous la forme de maladies classiques : névroses (deuils hystériques, obsessionnels) ou psychoses (délires). Le sujet développe un comportement dangereux pour lui-même ou pour son entourage. Ces réactions de deuil pathologique sont:

#### **3-2-1 Deuil d'expression psychotique :**

Les formes aiguës de deuil psychotique s'accompagnent habituellement d'un état confusionnel. Celles-ci se rencontrent soit dans le cadre d'une schizophrénie, soit dans le cadre d'un délire chronique. Le deuil peut soit inaugurer la maladie, soit révéler un état mental qui évoluait depuis quelque temps. Le deuil psychotique se caractérise par le recours au déni (Hardy, 2002). En l'occurrence, la réalité de la perte d'objet est ignorée ce qui rend le travail de deuil hors propos.

#### **3-2-2 Deuil d'expression hystérique :**

Comme c'est le cas de l'hystérique qui ne se prive pas d'exagérer dans ces comportements et ses émotions, lors du deuil hystérique, l'extériorisation de la souffrance et de l'affliction de l'endeuillé prend des dimensions exagérées : crises émotionnelles violentes avec décharges motrices, symptômes de conversion aiguë, tentatives de suicides.

#### **3-2-3 Deuil d'expression obsessionnelle :**

Dans le cadre du deuil obsessionnel, les réactions premières sont l'abattement et la protestation. Dès le premier jour, les reproches apparaissent, reproches que l'endeuillé s'adresse à lui-même et qui vont être la base de l'évolution du deuil obsessionnel. On remarque des réactions agressives envers les personnes qui ont entouré le défunt durant les derniers temps, après quelque temps c'est la dépression. Cette dépression s'exprime essentiellement par l'abattement, la lassitude, le manque de goût.

Les affects sont comme bloqués si bien que l'élément douloureux n'est pas au premier plan. La vie intérieure est focalisée sur le souvenir du mort qui s'impose de manière obsédante et compulsive, par exemple sous la forme de phrases tel que : « il s'est suicidé », « il m'a abandonné », « on l'a tué ».

Après un laps de temps le deuil reprend, l'endeuillé ressent la perte comme un abandon agressif mais aussi le résultat de ses tendances agressives à l'égard de l'objet d'amour (ambivalence), ceci développe un sentiment de culpabilité qui va pousser le sujet à chercher l'autopunition ce qui explique les idées de suicides, les maladies somatiques. Cela peut déboucher sur une inhibition qui touche l'activité intellectuelle, affective et l'activité sociale et professionnelle.

Même si l'on a pu décrire des deuils hystériques, des deuils obsessionnels, des deuils psychotiques, les manifestations les plus fréquemment observées relèvent d'un trouble dépressif ou d'un trouble anxieux. (Hardy, 2000)

Dans le deuil comme dans tout autre état psychologique, la réaction de l'endeuillé est déterminée par certaines variables qui peuvent amener le deuil de certains individus à suivre soit un cours normal, soit un cours pathologique.

#### **4- Les facteurs déterminant le cours du deuil :**

Les facteurs déterminant le cours du deuil peuvent être classés sous cinq rubriques :

**4-1 L'identité et le rôle de la personne perdue :** comme nous l'avons mentionné auparavant, le deuil ne survient uniquement suite à la perte d'une personne, mais il peut apparaître aussi lors de la perte d'un travail, d'une maison ou d'un animal. Dans notre approche nous nous limiterons à la perte de personne. Pratiquement tous les cas connus de deuil pathologiques succédant à la perte d'une personne sont liés à la perte d'un parent (ou d'un substitut parental), un conjoint, un enfant, un membre de la fratrie ou un grand-parent. Plus la personne en deuil a été proche du défunt, plus la réaction de la perte risque d'être intense et peut même aboutir à un deuil pathologique. A l'inverse de personnes éloignées, dont la perte procure une douleur plus au moins superficielle (Bowlby, 1984). Nous pouvons aisément comprendre que le deuil pathologique va plus vraisemblablement succéder à la perte d'une personne à laquelle nous étions fortement attachés, dont la vie était mêlée à la notre, une personne dont nous avons besoin de son vivant qui nous fournissait des biens, des services, de l'affection et qui remplissait une fonction sociale.

**4-2 La cause et les circonstances du décès :** Il est certain qu'une mort subite,

imprévisible et violente est ressentie avec un choc bien plus intense qu'une mort plus au moins prévisible ; mais il existe également certaines conditions associées à la mort qui peuvent rendre le deuil encore plus difficile, ces conditions présentées par Bowlby (1984) sont :

- Quand la manière de mourir exige de la part du futur endeuillé une période prolongée de soin.
- Lorsque la manière de mourir aboutit à une déformation du corps, comme c'est le cas dans les incendies, les meurtres, les tortures, etc.
- La manière d'annoncer la nouvelle de la mort à la personne en deuil ;
- Quand la responsabilité de la mort semble être attribuée à quelqu'un ;
- dans le cas de mort par suicide.

**4-3 Le rôle de la santé :** l'impact d'une santé corporelle vacillante sur le déroulement du deuil n'est pas très présente dans la littérature, par contre, la personnalité de l'endeuillé et sa santé mentale ont pu être liées au risque de deuil pathologique.

Une étude présentée dans l'oeuvre de Bowlby (1984), faite par Bunch en 1972, établit qu'une atteinte psychiatrique antérieure est plus fréquente chez les endeuillés qui tentent de se suicider après un deuil. Quand à Parker, il fait l'hypothèse, en 1962 et 1975, qu'une dépression ancienne peut conduire à un deuil pathologique.

#### **4- 4La personnalité et le vécu antérieure de l'endeuillé:**

Pour Bowlby (1984), un grand nombre de personnes réagissant à un deuil de manière pathologique sont soit les personnes ayant établi durant leur vie des relations imprégnées de forte ambivalence (manifeste ou latente), soit les personnalités dépressives ou angoissées.

#### **4-5 Les conditions sociales:**

En plus des conditions individuelles, selon certains auteurs il existe des facteurs d'ordre social qui pourraient éventuellement contribuer à rendre le deuil plus difficile, ceci concerne:

**4-5-1 Les conditions de la co-habitation :** il a été mentionné par Bowlby (1984) que les personnes vivant seules après le décès d'un proche vivent mal leur deuil, car l'isolation sociale peut contribuer à l'évolution de symptômes dépressifs, chose qui est tout à fait compréhensible puisque ceux qui habitent avec d'autres personnes vont avoir droit à plus de soins et de réconfort. Aussi la présence d'enfants dans le cas de veuvage, permet à l'endeuillé

de remonter la pente plus facilement et de se recréer une nouvelle vie.

**4-5-2 Les possibilités socio-économiques :** il est difficile de maintenir les mêmes conditions de vie et de répondre aux besoins des enfants et du conjoint lors de la mort de l'un des époux (Bowlby, 1984).

C'est vrai que fournir un logement, un travail pourrait réduire les difficultés économiques, bien que ceci ne va pas atténuer la douleur de la famille mais néanmoins lui donnerait plus de chance de se reconstruire.

**4-6 Les croyances et coutumes :** pour Hanus (1995) l'absence de rites ethniques et religieux contribue à une évolution pathologique du deuil, car il faut du temps, le temps des cérémonies, le temps des funérailles, le temps des visites familiales, des échanges de biens et de dons, pour se rendre compte de ce qui s'est passé, car l'acceptation psychologique de la mort ne peut être que progressive.

**4-7 L'âge et le sexe de la personne endeuillée :** selon certains auteurs, les femmes réagissent de façon plus pathologique que les hommes. Les veuves sont plus exposées que les veufs à développer des états dépressifs et d'angoisse. Cette constatation découle d'une étude faite par Clayton, Desmarais et Winokur en 1968 (Bowlby, 1984). Alors qu'une série d'études effectuées à Harvard par Gorer (1965), Ress (1971) et Glick et Coll (1974), montre que la réaction des veufs est identique à celle des veuves sauf que celles-ci apparaissent plus tardivement. Aussi il semble que la mère soit plus affectée que le père lorsqu'il s'agit de la perte d'un jeune enfant. Alors que pour la perte d'un enfant plus âgé, la réaction semble être aussi défavorable aussi bien pour le père que pour la mère. (Bowlby, 1984)

En ce qui concerne l'âge, un grand nombre de chercheurs s'accordent à dire que la fréquence de deuil pathologique et plus élevée chez les sujets ayant subi une perte durant la période dite d'immaturité que chez les personnes adulte. En d'autres termes, plus l'expérience de deuil survient à un âge précoce, plus intenses seront les réactions. Comme c'est l'adolescent qui est au cœur de notre étude, nous allons aborder maintenant un récapitulatif du vécu et des caractéristiques des réactions de deuil de l'adolescent.

## **5- L'adolescent et le deuil :**

Précédemment dans le chapitre de l'adolescence nous avons attiré l'attention sur le fait que l'adolescence en elle-même a été décrite comme une phase de deuil, évidemment un deuil symbolique. Le véritable deuil, vient de l'extérieur. Comme nous l'avons décrit

antérieurement, à cet âge l'idée de mort est très présente dans l'esprit du jeune. L'adolescent a un penchant pour les prises de risque et les idées suicidaires. Lors d'un deuil, ces idées ont tendance à s'amplifier, les prises de risque et les tentatives de suicides vont s'accroître.

Notons également que si la perte de la mère est cruciale durant les quatre premières années de l'enfance, à cause des besoins affectifs de l'enfant, durant l'adolescence la perte du père semble avoir le même effet, surtout si celui-ci a des relations conflictuelles avec le défunt ce qui accroît le sentiment de culpabilité chez l'endeuillé (Hanus, 2001). Ceci ne signifie pas que la perte d'un frère, une sœur, ou de la mère soit indifférent, loin de là. La perte de la mère est aussi importante essentiellement dans les familles monoparentales, ou dans celles où elle est soutien de famille.

La mort d'un compagnon du même âge est aussi douloureuse pour l'adolescent, car ceci lui fait prendre conscience que la mort est toute proche et qu'elle ne concerne pas que les personnes âgées. La disparition de leurs pairs affecte les adolescents profondément, eux qui étaient introvertis et maladroits font preuve de beaucoup de finesse à l'égard de la famille du disparu. Sans en faire part à leurs parents, les adolescents vivent leur deuil en bande et en parlent régulièrement entre eux.

Le deuil de l'adolescent est comparable à celui de l'adulte avec sa période de choc, l'état dépressif central et le rétablissement. Mais chacune de ces étapes comporte des particularités de cet âge :

- 1 -l'adolescent adapte son deuil en fonction de son entourage. Si la peine de ce dernier est manifeste, l'adolescent en fait de même ; mais si par contre il appartient à un milieu où il n'y a pas de place aux émotions, alors son comportement sera calqué sur celui de son entourage.
- 2 -Avec un sens accru des responsabilités, l'adolescent s'efforce de cacher son chagrin afin de ménager sa famille, mais aussi pour éviter de dévoiler ses faiblesses, car l'expression des réactions émotionnelles qu'il ne peut encore maîtriser le renvoie à ses limites.
- 3 -Les expressions de la dépression du deuil sont variables, elles apparaissent sous forme de changement de caractère, de comportement, de prises de risque inconsidérées, de problèmes de santé, de difficultés scolaires, d'isolement.

Suite à un deuil, les adolescents peuvent réagir de façon beaucoup plus sévère, comme la dépression avec son cortège de symptômes, insomnie, manque d'appétit, fatigue, etc. La durée de l'état dépressif varie d'un sujet à un autre, le meilleur indice de l'apaisement de la



souffrance c'est la capacité de l'adolescent à nouer de nouvelles relations affectives. Cet apaisement rapproche l'adolescent de la terminaison de l'état de souffrance, bien que cette terminaison ne soit pas complète. Une partie de la souffrance demeure à l'intérieur du sujet pour resurgir ultérieurement à l'occasion d'une autre épreuve.

Donc le deuil est une situation de crise qui se résorbera progressivement avec le temps, il peut laisser soit des bénéfiques (maturation ou des poussées de sublimation), soit des difficultés plus ou moins durables et peut être même des difficultés profondes, dans ce cas une prise en charge s'avère nécessaire.

## **6-La prise en charge des endeuillés :**

Bien que le deuil soit considéré comme une réaction normale à une perte, l'accompagnement de l'endeuillé s'avère primordial.

### **6-1 Avant la mort :**

L'aide à l'endeuillé commence parfois avant la mort avec l'accompagnement des mourants et leurs familles. Que ce soit dans un milieu hospitalier ou à leur domicile, le personnel soignant doit :

- 1 -être attentif aux besoins émotionnels du patient ;
- 2 -Soulager la douleur du patient;
- 3 -respecter l'autonomie du patient ou sa famille dans la prise de décision ;
- 4 -favoriser la présence de la famille ;
- 5 soulager la culpabilité des survivants et leur fournir les explications nécessaires.

### **6-2 La prise en charge immédiate :**

La prise en charge des personnes endeuillées débute avec l'annonce de la mauvaise nouvelle. Quand la mort survient dans un hôpital, c'est au médecin d'annoncer la mauvaise nouvelle à la famille du défunt. C'est dans ce genre de circonstance que les aptitudes relationnelles et la dimension compassionnelle du personnel soignant prennent toute leur importance. Le médecin doit veiller à :

- 1 -présenter les faits avec sincérité, tact et empathie, afin que le parent puisse réaliser ce qui est arrivé ;
- 2 -être patient et accepter les réactions des proches, que ce soit des cris, des pleurs ou

même des crises de colère ;

- 3 -légitimer les émotions des proches, cela permet d'atténuer les répercussions de la mort et de faciliter le deuil ;
- 4 -fournir des renseignements aux proches et éviter de se soustraire aux questions, et s'assurer qu'ils sont bien sortis du climat d'incertitude ;

### **6-3 La prise en charge différée:**

Il existe deux types d'aide aux endeuillés, une aide informelle qui englobe toutes les formes de soutien fournies par la famille, les amis , les voisins, cette aide de proximité est essentielle les premiers jours du deuil. L'autre aspect de prise en charge est une aide plus formelle, fournie par des professionnels.

Avant de continuer dans cette voie, rappelons que le deuil n'est pas une maladie, et qu'une prise en charge médicalisée ou psychiatrique n'est pas automatique, elle est même rare, ceci dépend essentiellement de la demande du sujet. Même si la demande n'est pas toujours formulée, il convient de prendre en charge les personnes connaissant des difficultés psychopathologiques ou somatiques ou ce qui nous paraît être des groupes à risque comme : les enfants ; les malades physiques et mentaux ; les endeuillés ayant perdu un proche suite à un suicide ; ceux isolés ; les personnes ayant perdu un proche suite à une mort brutale, aux décès de plusieurs membres de son entourage tels que dans les catastrophes ; les sujets ayant eu une relation ambivalente avec le défunt.

En dehors des catastrophes collectives qui demandent des interventions immédiates, la prise en charge des endeuillés se met en place généralement de la 4<sup>ème</sup> à la 8<sup>ème</sup> semaine après le décès. Elle se fait par des entretiens individuels ou collectifs.

- Dans le cadre d'un deuil normal, il est important de faire percevoir à la personne en deuil la compréhension qu'on a de sa souffrance. La psychothérapie offre à la personne endeuillée la possibilité de formuler les problèmes et les difficultés qu'elle rencontre face au deuil, de parler de son expérience, de sa douleur de manière à comprendre son deuil.
- Dans le cadre des deuils compliqués, il faudrait envisager des psychothérapies qui mettent à jour les sentiments d'hostilité que la personne aurait pu nourrir à l'égard du disparu.

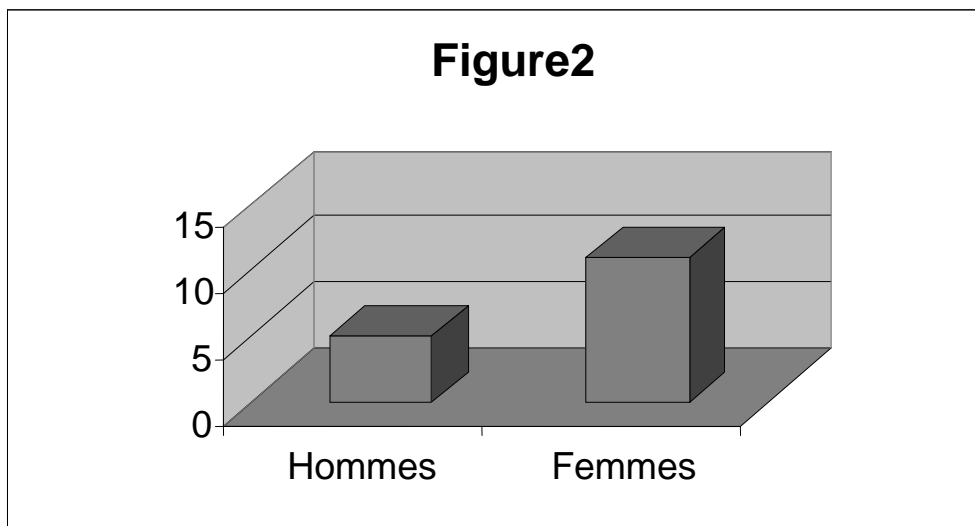
- Quant aux décompensations psychopathologiques du deuil, c'est tout le traitement de la structure de base qui s'avère important.

Pour conclure ce chapitre, notons que notre approche ne vise pas à considérer comme irrationnels les changements dus à la perte, mais d'avoir une meilleure compréhension de ces processus, et de ses symptômes. En effet, le deuil est une phase indispensable par laquelle passe tout individu ayant subi une perte. Mais alors quand pouvons nous parler de traumatisme psychique lorsqu'il s'agit de mort ?

Avant de répondre à cette question, nous allons tenter de définir ce qu'est un traumatisme psychique, ses conséquences, pour enfin aboutir à la relation entre la mort et le traumatisme.

### **Chapitre III : Le traumatisme Psychique**

Bien que le traumatisme psychique fut sujet à un destin théorique controversé, tant en psychiatrie qu'en psychologie, de nombreux écrits s'y réfèrent depuis la mythologie. Les récentes recherches révèlent que l'expérience traumatique est un événement aux conséquences psychiques importantes, puisque 5 % des hommes et entre 10 à 12 % des femmes en ont souffert au cours de leur vie (figure2), et parfois même pendant des années ([www.anne-jolly.com/publications/articles/jidv2003.pdf](http://www.anne-jolly.com/publications/articles/jidv2003.pdf)). Après plusieurs décennies et avec des techniques d'expérimentation de qualité progressivement croissante, la recherche a donné lieu à une littérature abondante sur le sujet. C'est pour cela, qu'avant de poursuivre notre étude, nous nous devons de nous arrêter sur le traumatisme psychique et lui consacrer un chapitre comme il se doit : origine du mot trauma, sa clinique, ses différentes théories et son implication dans la genèse du deuil.



**Taux des personnes ayant subi un traumatisme**

# I - Traumatisme psychique, mythologie et histoire

## 1- historique du traumatisme :

Parler de l'historique du trauma psychique est indispensable, car celui-ci, aussi bien que la violence et l'angoisse de l'homme, sont aussi vieux que le monde.

### 1- 1 De l'antiquité au moyen age :

Il faut dire que le traumatisme n'a pas été très présent dans la littérature psychiatrique avant le XIX siècle, mais de nombreux tableaux cliniques y faisant allusion ont été mentionnés depuis l'antiquité, à travers quelques récits légendaires.

Un des plus vieux récit légendaire est « **l'Épopée de Gilgames** », un guerrier Sumérien qui souffrait d'une angoisse causée par les conditions de vie des guerriers où la mort les guettait à chaque moment, **Gilgames** ne pouvait se résoudre à accepter sa condition de mortel et aspirait à une vie éternelle, d'où son voyage jusqu'aux portes de l'enfer pour interroger l'âme d'un serviteur nommé **Inkidu** afin de recevoir une réponse d'apaisement et d'assurance.

Un autre mythe **Platonicien** raconte qu'un soldat nommé **Er** est revenu à la vie après son voyage aux enfers. Sans oublier les fameux rêves d'**Achille** qui voit le spectre de son défunt ami mort cruellement dans un combat. **Achille** dans son rêve traumatique voit les moindres détails donnant lieu à un réveil anxieux avec une réflexion coupable et des comportements de réparation. Cela est considéré comme une indication sur les tentatives de maîtrise du souvenir traumatique.

A côté de ces récits légendaires faisons place aux récits historiques décrivant quelques observations cliniques tel le cas d' **Epizelos** cité par **Hérodote** (490 av. JC), un vaillant soldat devenu aveugle en plein combat, après avoir à peine aperçu la silhouette d'un ennemi perse armé passer près de lui, et aller égorger son camarade. Suite à cette scène traumatique, **Epizelos** devint aveugle. Cette cécité chez ce soldat grec est une forme de réaction névrotique par processus de conversion hystérique après un choc émotionnel intense.

**Hippocrate** dans son livre « **traité des songes** » (450 av. JC) relate le contenu de ses rêves à thème traumatique, où il se voit combattre avec des hommes armés et se réveille terrorisé.

Pendant plusieurs siècles et jusqu'au moyen âge des rêves à caractère traumatique ont été évoqués dans plusieurs écrits, comme ce fut le cas des chansons de **Roland** qui raconte

que **Charlemagne** rêve que son armée est attaquée par des monstres en l'an 1100. Ces visions terrifiantes le réveillent dans un état de perplexité.

Quatre siècles plus tard, c'est **Froissard** qui décrit son séjour passé à la cour de **Gaston Phoebus** comte de Foix et de Béarn en 1388. Il raconte que Pierre, frère de **Gaston Phoebus**, chevalier de l'armée, revivait ses combats dans ses rêves cauchemardesques et somnambuliques. Durant ces rêves il se levait et prenait son épée avec tous les risques supposés. La répétition de ces cauchemars obligeait la famille à cacher l'épée. Bien que, alors que, ni la psychologie ni la psychiatrie n'étaient à ce moment assez élaborées, ces récits légendaires nous livrent de véritables observations cliniques portant sur des reviviscences et des rêves à caractère traumatique qui font partie (du tableau clinique) des principaux symptômes du traumatisme psychique que nous aborderons de façon plus détaillée ultérieurement.

### 1-2 Du moyen age au XIX siècle :

Quelques décennies plus tard, vers 1600, dans les écrits de **Shakespeare**, on rencontre des descriptions de traumatismes. Dans une de ses premières pièces intitulée **Henry 4**, le héros est victime de cauchemars de batailles et de reviviscences hallucinatoires pendant son sommeil qui consternent son épouse : « Pendant tes légers sommeils, je veillais auprès de toi, et je t'entendais murmurer des projets de guerre terribles ».

Dans sa pièce **Roméo et Juliette**, la fée des anges se transforme en un papillon qui se pose sur le cou d'un soldat endormi, et lui fait voir des rêves de bataille, ensuite elle bat le tambour à son oreille, ce qui le réveille en sursaut.

Une autre pièce de **Shakespeare**, **Macbeth**, décrit une névrose traumatique centrée sur le souvenir d'un crime. **Macbeth** général de l'armée du roi Duncan décida un jour d'assassiner ce dernier afin de prendre sa place en tant que roi. Bien qu'ils pussent arriver à leurs fins, et avoir accès au trône, **Macbeth** et sa **Lady**, furent tenaillés par la reviviscence du crime et ne cessaient de voir leurs mains tachées de sang.

Plus tard, l'aliéniste **Philippe Pinel** dans son célèbre traité medico-psychologique (1798 - 1808) fait la description de cas souffrants de troubles psychiques suite à un choc émotionnel de guerre, il les répertorie selon leur symptomatologie en trois catégories cliniques :

- 1- Les névroses de la respirations ou de la circulations : névrose occasionnée par des événements traumatisants, ou l'individu est sujet à des syncopes, des convulsions, des céphalées, des gêne de la respiration.
- 2- L'idiotisme : un état de stupeur devant un événement traumatisant.
- 3- manie et mélancolie

Pinel nous a également laissés une très belle observation de névrose de guerre chez un militaire, qui a prit sa retraite après cinquante ans de service et qui est depuis sujet à des affections nerveuses, des troubles du sommeil et un état d'alerte permanente. Les troubles psychologiques relatifs au combat à l'époque furent appelés « **vent du boulet** », ce terme fut introduit par les chirurgiens des armées napoléoniennes, **Desgenette, Larrey, et Percey**, pour désigner les états stuporeux aigus auxquels sont sujets les combattants. (Croq, 2000)

### **1-3 Les travaux fondateurs de la psychiatrie du XIX siècle :**

Les guerres suivantes furent particulièrement sanglantes et meurtrières suite à la découverte de nouvelles armes destructrices. Et c'est d'ailleurs la bataille de **Sofferino** en 1858 qui a vu 40.000 soldats périr. C'est celle-la même qui a inspiré le suisse **Henry Dunant** secouriste et fondateur de la croix rouge, à l'écriture de son livre trois ans plus tard, « **souvenir de solfferino** ». (Croq, 2000)

Aussi la guerre de sécession a vu affluer les blessés par milliers ce qui donne lieu aux observations de **Morée** qui disait que les soldats souffraient de **nostalgie**. Une nouvelle appellation par **Mandez Da costa** pour désigner ce phénomène qui touchait les soldats, c'est le **syndrome du cœur de soldat**. D'autre part, suite a ses observations cliniques, l'américain **Mitchell** déclarait que l'homme peut présenter un syndrome hystérique post traumatique émotionnel. Suite à ceci, en 1862, il a ouvert un hôpital de 400 lits à Turne's Lane, près de Philadelphie, afin de prendre en charge les traumatisés psychiques de la guerre. C'est ce qui a amené ce dernier à découvrir, bien avant **Charcot**, l'hystérie chez les hommes.

Ce n'est qu'à l'ère industrielle que le psychiatre allemand **Herman Oppenheim** publia « **les névroses traumatiques** » (1888), ouvrage qui illustre 42 cas de névrose consécutifs à des accidents du travail et où il opterait pour la thèse psychogénique. Cet ouvrage venait également résoudre une ancienne controverse sur les troubles psychiques consécutifs aux accidents de chemin de fer qui incriminaient, à l'origine des tableaux cliniques l'existence de lésions du cerveau ou de la moelle épinière. (Croq, 2000)

#### **1-4 La psychiatrie de guerre du début du XX siècle :**

Nous ne nous retiendrons pas de dire que les recherches dans ce domaine nous sont suggérées par les deux guerres mondiales. De nombreux tableaux cliniques, de la symptomatologie anxieuse, neurasthénique ou hystérique se sont imposés aux médecins militaires qui les ont appelés à l'époque : les névroses de guerre ou psychonévroses de guerre. C'est la guerre du Vietnam (août 1964 - janvier 1973) qui a montré l'importance quantitative de ces troubles et amène les médecins militaires à y prêter plus d'attention. Ce n'est d'ailleurs pas un hasard si **David Morell** l'auteur du livre **Rambo**, dont est tiré le film américain « First Blood » de **Ted Kotcheff** en 1983, présente un personnage torturé et souffrant d'un syndrome post-traumatique à la suite de la guerre du Vietnam ; une fiction révélatrice des séquelles psychiques et du malaise vécu par les soldats en ce temps. En effet sur la totalité des décès, 57000 sont dus à la guerre du Vietnam elle-même et 60000 sont dus aux suicides post-traumatiques. L'état de stress post traumatique a causé plus de pertes que la guerre elle-même et a eu des répercussions pour les survivants. A l'époque, La moitié des SDF aux USA étaient des anciens combattants du Vietnam, ce qui a donné lieu à des recherches plus poussées dans le domaine et l'apparition du concept PTSD « post traumatique stress disorder » dans le DSM-VI. ([www.aftcc.org/documents/Nicole%20Thuillier.pdf](http://www.aftcc.org/documents/Nicole%20Thuillier.pdf))

De nos jours, une nouvelle vague de violence fait irruption dans notre vie. Les actes terroristes ont ponctué cette dernière décennie : prises d'otages, détournements d'avions, attentats à la bombe, etc. Une nouvelle forme d'évènements traumatisants est née.

#### **2- Trauma : quand la mythologie rencontre la science**

Nous n'avons point besoin d'insister sur la valeur des mythes dans les groupes sociaux et sur leur apport en matière de valeurs, principes et morale, notre quotidien en est témoin. En se référant à l'un de leurs précurseurs, (Freud qui a fait du mythe d'oedipe l'un des piliers de ses œuvres), quelques théoriciens s'essayent à la création mythique afin d'appuyer leur compréhension de certains phénomènes. Parmi ces théoriciens nous recensons Claude Vautrin qui mentionne le syndrome de répétition dans le mythe de Sisyphe, Claude Barrois qui fait allusion à la névrose traumatique à travers l'effroyable voyage d'Orphée en enfer, et l'incontournable **Crocq** qui avance le mythe **d'Er le pamphylien** pour illustrer le syndrome de répétition.



## 2-1- Sisyphe et la répétition :

**Sisyphe**, fils d'**Eole** et fondateur de **Corinthe**, a la réputation d'être le plus astucieux, le plus rusé et surtout le plus scrupuleux des hommes : il aurait développé la navigation et le commerce, mais se montrait avare et trompeur et tuait les voyageurs. **Sisyphe** est connu surtout pour s'être montré assez malin pour capturer le dieu de la mort **Thanatos**. Quand son heure fut venue et qu'il vint pour le chercher, il l'enchaîna de sorte qu'il ne put l'emporter aux enfers. S'apercevant que personne ne mourait sur terre, **Zeus** envoya **Arès** (dieu de la guerre) délivrer la mort. Mais **Sisyphe** n'avait pas qu'un seul tour dans son sac, il avait préalablement instruit son épouse de ne pas lui faire de funérailles adéquates. Ainsi, il put convaincre **Hadès**, dieu de l'enfer, de le laisser repartir chez les vivants afin de châtier sa femme. Une fois revenu à **Corinthe**, il refusa de retourner parmi les morts. **Zeus** ordonna à **Hadès** de le ramener de force, celui-ci fut occupé par d'autres tâches, oublia **Sisyphe** qui vécut heureux parmi les hommes jusqu'à sa mort naturelle. Pour avoir osé défier les dieux, **Sisyphe** fut condamné par **Zeus** à une épreuve épuisante et éternellement renouvelée. Il fut réduit à rouler éternellement une pierre jusqu'en haut d'une colline alors qu'elle redescendait chaque fois avant de parvenir à son sommet.

C. Barrois voit en cette punition infligée à Sisyphe le symbole de la répétition qui évoque la reviviscence traumatique ; Sisyphe est condamné à pousser sans cesse le rocher vers le haut, de même que le traumatisé est condamné à revivre dans ses cauchemars l'évènement qui l'a atteint sans que ses rêves soient capables de permettre une élaboration du souvenir traumatique. (Bailly, 1996)

## 2-2 Orphée et la névrose traumatique :

**Orphée** fils d'**Apollon** est connu pour être le poète et le musicien le plus fameux des temps héroïques, il savait, par les accents de sa lyre, charmer même les animaux sauvages. Il fut comblé de dons multiples par **Apollon**. Sa femme, **Eurydice**, refusa les avances du berger **Aristée** et s'enfuit, fut mordue au mollet par un serpent. Elle mourut et descendit au royaume des Enfers. Eperdu de chagrin, **Orphée** put, après avoir endormi de sa musique enchantresse **Cerbère**, le monstrueux chien à trois têtes qui en gardait l'entrée, approcher le dieu **Hadès**. Il parvint, grâce à sa musique, à le faire fléchir, et celui-ci le laissa repartir avec sa bien-aimée à la condition qu'elle le suivrait et qu'ils ne se retourneraient pas tant qu'ils ne seraient pas

revenus dans le monde des vivants. Mais pendant le retour, **Orphée**, inquiet, ne put s'empêcher de se retourner vers **Eurydice** et celle-ci lui fut ravie définitivement. **Orphée** se montra par la suite inconsolable, décida de n'aimer plus que des garçons. Le voyage d'**Orphée** est doublement traumatisant. Non seulement **Orphée** fut témoin de la perte de sa bien-aimée une seconde fois, mais aussi, reçoit la vision brute, terrifiante du monde des morts. A son retour sur terre, hanté par le souvenir de l'enfer et rongé par la tristesse, il s'isole de la société et se replie sur lui-même. Pour son argumentation, **Barrois** s'appuie sur l'orphisme, courant religieux de la Grèce antique rattaché à **Orphée**, se caractérisant par certaines interdictions alimentaires et vestimentaires, un régime alimentaire qui se voue au refus de manger ce qui est animé. Ce végétarisme a pour but de s'abstenir de meurtres et de sacrifices sanglants, signe de la tentative d'**Orphée** de se soustraire à tout ce qui lui rappelle la mort et le tenir à l'écart de l'angoisse traumatique. Cette dernière dimension du mythe est très présente lors d'une confrontation à un événement traumatisant. C'est ce qu'on appelle dans la clinique du trauma l'évitement des stimuli. (Bailly, 1996)

Cette approche mythologique nous a permis non seulement d'illustrer quelques aspects du trauma (répétition, évitement), mais aussi de rendre compte de leurs présences et de la présence des souffrances, de l'effroi, et de l'horreur. Tous ces symptômes décrits dans ces mythes témoignent de la présence de tableaux clinique de traumatismes psychique et ceci à une aire très avancée avant même que les hommes de science d'autre fois ne lui attribuer de nom.

## **II- Traumatisme psychique : notions théoriques**

### **1-Trauma, traumatisme et psycho- traumatisme :**

Avant d'aller plus loin dans la clinique du trauma les termes : trauma, traumatisme et traumatisme psychique méritent d'être défini.

#### **1-1 Origine linguistique du mot « trauma » :**

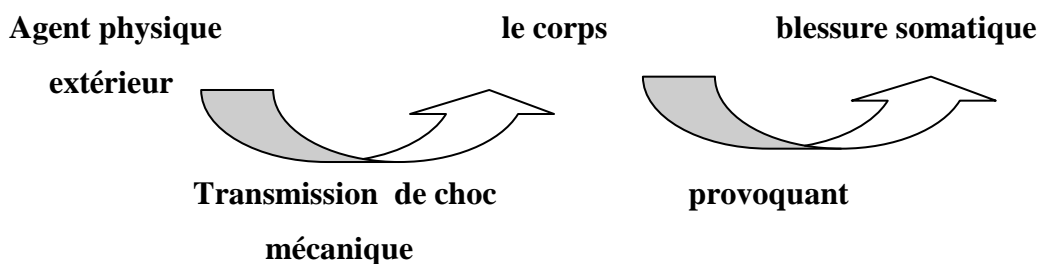
Dans l'antiquité, le terme (τραυμα-τραυματος) trauma- traumatikos chez les grecs était fréquemment utilisé dans les récits de guerres et renvoyait à une idée de blessure. Il faudra attendre les civilisations gréco-latines pour voir cette racine antique former un nouveau mot. C'est en effet à un groupe de la pléiade composé par Du Bellay et sa technique de provignement que l'on doit l'enrichissement de la langue française et la formulation d'une nouvelle famille de mot à partir de la racine τραυμα à savoir traumatisant –traumatisme.

## **1-2 Définitions générales du trauma, traumatisme et traumatisme psychique :**

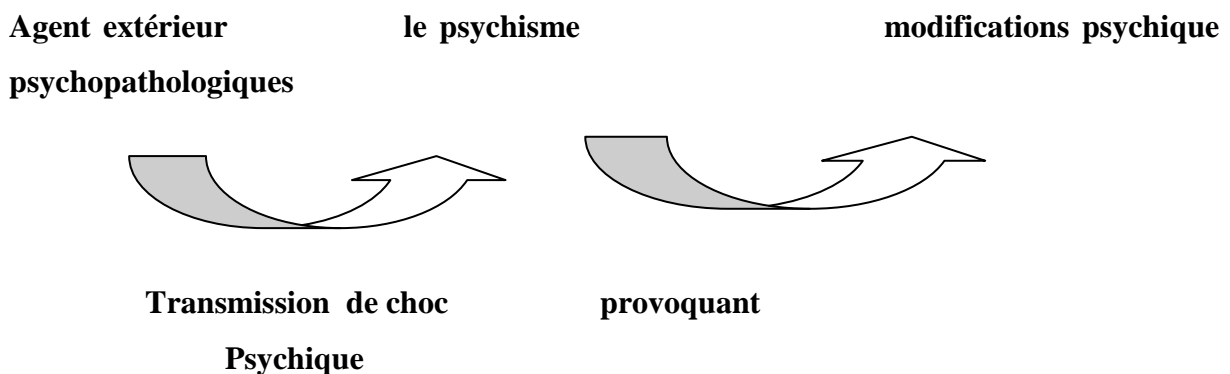
Étymologiquement, **un trauma** est une blessure, une effraction dans l'organisme.

**Le traumatisme** quand à lui est terme emprunté au vocabulaire médical, il est défini comme " la transmission d'un choc mécanique violent exercé par un agent physique extérieur sur une partie du corps et provoquant une blessure (traumatisme ouvert) ou une contusion (traumatisme fermé) ". (Viognier, 2003)

De cette définition on distingue :



En transposant ces mêmes composantes en psychopathologie, on obtient le traumatisme psychique, le mot a conservé une signification et une connotation similaires. Donc, **le traumatisme psychique** est la transmission d'un choc psychique (et non plus mécanique) exercé par un agent extérieur psychique (et non plus physique) sur le psychisme (et non plus sur le corps), et y provoquant des modifications psychopathologiques (et non plus des désordres somatiques).



C'est une agression du psychisme, devant laquelle le sujet se trouve dans l'incapacité d'y répondre adéquatement ou bien n'y répond guère .

### **Définition psychologique du traumatisme:**

En psychanalyse, Laplanche et Pontalis (1973) définissent le traumatisme comme : « Un événement de la vie du sujet qui se définit par son identité, l'incapacité ou se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique ». C'est un surcroît d'énergie si intense qu'il dépasse la capacité de l'appareil psychique et menace son bien être.

Cette définition se rapproche de la vision de Freud qui lui aussi s'appuie sur une approche économique pour définir le traumatisme, ainsi il cite : « nous l'appliquons à une expérience, qui dans un court laps de temps, confronte le psychisme à un accroissement d'excitation trop considérable pour être maîtriser ou élaborer normalement ». (Mazet et Houzel, 1996)

Quant au dictionnaire de la psychologie définit le traumatisme comme « un événement subit par un sujet qui en ressent une très vive atteinte affective et émotionnelle, mettant en jeu son équilibre psychologique et entraîne souvent une décompensation de type psychotique ou névrotique ou divers somatisations ». (Sillamy, 1991)

D'une façon moins complexe, le Pr. Louis Crocq (2003) psychiatre et spécialiste des névroses de guerres, définit le traumatisme psychique comme un « événement violent brutal, faisant irruption dans la vie d'un individu. La victime est complètement débordée face à l'événement, ses défenses psychologique sont anéanties »

Avant de continuer notre étude, il conviendrait tout d'abord de définir quel genre d'événement pourrait donner lieu à un traumatisme psychique.

### **2- L'événement potentiellement traumatisant :**

Un l'événement traumatique, c'est une situation, une circonstance ou un acte généralement sortant de la routine, caractérisé par sa **soudaineté** et sa **violence** qui engendre un effroi et une peur intense. Le caractère de soudaineté compte moins que celui de violence. En effet certaines circonstances de la vie, exceptionnelles, sont traumatisantes par la violence et la menace vital qu'elles représentent, sans pour autant s'être manifestées subitement ni pendant un temps bref. Citons par exemple, les prises d'otages, les mauvais traitements exercés pendant longtemps sur un enfant, etc. (Crocq, 1991)

Quoi qu'il en soit, il convient de distinguer deux types d'événement traumatisants :

- Les événements traumatiques d'origine naturelle : comme les séisme, les éruptions volcanique, les inondations, les ouragans et les cyclones.

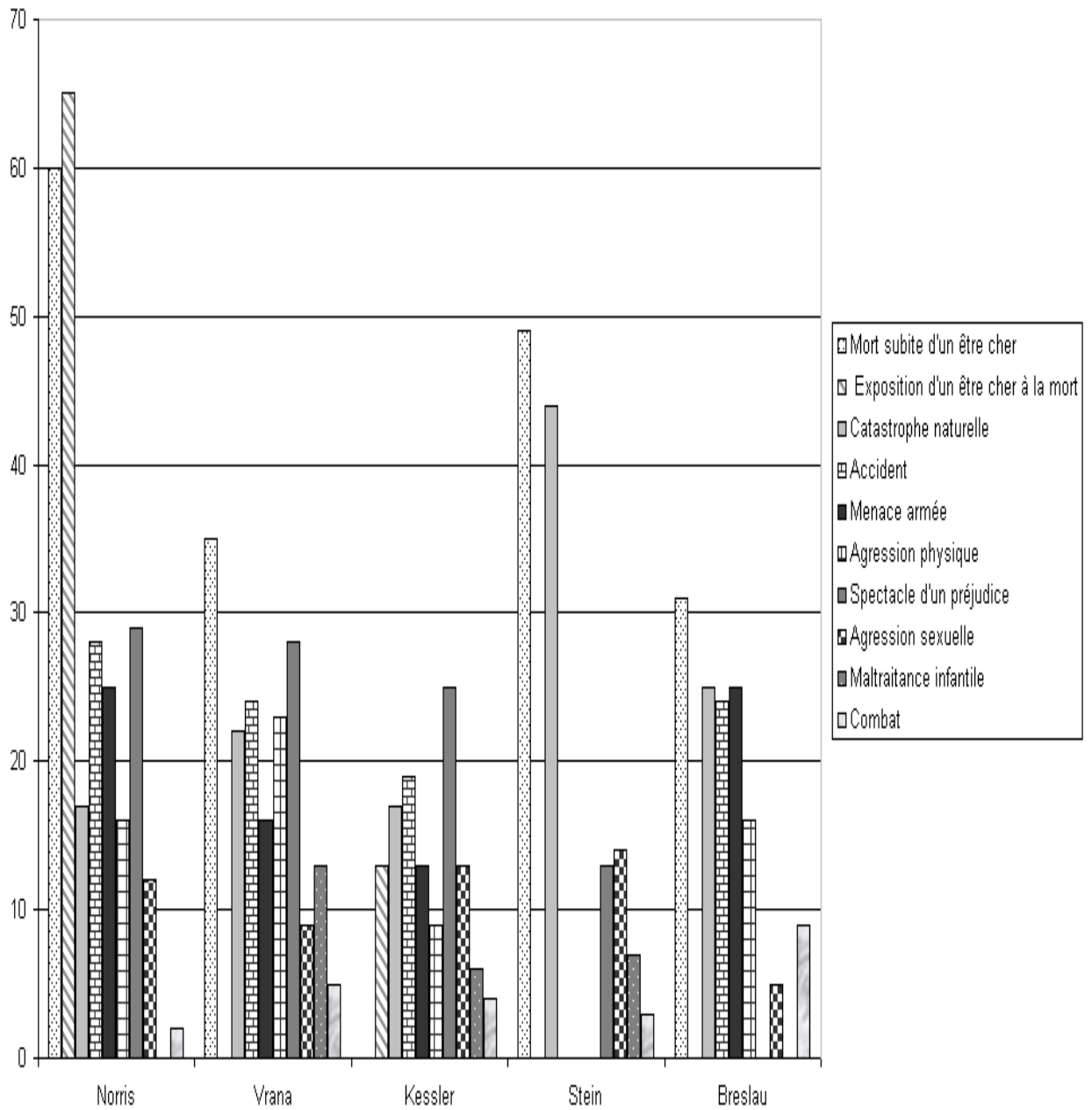
- Les événements traumatiques d'origine humaine : les guerres classiques et civiles, les accidents de la circulation, les catastrophes technologiques, les prises d'otages, le terrorisme, les agressions, les enlèvements, les actes de torture, les viols, le fait d'être témoin de meurtre ou de violence sur autrui, la perte soudaine et brutale d'un être cher.

Si nous avons ajouté, dans le titre, la mention « potentiellement », c'est pour bien spécifier que le caractère de soudaineté et de violence de l'événement ne suffit pas à lui seul pour faire naître le phénomène de trauma, celui-ci est relatif, car l'état constitutionnel et conjoncturel du sujet qui subit la situation a aussi un rôle primordial dans la genèse du phénomène. Un même événement peut être traumatisant pour une personne et ne pas l'être pour une autre, et un même événement peut être traumatisant pour un sujet aujourd'hui et ne pas l'être demain. Le traumatisme est conçu comme un phénomène relatif. S'il est certes déterminé par les caractéristiques tenant à l'événement lui-même, il est également dépendant des facteurs internes propres à l'individu qui subit le fait. Le traumatisme répond aux critères de soudaineté, de brutalité, de violence et d'exception de l'événement, aux facteurs conjoncturels liés à la rencontre entre un individu et un environnement à un moment donné, ainsi qu'aux facteurs structurels de l'individu lui-même. Comme le souligne Freud la notion de trauma est relative et se ramène à un rapport de force entre les excitations produites par l'événement et les défenses du sujet qui le subit (Crocq, 1991).

Le graphique ci-dessous rend compte d'importantes recherches épidémiologiques, anglo-saxonnes, portant sur la fréquence d'apparition de certains événements potentiellement traumatisants, ces travaux sont faits par :

- Breslau et Al (1991) sur une population de 1007 américains,
- Norris (1992) sur mille sujets du sud-est des Etats-Unis,
- Vrana et Al (1994) sur une population 440 étudiants en psychologie,
- Kessler et Al (1995) sur une population 5877 américains,
- Stein et Al (1997) sur une population de 1002 canadiens.

D'après ces études il semblerait que l'événement le plus fréquemment vécu soit la mort subite d'un être cher pour 30 à 60% des personnes interrogées. Parmi les événements affectant de plus de 15% la population on note l'exposition d'un être cher en danger, les catastrophes, les menaces armées, l'agression physique ou le spectacle d'un préjudice. Les événements les moins fréquents (moins de 15%) sont les agressions sexuelles, les combats et les maltraitances infantiles. Le diagramme présenté ci-dessous (La figure 3) rend compte de ces résultats. ([www.anne-jolly.com/publications/articles/jidv2003.pdf](http://www.anne-jolly.com/publications/articles/jidv2003.pdf)).



**Figure 3**

**Fréquence d'exposition à des événements traumatiques spécifiques au cours de la vie**

### **3- Les Modèles Explicatifs du Traumatisme Psychique :**

Il existe divers modèles théoriques et explicatifs qui exposent une série d'arguments tant phénoménologiques que biologiques, qui pourraient rendre compte de l'élaboration du trouble, principalement :

#### **3-1 Modèle cognitivo-comportementale :**

L'école cognitivo-comportementale fait intervenir les notions de conditionnement, de maintien et de processus interne de la mémoire. Dans cette même approche il existe deux grands courants, l'un s'inspire de modèles comportementaux, l'autre des modèles cognitifs. Voici leurs grandes lignes :

##### **3-1-1 Les Modèles comportementaux :**

Le modèle comportemental repose sur le fait que le comportement humain normal ou pathologique, est essentiellement appris. Ces principaux modèles sont :

###### **3-1-1-1 Le Modèle de Mower :**

Cette approche est basée sur les théories de conditionnement classique pavlovien (apprentissage des réponses de peur) celles du conditionnement opérant Skinnérien (apprentissage du comportement de fuite).

Le modèle de Mower montre que le traumatisme est une situation extrême (stimulus) qui provoque une réponse émotionnelle angoissante de type physiologique, moteur et cognitive. Dans cette situation de nombreux stimulus (bruit, lieu, type d'homme...) sont associés à l'évènement traumatisant selon le modèle de conditionnement classique (stimulus-réponse) et vont déclencher la même réponse anxieuse que l'évènement déclenchant.

Le conditionnement opérant permet la persistance et la généralisation du trouble (la réponse anxieuse) ce qui va amener le sujet à éviter toute situation qui pourrait lui rappeler l'évènement de près ou de loin. L'anxiété de l'individu diminue lorsque celui-ci fuit la situation, cette diminution d'anxiété renforce le comportement d'évitement et ainsi de suite. (Lopez, Sabouraud-Seguin 1998)

###### **3-1-1-2 Le Modèle de Mac Farlane :**

Mac Farlane propose un modèle interactif entre les éléments de l'état de stress post traumatique :

L'évènement traumatique (critère A) conduit à la création d'une image intrusive (critère B), cette image provoque un évitement de la situation (critère C), cette situation évitée devient à

son tour un signal provoquant la survenue de l'image intrusive véhiculant la réponse d'angoisse. Afin de mieux comprendre cette interaction, voyons l'exemple suivant :

-Une femme violée (critère A) revoit sans cesse des flash-backs (critère B). Pour éviter d'y penser celle-ci va fuir les hommes (critère C), une fuite qui mènera à une réduction de l'angoisse. Mais dans un deuxième temps, si elle se trouve de façon inattendue en contact trop proche d'un homme, ceci va lui rappeler l'angoisse de l'évènement.

Il y a donc une interaction réciproque entre l'évitement et les images intrusives qui s'amplifient et s'entretiennent mutuellement. En d'autres termes, si l'individu rencontre de façon imprévue les situations qui lui rappelaient l'évènement et qu'il a mis tant d'effort à éviter, ces situations vont-elles mêmes faire resurgir l'image intrusive et lui rappeler encore plus violemment l'émotion qui a été vécue au moment de l'évènement.

Le modèle comportemental permet d'expliquer brillamment le phénomène d'évitement. Cependant, à lui seul il est loin d'être suffisant. À côté de ces modèles comportementaux, se sont développés des modèles intégrant les données cognitives résultant des travaux faits sur la dépression.

### **3-1-2 Le Modèle Cognitif :**

Le modèle cognitif repose sur la connaissance du sujet du danger. Dans cette optique on distingue deux avis :

#### **3-1-2-1 Le Modèle d'Horowitz**

Horowitz en 1986 voit que les symptômes de l'état de stress post traumatique résultent d'un excès d'informations reçues pendant l'évènement traumatisant qui n'ont pu être intégrées dans le schéma cognitif, Une intégration qui se fait en deux phases :

-1<sup>er</sup> phase : les processus d'assimilation et d'accommodation se superposent au conflit psychique ou aux traits de personnalité.

Le traumatisme provoque une telle réaction émotionnelle, cognitive et comportementale que le sujet ne peut intégrer (assimiler et accommoder), donc il est submergé par la surcharge émotionnelle et cognitive.

-2<sup>ème</sup> phase : c'est la phase du « déni ». Puisque cette situation véhicule une telle surcharge émotionnelle le sujet s'obstine à la nier pour se défendre. En raison de son non-intégration celle-ci reste brute (non assimilée) dans l'espace mental et revient au niveau conscient dans



les tentatives répétées d'intégration (ruminations, cauchemars, hallucinations), c'est la phase intrusive. (Lopez, Sabouraud-Seguin 1998)

Ainsi le modèle de Barlow permet une totale compréhension des reviviscences qui constituent un concept clé dans la clinique du traumatisme.

### **3-1-2-2 Le Modèle de Jones et Barlow :**

Élaboré en 1992, Le modèle de Jones et Barlow tente d'intégrer les données biologiques, cognitifs et comportementaux, en expliquant le développement du traumatisme par cinq facteurs :

-1<sup>er</sup> Facteur : il concerne la vulnérabilité biologique et psychologique des sujets. Certains individus sont génétiquement prédisposés à développer un traumatisme, présence antérieure de troubles émotionnels, hypersensibilité naturelle aux stressseurs peut également appuyer cette prédisposition ;

-2<sup>eme</sup> Facteur : Les caractéristiques de l'événement traumatisant (intensité, soudaineté, gravité, violence)

-3<sup>eme</sup> Facteur : L'alarme apprise. La personne souffrant de stress post traumatique, va mettre en place un système d'hyper vigilance, orienté vers un danger éventuel, va enchaîner ainsi les fausses alarmes (crise de panique, angoisse...) (Villar, 2001).

-4<sup>eme</sup> Facteur : l'appréhension anxieuse, l'appréhension de l'apparition de « l'alarme apprise » par une série de comportements qui à son tour augmente le stress.

-5<sup>eme</sup> Facteur : Les variables modératrices, qui englobent le support social, la capacité du sujet à gérer le stress, la force du traumatisme.

### **3-2- Le point de vue de la psychanalyse :**

Dans cette perspective psychanalytique, les travaux de Freud et de Ferenczi constituent un apport primordial pour la compréhension du traumatisme :

#### **3-2-1- la conception freudienne, entre réalité et fantasme :**

Dans la version Freudienne, ce qui fait trauma, c'est un événement, qui apporte un afflux d'excitations excessif par rapport à la tolérance de l'appareil psychique. Cette surcharge d'excitation va causer l'effraction du par excitation (système de défense de l'appareil psychique)

Dans la première période qui va de 1895 à 1920, le traumatisme se réfère au sexuel. A l'intérieur de cette période, deux moments doivent être distingués :

**- De 1895 à 1900/1905 :** pendant lequel S.Freud établit que le modèle principe de l'action du traumatisme est lié à une séduction ne se comprend qu'à la lumière de la théorie de l'après-coup (l'enfant subit une tentative de séduction de la part d'un adulte, sans que celle-ci fasse naître chez lui l'excitation sexuelle mais laisse des traces dans le psychisme. Dans un deuxième temps, une seconde scène d'apparence anodine, survenant après la puberté et évoque par quelques traits associatifs la première scène.

C'est le souvenir de la première scène qui est traumatisant et devient après coup pathogène. L'effacement d'un souvenir, ou la perte en affect qu'il subit, dépend de plusieurs facteurs.

**- De 1905 à 1920 :** Freud retrace le développement sexuel infantile et élabore la métapsychologie ; en terme de développement sexuel infantile et de théorie de la libido, les situations traumatiques sont liées aux « fantasmes originaires »

Dans la deuxième période, à partir de 1920, le traumatisme prend une nouvelle dimension du fait qu'il devient un concept emblématique des apories économique de l'appareil psychique.

(<http://www.spp.asso.fr/Main/ConferencesEnLigne/Items/14.htm>).

Le traumatisme psychique renvoie à un processus dynamique et énergétique où s'affrontent d'une part l'énergie véhiculée par l'agent extérieur, c'est à dire l'événement et d'autre part l'énergie psychique disposée pour repousser cette agression (Crocq). Cette conception établit une sorte de synergie entre le danger externe et le danger interne, le Moi est attaqué du dedans comme il l'est du dehors (La Planche et Pontalis.1973).

En cette même période S.Freud propose une nouvelle théorie qui met l'accent sur le lien entre angoisse, traumatisme et perte d'objet. Dans la troisième période, à la fin de son œuvre, dans l'homme Moïse (1939); Freud, souligne que les expériences traumatiques originaires constitutives de l'organisation et du fonctionnement psychique peuvent entraîner des atteintes précoces du Moi et par la suite causer des blessures d'ordre narcissique; ces traumatismes (qui concernent les empreintes de l'objet, ou l'action de l'environnement et qui peuvent survenir avant l'établissement du langage) viennent perturber et renforcer les premiers opérateurs défensifs tels le déni, le clivage, la projection, l'idéalisation, etc.

### **3-2-2 Le modèle de Ferenczi :**

Tout comme son mentor, Ferenczi a souligné la place prévalente que la présence de l'objet peut avoir dans l'organisation de la psyché, et que la nature des traumatismes psychiques n'était pas uniquement d'ordre sexuel; il propose de voir la nature des traumatismes comme pouvant être liée aux empreintes psychiques laissées dans l'enfance du sujet par les « défauts de qualités » des réponses de l'objet au regard de ses besoins

affectifs; la « carence de l'objet primaire » ou la « non réponse » de celui-ci va agir comme un anesthésique et de ce fait paralyser ses capacités de pensée et d'élaboration du sujet.

### **3-2-3 le modèle Lacanien :**

Dans cette perspective, on trouve des réflexions assez séduisantes concernant le trauma. Pour certains auteurs (Briole, et Lebigot), le trauma est une rencontre « non marquée » avec le réel. Dans son quotidien, le sujet vit en harmonie avec des morceaux choisis de réalité travestis par les fantasmes et choyés par les rêves. Dans le traumatisme le sujet se trouve nez à nez avec la réalité brute et dangereuse- sans fantasme protecteur- et la le rêve devient cauchemar, donc le trauma c'est ce qui est impossible à se représenter et qui fait trou dans le signifiant (Crocq, 1991)

### **3-3 Le Modèle Neurobiologique :**

Même les plus récentes études ne nous apprennent pas si l'ESPT est une continuité de la réponse biologique au stress ou qu'il est le résultat de modifications neuro-structurales acquises lors de l'événement.

Rachel Yehuda affirme que lors d'un traumatisme psychique, l'individu est sujet à une sensibilisation des récepteurs aux catécholamines du locus coeruleus (composante du gris central, tissu qui est à l'origine du tube neural) et du noyau tegmental ventral et d'un emballement du système noradrénergique ce qui conduit à une hyper vigilance, des réactions de sursaut, une anxiété, une habilité affective, une impulsivité (Lopez, Sabouraud-Seguin ; 2002).

Chez l'enfant le système nerveux central en plein développement serait particulièrement vulnérable au stress. L'exposition de l'enfant à un événement stressant pourrait éventuellement modifier définitivement la modulation du sujet qui est encore en pleine croissance. (Vila, Porche, Mouren-Siméoni, 1999)

## **4- Les répercussions du traumatisme psychique :**

Lors d'une confrontation à un événement traumatisant, une large panoplie de réactions est souvent observée chez le sujet. Ces réactions peuvent apparaître sous forme de tableaux clinique éphémères, tardifs ou chroniques.

#### **4-1- les troubles immédiats :**

Dans cette première phase, le sujet est confus, désorienté et extrêmement impressionné suite à ce contact direct avec la mort. Nous remarquons essentiellement une réaction de stress immédiate et éphémère qui ne dure que quelques minutes. Promu par le physiologiste canadien Selye dans les années 1945-1950 (Crocq 1998), le stress est une réaction biologique, psychologique quasi réflexe, qu'a un sujet face à une situation menaçante et agressive, le mettant en état de se défendre. Elle est secondaire à une décharge d'adrénaline qui induit sur le plan physiologique à une accélération cardiaque, une tension musculaire, une fuite de la masse sanguine de la périphérie vers les organes nobles. Sur le plan psychologique, elle engendre une augmentation de l'attention, de la concentration et des perceptions aiguës. (Rouag, 2006)

Bien que le très soit une réaction salvatrice qui permet à l'individu de mettre tout en œuvre afin de faire face à la situation traumatisante (dans ce cas en parle de stress adaptatif), c'est aussi une réaction très coûteuse en énergie. Par ailleurs, un stress intense ou répété peut donner suite à une réaction de stress dépassé avec soit des réactions de sidération, d'automatisme, d'agitation ou de fuite panique.

#### **4-2 La phase post-immédiate (phase de latence) :**

Asymptomatique, cette phase est appelée par Charcot, Freud et Janet le temps de méditation, de contemplation ou ruminant. Cette période plus au moins longue précède l'apparition des signes cliniques, et peut durer quelques heures, quelques jours ou quelques mois. Les premiers symptômes peuvent n'apparaître qu'à la faveur d'un événement évocateur du traumatisme initial : une date anniversaire, une odeur, un bruit violent, etc. Parfois encore, le stimulus déclencheur n'apparaît pas de façon évidente. Crocq évoque la phase de latence comme le temps nécessaire au psychisme pour élaborer et mettre en place d'autres défenses dont la répétition.

Cette phase de latence est faussement silencieuse. Une série de troubles permettent au clinicien aguerri d'augurer de l'éclosion d'un syndrome psycho-traumatique. Aussi, dans leur ouvrage collectif, G. Briole et ses collègues (1994) distinguent : un repli sur soi et un sentiment d'isolement, des difficultés d'adaptation dans les sphères familiale, conjugale ou professionnelle, des états dépressifs s'actualisant par des sentiments de culpabilité, de honte

ou d'indignité pouvant conduire au suicide, des plaintes somatiques, la plus fréquente étant l'asthénie physique et intellectuelle, et enfin des conduites d'alcoolisation et toxicomaniaques. A l'inverse, une hyperactivité et une euphorie exubérante peuvent aussi être observées.

#### **4-3 la phase chronique :**

Après dépassement du stress, le sujet va soit reprendre le cours normal de sa vie, ou être sujet à l'installation de troubles d'ordre post traumatiques proprement dit, qui surviennent quelques jours ou quelques mois après l'évènement traumatique. Le syndrome psychotraumatique se manifeste par une réémergence de l'évènement traumatique, des comportements d'évitements des stimuli associés au traumatisme, un émoussement de la réactivité générale et un état d'hyperactivité neurovégétative.

Nous avons retenu pour notre présentation clinique des troubles, la névrose traumatique développée par les psychanalystes et une deuxième conception plus actuelle, soit l'Etat de Stress Post traumatique (PTSD) développé dans la quatrième version du Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV) qui vient remplacer et enrichir la sémiologie de l'ancienne névrose traumatique.

#### **4-3-1 La névrose traumatique :**

Le terme de névrose traumatique a été utilisé, pour la première fois, par l'école française au 18<sup>ème</sup> siècle pour désigner toutes les séquelles durables, suite à un traumatisme ou un accident de travail, après un temps de latence. Les symptômes de la névrose traumatique sont séparés en deux groupes distincts : symptômes spécifiques et non spécifiques.

#### **• Les symptômes spécifiques :**

Il s'agit du syndrome de répétition, syndrome pathognomonique de la névrose traumatique qui correspond à la survenue incontrôlée et itérative de l'évènement traumatique initial à la mémoire de la victime. Particulièrement réalistes, ces reviviscences s'accompagnent de réactions émotionnelles intenses.

Qu'elle soit spontanée ou déclenchée par un stimulus rappelant le trauma, ces reviviscences se produisent à un rythme variable, s'espacent et s'atténuent avec le temps.

L'analyse clinique du syndrome isole huit modalités de manifestation (Crocq, 1991) :

– **l'hallucination de répétition** : l'hallucination peut être visuelle (revoir le regard de l'agresseur, par exemple), auditive (réentendre les cris, les coups de feu...), olfactive (sentir à nouveau l'âcreté d'une atmosphère après une explosion, l'odeur d'un agresseur...), gustative (avoir le goût d'un aliment consommé en détention), etc. Ces perceptions surviennent brusquement et à l'improviste, particulièrement lorsque la personne est inoccupée ou rêveuse. Généralement éphémères, elles donnent lieu à des réactions émotionnelles, physiologiques, et motrices intenses.

– **l'illusion de reviviscence** : les illusions sont essentiellement visuelles. Elles correspondent à l'interprétation erronée d'une forme réellement perçue, au contraire de l'hallucination.

– **les souvenirs forcés** : les souvenirs de l'événement traumatique sont envahissants, itératifs et s'imposent avec brutalité à l'esprit de la personne. Ils peuvent apparaître à l'improviste ou lors de la confrontation à un stimulus évocateur, et s'accompagnent de réactions émotionnelles, et physiologiques intenses. Ils sont plus mentalisés que les hallucinations et portent plutôt sur un ensemble de faits que sur un fait unique.

– **les ruminations mentales** : les ruminations portent sur le sens à donner à l'événement vécu, ses causes et ses conséquences. Ces thèmes ont une valence affective négative, faite de dévalorisation et de déception. La personne considère l'événement traumatique comme une catastrophe ayant anéanti sa vie : « rien n'est plus comme avant », et venant perturber ses compétences sociales, familiales et professionnelles.

– **le vécu comme si l'événement allait se reproduire** : le sujet a l'impression soudaine et fugace que l'événement traumatique va se reproduire ou qu'il va être plongé dans une situation de menace similaire. Cette impression survient soit spontanément soit en réponse à la confrontation à un stimulus évocateur. Parfois, cette impression peut prendre la forme d'une opération psychique de déréalisation ou de dépersonnalisation, ou encore d'un vague sentiment d'insécurité.

– **les phénomènes moteurs élémentaires** : ils consistent en des réactions de sursaut, des tics, des impulsions à la fuite ou diverses attitudes d'alerte ou de défense, que le sujet avait eu lors de l'événement et qu'il reproduit. Ils accompagnent fréquemment les souvenirs forcés, ou la perception de stimuli déclencheurs dans l'environnement. Parfois, ils se produisent spontanément et s'accompagnent des mêmes sentiments d'insécurité et de frayeur suscités par l'événement traumatique.

– **les conduites de répétition** : ces conduites sont plus complexes et plus organisées que les phénomènes moteurs cités ci-dessus, et peuvent sembler motivées. Elles comprennent les accès de pleurs, les crises excito-motrices, les fugues, l'agressivité, les conduites suicidaires et auto-agressives, le besoin de raconter l'événement traumatique soit verbalement soit pas écrit, celui de contempler et de manipuler tout objet qui s'y rapporte, et enfin l'attirance pour les spectacles violents.

– **le cauchemar de répétition** : le rêve reproduit les conditions de l'événement traumatique initial ou une scène apparentée. Parfois, plusieurs événements traumatiques se mélangent dans la même scène onirique. Le sujet n'est pas spectateur de son rêve mais acteur : il geint, il crie, il se débat, etc. Pour certaines victimes de traumatisme, le rêve apparaît toutes les nuits, pour d'autres, il apparaît et disparaît de façon impromptue pour quelques jours ou quelques mois. Le réveil est brutal. Il laisse la personne désemparée et angoissée. Le cauchemar s'accompagne de manifestations neurovégétatives, telles que des sueurs, des tremblements, des pleurs, des cris, de l'agitation, etc. L'insomnie fait suite au cauchemar, l'individu redoutant que le cauchemar ne se reproduise s'il se rendort. Il n'est pas nécessaire que les sujets présentent les huit modalités de façon simultanée, ce qui est d'ailleurs rarement le cas, pour que le syndrome soit diagnostiqué. Certains individus présentent un éventail très riche de ces symptômes, alors que d'autres ne souffrent que de l'un ou de deux d'entre eux.

• **Les symptômes non spécifiques** :

D'autres symptômes sont également observés dans le syndrome psycho traumatique, symptômes présents dans d'autres troubles anxieux névrotiques tel que :

-Une asthénie : les individus traumatisés évoquent une lassitude générale, un puisement rapide à l'effort, des crampes et des fourmillements, une baisse des facultés d'attention, de mémorisation et de concentration, et enfin un émoussement du désir et du plaisir sexuel.

-Une anxiété : les traumatisés psychiques deviennent des sujets anxieux. On constate des crises d'angoisse sidérées ou agitées, des états anxieux se caractérisant par une tension interne, une appréhension à l'égard du monde ou une impression de danger imminent, et des personnalités anxieuses, pusillanimes et pessimistes.

-Des troubles psychosomatiques (céphalées, asthme, diabète, hypertension, colite, eczéma, etc.)

-Des symptômes d'allure névrotique, hystérique, phobique et obsessionnelle. Ces structures névrotiques s'actualisant par des productions de conversions échappatoires, de

phobies des situations rappelant le traumatisme et de rituels de protection vérificateurs et conjuratoires.

-Des tableaux d'allure paranoïaque avec méfiance et hostilité associée à une quérulence et des revendications en rapport avec le traumatisme.

- Des troubles de conduite ; alcoolisme, tabagisme, toxicomanie, boulimie anorexie, agressivité, tentative de suicide, etc.

D'autres répercussions sont à l'origine du traumatisme psychique, des répercussions progressives et durables, ceci concerne des modifications des traits de personnalité.

### **• Les modifications de la personnalité :**

Ces altérations de la personnalité correspondent à ce que devient la personnalité du sujet sous l'effet de l'expérience traumatique. Les sujets eux mêmes ont conscience des changements qui s'opèrent en eux et disent ne plus se reconnaître. Ces modifications profondes de la personnalité sont connues depuis la fin de la première guerre mondiale. Selon Crocq (1999), c'est à Otto Fénichel que l'on doit la définition de ces altérations, qu'il désignait sous le terme d'un triple blocage ou affaiblissement des fonctions du moi. Le blocage des fonctions différenciées du moi se comprend comme le résultat d'une énergie pleinement centrée sur la maîtrise de l'excitation envahissante et peu soucieuse des autres fonctions du moi :

#### **- le blocage de la fonction de filtration de l'environnement :**

Il se traduit par l'incapacité à reconnaître dans l'environnement les stimuli anodins des stimuli dangereux, et se matérialise par un état d'alerte permanent (réactions de sursaut, évitement de tout stimulus lié à l'événement, résistance à l'endormissement, sommeil léger, prospection de tout indicateur de danger, etc.). Il résulte de cet évitement phobique un perpétuel sentiment d'insécurité.

#### **- le blocage de la fonction de présence dans le monde :**

Il s'exprime par une perte d'intérêt et de curiosité pour le monde environnant. L'individu se désintéresse des activités antérieurement motivantes, perd ses centres d'intérêt et n'appréhende l'avenir qu'avec beaucoup de réserves. Il en résulte une réduction de l'activité générale, pouvant à l'extrême conduire à l'inaction totale et à la réclusion volontaire.

#### **- le blocage de la fonction d'amour et de relation à autrui :**

Il se traduit par une attitude ambiguë où se mêlent dépendance envers autrui et revendication à l'autonomie. Le sujet a le sentiment de n'être ni aimé, ni compris, ni soutenu



par autrui, dont il réclame une attention et une affection toujours surenchérie. Corrélativement, il se sent incapable d'aimer autrui ou de lui témoigner attention et affection. Il en résulte une certaine propension au retrait social, et de l'irritabilité ou de l'agressivité envers les autres.

#### **4-3-2 l'état de stress post-traumatique :**

Alors que l'état de stress post traumatique fait l'objet de notre deuxième hypothèse de recherche, nous allons tenter, ci-dessous, de lui consacrer une présentation plus exhaustive.

L'état de stress post-traumatique est défini dans les trois dernières versions du DSM, avec des modifications successives témoignant de l'expérience et de l'évolution de la pensée psychiatrique américaine sur le traumatisme psychique :

##### **• L'évolution des critères du PTSD :**

En 1980, les premiers critères diagnostiques du PTSD comprenaient les critères A : l'existence d'un événement stressant qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus, B : des reviviscences (souvenirs répétitifs et envahissants, rêves répétitifs, impression ou agissements soudains comme si l'événement allait se reproduire), C : un émoussement de la réactivité (réduction de l'intérêt pour des activités motivantes, détachement envers autrui, restriction des affects), et D : un ensemble de symptômes (état d'alerte, troubles du sommeil, culpabilité du survivant, troubles de la mémoire et de la concentration, conduites d'évitement envers ce qui rappelle l'événement, aggravation des symptômes lors de l'exposition à des stimuli évocateurs de l'événement). Le diagnostic exigeait la présence du critère A et d'au moins une des manifestations du critère B, une des manifestations du critère C et deux des manifestations du critère D. Deux formes cliniques étaient identifiées : une forme aiguë débutant dans les six mois suivant la confrontation à l'événement et durant moins de six mois, et une forme chronique ou différée persistant plus de six mois ou débutant à plus de six mois de l'événement .

Par deux fois le concept de PTSD a bénéficié de modifications dans les révisions dites DSM-III-R et DSM-IV, parues respectivement en 1987 et 1994. Dans le DSM-III-R, la forme clinique aiguë a disparu, le diagnostic exigeant une durée des symptômes minimale d'un mois. En revanche, la forme clinique différée a été maintenue pour les symptomatologies qui n'apparaissent qu'au terme d'un délai d'au moins six mois. Le critère B s'enrichit d'une manifestation : les reviviscences hallucinatoires (flash-back) s'accompagnant d'un vécu dissociatif. Le critère C s'étoffait d'une nouvelle manifestation : le sentiment d'avenir bouché,

et se doubla d'un critère lié à l'évitement persistant des stimuli associés au traumatisme : évitement des pensées, sentiments, activités et situations rappelant l'événement. Dans le critère D, ont été supprimées les manifestations inconstantes de culpabilité du survivant et de troubles de la mémoire, et ajoutées celles d'irritabilité et d'accès de colère. L'établissement du diagnostic exigeait la présence du critère A et d'au moins une des manifestations du critère B, trois des manifestations du critère C et deux des manifestations du critère D. Sept ans plus tard, dans la quatrième version du DSM est créé à côté du PTSD un nouveau diagnostic d'Etat de stress aigu (Acute Stress Disorder).

Reprenant partiellement les manifestations symptomatiques de l'état de stress aigu (Acute Stress Disorder), ce trouble s'e distingue du PTSD par des symptômes dissociatifs et un critère de durée de deux jours à quatre semaines après la confrontation à l'événement.

#### **• Les critères diagnostiques du DSM-IV :**

L'Etat de Stress post-traumatique se caractérise par un certain nombre de critères, dérivés du DSM-IV (1994), que nous présentons ici (voir également le tableau) :

- En premier lieu (critère A), la personne doit avoir été exposée à un événement dit traumatique présentant les deux éléments suivants :
  - La personne a vécu, a été témoin ou a été confrontée à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu trouver la mort ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de blessures graves, ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.
  - La réaction de la personne à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

La notion d'événement traumatique n'est apparue que dans la quatrième version de la nomenclature américaine. Aussi, le DSM-III mentionnait-il « l'existence d'un événement stressant patent qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus », et le DSM-III-R « un événement hors du commun qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus ». On est donc passé de l'événement stressant patent à l'événement hors du commun puis à l'événement traumatique, qui au demeurant ne se limite plus aux seuls sujets directement exposés, mais intègre également les victimes indirectes et les témoins de scènes insoutenables. Cette restriction correspondait à la volonté de ne pas reconnaître aux vétérans non blessés de la guerre du Viêtnam le droit à une quelconque indemnité financière (De Clercq, 2001 ; cité par Joly 2002).

En outre, la confrontation à ce type d'expérience n'est plus suffisante pour établir le diagnostic de PTSD, la victime présente également une panoplie de symptômes répartis en trois catégories, la reviviscence de l'événement traumatique (critère B), l'évitement persistant de stimuli associés au traumatisme et l'émoussement de la réactivité générale (critère C), et l'activation neurovégétative (critère D).

- L'événement traumatique est constamment revécu de l'une (au moins) des façons suivantes (Critère B) :

- Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions.
- Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse.
- Impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (illusions, hallucinations, flash-back).
- Sentiment intense de détresse psychologique lors de l'exposition à des indices externes ou internes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause.
- Réactivité physiologique, de type tachycardie, transpiration, sensation de froid, tremblements, etc., lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer un aspect de l'événement traumatique en cause.

Ces symptômes de réminiscence (à dominance cognitive) et de reviviscence (à dominance émotionnelle) s'inscrivent dans ce que l'on appelle classiquement le syndrome de répétition, pathognomonique à l'état de stress post-traumatique. Il ne faut en effet qu'un seul des symptômes d'intrusion pour diagnostiquer le PTSD. Ces symptômes se réitèrent sans que le sujet puisse en contrôler la fréquence ou l'intensité. Ils peuvent survenir spontanément ou en réaction à un indice environnemental évoquant directement ou symboliquement le traumatisme, et s'accompagnent d'un cortège de manifestations neurophysiologiques.

Notons au passage que cette réactivité physiologique n'est rattachée au syndrome de répétition que depuis la quatrième version du DSM ; auparavant elle figurait parmi les critères d'hyperactivité neurovégétative (critère D).

- La seconde série de symptômes (critère C) correspond aux attitudes et comportements d'évitement des stimuli associés au traumatisme et à l'émoussement de la réactivité générale.

Le diagnostic nécessite la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

- Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme.

- Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme.
- Incapacité à se rappeler d'un aspect important du traumatisme.
- Réduction nette de l'intérêt pour des activités antérieurement importantes ou réduction de la participation à ces mêmes activités.
- Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
- Restriction des affects, telle que l'incapacité à éprouver des sentiments tendres.
- Sentiment d'avenir « bouché » concernant la vie professionnelle (ne pas pouvoir faire carrière), conjugale (ne pas pouvoir se marier), familiale (ne pas pouvoir avoir d'enfants), etc.

Les symptômes d'intrusion décrits plus haut sont à l'origine des conduites d'évitement à l'égard de tout stimulus susceptible d'évoquer de près ou de loin le traumatisme. Dans la mesure où il suggère un processus actif de la part du sujet, le terme « évitement » ne semble véritablement approprié qu'aux deux premiers items. L'incapacité à se rappeler d'un ou plusieurs aspects importants de l'événement ne témoigne pas nécessairement d'une lutte pour repousser son souvenir. Certaines victimes se désespèrent au contraire de l'infidélité de leur mémoire à l'égard de l'événement et fouillent leurs souvenirs pour reconstruire cette parcelle de leur histoire qui leur est inconnue.

- Finalement, deux des cinq manifestations d'activation neurovégétative (critère D), présentées ci-dessous, sont nécessaires à l'établissement du diagnostic complet de PTSD :

- Sommeil interrompu par des cauchemars intensément vécus, suscitant l'appréhension des phases de repos et des difficultés d'endormissement.
- Irritabilité et accès de colère.
- Difficultés de concentration et de l'attention.
- Hyper-vigilance à l'égard des situations rappelant l'événement ou des nombreuses activités quotidiennes susceptibles de devenir dangereuses.
- Réactions de sursaut exagérées.

- Le diagnostic de PTSD suppose que ces perturbations se manifestent durant un mois minimum (critère E). On parle de PTSD aigu lorsque la durée des symptômes est inférieure à un mois, et de PTSD chronique lorsque celle-ci est égale ou supérieure à trois mois. Outre la durée des symptômes, les critères diagnostiques considèrent le temps de latence entre l'événement traumatique et l'apparition des premières perturbations. En effet, les symptômes peuvent survenir des années après la confrontation avec l'événement. Lorsqu'un décalage de six mois minimum est observé entre l'événement et l'apparition des symptômes, on parle de

PTSD à survenue différée. Néanmoins, il faut admettre que l'évolution du PTSD n'est pas toujours aussi linéaire et que des périodes d'intensification, d'atténuation, voire d'extinction, des symptômes peuvent alterner temporairement ou toute la vie ([www.bullyonline.org/stress/ptsd.htm](http://www.bullyonline.org/stress/ptsd.htm)).

- Enfin, ces perturbations doivent entraîner une souffrance significative ou une détérioration du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (critère F).

Apparu dans le DSM-IV, ce nouveau critère témoigne de la prise de conscience des retombées psychosociales majeures sur la vie quotidienne que peut entraîner un traumatisme psychique. Conjointement, il limite le diagnostic, en excluant les cas modérés ou mineurs relativement bien supportés et sans grandes répercussions sociales.

Le concept d'état de stress post-traumatique présente le mérite d'avoir réhabilité l'entité diagnostique européenne de névrose traumatique oubliée au lendemain de la seconde guerre mondiale, et facilité l'émergence de tout un corpus de travaux actualisant l'expérience de la psychiatrie essentiellement américaine mais aussi européenne.

#### **4-4 Les autres répercussions du traumatisme psychique**

##### **4-4-1 Les cas incomplets :**

De plus en plus fréquemment est pris en compte ce que l'on appelle le PTSD incomplet ou ce que Stein nomme un état de stress post traumatique subsyndromique. C'est-à-dire une affection psychiatrique pour laquelle quelques manifestations cliniques manquent à l'établissement du diagnostic de PTSD. Or, il apparaît que les victimes relevant d'un PTSD incomplet affichent des difficultés d'adaptation à la vie quotidienne rivalisant parfois avec celles des sujets présentant l'ensemble des critères du DSM nécessaires à l'établissement du diagnostic de PTSD (Stein et al, 1997 ; cité par Jolly ; 2003).

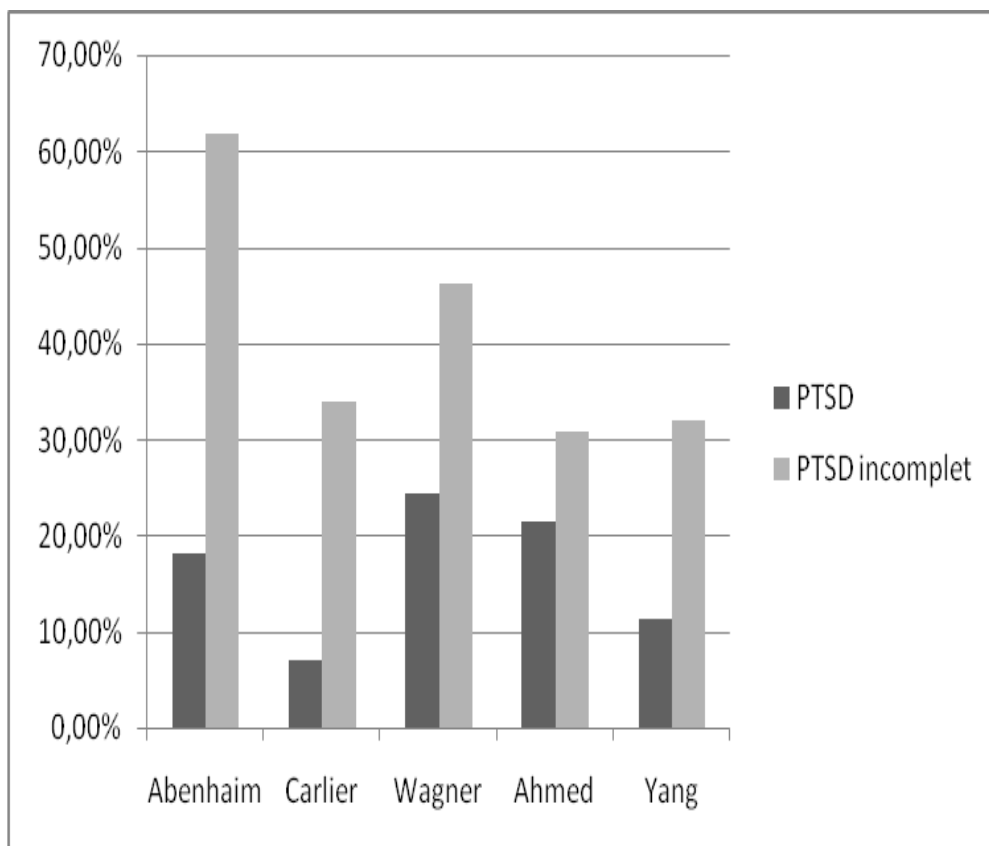
A ce propos, les victimes présentant un PTSD incomplet ont fait l'objet d'une attention particulière, On peut citer Amaya-Jackson qui a effectué une étude épidémiologique sur un large éventail de la population américaine, étude publiée en 1987, où il a conclu que 15 % de la population générale aurait présenté une symptomatologie d'état de stress post traumatique incomplet (Vila, Porsch, Mouren-Simeoni ; 1999). Ou encore une étude effectuée par Ahmad et al (2000) sur des enfants irakiens âgés de 4 à 8 ans, réfugiés en Suède depuis un an. Cet auteur a conclu que 21,4 % des enfants souffrent d'un PTSD, tandis que 30,9 % présentent un PTSD incomplet.

Une étude réalisée sur 254 victimes d'attentats à l'explosif (liés à la situation politique au Proche et Moyen Orient) perpétrés en France entre 1982 et 1987, évalue la prévalence du PTSD à 18,1 % et celle du PTSD partiel à 61,8 % (Abenhaim et al, 1992 ; Dab et al, 1991).

En septembre 1999, c'est Taiwan qui fut frappée par un tremblement de terre faisant 2 500 morts et détruisant 17 048 habitations. Trois mois après la catastrophe, le taux de PTSD est de 11,3 % et celui de PTSD sub-syndromique de 32 %. (Yang et al, 2003).

Par ailleurs, une étude sur 402 sapeurs-pompiers allemands estime à 24,5 % et 46,2 % les taux de PTSD complet et incomplet, en dehors de toute référence à un événement spécifique (Wagner & al, 1998). Une étude concernant 262 policiers hollandais évalue à 7 % et 34 % les taux de PTSD complet et incomplet dans les douze mois qui suivent la confrontation à un événement potentiellement traumatique (Carlier & al, 1997).

Selon leur ancienneté, ces études utilisent les critères diagnostiques du DSM-III, III-R ou IV. Bien qu'elle varie considérablement selon le type de traumatisme subi, la prévalence du PTSD incomplet est substantielle parmi les victimes.



**Figure 4 : Prévalence du PTSD et du PTSD incomplet**

#### **4-4-2 les cas atypiques :**

L'atypie est ce qui ne se conforme pas au modèle pris comme référence et qu'on peu difficilement classer. Parmi les séquelles traumatiques il existe également des cas non conformes à la symptomatologie traumatique type où on observe un symptôme psychonévrotique, à l'exemple de l'hystérie (ce qui a été le plus fréquemment observé), dominant le tableau clinique au point d'occulter tous les autres. Ou aussi les troubles psychosomatiques qui sont pour certains patients le seul mode d'expression et la seule forme d'extérioriser une névrose traumatique sous-jacente.

#### **4-4-3 Les séquelles psychotiques :**

Il existe également des réactions psychotiques aiguës à des événements traumatisants où le sujet a subi une altération durable et grave le rendant totalement invalide. Souvent il ne s'agit là que de psychoses endogènes dont l'éclosion a été facilitée par une conjoncture psycho-traumatique.

#### **4-4-4 Les séquelles éphémères :**

Il arrive que des victimes d'événement traumatisant présentent à un moment donné une symptomatologie traumatique éphémère. A cet effet nous citerons une étude réalisé par Bouthillon (1986 ; cité par Crocq, 1991), auprès des victimes des attentas terroristes de Paris en 1986. Ce dernier a rapporté que plusieurs victimes ont transitoirement souffert de symptômes de répétitions, d'un état d'alerte vigile avec difficulté d'endormissement, de troubles phobiques vis-à-vis de stimuli traumatogènes et d'un repli de la personnalité.

#### **4-4-5 Les cas sans séquelles :**

Il existe quelques individus qui déclarent être sortis indemnes ou même renforcés après avoir vécu un événement plausiblement traumatisant. En effet un même événement peut être traumatisant pour l'un et ne pas l'être pour l'autre, car la notion de traumatisme, comme la souligne Freud, est relative. C'est le vécu qui donne le caractère traumatisant et non l'événement lui-même.

Après avoir abordé le traumatisme psychique, ses caractéristiques et ses conséquences et étant donné que notre étude s'articule autour des adolescents, nous allons voir maintenant l'apport de la littérature concernant cette tranche d'âge à ce sujet.

## **5- Le traumatisme psychique chez l'adolescent :**

D'après Gorski (2003), une étude a été effectuée aux Etats-Unis dans une communauté du Massachusetts, sur une population de 384 adolescents. Cette étude avait pour fin de mesurer la prévalence des PTSD à l'aide d'une grille regroupant des critères de diagnostique du trauma (The Giaconia Longitudinal Study of PTSD- 1995). Les résultats de cette enquête furent impressionnants puisqu'il a été diagnostiqué chez 6.3% des adolescents interrogés, l'existence d'un PTSD suite à un événement traumatisant qu'ils auraient vécu au cours de leur vie. ([www.tgorski.com/Terrorism/PTSDInChildren&Adolescents.htm](http://www.tgorski.com/Terrorism/PTSDInChildren&Adolescents.htm)). Ces résultats appuient le point de vue de Bailly (1995) qui affirme qu'il n'y a pas d'immunisation pour l'adolescent contre les événements traumatisants, car celui-ci arrive à un âge où son développement conceptuel et perceptuel lui assure une totale compréhension de l'irréversibilité de la mort. Dans cette même optique, Hamblen (2006) mentionne que le risque de développer un PTSD chez les adolescents est de plus en plus élevé, puisque ceux-ci vivent dans un environnement de moins en moins sécurisant, où la violence est partie intégrante de leur quotidien ([www.safeyouth.org/scripts/terrorism/responses.asp](http://www.safeyouth.org/scripts/terrorism/responses.asp)). Aussi, le risque qu'a un adolescent a développer un PTSD est souvent affecté par le degré de son exposition à l'événement traumatique, son implication émotionnelle, la sévérité, la durée et de la chronicité de l'événement traumatique.

Les conséquences du traumatisme psychique sur l'adolescent sont semblables à celles de l'adulte avec quelques caractéristiques propres à cet âge. Ainsi, l'adolescence est un âge où d'importants changements biologiques, psychologique, sociaux et cognitifs.

Pour Deykin (1999), l'adolescence c'est un âge où s'effectuent des changements structuraux au niveau du cerveau et où le moindre trauma pourrait induire à un arrêt du développement neurologique ou à une régression au stade neuro-structural précédant. Cette conclusion est tirée des travaux de Pynoos effectués sur une population de 37 adolescents qui ont survécu à un tremblement de terre. D'après cette étude il a été établi que ces adolescents ont été par la suite sujets à une rapide suppression de la cortisol et une importante chute de la methoxy-hydroxyphenylglycol (composante principale de la matière grise) ([www.ccapt.org/pagecontent/pdf/deykin\\_buka.pdf](http://www.ccapt.org/pagecontent/pdf/deykin_buka.pdf)).

Sur le plan psychologique et social, d'autres auteurs tel que Goguen (2006) ([www.traumatic-stress-treatment.com/about.html](http://www.traumatic-stress-treatment.com/about.html)) et Hamblen (2006), ont abordé le volet des réactions observées tels que: cauchemars, insensibilité émotionnelle, évitement de tout ce qui



pourrait rappeler l'événement traumatique, dépression, comportement antisocial, isolement, plaintes somatiques, idées suicidaires, baisse du rendement scolaire avec absentéisme, problèmes de sommeil et confusion, des excès de colère, de la méfiance, une crainte avec sentiment d'avenir bouché et la certitude de mourir avant l'âge adulte, une altération de l'estime de soi et de l'image du corps, parfois même des déviations sexuelles, l'utilisation excessive de drogue et d'alcool, l'accroissement de la violence, une détérioration des relations interpersonnelles, et parfois même une réexposition volontaire du sujet à d'autres situations traumatogènes.

Quoi qu'il en soit, les répercussions d'un événement traumatisant sur un individu peuvent être, à la fois, physiques, psychologiques et matérielles. Les victimes doivent être prises en charge d'une manière globale.

### **6-La prise en charge du trauma :**

La prise en charge des traumatisés s'effectue en trois étapes:

#### **6-1 Les soins immédiats :**

Lors de traumatismes psychiques, une équipe medico-psychologique doit être immédiatement présente sur les lieux de l'événement et entrer en scène dans les plus brefs délais, chose qui est difficilement réalisable en raison du caractère imprévisible de ces événements. Quand ceci est possible, cette équipe de secours doit comporter au minimum un infirmier, un psychiatre et un psychologue.

Après la confrontation à un événement traumatisant, il est nécessaire que toutes les victimes doivent être revues dans les jours suivant l'événement. C'est un temps essentiel de la prise en charge, facile à réaliser si les victimes sont hospitalisées plus difficile si elles sont rentrées chez elles et ont repris leurs activités.

Dans cette intervention, les américains parlent de « defusing », qui veut dire le « déchoquage psychologique » (Vitry, 1999). Cette pratique, dans laquelle tous les intervenants prennent part, consiste à inciter le sujet à mettre des mots sur ce qu'il a vécu et ressenti afin de se libérer de la surcharge émotionnelle engendrée par cette situation.

Après avoir donné les soins médicaux et les premiers secours aux victimes l'intervenant tente de « dédramatiser » ou « déculpabiliser » la victime, il pourra également s'occuper des personnes en état d'hébétéude ou de sidération, en tentant d'établir avec eux un contact verbal, voire physique et ceci en évitant toute sollicitation trop insistante. En effet la possibilité pour la victime de raconter à sa manière l'épreuve traversée a un effet apaisant en

soi. Notons que la prescription d'un anxiolytique s'avère parfois nécessaire afin de soulager certains symptômes (contrôle de la colère, de l'anxiété, des cauchemars, etc.).

Souvent les troubles immédiats sont améliorés (sentiment d'hébétude, colère, etc.) mais d'autres symptômes peuvent apparaître : troubles du sommeil, céphalées, nervosité, irritabilité, etc.

### **6-2 Les soins post-immédiats :**

C'est la phase de ce que les américains appellent le « débriefing » et cela veut dire le bilan psychologique, méthode élaborée par J.T Mitchell (Vitry, 1999). Les soins post-immédiats se pratiquent en général de deux à sept jours après l'événement traumatisant et ne concernent que les personnes ayant développé un syndrome psycho-traumatique.

Durant cette phase, le psychologue encourage non seulement la verbalisation et l'élaboration du vécu de l'événement mais il fait aussi figure de passeur, puisque en permettant la mise en mots des émotions, celui-ci va reconnecter le passé au présent et restaurer la brèche causée par le trauma. Ainsi il permettra à la victime de repenser à l'événement traumatisant et le re-situer progressivement dans son histoire individuelle, c'est-à-dire rétablir une continuité psychique entre le passé et le présent et même se projeter dans l'avenir.

Notons que les victimes ne suivent pas toujours l'ordre chronologique de la méthode, un sujet pourrait rencontrer des difficultés à parler des émotions éprouvées au moment de l'événement lors de la première phase et ne les aborder qu'à la deuxième ou à la troisième étape, il est important de laisser toute personne s'exprimer à son aise et re-situer ses paroles dans le temps passé, présent et futur.

### **6-3 Les soins différés :**

Il arrive que le traumatisme soit le point de départ d'un état dépressif ou que le sujet développe un véritable traumatisme psychique. Dans ce cas des binômes de suivi médecin-psychologue s'entraident pour intervenir harmonieusement. Il existe divers types d'intervention pour traiter le traumatisme psychique: les thérapies de groupes, les thérapies cognitives comportementales, l'hypnose et les thérapies pharmacologiques. C'est au psychiatre et/ou au psychologue de choisir la méthode la plus appropriée et la plus efficace afin d'apporter toute l'aide nécessaire à la victime.

Enfin nous dirons que la prise en charge suppose une continuité dans le temps, une bonne coordination entre les différents intervenants et un accompagnement dans les différentes étapes de leur reconstruction. L'organisation d'une aide médicale, en coordination

avec les sapeurs-pompiers et les services de police. Puis finalement l'intervention du «débriefing» qui devrait en principe permettre d'éviter les répercussions psychologiques à long terme (syndrome de stress post traumatique) sont les éléments de base d'un système d'intervention en cas de traumatisme psychique.

Cette prise en charge est préconisée pour les personnes ayant subi un traumatisme psychique, en d'autres termes pour ceux ayant été confrontés à un événement violent et soudain. Cependant, il arrive qu'on soit confronté à la perte soudaine d'un proche, une perte qualifiée par certains auteurs de traumatisante.

### **7-Relation entre deuil et traumatisme :**

Ces dernières décennies, une pluralité d'études ont traité des différentes manifestations émotionnelles survenant à la suite de la perte d'un être proche. Il est établi que le deuil est un processus douloureux d'adaptation nécessaire suite à une perte. Toujours est-il que deuil et traumatisme psychique prêtent parfois à confusion. .

En effet, dans son ouvrage « étude sur l'hystérie », Freud rapporte que toutes les pertes sont caractérisées par un certain degré de trauma. L'endeuillé est séparé d'un être auquel il était fortement attaché et en qui il avait investi une grande partie de sa libido, et si cette séparation est vécue comme une situation traumatogène, c'est que la perte d'un objet d'amour confronte le sujet à sa propre impuissance, son impuissance à sauver l'objet. (Freud, 1915 ; cité par Si Moussi, 2002)

Smailovic quant à lui affirme que « la mort est avant tout une violence faite aux survivants, par l'interruption d'une continuité qu'elle provoque, par la perte qu'elle inflige, par la transformation radicale du corps qu'elle impose, par l'absence qu'elle laisse... Elle est une effraction du réel dans le psychisme humain ». Pour cet auteur quelle que soit la nature du décès c'est avant tout une effraction qui bouleverse les capacités d'adaptation de l'individu et une violence qui lui est faite. En effet, dans sa définition Smailovic fait notion de la violence subie par le survivant, et de la détresse qu'elle provoque. Ce même auteur renvoie à la notion d'effraction qui caractérise le traumatisme, ce qui a été bien développé par Freud en ce qui concerne le traumatisme.

Arrêtons-nous un instant sur la réflexion de ces deux auteurs « la mort est une situation traumatogène ». Si tel était le cas, combien seront nous aujourd'hui à souffrir d'une

symptomatologie traumatique ? Ou tout simplement qui d'entre nous ne serait pas victime de trauma ?

La vie nous apprend que le décès d'un proche est un événement important qui induit du stress à différents niveaux, mais il n'est pas systématiquement traumatisant. En effet, le décès d'un être cher pourrait être placé aux trois niveaux d'une échelle d'intensité de stress (Zech, 1994):

- Le premier niveau, d'intensité faible, représente les tracas de la vie quotidienne tel qu'un embouteillage en voiture, un verre que l'on laisse tomber, un repas que l'on laisse brûler ou de manière plus joyeuse, un examen que l'on vient de réussir.
- Le deuxième, d'intensité plus élevée, représente celui des événements stressants de vie, ou ce que Holmes et Rahe 1967 nomment « stressful life events ». On peut ici prendre comme exemples la perte d'un travail, le mariage, la naissance d'enfants, le début d'une carrière professionnelle.
- Et le troisième, au-delà de l'échelle de stress habituelle, représente les événements négatifs extrêmes ou des événements susceptibles d'induire l'Etat de Stress Post-Traumatique. On peut ici citer comme exemples, les viols, les meurtres, les accidents de la route, les catastrophes naturelles, les prises d'otages, etc.

On peut appliquer l'échelle de stress établie ci-dessus au deuil. Ainsi, la mort d'un proche pourrait être classée :

- au premier niveau, celui des tracas de la vie quotidienne si, par exemple, la personne décédée n'a de lien de proximité que le lien sanguin.
- au second niveau, la mort d'un être proche se trouve classée avec l'échelle de Holmes et Rahe (1967), la Social Readjustment Rating Scale. Ces derniers classent à l'échelon le plus intense le décès du conjoint (premier degré), au cinquième degré le décès d'un proche et au dix-septième degré le décès d'un ami proche.
- au troisième niveau de l'échelle de stress, on retrouve également le décès d'un proche parmi les conditions potentiellement traumatiques (perte violente ou subite d'un être cher, Green, 1991).

Il est certain que la mort d'un proche est beaucoup plus un événement stressant qui se traduit, dans un premier temps, par un état de choc, par une souffrance qu'on ne peut quantifier. Quant au processus de deuil qui en résulte, il est un processus individuel qui varie d'une personne à une autre. Cependant on peut diviser l'ensemble de ses symptômes en 4 sections : les symptômes affectifs, les manifestations comportementales, les symptômes

cognitifs et les changements physiologiques ; et si le processus de deuil et le traumatisme prêtent parfois à confusion, c'est que la symptomatologie du deuil normal est semblable à celle des critères de diagnostic de l'état de stress post traumatique. A cet effet, nous reprenons une comparaison effectuée par Zech (1994) où il rapproche les symptômes du deuil normal aux critères du PTSD tels qu'ils sont décrits dans le DSM-III :

### **Etude comparative entre PTSD et deuil :**

Remarque : un astérisque (\*) représente les critères relatifs au PTSD et qui ne sont pas présents dans la catégorie du deuil normal, ainsi ils identifient la différence.

#### **Critère A :**

même si elle est considérée comme une expérience commune et n'est pas inopinée, la perte d'un être cher provoque des symptômes de détresse chez la plupart des individus (déli, choc, sidération)

#### **Critère B : les symptômes de reviviscence**

Les souvenirs répétitifs, les rêves, les illusions, hallucinations et le phénomène "comme si", le sentiment de détresse quand le sujet est exposé à des événements ressemblant (ex. : anniversaires du défunt ou de son décès),

**Remarque :** dans le traumatisme psychique la reviviscence concerne l'événement ou un aspect de l'événement, alors que dans le processus de deuil les souvenirs sont relatifs au défunt ;

#### **Critère C : les symptômes d'évitement et de l'émoussement de la réactivité générale**

L'évitement des pensées ou sentiments, les efforts pour éviter les activités ou les situations qui éveillent des souvenirs, la réduction nette de l'intérêt pour des activités ayant une valeur significative, le sentiment d'être étranger aux autres, la restriction des affects, le sentiment que l'avenir est bouché;

\*Incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme.

### Critère D : Symptômes d'hyperactivité neurovégétative

les difficultés d'endormissement, l'irritabilité, colère, la diminution de concentration et réactions physiologiques lors de l'exposition à des événements ressemblant,

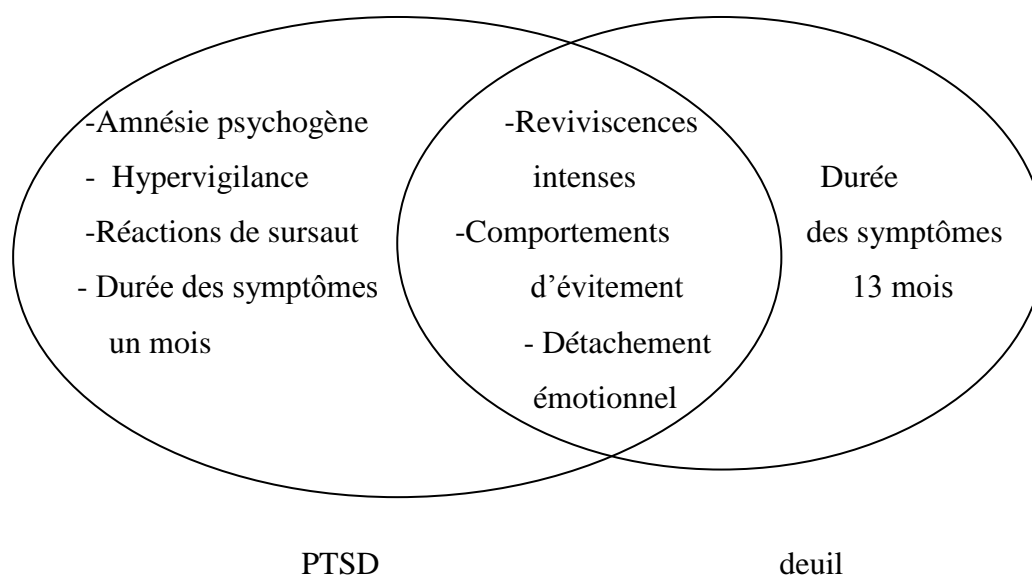
\* hypervigilance

\* réactions de sursaut

### Critère E

Alors qu'on a commencé à s'intéresser au deuil, les premiers auteurs, tel que Lindemann (1944) considéraient la durée du deuil allant de quelques semaines à plusieurs mois. Aujourd'hui les auteurs ont allongé cette période à un minimum de 13 mois, en d'autres termes après le premier anniversaire du décès, ce qui est bien au-dessus du mois exigé par le DSM pour porter le diagnostic du PTSD.

Le tableau ci-dessus témoigne d'une grande proximité entre ces deux symptomatologies. Cependant, il faut souligner que certains critères du PTSD ne sont « presque » jamais rencontrés chez les personnes endeuillées. Ces critères sont : l'amnésie psychogène, l'hypervigilance et les réactions de sursaut. Le schéma ci-dessous illustre avec plus de clarté nos propos :



Pour Marwitt (1996), la différence entre ces deux entités cliniques réside dans la nouvelle tâche que se voit attribuer la victime. Pour cet auteur, le défi de l'endeuillé est de réapprendre à vivre sans la personne perdue. Alors que le traumatisé doit redévelopper un sens de sécurité face au monde et reconditionner le réflexe de la peur.

Nous pouvons également ajouter que le deuil est associé à des caractéristiques de la relation avec la personne perdue tandis que le PTSD est associé à l'intensité du stressor, de la menace vécue.

Toutefois, il arrive qu'on puisse rencontrer tous les critères exigibles et de ce fait diagnostiquer un PTSD chez des endeuillés. C'est ce qu'a démontré l'étude de Schut et al. (1991) portant sur le deuil conjugal. Dans cette étude, les mesures étaient prises à 4, 11 18 et 24 mois après le décès, sur une population de 127 sujets. Bien que les causes de décès soient en grande majorité naturelles (94 %), deux-tiers des cas rapportent un haut niveau d'intrusion qui diminue avec le temps. Quant à l'évitement, il atteint 79 % des sujets après 11 mois. L'hyperactivité est présente chez 25 à 35 % des sujets. Au total, nous retrouvons une symptomatologie de PTSD chez 20 à 30 % de la population, ce qui est similaire à la prévalence observée pour d'autres événements déclencheurs de PTSD.

Il faut tout de même préciser que, comme pour tout événement traumatisant, c'est le vécu qui donne le caractère traumatisant et non l'événement lui-même. A ce propos Bacqué (2002) souligne que « la part traumatique d'un décès est essentiellement due à la violence de la menace ressentie par l'endeuillé ». Aussi il est important de mentionner que la présence de certains facteurs stimule l'apparition de symptômes traumatiques. A ce sujet Hanus (1995), rapporte que « la perte d'un être cher est traumatisante puisqu'elle nous renvoie à notre propre mort », il précise également qu' « elle n'est pas pour autant une source de complication ou de pathologie...puisque comme tout événement traumatique d'autres facteurs entrent en jeu ». En effet, parmi les facteurs pouvant être qualifiés de traumatiques nous citerons:

- Si le défunt fait partie de l'environnement social proche de la personne (Rando, 1993),
- L'âge du défunt : d'après Bacqué (2002), de nos jours, la mort d'un enfant est vécue comme un traumatisme du fait de sa rareté en raison des progrès de la médecine. Du coup les rituels et les représentations qui pourraient l'entourer ont été oubliés, alors qu'en moyenne âge, la mort d'un enfant était plus tolérée et acceptée comme volonté divine ;
- La nature ou les circonstances de la mort : les décès soudains sont plus traumatisants que ceux d'une personne « condamnée » à mourir, surtout quand il est question de morts violentes provoquées par des accidents, des suicides, des homicides, des catastrophes naturelles, des

guerres, et des décès d'enfants (Hanus, 1995). Pour Marwitt (1996) le décès peut également déclencher un PTSD si le défunt était atteint du HIV ;

- Si l'endeuillé a vécu à la fois une menace mortelle contre sa personne et a été témoin de la mort de proches ou d'inconnus (Bacqué, 2002);
- Une confrontation à une situation de mort collective (Bacqué, 2002) ;
- Une confrontation massive à des décès (Rando, 1993).

D'une manière générale, nous pouvons dire que c'est la violence et l'intensité de la menace de mort qui entraîne le basculement dans le syndrome psychotraumatique.



## **Conclusion :**

La littérature a apporté des éléments substantiels à notre objet d'étude. Elle nous renvoie au caractère critique de l'adolescence avec sa dynamique de développement rapide, ses difficultés d'adaptation (aux changements affectifs, psychologiques, intellectuels, physiques, relationnels et sociaux), l'émergence d'une sexualité plus exigeante, la nostalgie de l'enfance et la difficulté de se situer par rapport au monde adulte. Difficulté due à leur dépendance aux parents et concomitamment à leur désir d'autonomie.

Nous avons également montré que le processus de deuil est un travail qui demande une grande dépense d'énergie et qu'il concerne l'Homme dans sa globalité, soma et psyché. Ce travail est donc pénible et coûteux en énergie. Il peut à tout moment s'arrêter, l'endeuillé va se détacher de l'objet perdu et de tout ce qui l'évoque, ou encore être sujet à des complications qui vont entraver le cheminement du deuil.

De même, pour l'adolescent, le décès d'un parent plonge celui-ci dans une période de deuil dont les enjeux et le déroulement dépendent des circonstances du décès mais, aussi de l'intensité de la relation existante.

**Deuxième partie :**  
**approche méthodologique et pratique**

## **Chapitre IV : La méthodologie**

Si le progrès de la science a permis de diminuer considérablement le taux de mortalité, il n'a pas pour autant diminué la souffrance qui découle de chaque perte.

Or pour l'adolescent, le décès soudain d'un parent réunit à lui seul beaucoup de facteurs de risque qui font que le deuil peut devenir plus compliqué.

Ces facteurs pourraient être :

- une mort brutale, soudaine, qualifiée par certains auteurs de traumatisante.
- le fait que la mort touche une personne qui n'a pas encore eu le temps de se détacher complètement de son enfance. Une personne que Bowlby présente comme immature.
- le fait que le défunt soit une personne avec qui l'adolescent, d'après les auteurs, entretenait des relations, souvent, ambivalentes.

C'est en raison de toutes ces considérations que nous nous proposons ici d'étudier les réactions de deuil chez l'adolescent suite à la mort soudaine d'un parent. Pour cela, nous avons élaboré les hypothèses suivantes :

### **1-Rappel des hypothèses :**

#### **L'hypothèse générale :**

On observe des réactions non caractéristiques d'un deuil normal chez les adolescents lors de la mort soudaine d'un parent.

#### **Les hypothèses partielles :**

- 3- Les adolescents ayant vécu un deuil parental soudain présentent un état dépressif majeur ;
- 4- Les adolescents ayant vécu un deuil parental soudain présentent un état de stress post-traumatique ;

## **2- La pré -enquête :**

Dans le cadre de notre étude, nous avons réalisé une pre-enquête. Cette étape préliminaire a comme objectif de découvrir les aspects à prendre en compte auxquels nous n'avons pas pu penser spontanément et élargir ou rectifier le champ des lectures et des idées d'hypothèses ou les affiner. Ainsi Quivy et Campenhoudt (1995) voient en la pré-enquête un véritable gain de temps et d'énergie en matière de lecture et de construction d'hypothèses. Ce premier tour de piste nous permet aussi de récolter le maximum d'informations qui nous serviront à construire l'un des instruments de l'enquête qui sera l'entretien.

### **2-1 Le déroulement de la pré-enquête :**

Afin de réunir des sujets répondants aux critères demandés, nous nous sommes rapprochés du Centre Hospitalo-Universitaire de Constantine (CHUC) et du centre de psychiatrie Mahmoud Belamri, afin d'entrer en contact avec des jeunes gens venant consulter après la mort soudaine d'un parent. Malheureusement le corps médical concerné nous a informé de la non disponibilité des cas demandés et qu'il serait possible de les re-contacter ultérieurement. En raison du temps limité, nous nous sommes vus dans l'obligation de prendre des cas dans notre entourage.

Ainsi, Cette pre-enquête a concerné cinq adolescents, âgés de 14 à 19 ans, qui ont vécu un deuil suite à la mort soudaine d'un parent. Ces adolescents se sont exprimés une vingtaine de minutes. Il s'agit de :

- Deux jeunes soeurs, Hanan âgée de 19 ans, Loubna âgée de 17 ans qui ont perdu leur mère depuis un an suite à un arrêt cardiaque;
- Hawa, 14 ans, son père s'est suicidé il y a six mois;
- Mehdi âgé de 16 ans et son frère Rachid âgé de 14 ans ont perdu leur père depuis près de trois mois suite à un arrêt cardiaque.

Durant l'entretien que nous avons eu avec ces jeunes, nous avons utilisé des questions ouvertes afin d'éviter d'orienter ou de restreindre leurs réponses. Cet entretien a comporté les axes suivants :

- 1 - le premier axe consiste à recueillir des informations sur l'adolescent, le sexe, l'âge, la scolarité, la relation avec l'entourage;
- 2 - le deuxième axe comporte des questions sur la relation qu'entretenait l'adolescent avec le défunt;

3 - le troisième axe porte sur les circonstances du décès du parent et le vécu du sujet lors de l'annonce de la mort;

4 - le quatrième axe consiste à recueillir des informations sur les répercussions du décès sur les différents aspects de la vie du sujet (comportementaux, relationnels, émotionnels).

## **2-2 Résultat de la pré-enquête:**

Cette pré-enquête que nous avons menée auprès des adolescents a permis:

1- d'avoir une meilleure connaissance des caractéristiques de la population visée, comme les difficultés que ces jeunes rencontrent au quotidien, qu'elles soient d'ordre relationnel (que se soit avec les pairs, les parents, ou les enseignants), ou d'ordre scolaire ;

2- de constater que les filles se confient que les garçons et répondent à la majorité des questions, alors que ceux-ci ont tendance à les éluder.

3- de nous informer sur les questions sensibles auxquelles les sujets trouvent des difficultés à répondre, notamment celles concernant l'état psychique suite à l'annonce du décès et la relation ambivalente avec le défunt;

4- de remarquer une grande diversité dans les réponses des jeunes concernant les répercussions de cette perte. Cette diversité concerne aussi bien la réaction à l'annonce du décès (sidération, déni, cris, évanouissement, etc.), et de nous rendre compte des modifications ultérieures du comportement (accès de colère, isolement)

4 - de nous rendre compte de ce que ces jeunes ont en commun. Cette constatation concerne le fait que tous ces jeunes développent un sentiment de culpabilité ou ont tendance à culpabiliser quelqu'un d'autre, qu'ils sont sujets à une grande détresse morale, des cauchemars et des manifestations psychosomatiques et comportementales ce sont ces réactions qui vont orienter le choix de nos hypothèses.

## **3-Présentation de l'enquête :**

Pour recueillir les informations auxquelles renvoient nos hypothèses, nous avons choisi la méthode clinique centrée sur l'analyse de cas. Pour réaliser ces études de cas, la constitution de la population et le choix des outils d'investigation ont fait l'objet d'une attention particulière.

Il est question dans notre problématique, de l'impact psychique potentiel de la mort soudaine d'un parent chez l'adolescent. Pour constituer notre population nous nous sommes

tournés vers le secteur éducatif et plus précisément les U.D.S (Unité de Dépistage et de Suivi) des écoles du moyen.

En effet, notre choix s'est porté sur l'U.D.S « Khaled Ibn El Walid », située à la cité Daksi. Le choix de cet établissement est justifié par la raison que nous connaissons la psychologue clinicienne de l'unité ; ceci nous a facilité le contact avec les surveillants de l'établissement qui étaient les mieux placés pour connaître l'histoire des élèves. Afin d'avoir un plus grand nombre de sujets, nous nous sommes également orientés vers le C.E.M Kadi Boubaker de la cité Filali où deux cas nous ont été signalés.

### **3-1 Présentation de la population :**

S'agissant d'une étude clinique centrée sur l'évaluation au cas par cas, seules deux conditions ont été retenues pour la constitution de notre population, il s'agit de l'âge et de la manière dont le parent est décédé.

1 – L'âge : l'âge de la population étudiée a été défini de manière à inclure les adolescents de 13 à 15 ans afin d'éviter d'inclure de jeunes sujets qui ne sont peut être pas encore en phase pubertaire.

2- Concernant la manière dont le parent est décédé, nous avons insisté sur le fait que la mort du parent fut inopinée, qu'elle soit due à un accident, un arrêt cardiaque, un meurtre ou à une maladie. Nous nous sommes uniquement intéressé à ceux qui n'étaient pas psychologiquement prêts à envisager la mort du parent.

Nous avons voulu rassembler une population plus au moins importante qui devait nous offrir la possibilité d'observer une variété suffisante de cas. Au début de notre enquête nous avons pu réunir 6 cas dont 4 garçons et 2 filles qui avaient tous perdu un parent d'une mort soudaine depuis 1 à 24 mois. En ce qui concerne les critères de diagnostic du PTSD (critère de diagnostic sur lesquels s'appuie notre deuxième hypothèse), il est mentionné que pour porter un diagnostic d'un PTSD, les symptômes cités doivent subsister au delà d'un mois. Mais que dans la moitié des cas observés une régression complète des symptômes survient en trois mois. De ce fait, ces données nous ont incité à ne prendre en considération que les adolescents dont le décès du parent a eu lieu il y a moins de trois mois. Après avoir effectué un premier contact avec les sujets, nous n'avons pu garder que quatre qui répondaient aux critères définis.

### **3-2 Caractéristiques de la population :**

	sexe	âge	scolarité	Le parent décédé	l'âge du parent décédé	La cause du décès
<b>Ayoub</b>	masculin	14 ans	3ème année moyenne	Le père	43 ans	Arrêt cardiaque
<b>Hawa</b>	féminin	14 ans	3ème année moyenne	Le père	51 ans	inconnue
<b>Loubna</b>	féminin	15 ans	4ème année moyenne	La mère	50 ans	Arrêt cardiaque
<b>Karima</b>	féminin	15 ans	4ème année moyenne	La mère	52 ans	Cirrhose

### **4- Les outils d'investigation :**

Afin de vérifier nos hypothèses nous avons jugé utile de nous appuyer sur :

#### **4-1 l'entretien de recherche:**

La plupart des auteurs définissent l'entretien comme étant l'action d'échanger des paroles avec une ou plusieurs personnes. Au cours de nos lectures, nous avons croisé une simple et exhaustive définition qui nous paraît fort intéressante, c'est celle d'un professeur de méthodologie Blicharskiblichars (2005), qui définit l'entretien comme «un dialogue provoqué».

Pourquoi un dialogue ? Parce que dans la majorité des cas il s'agit d'une situation à deux et seulement à deux, même si on assiste à certaines pratiques d'entretien en groupe.

Pourquoi provoqué? Parce qu'il ne naît pas du hasard et relève d'une autre finalité que le simple plaisir des interlocuteurs. Il vise essentiellement une quête d'informations sur un objet.

Dans notre étude, le choix de l'entretien est justifié par les constatations suivantes :

- L'entretien nous permet de suivre l'individu durant une circonstance de sa vie (qui est ici le deuil d'un parent), de comprendre les enchaînements, les logiques, de l'expérience de l'individu, des interprétations qu'il en fait, et rapporter le discours même de la personne tout en le respectant et en gardant ses propres cadres de référence,
- récolter le maximum d'informations grâce aux questions ouvertes et semi ouvertes,
- Etre plus près des adolescents victimes de deuil parental, cette spécificité constitue un atout indéniable puisqu'elle nous permet l'évaluation des conduites émotionnelles

Ainsi nous avons procédé à un entretien semi directif par lequel nous avons tenté d'explorer les thématiques suivantes :

- 1 - la famille, sa composition et son fonctionnement ;
- 2 - l'histoire personnelle du sujet, son quotidien et les événements marquants (éventuellement des deuils antérieurs) ;
- 3 - les relations de l'adolescent au sein de sa famille et à l'extérieur ;
- 4 - le jour du décès du parent ;
- 5 – les changements dans la vie du sujet après le décès du parent.

Si nous avons abordé avec chaque adolescent les thématiques ci-dessus c'était dans l'intérêt suivant :

- 1- reconstruire le cadre familial dans lequel vit l'adolescent, ses caractéristiques, les positions et les rôles des personnes qui vivent sous le même toit ;
- 2 - retracer l'histoire personnelle de l'adolescent et repérer les événements marquants et notamment leurs incidences sur le sujet ;
- 3 - préciser les relations de l'adolescent avec son entourage ceci dans un double intérêt qui est de prendre connaissance de la qualité des relations de l'adolescent avec le défunt, mais aussi, pour pouvoir mieux estimer les changements d'ordre relationnels (concernant l'adolescent) survenu à la suite du décès du parent, si il y en a ;



4 - avoir connaissance du vécu de l'adolescent lors du décès du parent (son état psychique, ses réactions) ;

5 – dépister l'incidence du décès du parent sur l'adolescent que ça soit sur sa santé mentale ou physique, changements d'ordre relationnel, loisirs et intérêts, la scolarité, ou autres. Une fois ces informations répertoriées et analysées, elles seront d'un apport considérable pour étayer nos hypothèses.

Ces thèmes nous ont donc servi de structure pour conduire les entretiens auprès des adolescents.

#### **4-2 Les critères de diagnostic du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux IV-PC (1994):**

Le DSM-IV- PC est un manuel de diagnostic de la psychiatrie américaine, il regroupe une panoplie de troubles mentaux ou de troubles résultants de l'absorption de substances telles que l'alcool, la drogue, les psychotropes. Le DSM-IV recourt à des algorithmes pour établir un diagnostic à partir d'un tableau clinique.

Pour notre étude nous avons utilisé le DSM-IV pour appuyer nos hypothèses qui sont l'apparition soit d'un PTSD, soit un trouble dépressif suite à la perte d'un parent.

#### **Critères de diagnostic de l'état de stress post traumatique :**

Dans le DSM-IV-PC, le diagnostic d'un PTSD est porté lors de la présence simultanée d'un certain nombre de critères qui sont :

A- La personne a été exposée à un événement traumatique au cours duquel les deux critères suivants étaient présents :

1-La personne a été exposée, témoin ou confrontée à un ou des événements qui ont impliqué la mort, ou des blessures graves ou une menace à son intégrité physique (Traumatisme direct), ou menaçant la vie d'autrui (traumatisme indirect).

2- La réaction de la personne impliquait une peur intense, de la détresse ou de l'horreur.

B- L'événement traumatique est revécu de façon persistante, de l'une ou plusieurs des façons suivantes :

1- Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement incluant des images, pensées, perceptions ; flash-back.

2-Rêves répétitifs et pénibles de l'événement ;

3- Impression ou agissement soudain comme si l'événement traumatique se reproduisait ;

4- Intense détresse psychologique lors de l'exposition à des stimuli internes ou externes ressemblant à un aspect du traumatisme ou symbolisant celui-ci ;

5- Réactivité physiologique lors de l'exposition à des stimuli internes ou externes ressemblant à un aspect du traumatisme ou le symbolisant.

C- Evitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (non présent avant le trauma) qui s'expriment par trois ou plus des symptômes suivants :

1- Effort pour éviter les pensées, sentiment ou conversations associés au traumatisme ;

2- Effort pour éviter les activités, endroit ou gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme ;

3- Incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme ;

4- Réduction nette de l'intérêt ou de la participation pour les activités de valeur significative ;

5- Sentiment de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres ;

6- Restriction des affects (ex. : Incapacité de ressentir des sentiments amoureux) ;

7- Sentiment que l'avenir est 'bouché', que sa vie ne pourra plus se dérouler normalement.

D- La personne présente deux ou plusieurs symptômes persistants traduisant une hyperactivité neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) :

1- Difficultés à s'endormir ou sommeil interrompu ;

2- Irritabilité ou accès de colère ;

3- Difficulté de concentration ;

4- Hyper vigilance ;

5- Réaction de sursaut exagérée.

E- Les symptômes B, C et D sont présent durant au moins un (01) mois.

F- Le problème entraîne une détresse cliniquement significative ou un dysfonctionnement au niveau social, professionnel ou dans un autre domaine de fonctionnement important.

### **Critères de diagnostic de la dépression :**

Dans le DSM-IV il est mentionné qu'un diagnostic d'un trouble dépressif majeur doit être envisagé après un deuil si le syndrome dépressif est encore présent deux mois après la perte.

### **Critères du DSM-IV concernant l'épisode dépressif majeur :**

A- Au moins 5 des symptômes suivants doivent avoir été présents et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ;

1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet ou observée par les autres ; se sent triste, vide, pleure.

2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours.

3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

4) Insomnies ou hypersomnies presque tous les jours.

5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours.

6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée presque tous les jours.

8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours.

9) Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentatives de suicide ou plan précis pour se suicider.

B- Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.

C- Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D- Les symptômes ne sont pas imputables aux effets d'une substance ou d'une affection médicale générale.

De plus la présence de certains symptômes non caractéristique d'une réaction « normale » de deuil doit faire porter le diagnostic d'un trouble dépressif majeur. Ces symptômes comprennent :

- 1- une culpabilité a propos de choses autres que les actes entrepris ou non par le survivant à l'époque du décès ;
- 2- des idées de mort chez le survivant ne correspondant pas au souhait d'être mort avec la personne décédée ;
- 3- des sentiments morbides de dévalorisation ;
- 4- un ralentissement psychomoteur marqué ;
- 5- une altération profonde et prolongée du fonctionnement ;
- 6- des hallucinations autres que celles d'entendre la voix ou de voir fugitivement l'image du défunt.

Les critères suscités seront à rechercher lors de l'analyse des entretiens de nos sujets.

#### **4-3 L'observation :**

L'attitude et le comportement du sujet lors de l'entretien sont très souvent révélateurs et nous fournissent ainsi un complément d'informations.

#### **4-4 l'analyse de contenu :**

Une fois les entretiens terminés, ceux-ci seront soumis à une analyse descriptive et objective dans le but de mettre en évidence les inférences.

Ainsi Bresleau (1971) définit l'analyse de contenu comme : « une technique de recherche pour la description objective, systématique et quantitative du contenu manifeste des communications ayant pour but de les interpréter. » (Bardin, 1977)

Dans notre étude, nous procéderons à l'analyse catégorielle. Cette méthode comporte les opérations suivantes :

#### **4-4-1 La définition des catégories :**

Cette étape consiste à préciser les catégories selon lesquelles on regroupera les unités d'information que l'on s'attachera à extraire des entretiens.

Selon Aktouf (1984), on appelle catégorie la caractéristique selon laquelle on regroupera un certain nombre de répondants ou d'éléments. Cette caractéristique étant commune à tous ces répondants ou ces éléments.

Dans notre étude, nous avons établi deux catégories, et ce, en fonction de nos hypothèses :

- **Catégorie A** : regroupe les conséquences symptomatiques liées à l'état de stress post-traumatique ;
- **Catégorie B** : regroupe les conséquences symptomatiques liées à l'état dépressif.

Ces catégories et leurs sous-catégories répondent aux critères de diagnostic du DSM-IV-PC.

#### **4-4-2 Découpage, reformulation et distribution des unités d'information:**

Aktouf appelle unité d'information l'élément le plus petit possible qui sera retenu pour signifier l'appartenance d'un sujet à une catégorie ou à une autre. En d'autres termes, c'est ce qui sera retenu comme unité signifiante d'une attitude, d'une position, d'une opinion. Ce peut être des mots, des phrases, des idées générales ou des passages complets. En ce qui nous concerne, nous allons retenir toute phrase signifiante qui pourrait renvoyer aux deux catégories préalablement définies et classer chaque une de ces unités sous la catégorie adéquate.

#### **4-4-3 La quantification :**

Dans cette dernière étape, il s'agit de transformer en quantités mathématiquement traitables les éléments retenus et décomptés dans les étapes précédentes :

- On dénumbrera les unités d'information par catégorie et sous-catégorie;
- On va établir les fréquences d'apparition de toutes les d'unités d'information et accorder à chaque une un pourcentage d'apparition;
- On dégagera les fréquences et le pourcentage de chaque catégorie par apport à l'ensemble du discours.

Enfin, nous allons comparer entre elles les fréquences pondérées ainsi obtenues, et tenter, à la lumière des résultats quantitatifs des entretiens et des critères du DSM-IV-PC, de faire une approche quant à l'éventuelle présence d'un état de stress post-traumatique et un état dépressif.

#### **4- 5 Le test du Rorschach :**

Le test du Rorschach a été inventé par Hermann Rorschach en 1920. Il appartient à la catégorie des tests dits projectifs.

Le test de Rorschach est composé de 10 planches représentant des formes floues (taches d'encre) symétriques noires (I, IV, V, VI, VII), grises avec des taches rouges (II et III) et trois planches avec des couleurs pastels comportant des vides (trous blancs) (VIII, IX, X).

En présentant les planches au sujet une à une, le testeur note les propos du sujet, son attitude et du temps de latence et de réponse à la planche. Dans un deuxième temps le testeur procède à la cotation des réponses selon une grille de cotation spécifique au test.

Le testeur procède ensuite à une analyse quantitative à partir d'un psychogramme.

Le psychogramme regroupe le total de chacune des quatre colonnes de cotation. Il permet de mettre en évidence quel est le type d'appréhension du sujet, le déterminant dominant (forme, couleur, estompage, etc.), la diversité des contenus (humain, animal, objet, etc.) ainsi que le nombre de réponses banalité.

A partir de ces totaux le testeur calcule le pourcentage pour chaque catégorie afin de les comparer aux normes de la population de référence. Cela permet de comprendre le fonctionnement intellectuel, la socialisation c'est-à-dire la manière dont le sujet s'adapte à son environnement social et l'affectivité.

Le Rorschach est un matériel assez riche puisqu'il a la particularité de donner des indications précises concernant le fonctionnement psychique d'une personne à un moment précis de son histoire comme il permet de diagnostiquer quelques tableaux cliniques.

Dans notre cas, le Rorschach nous permet non seulement de saisir le fonctionnement psychique du sujet dans sa totalité mais aussi il nous permet de diagnostiquer l'état dépressif qui fait l'objet de notre première hypothèse.

Au niveau des facteurs présents dans le psychogramme, l'existence d'un état dépressif s'exprime par :

- l'augmentation des réponses déterminées par la forme (F) ;
- l'augmentation du pourcentage des réponses de déterminant animal (A) ;
- la réduction ou l'absence d'originalité (O) ;
- la réduction du nombre de réponses ;
- un temps de réaction élevé ;
- un nombre de contenu humain détail supérieur au nombre des contenus humain (Hd>H) ;
- conscience aiguisée de l'attitude interprétative ;
- la présence d'une succession rigide ;
- le nombre des réponses globales est inférieur à trois (G<3) ;
- type d'appréhension GDd ;
- le type de résonance intime coartif.

### **Observation a propos du corpus :**

Le corpus que nous avons recueilli auprès de la population est constitué des résultats de quatre investigations psychologiques. Il sont composés de :

- 1- Une série d'entretiens menés avec chaque adolescent ;
- 2- quatre protocoles du test de Rorschach ;
- 3- des observations tirées au cours des entretiens.

## **Chapitre IV : La partie pratique**

### **Présentations des cas :**

Quatre cas nous permettront de vérifier nos hypothèses.

### **Présentation du premier cas :**

#### **Ayoub :**

Ayoub a quatorze ans, quand nous l'avons vu pour la première fois il venait de perdre son père depuis un mois et demi suite à un arrêt cardiaque.

Ayoub est un garçon très calme, dynamique éloquent et sage pour un garçon de son âge. Il était à l'aise dès la première séance, il s'exprimait ouvertement et abordait tous les aspects de sa vie sans aucune gêne et répondait à toutes nos questions.

#### **Le contexte familial :**

Ayoub est le deuxième d'une fratrie de quatre enfants, deux garçons et deux filles. L'aîné est âgé de seize ans, il a arrêté ses études à la fin du cycle primaire et travaille aujourd'hui avec son oncle paternel qui est commerçant. Sa sœur plus jeune que lui fréquente l'école primaire et est en cinquième année. La cadette est décédée en 2003 à l'âge de trois ans suite à un ictère. La mère âgée de quarante ans a toujours été femme au foyer. Quant au défunt, c'était un commerçant qui tenait un magasin d'alimentation générale, il est décédé alors qu'il avait quarante trois ans.

#### **Histoire personnelle :**

Ayoub ainsi que sa mère soutiennent que celui ci n'a jamais posé de problèmes, il a eu une enfance calme et heureuse jusqu'au décès de sa sœur dont il était très proche et avec qui il passait la plupart de son temps.

Le décès de la petite sœur a beaucoup affecté Ayoub, celui-ci faisait des absences et était devenu énurétique, il a été suivi par un psychologue et un neurologue durant plusieurs mois et ces derniers avaient imputé son état au décès de sa soeur. Les souvenirs de Ayoub à propos du jour du décès de sa soeur sont encore tout frais, à ce sujet il dit : « Je suis sorti de l'école...le matin. Je suis parti chez mon grand- père, j'ai frappé mais personne n'ouvrait la porte, j'ai décidé donc de rentrer chez nous. Sur le chemin, j'ai rencontré un ami de mon père, il m'a dit que ma sœur est morte, je ne l'ai pas cru, je savais qu'elle était malade, elle était au lit depuis plusieurs jours, mais je ne l'ai pas cru. Une fois arrivé à la maison, il y avait tous



nos voisins, ma sœur était étendue dans le salon, je me suis approché d'elle et je l'ai embrassée ». La discussion au sujet de la petite sœur était interminable, Ayoub ne voulait que parler d'elle, une petite sœur qui à ces yeux était trop jeune pour mourir.

#### **Les relations avec l'entourage :**

Durant nos entretiens Ayoub parlait avec émotion de son père, de ce qu'il faisait avec lui, il n'avait cessé de dire que lui et son père s'entendaient très bien et qu'il passait beaucoup de temps avec lui, que c'était un père présent et qu'il partageait beaucoup d'activités avec lui dont l'activité commerciale. Il l'encourageait à bien travailler à l'école.

D'après Ayoub celui-ci n'était pas aussi proche de son frère et de sa sœur, que de sa petite sœur décédée et que suite au décès de cette dernière, l'adolescent passait beaucoup de temps chez son grand-père maternel qui n'habitait pas loin du domicile familial et chez qui il avait un petit cousin de son âge.

Ayoub a beaucoup d'amis. Son meilleur ami qui réside dans le même quartier que lui, suit sa scolarité dans un établissement voisin, et les deux rentrent ensemble depuis le CEM tous les jours. Ils partagent beaucoup de discussions concernant les belles voitures qui font l'objet de leur passion et passent des heures à les contempler.

Ayoub aborda avec nous les différents thèmes que nous lui avons proposés dans un discours labile et riche de représentation et d'affect. Il a fait preuve de beaucoup de subtilité pour s'étendre avec plaisir sur tout ce qui l'intéresse. Sauf en ce qui concerne le décès de son père.

#### **Le décès du père :**

Bien que cela ne s'est produit que depuis un mois et demi, Ayoub prétendait ne pas se souvenir de ce jour et que ça s'est passé très vite et qu'il n'en gardait que peu de souvenirs. Ce qui nous a poussé à changer de sujet.

Au cours d'une autre séance, nous avons à nouveau abordé le sujet, cette fois-ci l'adolescent s'est exprimé plus facilement. En reprenant ses propres mots, la mort de son père était un véritable choc et qu'il a encore du mal à y croire : « je n'y crois toujours pas, personne n'y croit ».

Ayoub nous raconta que chaque matin tous les membres de sa famille prenaient leur petit déjeuner ensemble, puis son père l'accompagnait à l'école. Mais ce jour-là n'était pas un jour comme les autres, le père du garçon est tombé par terre sous le regard de son fils, mais celui-ci ne s'est pas arrêté et a continué son chemin vers l'école en suivant les consignes de son

père pensant qu'il n'avait eu qu'un simple malaise. Plus tard dans la matinée sa tante maternelle est venue le chercher à l'école et lui annonce que son père avait succombé à un arrêt cardiaque.

### **Après le décès :**

En essayant de savoir quels étaient les changements dans la vie de l'adolescent depuis ce jour (le décès du père), celui-ci répondait en disant que cet événement a perturbé sa scolarité : « je n'arrive plus à apprendre mes leçons, j'essaye, j'essaye mais ça ne rentre pas ». Pour Ayoub les répercussions du décès de son père sont essentiellement visibles au niveau de ses études et ses relations avec son entourage. Le garçon nous a également rapporté que son appétit avait nettement diminué, qu'il ne prenait plus le temps de manger en prétextant qu'il est occupé alors qu'il reste dehors et rentre de plus en plus tard à la maison et des fois même jusqu'à la tombée de la nuit.

L'analyse des entretiens nous permettra une meilleure compréhension des répercussions psychologiques du décès du père sur l'adolescent :

### **Analyse des entretiens :**

#### **Découpage du discours en unités :**

- 1- Je n'aime pas parler de ça,
- 2- Avec mes amis je change de sujet
- 3- Des fois je pars,
- 4- Je ne veux pas me souvenir de ça,
- 5- Je ne supporte plus les gens
- 6- C'est mon frère qui m'embête le plus,
- 7- Je me dispute souvent avec lui,
- 8- Comme ça il me dérange,
- 9- Je me dispute souvent dehors, mais je ne suis pas méchant
- 10- Personne ne m'intéresse,
- 11- Même sortir avec Karim (son meilleur ami) ne m'intéresse plus ;
- 12- Avant je restais dehors avec Karim pour regarder les voitures maintenant je ne le fais plus ;
- 13- Je ne dors pas bien,
- 14- Je me lève plus tôt, à cinq heures,

- 15- avant je dormais jusqu'à sept heures, maintenant je me lève à cinq heures ou à cinq heure trente
- 16- Et je suis fatigué,
- 17- J'ai du mal à me concentrer,
- 18- J'oublie beaucoup,
- 19- Maintenant je passe plus de temps pour apprendre un cours ;
- 20- je n'aime pas être à la maison, ça me rappelle trop mon père ;
- 21- Les autres sont plus heureux que moi ;
- 22- je n'arrive plus à apprendre mes leçons ;
- 23- j'essaye mais ça ne rentre pas ;
- 24- je suis tout le temps fatigué ;
- 25- je suis plus fatigué qu'avant ;
- 26- j'ai n'ai plus de force ;
- 27- Je n'arrive pas à me souvenir de ce jour ;
- 28- Je suis resté chez la voisine ou chez mon oncle je ne sais plus ;
- 29- Je m'inquiète pour ma mère et mon oncle c'est tout ce qui nous reste ;
- 31- Mes résultats scolaires se sont améliorés ;
- 32- Cette fois j'ai eu une meilleure moyenne ;
- 33- Je reste dehors tard dans la nuit ;

### **Le regroupement des unités en catégorie :**

#### **Catégorie A : les conséquences symptomatiques liées à l'état dépressif.**

- Humeur dépressive : néant
- diminution de l'intérêt ou du plaisir : 11, 12
- Perte ou gain de poids : néant
- Trouble du sommeil : 13, 14, 15
- Agitation ou ralentissement psychomoteur : néant
- Fatigue ou perte d'énergie : 16, 24, 25, 26

- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité : 21
- Diminution de l'aptitude à penser à prendre des décisions ou à se concentrer : 17, 18, 19, 22, 23
- Pensées de mort, idées suicidaires ou tentatives de suicide : néant

**Catégorie B : les conséquences symptomatiques liées à l'état de stress post-traumatique,**

**- La reviviscence de l'événement :**

- souvenir répétitif et anxiogène : néant
- rêves répétitifs et anxiogènes de l'événement : néant
- soudain vécu ou agissements « comme si » : néant
- détresse si exposé à stimulus évoquant le trauma : néant

**-L'évitement traumatique et émoussement de la réactivité générale :**

- éviter pensées ou sentiments associés au trauma : 4, 20
- éviter activités ou situation associés au trauma : 1, 2, 3, 20
- amnésie psychogène de certains aspects du trauma : 27, 28
- réduction de l'intérêt pour activités significatives : 11, 12
- sentiment d'avenir bouché : néant
- restriction des affects, incapacité à aimer : 10
- sentiment de détachement des autres : néant

**- Symptômes d'hyperactivité neurovégétative:**

- réaction de sursaut exagérée : néant
- réaction physiologique si exposé à stimulus évoquant le trauma : néant
- difficulté de concentration : 17, 18, 19, 22, 23
- irritabilité ou accès de colère : 5, 6, 7, 8, 9
- difficulté d'endormissement, sommeil interrompu : 13, 14, 15

- hypervigilance : 29

-Handicapes et dysfonctionnements : 31, 32, 33

**Inventaire et le décompte des catégories :**

**Tableau N°1 : les conséquences symptomatiques liées à l'état dépressif (catégorie A)**

<b>Catégorie A</b>	<b>Sous catégories</b>	<b>Fréquences</b>	<b>Pourcentages</b>
Conséquences symptomatiques	-Humeur dépressive,	0	0%
	-Diminution de l'intérêt ou du plaisir	2	13.33%
	- Perte ou gain de poids	0	0%
	- Trouble du sommeil	3	20%
	- Agitation ou ralentissement psychomoteur	0	0%
	- Fatigue ou perte d'énergie	4	26.66%
	-Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité	1	6.66%
	-Diminution de l'aptitude à penser à prendre des décisions ou à se concentrer	5	33.33%
	-Pensées de mort, idées suicidaires		

	ou tentatives de suicide	0	0%
Total		15	99.99%

**Tableau N°2 : les conséquences symptomatiques liées à l'état de stress post-traumatique (catégorie B)**

catégorie B	Sous catégories	Fréquences	Pourcentages
Conséquences symptomatiques	- Reviviscence de l'événement	0	0%
	- Evitement traumatique et émoussement de la réactivité générale	11	39.29%
	- Symptômes d'hyperactivité neurovégétative	14	50%
	- handicapé et dysfonctionnement	3	10.71%
Total		28	100%

En ce qui concerne le tableau n°1 des conséquences symptomatiques liées à l'état dépressif (catégorie A), nous constatons premier lieu la présence de la sous catégorie de la « diminution de l'aptitude à penser à prendre des décisions ou à se concentrer » avec 5 mentions et un pourcentage de 33.33%. Vient en deuxième position la sous catégorie de la « Fatigue ou perte d'énergie » avec un pourcentage de 26.66% et 4 mentions, suivie par la de la sous catégorie du « trouble du sommeil » avec 3 mentions et un pourcentage de 20%. Puis vient la sous catégorie de la « diminution de l'intérêt ou du plaisir » avec 2 mentions et un pourcentage de 13.33%. L'avant dernière position est occupée par la sous catégorie du

« sentiment de dévalorisation ou de culpabilité », avec un pourcentage de 6.66% et une seule mention. Enfin nous observons l'absence totale des sous catégories concernant « humeur dépressive », de la « Perte ou gain de poids », celle de l'« agitation ou ralentissement psychomoteur », et des « pensées de mort, idées suicidaires ou tentatives de suicide ».

Après une lecture globale tableau n° 2 la catégorie B, nous constatons une dominance de la sous catégories des « symptômes d'hyperactivité neurovégétative » avec 15 mentions et un pourcentage de 50%. Vient par la suite la sous catégorie de « l'évitement traumatique et de l'émoussement de la réactivité générale » avec 11 mentions et un pourcentage de 39.29%, suivie de loin par la sous catégorie de « handicap et dysfonctionnement » avec 3 mentions et un pourcentage de 10.71%. Quant à la sous catégorie de la « reviviscence de l'événement » elle est inexistante

**Tableau N°3 :**

<b>Catégories</b>	<b>Fréquences</b>	<b>Pourcentage</b>
Catégorie A	15	34.88%
catégorie B	28	65.12%
Total	43	100%

Un aperçu global de la disposition de la fréquence et du pourcentage du discours dans le tableau N° 3, nous permet de noter la dominance de la catégorie B, des conséquences symptomatiques liées à l'état de stress post- traumatique, avec un pourcentage de 65.12% et 28 mentions. Vient en deuxième et dernière position la catégorie A, des conséquences symptomatiques liées à l'état dépressif avec un pourcentage de 34.88% et 15 mentions.

### **Analyse de la totalité du corpus :**

Nous avons mentionné au préalable que nous nous sommes appuyés sur les critères de diagnostic du DSM-IV-PC pour la formulation des sous-catégories qui se rapportent à l'état de stress post-traumatique ou à l'état dépressif. Ce sont ces mêmes critères qui vont nous permettre d'analyser le contenu des entretiens.

### **A-les conséquences symptomatiques liées à l'état dépressif :**

Après le décès du père, Ayoub n'était plus le même. Lorsque nous l'avons rencontré pour la première fois, il venait de perdre son père depuis un mois et demi. L'adolescent s'obstinait à faire croire que la mort de son père ne l'affectait beaucoup, et pour cette raison que Hanus (2001) dit : « l'adolescent évite de dévoiler ses faiblesses, car l'expression des réactions émotionnelles qu'il ne peut encore maîtriser le renvoi à ses limites ». Néanmoins, l'adolescent nous a fait part d'une grande douleur morale et de sentiment de tristesse suite à ce deuil.

D'après le modèle de Beck, suite à la perte de son père, le jeune Ayoub se trouve face à une situation négative, il perçoit qu'il a perdu quelque chose qu'il considère essentiel à son bonheur « les autres sont plus heureux que moi », ainsi l'adolescent réactive le même schéma cognitif construit dans l'enfance, un schéma qui lui renvoie une image négative sur lui-même, ou il se voit dévaloriser en rapport au reste de ses camarades, d'où son manque d'intérêt pour ses amis et pour des loisirs qui ne lui procurent désormais aucun plaisir.

Ayoub se trouve dans l'incapacité de changer la situation, d'où le sentiment d'impuissance, ce qui va aboutir au renforcement de sa vision négative de lui-même et du monde. Sachant qu'il est impuissant, Ayoub répond moins aux exigences de son environnement : « je suis tout le temps fatigué ». De cette manière, c'est un cercle vicieux qui se perpétue. Par ses pensées automatiques négatives, Ayoub démontre une perception et une interprétation qui déforment la réalité. Par rétroaction entre émotions et cognitions, le système va s'auto-alimenter.



D'après Freud, si Ayoub est sujet à un ralentissement psychomoteur et répond moins aux exigences de son environnement c'est que dans le deuil le sujet est envahi par une nouvelle tâche. En effet, l'adolescent doit se décharger de toute activité au profit d'un désinvestissement libidinal par apport au défunt.

Ayoub avoue également être sujet à des insomnies et se réveille plus tôt que d'habitude. Nous avons aussi remarqué qu'Ayoub était sujet à de la fatigue ce qui est normal quand toute la famille est chamboulée. L'adolescent connaît aussi des difficultés de concentration ce qui est probablement due à la fatigue résultant du manque de sommeil.

Enfin nous dirons que toutes ces manifestations mentionnées ci-dessus ne sont que des réactions de deuil normal comme les a décrites Bacqué (1992) et restent peu suffisantes afin de porter l'éventuel diagnostic d'un état dépressif majeur.

### **B- Les conséquences symptomatiques liées à l'état de stress post-traumatique :**

Les informations recueillies auprès du jeune Ayoub sont insuffisantes afin de prononcer la présence d'un éventuel état de stress post traumatique.

L'état de stress post-traumatique implique en premier la confrontation du sujet à un événement dit traumatisant. Cet événement peut être un accident de la circulation, une catastrophe naturelle, une agression, et peut aussi être, comme le mentionne Freud, la perte d'un être cher. Rando quant à lui (1993) affirme que la confrontation massive à des décès est potentiellement traumatisante. Or, l'anamnèse nous a appris que trois ans auparavant le sujet a été confronté à la mort de sa petite sœur et que trois ans après le sujet a été à nouveau victime d'un deuil familial. Cependant il faut préciser que c'est le vécu de l'événement qui le rend traumatisant.

A l'annonce de la mort du père par la tante la première réaction de Ayoub était le refus de cette mort : « je ne l'ai pas cru...durant tout le trajet ». Ce déni qui caractérise les premiers moments de chaque deuil est d'après Hanus (1995) une manière d'annuler la mort ou le sujet continue à espérer que se soit une fausse nouvelle. Ce déni est également le résultat d'un état de choc, un choc qui d'après Hanus est la traduction clinique de l'accroissement de la tension émotionnelle. Et c'est l'intensité et la violence de l'émotion qui donne à l'événement son caractère traumatisant.

La littérature du traumatisme psychique insiste sur le fait que la sémiologie du traumatisme se caractérise par la répétition. En s'appuyant sur les données des entretiens nous n'avons pu relever aucunes des formes de manifestations des reviviscences mentionnés dans notre approche théorique (hallucination, flash-back, rêves répétitifs, etc.). Néanmoins, l'adolescent nous a rapporté un rêve incluant le thème du décès du père avec beaucoup d'émotion : « je me souviens être rentré de l'école à une heure tardive...je ne sais pas quelle heure c'était ...il faisait nuit, mon père était au balcon, il ajustait la parabole, l'image était brouillée. Ca m'a étonné de le voir puis je lui dit papa tu es mort et il me répond par non...je vais acheter des cigarette avec lui ...on rentre, il va encore au balcon...je rentre au salon puis je reviens je ne le retrouve pas.... » Il est important de mentionner que ce rêve n'est pas à valeur répétitive. Ce rêve de l'adolescent inclut une partie du jour du décès du père, cette partie concerne évidemment la mort elle-même et l'idée que l'adolescent s'est fait d'elle en l'associant à l'achat des cigarettes qui a précédé à nouveau la disparition de son père. Aussi ce rêve rend compte du refus du fils de cette perte « je lui dit papa tu es mort et il me répond par non... ». Le rêve de l'adolescent est d'après Freud le résultat du détachement graduel de l'énergie investie en la personne perdue qui, d'après ce même auteur, ne peut se faire en un seul coup et c'est ce désinvestissement progressif qui caractérise le travail de deuil. Bien que nous ayant été confronté à l'absence totale de répétition qui est le symptôme pathognomonique du traumatisme psychique, les entretiens menés auprès de l'adolescent nous ont mis en face d'autres symptômes pouvant éventuellement être associé à la sémiologie de l'état de stress post-traumatique. En effet en abordant le thème du décès du père la première fois, le sujet essayait de détourner la conversation. Ce n'est que lors d'une deuxième tentative que nous avons pu en savoir plus sur les circonstances du décès. Aussi en ce qui concerne les discussions à ce sujet avec son entourage et spécialement avec ses amis, en questionnant l'adolescent sur sa réaction à cet égard, il dit : « je ne fais rien ...je pars c'est tout. ». Ayoub rapporte également qu'après les cours il préfère partir chez son grand père et s'éloigner de la maison afin d'éviter tous ce qui pourrait lui rappeler le défunt.

Il est vrai que ces constatations sont représentatives de l'évitement. Cependant il faut préciser que dans le processus de deuil l'endeuillé est envahi par les douloureux souvenirs du défunt. C'est pourquoi le sujet cherche à éviter ce qui est lié non pas à l'événement mais aux souvenirs de son père, à ce sujet Ayoub dit : « je ne veux pas être à la maison ça me rappelle trop mon père ». Alors que dans le trauma le sujet évite ce qui pourrait réenclancher le souvenir de l'événement traumatisant.

Lors d'une confrontation à un événement traumatisant il a été constaté que certaines personnes présentent des symptômes traduisant une hyperactivité neurovégétative. Or, Ayoub connaît aussi des difficultés de concentration qui se manifestent au niveau de ses études. L'adolescent passe plus de temps à apprendre ses leçons, il est même sujet à des trous de mémoire. Même si son rendement scolaire n'a pas connu de baisse mais une amélioration (c'est ce qui nous a été prouvé par les bulletins scolaires de ce dernier) ce qui est normal pour un garçon de son âge pour qui le fonctionnement de la pensée logique est d'éviter les pensées négative et préfère se réfugier dans ses études d'où la progression dans le milieu scolaire.

Nous avons également relevé que l'adolescent est sujet à des changements de comportement qui se répercutent négativement sur sa vie familiale. Les accès de colère sont la raison de la dégradation de sa relation avec son frère.

Bien que nous ayant pu relever des symptômes des manifestations d'hyperactivités neurovégétatifs et d'émoussement de la réactivité qui durent depuis plus de deux mois, cependant l'absence de répétition et de ce fait de l'évitement traumatique, qui sont des manifestations cliniques essentielles à l'établissement du diagnostic de PTSD, nous amène à dire qu'Ayoub ne présente pas d'état de stress post-traumatique. Quant à l'hyperactivité neurovégétative et l'émoussement de la réactivité elles seraient plus à associer à des réactions de deuil normal.

## Présentation du test de rorschach :

### Le protocole :

<b>Les planches</b>	<b>L'enquête</b>	<b>Les localisations</b>	<b>Les déterminants</b>	<b>Le contenu</b>	<b>banalité</b>
PL. I : 13''  (retourne la planche dans tous les sens)  1-Un chat	Il montre tout le noir	G	F+	A	
PL. II : 20''  (retourne la planche dans tous les sens)  2-Deux chiens	Il montre la partie noir	D	F+	A	Ban
PL. III : 8''  (retourne la planche dans le sens inverse)  3- je pense					

que c'est un noeux papillon	Il montre la partie rouge	D	F+	Obj	Ban
4- le cou d'un homme	« uniuquem-- ent le noir »	G	F+	H	Ban
PL. IV : 21''					
5- je ne sais pas, c'est un monstre	Le noir	G	FE	(H)	
PL. V : 20''					
(retourne la planche dans tous les sens)					
6-un papillon	Il désigne toute la planche	G	F+	A	Ban
PL.VI :16''					
(retourne la planche dans tous les sens)					
7- sa ressemble un	il montre la	D	F+	A	Ban

<p>une peau d'animal</p> <p>8- c'est encore un chat</p>	<p>partie inférieure noir</p> <p>il montre la partie supérieure</p>	D	F+	A	
<p>PL. VII : 19''</p> <p>(retourne la planche dans le sens inverse)</p> <p>9- ce sont des animaux ;</p> <p>10- ça à l'air d'un chapeau</p>	<p>Les deux tiers inférieurs</p> <p>Le tiers supérieur</p>	D	Clob	A	Ban
<p>PL.VIII : 22''</p> <p>(retourne la planche dans tous les sens)</p> <p>11- je ne sais pas, peut être des animaux,</p>	<p>Il montre la partie orange</p>	D	F+	A	Ban

c'est des souris					
12- ça je sais ce que c'est une montagne	Il montre le gris et le vert central	D	FC	Géo	
PL. IX : 26''					
13- c'est le visage d'une petite fille, elle a deux couettes	La partie supérieure rouge	D	F+	Hd	Ban
PL .X : 68''					
(retourne la planche dans tous les sens)					
- je ne sais pas	<b>R</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>U</b>	<b>S</b>

Choix positif : aucune, elle sont toutes pareils.

Choix négatif : PL.X : je n'ai rien compris.

### Le psychogramme :

R = 13 T.Total :22min T /R = 23''	G=4 G%= 30 D= 9 D%= 70	F+ = 10 F+% = 77 F- = 0 F = 10 F% = 77 FC = 1 FC % = 7.7 C= 1.5 FE = 1 FE% = 7.7 Clob= 1 Clob% = 7.7	A = 7 A% = 53.84 H = 2 H% = 15.38 Obj= 3 Obj% = 23 Géo =1 Géo% = 7.7	Ban = 7 Ban% = 54
---	---------------------------------	---	---	----------------------

### Analyse planche par planche :

#### **Planche I**

Ayoub aborde cette planche qui représente une situation inconnue en donnant une réponse D de bonne forme F+ et de contenu animal A. D'après Rorschach la réponse «chat» à cette planche semble témoigner d'une réelle peur du sujet du monde extérieure aussi l'absence d'un animal ailé ou d'un personnage féminin pose un problème. Ceci reste à confirmer ou infirmer par l'analyse du reste du protocole.

#### **Planche II**

Le temps de latence est supérieur à celui de la première planche (20''). La réponse donnée à cette planche s'attache à une localisation partielle de la planche D, elle est de bonne forme F+ et de contenu animal A. Toutefois, la réponse à cette planche semble faire abstraction de la couleur, qui bloque le mouvement (k) qui est généralement vue à cette planche ce qui traduit une tentative de contrôle de l'affectivité.



### **Planche III**

Le temps de latence est court (8'') et le nombre de réponses est plus important qu'à la planche précédente. Ayoub semble s'être remis de la présentation de la planche II et donne deux réponses en peu de temps.

Quant aux réponses données l'une s'attache à une localisation partielle D et l'autre à une localisation globale G et les deux réponses sont de bonne qualité formelle. Les contenus des réponses sont variés, ils sont de type objet (Obj) et de type humain (H). La présence d'un être masculin à cette planche indique qu'Ayoub a une bonne capacité d'identification aux autres humains.

### **Planche IV :**

Le temps de latence est de 21'' ce qui est plus long par rapport à la planche précédente compte tenu du nombre de réponses (une réponse) ce qui peut traduire un malaise. La planche est abordée par une localisation globale G, le sujet réagit à l'estompage et donne comme réponse un personnage para humain (H). Il est admis que la signification de cette planche renvoie au symbolisme paternel. Ainsi la réaction d'Ayoub à l'estompage, qui est un indicateur d'angoisse, renvoie à la représentation du sujet de l'autorité parentale, à son angoisse de castration et au sentiment de culpabilité devant le surmoi.

### **Planche V :**

Après un temps de latence de 20'', la planche est abordée dans son intégralité par une réponse globale qui est de bonne forme F+ et dont le contenu est de type animal A. Cette réponse, qui est le papillon, est fréquemment donnée par d'autres personnes Ban. Cette planche symbolise la représentation de soi et l'adaptation à la réalité. La présence de cette banalité indique une bonne adaptation du sujet à la réalité.

### **Planche VI :**

Ayoub aborde la planche par des réponses localisées en grand détail D, la qualité formelle est bonne F+, les contenus sont de type animal A.

A cette sixième planche le temps de latence est moins important que celui de la majorité des planches précédentes aussi le sujet a donné deux réponses ce qui nous pousse à croire que le sujet est plus à l'aise face à cette planche qui est la planche sexuelle par excellence. Néanmoins, l'absence d'interprétation de cette planche par des réponses à charge sexuelle est le signe d'un refus d'acceptation ou d'intégration de la sexualité à la personnalité.

### **Planche VII :**

Le temps de latence est de 19'' et la planche est manipulée de nombreuses fois avant que Ayoub ne donne une première réponse cotable. A cette planche les réponses sont au nombre de deux et s'attachent à des localisations partielles D.

Pour le sujet, la seconde réponse est déterminée par sa forme F+, alors qu'en ce qui concerne la première le déterminant Clob semble être, d'après Binder (Anzieu, 1973), le signe d'une angoisse provoqué par la planche.

Cette planche est dite « maternelle ». Ainsi la présence d'une réponse Clob à contenu animal au lieu d'une kinesthésie féminine laisse supposer une perturbation des rapports entre le sujet et sa mère.

### **Planche VIII :**

Après 22'', Ayoub aborde la planche par deux réponses s'attachant à des localisations partielles D. La première d'entre elles de contenu animal est fréquemment vue par d'autres personnes Ban, ce qui est le signe d'un ancrage dans le réel.

Au cours de l'enquête des limites, c'est à cette planche (en ce qui concerne la deuxième réponse) que le sujet se réfère à la couleur dans une réponse géographique, ce qui est d'après Rorschach, le résultat d'une attitude guindée voir stéréotypée devant les stimulations affectives.

### **Planche IX :**

Après un long temps de latence 26'' (en comparaison avec les autres planches) et plusieurs retournements de la planche, seule la partie supérieure de la planche est évoquée dans un contenu de type humain détail (Hd), la partie inférieure est isolée du reste de la planche, ce qui peut traduire une certaine immaturité du sujet. D'après Anzieu (1973) la planche semble susciter l'attachement à un objet d'amour infantile, qui est dans le cas de notre sujet la petite sœur décédée quatre ans auparavant.

### **Planche X :**

Après 1'06'' et plusieurs retournements de la planche, Ayoub ne donne aucune réponse et la planche celle qu'il a le moins apprécié.

L'éparpillement de la planche et la diversité des couleurs semblent bloquer les associations du sujet qui subit un véritable choc de morcellement. Cette perturbation est essentiellement du au blocage de l'intelligence par la forte émotion causée par la planche.

Tout au long de la passation du test nous avons remarqué qu'Ayoub manipule et retourne les planche à plusieurs reprises, ceci est peut traduire une volonté de bien faire ou

alors c'est un mécanisme de défense afin de lutter contre l'angoisse à travers la gestuelle, l'action et le mouvement.

### **Caractéristiques du protocole et du psychogramme :**

Le nombre total de réponse de Ayoub qui est de douze et est inférieur à la moyenne (qui se situe entre 20 et 30). Cette baisse du rendement peut avoir plusieurs significations : soit que le sujet passe le test à contre cœur, soit qu'il est sujet à un blocage émotionnel, à une dépression, à un retard intellectuel ou à des troubles psychotiques. Notons également que le nombre de réponses accroît en fonction du niveau intellectuel du sujet de sa capacité verbale. Ceci dit cette dernière remarque ne concerne pas notre sujet puisque, comme nous l'avions signalé précédemment, il est doté d'un vocabulaire très riche.

Dans le cas d'Ayoub, puisque il vient de perdre son père, nous optons pour l'hypothèse d'une dépression qui est en cause dans ce nombre limité de réponse. Hypothèse qui est à confirmer ou infirmer avec l'analyse du reste du corpus.

Quant à la moyenne de temps de réaction du sujet, il est de vingt trois secondes ce qui coïncide avec la norme qui se situe entre 2 et 45 secondes.

#### **Le fonctionnement intellectuel :**

Le type d'appréhension est la façon dont le sujet perçoit les situations. Pour Rorschach la présence de G, D, Dd et Dbl dans les localisations témoigne d'un type d'appréhension riche.

Pour notre sujet le G% et le D% sont proche de la norme, ceci dit le sujet adopte un type d'appréhension pauvre puisqu'il appréhende les entités dans leurs intégralités ainsi que dans leurs détails en faisant une totale abstraction des Dd et des Dbl.

Quant à l'association des réponses globales G et des réponses de bonnes formes F+ c'est le signe d'une bonne intelligence.

En ce qui concerne la succession des réponses à chaque planche, elle est plutôt ordonnée, puisque dans les quatre planches où le sujet a donné plus d'une réponse la succession des réponses est la même.

#### **L'affectivité :**

Ayoub obtient un type de résonance intime extratensif ce qui indique un contact aisé avec autrui. Néanmoins, le nombre de réponses RC% (25%) aux trois dernières planches est inférieur à la norme ce qui indique un caractère introverti et peut être même le signe d'une

inhibition lorsque les stimulations sont trop intenses pour le sujet. Cette contradiction nous montre que Ayoub est sujet à un léger conflit entre les pulsions introverties et extraverties. Ce qui est confirmé par la faible présence des réponses couleurs et qui témoigne de la tentative du sujet à contrôler son affectivité. Aussi, d'après Böhm, la présence d'une réponse Clob indique que le sujet souffre d'une profonde angoisse qu'il ne peut contrôler. La forte présence des (D) indique que le jeune Ayoub est bien adapté à la réalité.

#### **La socialisation :**

Une bonne adaptation intellectuelle du jeune Ayoub est confirmée par un nombre de réponses banalité Ban supérieur à la moyenne. Le pourcentage humain élevé dénote de la capacité du sujet à s'identifier à une image humaine. Quant au D % élevé c'est le signe d'une forte capacité de différenciation perceptive et affective. Les réponses D sont associées à des déterminants de bonne forme F+ ce qui signifie une capacité d'adaptation et un bon sens de la réalité. Le F+ % est lui aussi supérieur à la moyenne et traduit une capacité d'adaptation et d'insertion sociale.

#### **Résultat global :**

D'après les résultats du Rorschach nous pouvons conclure que le jeune Ayoub présente une angoisse qui s'est manifestée à travers plusieurs planches et concerne essentiellement les deux figures parentales. Ayoub souffre aussi d'un refoulement de la sexualité.

Nous avons pu également relever que le sujet était resté attaché à un personnage infantile qui serait probablement sa défunte sœur.

Bien que le sujet soit extraverti, ouvert au monde extérieur et désire se lier à autrui, il a tendance à être introverti et même inhibé. Cependant il adhère bien à la réalité, a une bonne perception de son corps et une bonne capacité d'adaptation sociale.

Les résultats nous permettent également de déceler la présence d'un état dépressif qui s'est manifesté à travers :

- l'augmentation des réponses déterminées par la forme (F=77%) ;
- l'augmentation du pourcentage des réponses des déterminants animal (A= 53.84%) ;
- la réduction du nombre de réponses (R= 13);
- un nombre de contenu humain détail supérieur au nombre des contenus humain (Hd>H) ;
- conscience aiguisée de l'attitude interprétative.

### **Synthèse des résultats :**

De l'analyse des entretiens et l'interprétation du Rorschach nous avons pu déduire :

Qu'après sa confrontation au décès soudain de son père, et malgré qu'il souffre d'hyperactivité neurovégétatif, d'un émoussement de la réactivité générale et de troubles fonctionnels Ayoub ne présente pas d'état de stress post-traumatique, puisqu'il ne répond pas au critère pathognomonique du tableau traumatique qui est la répétition.

La série d'entretiens effectués avec l'adolescent laisse transparaître une diminution de l'intérêt pour des activités antérieurement appréciées par Ayoub, un ralentissement psychomoteur et de l'insomnie mais, ceci n'implique pas obligatoirement un état dépressif majeur. Ces manifestations sont une réaction normale au deuil.

Quant aux résultats du test du Rorschach qui confirment la présence d'un état dépressif, ils pourraient soit être la manifestation d'une dépression relative au deuil, soit associé à l'humeur peu euphorique qui caractérise l'adolescence.

Au cours de nos entretiens nous avons aussi remarqué qu'Ayoub ne pouvait se retenir de parler de sa petite sœur (décédée quatre ans plus tôt), ceci témoigne non seulement de la grande affection qui lui portait mais aussi de son refus de se détacher de sa sœur et du refus de faire son deuil. Rappelant qu'Ayoub a perdu sa sœur alors qu'il avait dix ans. A ce sujet, Leclercq (1998) soutient que bien souvent les deuils vécus durant l'enfance restent incomplets. C'est probablement ce refus de se détacher de la petite sœur qui perturbe le processus du travail de deuil, qui est en cause dans la pauvreté de la symptomatologie relative au deuil.

## **Présentation du deuxième cas :**

### **Hawa :**

Hawa a quatorze ans, et est collégienne en troisième année moyenne. C'est une adolescente timide et réservée qui a mis un certain temps pour être à l'aise lors de nos entretiens.

### **Le contexte familial :**

Hawa est la troisième d'une fratrie de quatre enfants. L'aînée étudiante à l'université est âgée de vingt ans. Le deuxième est âgé de quinze ans et dans le même C.E.M que Hawa et a le même niveau d'études puisqu'il a redoublé une année. Le petit dernier âgé de quatre ans est en cour préparatoire. Leur mère est analphabète et est femme au foyer. Bien que nous n'ayons pu la voir que pour quelques minutes (puisqu'elle s'est présentée à nous à l'improviste), elle paraissait dépassée par les événements et ne savait où donner de la tête, et était en pleurs. Une mère venue demander de l'aide, se plaignant que ses enfants étaient de plus en plus distants. Le père âgé de cinquante et un ans (de niveau d'instruction moyen) était fonctionnaire dans une société étatique. La cause du décès est jusque là inconnu et en interrogeant Hawa, celle-ci ne semblait être au courant de rien

### **Histoire personnelle :**

Hawa a eu une enfance normale, c'est une fille qui n'a jamais posé de problème dans son développement et dans ses relations avec son entourage. Elle a toujours eu une bonne santé et n'a présenté aucun comportement qui aurait suscité de l'inquiétude chez ses parents. Le changement de résidence, deux ans auparavant, ne semble pas avoir posé de problème d'adaptation avec son entourage ou à l'école. Une période cruciale dans l'histoire de Hawa est constituée par le début de la maladie de son père qui coïncidait avec le départ de sa grande sœur de la maison, moment durant lequel elle a dû prendre un rôle de plus en plus actif, en s'occupant d'avantage des tâches ménagères.

Le père de Hawa a été malade pendant plus de deux ans. Celle-ci nous rapporte qu'il a été hospitalisé à plusieurs reprises suite à des problèmes d'ictères et qu'il a également été opéré à deux reprises pour des calculs rénaux. Les hospitalisations répétitives du père ne semblent avoir suscité aucune inquiétude chez ses proches. Nous ne sommes même pas parvenus à connaître la cause exacte de sa mort, ça même l'entretien avec la mère a aussi débouché sur une impasse, et celle-ci semble en ignorer la cause.

### **Les relations avec l'entourage :**

Les relations de Hawa avec son entourage semblent être abordées avec beaucoup de nuances. Lors de l'une de nos séances, Hawa nous conta qu'elle avait d'excellentes relations avec les membres de sa famille.

Tout au long des séances, Hawa s'exprimait de façon calme. Lorsque nous avons tenté de savoir avec lequel de ses parents elle était la plus proche elle cite sa mère. Quand nous avons voulu connaître les raisons de cette préférence, sa réponse changea. En voulant comprendre les raisons de ce changement, elle tenta d'abord d'esquiver notre question mais notre insistance l'engagea dans des justifications confuses et arbitraires relatives à l'amour de sa mère et à l'absence de son père. Elle essaya même de se rattraper en faisant les louanges de son père.

### **Le décès du père :**

L'attitude de Hawa changea complètement lorsque nous avons tenté de connaître son vécu lors du jour du décès de son père, elle nous raconta les faits en larmes.

La mort du père est survenue lors d'une hospitalisation suite à une opération chirurgicale pour lithiase rénale. Ca s'est passé tôt dans la matinée alors que la femme et le frère du défunt sont allés lui porter son petit déjeuner. A leur retour à la maison il était aux environs de dix heures, Hawa regardait la télévision en compagnie de quelque membre de sa famille. Elle ne se souvient ni lequel de ses oncles lui a annoncé la nouvelle, ni de ce qu'elle regardait à la télévision.

### **Après le décès :**

Nous avons eu beaucoup de difficultés à trouver des repaires pour orienter nos entretiens afin d'aborder les éventuelles changements qui seraient survenus suite à la mort du père de Hawa. Nous avons tenu cependant à renouveler les rendez-vous pour revoir Hawa, en comptant sur l'éventuelle instauration d'une relation contenante. Nous avons vu Hawa plusieurs fois, mais aucune séance n'a été menée jusqu'à son aboutissement avec elle. Ce n'est qu'après avoir rencontré sa mère que nous avons pu cerner l'atmosphère qui règne au sein de la famille, ce qui nous a aidé par la suite avec Hawa. En effet, sans que nous n'ayons fait la demande pour la voir, la mère de Hawa s'est présentée à nous en raison de son inquiétude pour sa fille. Ainsi la mère nous raconta que sa fille avait changé. Voici le tableau qu'elle en fait : « elle ne parle à personne, elle est tout le temps seule...je m'inquiète pour elle...elle ne mange presque rien du tout...je n'ai pas remarqué si elle se réveille la nuit mais, elle dort de plus en plus». La mère de Hawa nous a également rapporté que sa fille se plaint

de plus en plus de problèmes de santé (céphalées et des maux au ventre), qui s'avèreront ne pas en être après que cette dernière a été voir trois spécialistes.

En encourageant la mère à aborder le thème du décès de son époux avec ses enfants elle nous dit qu'elle préférerait s'abstenir : « je ne parle jamais de ça...j'évite de pleurer en leur présence pour ne pas leur faire de peine...je préfère qu'ils oublient ». A la fin de l'entretien avec la mère, nous avons gardé l'impression d'une mère débordée, dans une situation intenable, qui croyait bien faire en essayant de se contenir et en essayant de continuer à vivre le plus normalement possible sans laisser de place pour la moindre expression de chagrin.

Les paroles de la mère ont été pour nous un point de départ et nous ont aidé à orienter la conversation avec Hawa par la suite. Ainsi, les problèmes de santé et l'alimentation ont été notre point de départ lors de la séance suivante. D'après sa propre estimation, Hawa a perdu aux environs de trois à quatre kilos, ses vêtements sont plus larges, elle mange de moins en moins prétextant qu'elle n'a plus le temps et qu'elle passe plus de temps à étudier. Bien qu'elle ne nous ait rapporté aucun changement dans ses relations au sein de sa famille, en ce qui concerne ses amis c'est tout le contraire. Hawa passe moins de temps avec ses copines et que leurs conversations ne l'intéressent plus.

Une analyse de l'entretien que nous avons eu avec Hawa nous permettra de mieux cerner les éventuelles réactions dues au décès de son père :

### **Analyse des entretiens :**

#### **Découpage du discours en unités :**

- 1- Je rêve du jour du décès, je ne me souviens pas bien trois ou quatre fois ;
- 2 – je rêve à chaque fois mon oncle vient me dire que mon père est mort ;
- 3 - et je me lève la nuit comme si j'entends maman qui pleure comme au jour des funérailles ;
- 4- la semaine passée j'ai rêvé que mon oncle est venu me dire que c'est ma mère qui était morte, je me réveille en pleur ;
- 5- je me suis réveillée au milieu de la nuit avec le cœur qui battait très vite ;
- 6- Comme ça... je ne veux pas parler de ça...je me sens anxieuse, comme si j'ai quelque chose de lourd ici (au niveau de la poitrine);
- 7 – je change de sujet ;
- 8 - des fois je fais semblant de ne pas les entendre



- 9 – elles ne me dérangent pas... mais je n'ai plus envie d'être avec elles ;
- 10 – elles me posent des questions, je ne me sens pas bien...comme s'il y avait quelque chose de lourd sur ma poitrine ;
- 11 – elles ne m'intéressent pas
- 12 - les amies ne m'intéressent pas ;
- 13- Elles sont égoïstes...je ne les supporte pas...avant elles aimaient faire les exposés avec moi ;
- 14- cette année je n'ai pas bien travaillé ;
- 15- Et je suis souvent absente ;
- 16- je n'ai plus envie de venir ;
- 17- je ne veux plus faire des études...je m'ennuie ;
- 18 - je ne veux rien ;
- 19 – je dors plus tard qu'avant ;
- 20 - je ne veux plus me lever, je préfère rester au lit ;
- 21 - j'ai tout le temps envie de dormir ;
- 22 - je me sens fatiguée ;
- 23-Je ne mange pas bien...pas comme avant...je n'ai pas envie
- 24 – j'ai maigri;
- 25 - je crois avoir perdu 3 ou 4 kilos ;
- 26- quand je me rappelle de ça, mon cœur bat très vite ;
- 27- Je ne me souviens pas bien ;
- 28- Je sais que c'est un de mes oncle qui m'a dit que papa est mort c'est peut être Mon oncle Radouan ou Bachir...je ne sais pas peut être Rochdi (le frère de Hawa);
- 29- Je ne sais pas qui était avec moi
- 30- On regardait la télévision...je ne sais pas (Hawa ne se souvient pas du programme regardé à la télévision ni des membres de sa famille présents dans la pièce)
- 31- je ne sais pas ce que j'ai fais ;
- 32– les mauvaises choses n'arrivent qu'à moi ;
- 33 - je n'aime personne et je ne déteste personne ;
- 34 – pareils ils sont tous pareils, je ne les aime pas et je ne les déteste pas;
- 35 – ce qui arrive n'a pas de sens...tout ça...ma vie n'a pas de sens ;
- 36- je ne serais plus heureuse
- 37 – quand ont a perdu ses parents après il ne reste plus rien

- 38- si je savais j'aurai passé plus de temps avec lui ;
- 39 - je regrette;
- 40 – des fois je ne me comportais pas bien avec mon père
- 41- des fois je pense à des choses pas bien et je regrette
- 42–je dis Dieu merci que ça ne soit pas maman et comme si j'étais injuste...mon père était bien; (Hawa pleure)
- 43- Oui je ne me sens pas bien comme si je suis impartiale ;
- 44 – même quand je regarde la télévision ou quand j'écoute de la musique
- 45- Comme si je l'ai trahi
- 46- Papa est mort et j'écoute de la musique...puis je me dis ce n'est pas bien
- 47 – comme si j'ai fait quelque chose de mal ;
- 48- je ne parle jamais de lui ;
- 49 - quand on me parle de lui je préfère ne pas continuer ;
- 50 – parfois je n'arrive pas à suivre en classe
- 51- Ma tête me fait mal...souvent ;
- 52- J'ai souvent mal ici
- 53- Je sens que ça tire
- 54- J'ai mal au ventre... la...au rein
- 55 - ces derniers jours je suis fatiguée ;

### **Le regroupement des unités en catégorie :**

#### **Catégorie A : les conséquences symptomatiques liées à l'état dépressif.**

- Humeur dépressive : 32, 35, 36, 37
- diminution de l'intérêt ou du plaisir : 9, 10, 11, 16, 17, 18, 23
- Perte ou gain de poids : 24, 25
- Trouble du sommeil : 19
- Agitation ou ralentissement psychomoteur : 20, 21
- Fatigue ou perte d'énergie : 22.

- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité : 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47
- Diminution de l'aptitude à penser à prendre des décisions ou à se concentrer : 50
- Pensées de mort, idées suicidaires ou tentatives de suicide : néant

**Catégorie B : les conséquences symptomatiques liées à l'état de stress post-traumatique,**

**- La reviviscence de l'événement :**

- souvenir répétitif et anxiogène : néant
- rêves répétitifs et anxiogènes de l'événement : 1, 2, 4
- soudain vécu ou agissements « comme si » : 3
- détresse si exposé à stimulus évoquant le trauma : néant

**-L'évitement traumatique et émoussement de la réactivité générale :**

- éviter pensées ou sentiments associés au trauma : néant
- éviter activités ou situation associés au trauma : 7, 8, 48, 49
- amnésie psychogène de certains aspects du trauma : 27, 28, 29, 30, 31
- réduction de l'intérêt pour activités significatives : 9, 10, 11, 16, 17, 18
- sentiment d'avenir bouché : néant
- restriction des affects, incapacité à aimer : néant
- sentiment de détachement des autres : 33, 34

**- Symptômes d'hyperactivité neurovégétative :**

- réaction de sursaut exagérée : néant
- réaction physiologique si exposé à stimulus évoquant le trauma : 5, 6, 10, 26
- difficulté de concentration : néant
- irritabilité ou accès de colère : 13
- difficulté d'endormissement, sommeil interrompu : 19
- hypervigilance : néant

**-Handicaps et dysfonctionnements : 14, 15, 51, 52, 53, 54**

**Inventaire et le décompte des catégories :**

**Tableau N°1 : les conséquences symptomatiques liées à l'état dépressif (catégorie A)**

catégorie A	Sous catégories	Fréquences	Pourcentages
Conséquences symptomatiques	-Humeur dépressive,	4	14.29%
	-Diminution de l'intérêt ou du plaisir	7	25%
	- Perte ou gain de poids	2	7.14%
	- Trouble du sommeil		
	- Agitation ou ralentissement psychomoteur	1	3.57%
	- Fatigue ou perte d'énergie	2	7.14%
	-Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité	1	3.57%
	-Diminution de l'aptitude à penser à prendre des décisions ou à se concentrer	10	35.71%
	-Pensées de mort, idées suicidaires ou tentatives de suicide	1	3.57%
		0	0%

Total		28	100%

**Tableau N°2 : les conséquences symptomatiques liées à l'état de stress post-traumatique (catégorie B)**

catégorie B	Sous catégories	Fréquences	Pourcentages
Conséquences symptomatiques	- Reviviscence de l'événement	4	12.12%
	- Evitement traumatique et émoussement de la réactivité générale	17	51.52%
	- Symptômes d'hyperactivité neurovégétative	6	18.18%
	- Handicaps et dysfonctionnements	6	18.18%
Total		33	100%

En ce qui concerne le tableau n°1 des conséquences symptomatiques liées à l'état dépressif (catégorie A), nous constatons la forte présence de la sous catégorie de la « Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité » avec un pourcentage de 35.71% et 10 mentions suivie de par la sous catégorie de « diminution de l'intérêt ou du plaisir » avec 7 mention et un pourcentage de 25. La troisième position est occupée par la sous catégorie de « l'humeur dépressif » avec 4 mention et un pourcentage de 14.29%. Quant à la quatrième position elle est occupée et à parts égales par les sous catégories du « la perte ou gain de poids » et de l'« agitation ou ralentissement psychomoteur » avec un pourcentage de 7.14% et 2 mentions. Elles sont suivi par la sous catégorie de la « trouble du sommeil », de « fatigue et perte d'énergie », et celle de la « diminution de l'aptitude à penser à prendre des décisions

ou à se concentrer » et avec un faible pourcentage de 3.57% et une seule mention. Quant à la sous catégorie des « pensées de mort, idées suicidaires ou tentatives de suicide » elle est en dernière position sans aucune mention.

Dans le tableau n°2 de la catégorie B, nous constatons une dominance de la sous catégorie de la « l'évitement traumatique » avec un pourcentage de 51.52% et 17 mentions suivie à égalité par les la sous catégories de « handicapes et dysfonctionnements » et celle de « symptômes d'hyperactivité neurovégétative » avec un pourcentage de 18.18% et 6 mentions. Quant à la dernière position elle est occupée par la sous catégorie des « reviviscence de l'événement » avec 4 mention et un pourcentage de 12.12%

**Tableau N°3 :**

<b>Catégories</b>	<b>Fréquences</b>	<b>Pourcentage</b>
Catégorie A	28	45.90%
catégorie B	33	54.10%
Total	61	100%

la disposition de la fréquence et du pourcentage du discours dans le tableau N° 3, nous permet de noter la dominance de la catégorie B, des conséquences symptomatiques liées à l'état de stress post- traumatique, avec un pourcentage de 54.10% et 33 mentions. Suivie de près par la catégorie A des conséquences symptomatiques liées à l'état dépressif, avec un pourcentage de 45.90% et 28 mentions.

## Analyse des entretiens :

### A- Les conséquences symptomatiques liées à l'état dépressif:

Malgré la tentative de l'adolescent de brider ses sentiments, l'entretien avec sa mère a été pour nous d'un apport considérable. En effet le repli sur soi de l'adolescente, rapporté par sa mère, constitue, d'après Hanus (1995) l'une des expressions de dépression les plus souvent rencontrée chez les adolescents. Cette constatation a été pour nous, un point de départ pour dégager quelques expressions psychiques et comportementales lors des séances avec Hawa.

En examinant les différentes données qui viennent d'être rapportées par Hawa et sa mère dans la section processus cognitif, nous pouvons faire la schématisation suivante :

D'après le modèle de Beck, si Hawa a développé une dépression, c'est qu'elle a acquis des schémas dysfonctionnels construits durant son enfance. Un de ces schéma peut être illustré ainsi : « je dois réaliser de grandes choses sinon ma vie sera un échec ». Ce schéma est dominé par une forte charge négative. Lorsque Hawa a été confrontée à la mort de son père, un schéma semblable à contenu négatif a été réactivé : « je dois être avec mon père sinon je vais être malheureuse ». C'est pourquoi Beck dit que ce n'est pas la réalité qui rend dépressif mais l'interprétation que l'on en fait.

Le décès de son père fait que l'adolescente a tendance à devenir moins objective et à s'évaluer elle-même, son environnement et l'avenir de façon plus négative « les mauvaises choses n'arrivent qu'à moi...ma vie n'a pas de sens ».

Une fois que nous avons noué une relation avec Hawa et que celle-ci était à l'aise, nous avons pu observé qu'elle nourrissait de profonds sentiments de culpabilité à l'égard de son père : « si je savais j'aurai passé plus de temps avec lui... je regrette...des fois je ne me comportais pas bien avec mon père ». Ces phrases traduisent parfaitement la vision négative qu'a Hawa de sa propre personne.

Cependant Freud précise que la douleur morale, à valeur d'autopunition suite aux sentiments de culpabilité est aussi présente dans le deuil que dans l'état dépressif majeur. Mais l'ambivalence est plus forte dans la mélancolie, et surtout ce versant négatif, hostile et agressif qui caractérise cette forme douloureuse, alors que l'ambivalence réactivée par le deuil, est ressentie, par l'endeuillé, comme les conséquences de l'abandon.

L'activation du schéma dépressif dont est sujette Hawa provoque un enchaînement de pensées automatiques. Hawa pense que le chagrin actuel engendré par le décès de son père continuera indéfiniment « je ne serais plus heureuse... quand on a perdu ses parents après il ne reste plus rien ». Hawa prévoit une vie difficile et pleine de frustrations d'où sa perte d'intérêt pour un monde décevant « je ne veux plus rien », et c'est pourquoi aussi elle se réfugie dans le sommeil. Freud, quant à lui, rapporte que dans la dépression consécutive au deuil l'anhédonie est le résultat du désinvestissement libidinal. En effet la prérogative de l'endeuillé est de se détacher progressivement du défunt c'est pourquoi il doit se libérer de toute activité.

Hawa nous a déjà révélé qu'elle est tout le temps fatiguée. Bien qu'elle ait toujours été active, elle n'a plus de force pour aider sa mère dans les tâches ménagères : « avant je le faisais sans qu'elle ne me le demande, elle n'a personne sur qui elle peut compter... ces derniers jours je suis fatiguée ». D'après Beck, dans la dépression, la fatigue est due à l'interminable attente du sujet des résultats de tout ce qu'il entreprend. Toutes ses perturbations psychiques sont présentes dans chaque processus de deuil, elles sont la cause de la perte d'appétit de Hawa, d'où sa perte de poids.

L'évolution négative de cette dépression peut s'expliquer par un système de feed back qui se manifeste chez Hawa par un jugement négatif porté sur les événements, son comportement et tout ce qu'il la concerne: elle est confrontée à l'incapacité de changer cette situation ce qui renforce sa vision négative d'elle-même. Ainsi son sentiment de tristesse prend de l'ampleur et c'est l'accroissement de cette tristesse qui va à son tour déformer l'interprétation de la réalité et la rendre encore plus négative.

Dans le DSM-IV-PC version 1994, il est mentionné que la présence de symptômes non caractéristiques d'une réaction de deuil normal doit faire porter le diagnostic d'un état dépressif majeur et ceci malgré l'existence d'un deuil. En effet, c'est l'intensité et la morbidité des symptômes qu'il faut prendre en compte pour un tel diagnostic. Or, les symptômes dépressifs recueillis auprès de Hawa témoignent de la souffrance d'une adolescente suite au décès de son père. Ces symptômes attestent de la présence d'une réaction de deuil normal et ne correspondent pas aux critères exigibles pour un état dépressif majeur.

D'après S. Freud (1915), tous les décès sont des événements traumatisants. C'est ainsi que nous allons tenter de savoir si la mort du père de Hawa a causé l'évolution d'un traumatisme psychique ou plus exactement un état de stress post traumatique.



## **B- Les conséquences symptomatiques liées à l'état de stress post-traumatique :**

La confrontation de Hawa à la mort de son père constitue pour elle un événement potentiellement traumatisant, puisqu'elle a été confrontée à un événement inhabituel qui est à l'origine d'un excès d'informations et qui a du mal à être intégré dans un schéma cognitif adéquat.

D'après Bowlby (1984), le décès d'un proche auquel il aurait été apporté des soins prolongés et une attention particulière pourrait causer un traumatisme psychique pour son entourage. Or le père de Hawa n'était pas à sa première hospitalisation puisqu'il a été malade les deux dernières années. Quant à la dernière hospitalisation qui a précédé le décès elle a duré deux semaines.

Hawa a également rapporté qu'elle gardait de vagues souvenirs des événements qui ont suivi l'annonce du décès de son père : « je ne me souviens pas de ce que je regardais à la télévision...c'est mon oncle qui m'a annoncé la nouvelle ...je ne sais pas lequel de mes oncles». L'annonce du décès de son père a été pour Hawa un excès d'informations, l'émotion engendrée par l'événement était si violente qu'elle a bloqué ses fonctions perceptives. C'est pourquoi Hawa était inconsciente de son environnement, les souvenirs de ce jour restent flous. D'après la littérature c'est la manière dont le sujet vit l'événement et l'intensité de l'affect qui définit ce que doit être ou non un événement traumatisant.

Durant les trois derniers mois écoulés, Hawa a été sujette à des reviviscences et plus spécialement à des rêves répétitifs.

Il faut mentionner qu'en terme de clinique psychotraumatique, la reviviscence porte sur l'un des aspects de l'événement traumatisant (Horowitz et Al, 2003), alors qu'en ce qui concerne le deuil, les souvenirs sont relatifs au défunt (Hanus, 1995). Or, Les rêves de Hawa mettent en scène l'annonce du décès de l'un de ses parents et à chaque fois par un oncle différent. Ces rêves sont l'une des manifestations du syndrome de répétition. Cette répétition est d'après Horowitz (1986) le résultat de la non intégration de l'information dans les schémas cognitifs construits au préalable, n'ayant pas trouvé sa place, cette nouvelle information ne cesse de rebondir dans le psychisme.

Hawa évite d'aborder le thème du décès de son père avec son entourage et spécialement avec ses copines : « mais je ne veux pas parler de ça avec elles...je change de sujet,... des fois je fais semblant de ne pas les entendre ». En demandant à Hawa la raison de ce comportement elle répond : « comme ça, ça me dérange... comme s'il y avait quelque chose de lourd sur ma poitrine».

D'après le modèle de Barlow, le décès du père de Hawa représente une vraie alarme. C'est un événement frustrant véhiculant une grande charge d'anxiété et de peine. C'est la généralisation de cet affect à toute situation semblable qui va engendrer la même émotion. A chaque fois que Hawa se trouve en face de ses amies lui parlant de son père (alarme apprise) elle sait que ceci va éveiller en elle de douloureux souvenirs accompagnés de la même charge émotionnelle qu'autrefois « ça me fait souffrir...j'ai envi de pleurer ». C'est pourquoi elle va trouver des subterfuges, à sa manière, afin d'éviter ce genre de situations déplaisantes, soit en changeant de discussion, soit en faisant semblant de ne rien entendre.

<b>Situation</b>	mes amies me demandent comment je vais ; Elles me parlent du décès de mon père ;
<b>Cognitions</b>	parler de la mort de mon père va me faire de la peine et je vais pleurer ; parler de la mort de mon père va me rendre anxieuse
<b>Emotions</b>	anxiété, peine, envie de pleurer, Sentiment d'une pression au niveau de la poitrine
<b>Comportements</b>	je dois changer de sujet je dois faire semblant de ne rien entendre
<b>Conséquences ( renforcement néгатif de l'évitement)</b>	je n'ai plus de peine, je suis moins anxieuse, je n'ai plus envie de pleurer je ne parlerai plus de la mort de mon père c'est la solution pour que j'aïlle mieux.

L'entretien avec la mère a révélé que depuis la mort de son père, Hawa passe la plu part de son temps à dormir, ce qui a été confirmé par Hawa. Celle-ci précise qu'elle dormait

d'avantage que d'habitude et que son sommeil était agité. Hawa se réveille au milieu de la nuit : « je me réveille la nuit en sursaut... mon cœur battait très vite... ».

Nous avons précédemment mentionné que recueillir des informations auprès de Hawa n'a pas été une mince affaire. Ceci est probablement dû au caractère réservé de Hawa ou tout simplement à son penchant à prouver qu'elle est capable de faire face à la situation, ce qui, d'après Dolto (1990), caractérise tout adolescent.

Les données recueillies auprès des deux interlocutrices se rejoignent la plu part du temps, mais elles nous ont également mis face à une situation particulière. En effet, la mère de Hawa raconte que sa fille est devenue plus colérique : « avant elle ne répondait jamais quand je la grondais ni à moi ni à son père...je sais c'est difficile pour elle mais des fois j'ai l'impression qu'elle n'attend que ça ». Lors des derniers entretiens avec Hawa, à la lumière de ces nouvelles données, nous avons tenté d'orienter nos questions dans cette direction et aborder le volet des éventuels changements dans les relations de Hawa avec les membres de sa famille et spécialement avec sa mère, mais notre tentative est restée vaine. Néanmoins ce qui nous a été rapporté par les deux parties concernant la perturbation du sommeil de Hawa confirme la présence de symptômes traduisant une activation neurovégétative.

Hawa a perdu son père à la mi novembre, les séances que nous avons eues avec elle ont débuté au mois de février et ont duré un mois et demi. Ainsi plus de trois mois après la perte de son père nous avons pu réunir, auprès de Hawa, un tableau symptomatologique comportant la présence des manifestations de reviviscences, d'évitement, d'hyperactivité neurovégétatives et de dysfonctionnements (baisse du rendement scolaire et plaintes somatiques), ce qui affirme la présence d'un état de stress post traumatique.

**Présentation du test de rorschach:**

**Le protocole :**

<b>Les planches</b>	<b>L'enquête</b>	<b>Les localisations</b>	<b>Les déterminants</b>	<b>Le contenu</b>	<b>banalité</b>
<p>PL. I : 6''</p> <p>1-je ne sais pas ...c'est un insecte...m--ais je sais pas lequel 49''</p>	<p>elle montre tout le noir et fait allusion aux ails</p>	G	F+	A	Ban
<p>PL. II : 15''</p> <p>2-Deux poumons 32''</p>	<p>Elle désigne la partie supérieure rouge</p>	D	FC	Anat	
<p>PL. III : 8''</p> <p>3- la se sont deux hommes qui dansent ;</p> <p>4- ...un poumon 51''</p>	<p>les deux messieurs en noir</p> <p>elle montre la partie rouge centrale</p>	G  D	K  CF	H  Anat	Ban

PL. IV : 20''					
5- C'est une autoroute 25''	La partie centrale inférieure noir	D	F-	Géo	
PL. V : 20''					
(retourne la planche dans le sens inverse)					
6- un papillon	elle désigne toute la planche	G	F+	A	Ban
7- c'est peut être aussi une chauve souris 1'	l'ensemble de la planche	G	F+	A	Ban
PL. VI : 28''					
(retourne la planche dans tous les sens)					
8- ...un scorpion peut être...oui	il montre toute la	G	FE	A	

<p>c'est un scorpion et voila sa queue 48''</p>	<p>tache noir puis la partie supérieur pour montrer la queue</p>				
<p>PL. VII : 9''  9- ce sont deux personnages ; 12''</p>	<p>L'ensemble de la planche</p>	<p>G</p>	<p>F+</p>	<p>H</p>	<p>Ban</p>
<p>PL.VIII : 8''  (retourne la planche dans tous les sens)  10- c'est un arbre, un sapin  11- des animaux, 26''</p>	<p>elle montre la centrale vert et gris  les deux parties rose</p>	<p>D  D</p>	<p>CF  F+</p>	<p>Bot  A</p>	<p>  Ban</p>

<p>PL. IX : 24''</p> <p>(retourne la planche dans tous les sens)</p> <p>12- ...une tête...la tête d'une abeille 27''</p>	<p>La partie supérieure rouge...la ce sont les yeux</p>	<p>D</p>	<p>F+</p>	<p>Ad</p>	
<p>PL. X : 7''</p> <p>(retourne la planche dans le sens inverse)</p> <p>13- c'est le visage d'un homme</p> <p>14- ..des animaux ;</p> <p>15- un</p>	<p>Le centre, les cheveux rouge, la moustache en vert et les yeux en bleu</p> <p>La partie bleu</p> <p>Elle montre la couleur orange</p>	<p>D</p> <p>D</p> <p>D</p>	<p>F+</p> <p>F+</p> <p>F+</p>	<p>Hd</p> <p>A</p> <p>Anat</p>	<p>Ban</p>

poumon 56''					
----------------	--	--	--	--	--

Choix positif : PL.X : elle est belle ;

PL .III :puisque'il y a des poumons.

Choix négatif : PL.IV : je ne sais pas ;

PL.VI : elle est noire et moche.

**Le psychogramme :**

R = 15	G=6	F+ = 9	A = 6	Ban = 8
T.Total :6'36''	G%= 40	F+% = 90	Ad = 1	Ban% = 53.33
T /R = 26''	D= 9	F- = 1	A% = 46.66	
	D%= 60	F = 10	Anat = 3	
		F% = 66.66	Anat% = 20	
		FC = 1	H = 2	
		CF = 2	Hd = 1	
		∑C = 2.5	H% = 20	
		FE = 1	Géo =1	
		FE% = 6.66	Géo% = 6.66	
		K = 1	Bot = 1	
		RC= 40%	Bot% = 6.66	

**Analyse planche par planche :**

**Planche I**

Après un temps de latence de 6'' , Hawa a bien réagi à cette première planche dite d'entrée en matière puisqu'elle a donné une réponse globale (G) fréquemment vue par d'autres personnes Ban, cette réponse est de bonne forme F+ et de contenu animal (A).



## **Planche II**

Après un temps de latence supérieur à celui de la première planche 15'', la réponse donnée à cette planche est de contenu anatomique (Anat) en prenant en compte la couleur ce qui a une signification affective. Cependant, la localisation de la réponse est partielle (D).

## **Planche III**

Après un temps de latence relativement court 8'', Hawa aborde cette planche en donnant deux réponses, la première réponse est globale (G). La perception de contenu humain (H) avec kinesthésie (K) indique que Hawa a une bonne capacité à s'identifier aux autres humains et qu'elle ne redoute pas le contact avec un partenaire sexuel. Quant à la deuxième réponse elle est localisée dans la partie rouge (D), et de contenu anatomique (Anat). A l'enquête Hawa évoque la couleur ce qui veut dire une fois de plus qu'elle laisse place à l'affectivité quelle ne redoute pas de laisser paraître, c'est peut être la raison aussi pour la quelle cette planche fait partie de ses préférées.

## **Planche IV**

Le temps de latence est de 20'', à cette planche Hawa donne une réponse détail (D), de mauvaise qualité formelle (F-) et a contenu géographique (Géo). Ces éléments pourraient traduire un sentiment d'inconfort et d'angoisse contre la signification de cette planche qui est le symbolisme paternel. Notons également que cette planche fait partie de celles que notre sujet apprécie le moins.

## **Planche V**

Après avoir retourné la planche dans le sens inverse Hawa aborde cette planche en donnant deux réponses globales (G) généralement vues par d'autres personnes ce qui indique que Hawa fait preuve de réalité quasi évidente.

## **Planche VI**

Le temps de latence est plus long 28'' et Hawa manipule la planche plusieurs fois avant de donner une réponse globale (G) de contenu animal en prenant en considération aussi bien la forme que l'effet de l'estompage. Il est admis que cette planche est la planche sexuelle. Lors de l'enquête. Hawa interprète la partie supérieure comme étant la queue du scorpion. L'interprétation de cette découpe semble indiquer que le sujet a une sexualité acceptée et bien intégrée dans la personnalité, mais nous avons relevé que cette planche figure parmi celle que le sujet apprécie le moins ce qui nous laisse penser que Hawa vit un léger conflit entre l'acceptation et le refus de sa sexualité naissante.

### **Planche VII**

Le temps de latence est plus court qu'à celui de la planche précédente 9'', la réponse donnée est globale (G) et de bonne forme (F+). La symbolique maternelle est abordée par le contenu humain (H) ci qui témoigne d'un bon rapport mère - enfant chez le sujet.

### **Planche VIII**

Après 8'', Hawa aborde la planche par deux réponses s'attachant à des localisations partielles D. La première réponse est de contenu botanique (Bot) et est associée à un déterminant (CF) ce qui dénote une passivité devant la couleur. Quant à la deuxième, c'est une réponse de bonne forme (F+) à contenu animal (A) et est fréquemment vue par d'autres personnes Ban, ce qui est le signe d'une bonne adaptation affective.

### **Planche IX**

Après plusieurs retournements de la planche et 24'' de réflexion, la réponse donnée par Hawa s'attache uniquement à la partie supérieure (D) elle est de bonne forme et renvoie à un contenu animal détail (Ad) qui d'après Anzieu (1973), peut être le signe d'un éventuel attachement du sujet à cet animal.

### **Planche X**

Il semble se dégager une sensibilité aux couleurs pastel. Cette planche est l'une des préférées de Hawa, elle la trouve jolie.

Les réponses données à cette dernière planche de séparation semble synthétiser toutes les réponses données dans le protocole. En effet, c'est la seule planche à laquelle Hawa donne trois réponses. Toutes les réponses se rapportent à des localisations partielles (D) et sont de bonnes formes (F+). La première réponse renvoie à un contenu humain (H), la deuxième reprend la réponse 11 de la planche VIII à contenu animal (A) et la seconde celle des planches II et III à contenu anatomique (Anat).

### **Caractéristique du protocole et du psychogramme :**

Le nombre de réponse R de Hawa est inférieur à la moyenne conjointement au temps de latence qui est très court. Cet excès de rapidité est, d'après Lagache (Anzieu, 1973), dû à la prédominance de l'imagination sur le réel qui est essentiellement observé chez les adolescents.

### **Le fonctionnement intellectuel :**

Le G% est légèrement supérieur à la moyenne. Cette forte présence de (G) indique la prédominance d'une intelligence plutôt théorique. Les réponses globales sont associées en moyenne à de bonnes formes F+ ce qui démontre que Hawa reste dans le principe de réalité.

Le D% est égal à la moyenne. Quant à l'absence de Dd et des Dbl elle indique que Hawa adopte un type d'appréhension pauvre.

En ce qui concerne la succession des réponses à chaque planche, elle est plutôt relâchée, puisque dans deux des quatre planches où le sujet a donné plus d'une réponse la succession des réponses est la même.

### **L'affectivité**

Le type de résonance intime ( $\sum K < \sum C$ ) et la formule complémentaire RC (40%) révèlent que Hawa est extratensive. Le nombre de C F > FC indique que Hawa a une affectivité égocentrique et a du mal à s'investir dans d'autre objet. La présence d'une réponse FE est le signe d'une affectivité timide qui cherche à s'adapter aux autres. Néanmoins elle arrive tout de même à avoir un bon contrôle sur son affectivité, qui d'après Böhm, est confirmé par le nombre élevé de réponses globales et un pourcentage normal de réponses déterminées par leurs bonnes formes. En ce qui concerne la présence de trois réponses anatomique (ce qui est supérieur à la norme qui est de deux), elle indique que le sujet est préoccupé par sa santé physique.

### **La socialisation**

Le pourcentage élevé de réponses banalités Ban indique que le sujet fait preuve d'une bonne adaptation intellectuelle, quant au nombre de (D) et la présence d'une réponse kinesthésique, ils indiquent que le sujet a également la capacité de s'adapter à la société et a un bon contact avec le monde extérieur.

Les réponses humaines (H+Hd) nous renseignent sur la capacité de Hawa à s'identifier à une image humaine et qu'elle a un bon contact avec ses semblables.

### **Résultat global :**

Les résultats du Rorschach nous montrent que bien que la jeune Hawa soit plutôt extraverti elle est tout de même réservée et timide. Une timidité qu'elle cherche à contrôler. Hawa est également une adolescente chez l'imagination prend une grande place. Néanmoins elle reste en accord avec la réalité.

Les résultats révèlent aussi que l'adolescente est préoccupée par sa santé physique et aurait tendance à la somatisation.

Le test démontre également que le sujet a une bonne relation maternelle ce qui n'était peut être pas le cas en ce qui concerne sa relation avec son défunt père l'adolescente présente un léger conflit en ce qui concerne sa sexualité .

Les résultats du test nous permettent également de relever la présence d'un état dépressif qui s'est manifesté à travers :

- l'augmentation des réponses déterminées par la forme ( $F+\% = 90$ ) ;
- l'augmentation du pourcentage des réponses des déterminants animal ( $A\% = 46.66$ )
- une absence d'originalité ( $O\% = 0$ ) ;
- la réduction du nombre de réponses ( $R=15$ ).

### **Synthèse des résultats :**

Tout au long des entretiens, nous avons l'impression que Hawa voulait restreindre ses réponses. Elle s'accrochait directement aux énoncés des questions, répondait de manière quasi automatique, sur le mode stimulus /réponse par des données vagues indéterminées et se bloquait attendant que des représentations, sur le mode associatif, viennent à son secours.

Avant d'aller plus loin nous reprenons deux aspects de l'entretien que nous avons eu avec Hawa et sa mère :

- Hawa est une adolescente timide, c'est ce qui nous a été également démontré par les résultats du test du Rorschach. Elle éprouve des difficultés à verbaliser ses affects ;
- Pensant bien faire, la mère de Hawa essaye de minimiser les manifestations de deuil, elle évite de pleurer ou de parler du défunt devant ses enfants.

La pauvreté des expressions affectives de l'adolescente est le fruit de la réduction de toute manifestation émotionnelle au sein de la famille. C'est dans cette perspective que Hanus (2001) dit que : « dans le deuil l'adolescent tout comme l'enfant règle ses manifestations émotionnelles sur celle de son entourage », c'est pourquoi Hawa se retient d'exprimer sa souffrance. L'adolescente est mal à l'aise face à son vécu émotionnel. Pour Hanus cette restriction des affects est due également au sens accru des responsabilités de l'adolescente qui s'efforce de protéger son entourage et son intimité.

Hawa nous a également rapporté qu'elle est préoccupée par sa santé, ce qui nous a été confirmé par les résultats du Rorschach.

En ce qui concerne notre sujet, tous les critères sont présents pour porter le diagnostic d'un l'état de stress post traumatique : reviviscences, comportements d'évitement, d'émoussement de la réactivité générale et d'hyperactivité neurovégétative.

Hawa présente des symptômes dépressifs ce qui a été confirmé par les résultats du test de Rorschach. La dépression de Hawa est assez prononcée, sans doute en raison de ses sentiments de culpabilité envers son père appuyés par le nombre élevé de phrases dans ce sens et par les résultats du Rorschach. Cependant ces symptômes sont insuffisantes pour porter le diagnostic d'un état dépressif majeur, ce ne sont la que des symptômes relatifs à un processus de deuil normal.

## **Présentation du troisième cas :**

### **Karima :**

Karima est née en 1992 à Constantine. Quand nous l'avons rencontrée l'adolescente avait perdu sa mère depuis exactement soixante-treize jours. Elle était atteinte d'une cirrhose et Karima l'ignorait. Karima a une allure athlétique avec une démarche lente et une mimique triste et souvent imperméable.

L'adolescente est une fille plutôt difficile à approcher. Bien que nous ayons eu son consentement pour le déroulement des entretiens, celle-ci a manqué nos rendez-vous à deux reprises disant qu'elle avait oublié. Enfin à la troisième séance, l'adolescente a commencé à être à l'aise et à s'exprimer plus facilement.

### **Le contexte familial :**

Karima est la troisième d'une fratrie de quatre enfants, un garçon et trois filles. L'aîné, la trentaine passée est en prison pour avoir commis un délit. Il a été arrêté deux jours avant le décès de sa mère. Sa sœur plus âgée qu'elle de huit ans, mariée et mère d'une petite fille, habite dans une autre ville. Quant à la petite dernière âgée de dix ans, elle est en quatrième année primaire.

Le père de Karima âgé de cinquante-sept ans est fonctionnaire à la mairie. Quant à la défunte, elle était pâtissière à domicile. Elle est décédée alors qu'elle avait cinquante-deux ans.

### **Histoire personnelle :**

Les entretiens que nous avons eus avec Karima nous ont appris que cette dernière a eu une enfance normale sans anicroche. Elle ne présentait aucun antécédent pathologique mental ou organique. L'adolescente a toujours été calme elle a toujours eu de bons résultats à l'école, elle a même été classée troisième au niveau de son établissement lors de l'examen de la sixième.

### **Les relations avec l'entourage :**

Karima a beaucoup d'affection pour son père, elle a également évoqué sa relation avec sa mère avec beaucoup d'émotion et surtout des remords. Karima reproche à son entourage de ne l'avoir pas mis au courant à propos de la maladie de sa mère, une mère qui d'après elle était une confidente et une amie.

Karima n'est pas proche de son frère et de sa sœur, elle passait beaucoup de son temps chez la voisine qui a une fille de son âge et qui est également dans la même classe qu'elle, c'est d'ailleurs sa seule amie.

### **Le décès de la mère :**

La mère de Karima était atteinte d'une cirrhose qui a été diagnostiquée tardivement. Karima était témoin de la dégradation de la santé de sa mère, mais ignorait que les jours de celle-ci étaient comptés. Pour la préserver, les membres de sa famille ont préféré ne pas la mettre au courant. Karima a pris conscience de l'état critique dans lequel se trouvait sa mère deux jours avant son décès suite à l'arrestation de son frère : « mes tantes pleuraient, elles disaient qu'elle auraient voulu que mon frère soit présent pour ces dernières heures...deux jours après elle est morte ». Karima avait compris que sa mère était mourante mais elle pensait qu'elle avait encore de beaux jours devant elle.

Karima ne garde que de vagues souvenirs du jour des funérailles. En cherchant à connaître le déroulement des faits ce jour-ci, Karima nous raconta plusieurs versions.

### **Après le décès :**

Le décès de la mère de Karima s'est répercuté négativement sur le comportement de celle-ci. En effet l'adolescente nous rapporta qu'elle est devenue agressive. Karima passait de plus en plus de temps chez la voisine prétextant réviser ses cours alors que ses résultats scolaires avaient baissé. L'adolescente est passée d'un avertissement partiel avec 10.83 de moyenne au premier trimestre à un avertissement général avec 8.36 de moyenne.

L'analyse des entretiens que nous avons eus avec l'adolescente vont nous permettre d'avoir une meilleure compréhension des répercussions du décès de la mère sur l'adolescente dans différents domaines.

### **Analyse des entretiens :**

#### **Découpages des unités de sens :**

1- je ne vis plus

2- je n'ai plus envie de vivre

3-Les gens, les gens c'est des hypocrites

4-Les gens sont mauvais, ma sœur, et toute ma famille, tous, tous, ils sont tous pareils ;

5- je ne dors plus la nuit ;

6- je pense que ça ne va pas aller mieux, je resterai toujours comme ça (malheureuse) ;

7-Même les choses que je faisais avant je ne les fais plus, je ne regarde pas la télévision, je n'écoute plus de musique, ça ne me dit plus rien ;

- 8- Je ne vais plus à l'entraînement de volley ball;
- 9-je crois que je vais définitivement arrêter ;
- 10- je souhaite mourir ;
- 11-Je reste au lit, le vendredi je ne me lève pas,
- 12- je n'ai plus le courage de me lever le matin je ne me lève même pas pour prendre une douche, j'ai les cheveux sale depuis plus d'une semaine
- 13-Quand je dors je prie dieu pour ne pas me réveiller le matin ;
- 14- je vous le jure ce n'est plus une vie, la mort serait meilleur;
- 15- je me lève souvent la nuit;
- 16-Non je ne sais pas si je fais des cauchemars mais je n'arrive pas à bien dormir ;
- 17- je n'ai envie de parler à personne, je les déteste ;
- 18- tu ne peux pas imaginer à quel point je suis malheureuse chaque jour c'est encore pire ; jusqu'à quand ? Je suis fatigué ; jusqu'à quand ?;
- 19- je n'étais pas bien avec elle ;(avec ma mère)
- 20-je regrette, je n'écoutais pas ce qu'elle disait
- 21- je ne lui ai pas demandé de me pardonner ;
- 22- j'ai toujours préféré mon père depuis que j'étais petite et maintenant comme si je m'en veux
- 23-Je n'ai pas eu le temps de lui dire au revoir, je ne l'ai pas embrassé, je m'en veux ;
- 24-je m'en veux de ne pas lui avoir montré que je l'aimais elle aussi ;
- 25- Des fois je me parle à moi-même...je me pose des questions : est-ce qu'elle me pardonnera ?
- 26- je m'en veux de ne m'être rendue compte de rien ;
- 27- Pourquoi dieu est comme ça ? il y a des gens qui ont tout et il y a des gens qui n'ont rien,
- 28- si j'avais fait plus attention à elle avant j'aurais su qu'elle était malade ;
- 29-Je la voyais qui ne mangeait pas, son visage était pale et je ne lui ai même pas posé la, question : maman qu'est ce que tu as ?
- 30-Des fois je souhaite mourir, je souhaite que dieu ait pitié de moi et me laisse mourir
- 31- Je ne me souviens pas, je ne sais pas on l'a enterrée à l'heure de la prière de midi ou après, je ne m'en rappelle pas ;
- 32- Elles, elles sont heureuses, elles ont leurs deux parents elles n'ont pas vécu ce que je vis ;
- 33- C'est dans ce genre de situation qu'on voit leurs vrais visages ;



- 34- Je ne veux voir le visage de personne;
- 35- oui je les déteste, ils m'ont caché la vérité
- 36-C'est des hypocrites, au début, tout le monde veut prendre soin de moi mais après...ils font semblant
- 37- Je les déteste tous, ma famille, mes amis ;
- 38- Même ceux en qui j'avais confiance je les déteste ;
- 39- Ils font semblant de s'inquiéter pour moi...des menteurs ;
- 40-je ne veux plus qu'ils s'approchent de moi ;
- 41-Je les ai tous détesté, ils me regardent avec de la pitié ils ne s'intéressent même pas à moi, ils ne viennent même pas nous voir
- 42-C'est des égoïstes, Ils me voient sourire et ils pensent que je vais mieux, c'est ça l'amitié ?
- 45- Je m'absente souvent de l'école;
- 46- Mes résultats ont baissé j'ai eu 10.83 de moyenne le semestre passé, cette fois j'ai eu un avertissement ;
- 47- Je ne peux plus étudier ; je n'arrive pas à comprendre les cours ;
- 48-Comme si ma tête était lourde ;
- 49-Je deviens peureuse ;
- 50- J'ai peur quand je vois quelqu'un de la famille malade ;
- 51- Mon père tousse beaucoup, j'ai peur qu'il meurt ;
- 52- Je crois qu'il me le cache, il est malade ; j'ai questionné ma tante et ma sœur mais elles ont dit qu'il n'a rien ;
- 53- Je ne souffrirai plus si je mourrai ;
- 54- Je ne suis pas méchante c'est les gens qui m'ont rendue comme ça, je souhaite qu'ils meurent inchallah ;
- 55- Ils viennent chez nous et ils n'arrêtent pas de parler d'elle, même quand j'essaye de changer de sujet, je veux oublier ;
- 56-Je ne reste pas avec eux dans la chambre, ça me fait encore plus mal ;
- 57- tout me rappelle ma mère, quand on a fait don de ses affaires je suis parti chez la voisine je ne voulais pas voir ses affaires ;
- 58- quand je vois quelque chose qui est à elle ma bouche est sèche, je n'arrive plus à respirer comme si j'allais m'évanouir ;
- 59- Je reste des heures devant la télévision je ne fais rien, je ne comprends même pas

60- Mais des fois comme si j'ai pris...des médicaments, je fais le ménage, mes devoirs tout ce que je trouve pour oublier ;

61-J'ai l'impression qu'il n'y a rien dans ma vie,

62- ma souffrance est intacte comme si le temps passe au ralenti

### **Le regroupement des unités en catégorie :**

#### **Catégorie A: les conséquences symptomatiques liées à l'état dépressif.**

- Humeur dépressive : 1, 6, 18, 61, 62
- diminution de l'intérêt ou du plaisir : 7, 8, 9
- Perte ou gain de poids : néant
- Trouble du sommeil : 5, 15, 16
- Agitation ou ralentissement psychomoteur : 11, 12, 60
- Fatigue ou perte d'énergie : néant
- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité : 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 32
- Diminution de l'aptitude à penser à prendre des décisions ou à se concentrer : 49, 50, 59
- Pensées de mort, idées suicidaires ou tentatives de suicide : 2, 10, 13, 14, 30, 53

#### **Catégorie B: les conséquences symptomatiques liées à l'état de stress post-traumatique,**

##### **- La reviviscence de l'événement :**

-souvenir répétitif et anxiogène : néant

-rêves répétitifs et anxiogènes de l'événement : néant

-soudain vécu ou agissements « comme si » : néant

- détresse si exposé à stimulus évoquant le trauma : néant

**-L'évitement traumatique et émoussement de la réactivité générale :**

- éviter pensées ou sentiments associés au trauma : néant

-éviter activités ou situation associés au trauma : 55, 56, 57

-amnésie psychogène de certains aspects du trauma : 31

-réduction de l'intérêt pour activités significatives : 7, 8, 9

- sentiment d'avenir bouché : néant

-restriction des affects, incapacité à aimer : néant

- sentiment de détachement des autres : néant

**- Symptômes d'hyperactivité neurovégétative :**

- réaction de sursaut exagérée : néant

- réaction physiologique si exposé à stimulus évoquant le trauma : 58

- difficulté de concentration : 49, 50

-irritabilité ou accès de colère : 3, 4, 17,33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 54

-difficulté d'endormissement, sommeil interrompu : 5, 15, 16

- hypervigilance : 49, 50, 51, 52

**-Handicaps et dysfonctionnements : 45, 46**

**Inventaire et le décompte des catégories :**

**Tableau N°1 : les conséquences symptomatiques liées à l'état dépressif (catégorie A)**

catégorie A	Sous catégories	Fréquences	Pourcentages
	-Humeur dépressive,	5	14.28%
	-Diminution de l'intérêt ou du	3	8.51%

Conséquences symptomatiques	plaisir		
	- Perte ou gain de poids	0	0%
	- Trouble du sommeil	3	8.51%
	- Agitation ou ralentissement psychomoteur	3	8.51%
	- Fatigue ou perte d'énergie		
	-Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité	0	0%
	-Diminution de l'aptitude à penser à prendre des décisions ou à se concentrer	12	34.29%
-Pensées de mort, idées suicidaires ou tentatives de suicide	3	8.53%	
		6	17.14%
Total		35	100%

**Tableau N°2 :** les conséquences symptomatiques liées à l'état de stress post-traumatique (catégorie B)

catégorie B	Sous catégories	Fréquences	Pourcentages
Conséquences symptomatiques	- Reviviscence de l'événement	0	0%
	- Evitement traumatique et émoussement de la réactivité générale	7	21.21%

	- Symptômes d'hyperactivité neurovégétative	24	72.73%
	- Handicapes et dysfonctionnements	2	6.06%
Total		33	100%

En ce qui concerne le tableau n°1 des conséquences symptomatiques liées à l'état dépressif (catégorie A), nous notons la dominance de la sous catégorie du « sentiment de dévalorisation ou de culpabilité » avec 12 mentions et un pourcentage de 34.29%. Puis vient la sous catégorie des « pensées de mort, idées suicidaires ou tentatives de suicide » avec 6 mentions et un pourcentage de 17.14%.

La troisième position est occupée par la sous catégorie de l'« humeur dépressive » avec un pourcentage de 14.28% et 5 mentions. Suivie à égalité des sous catégories

de la « diminution de l'intérêt ou du plaisir », celle du « trouble du sommeil », celle de « l'agitation ou ralentissement psychomoteur » et celle de la « diminution de l'aptitude à penser à prendre des décisions ou à se concentrer » avec 3 mentions et un pourcentage de 8.53%. Enfin nous observons l'absence totale des sous catégories de la « Perte ou gain de poids », de et celle de la « Fatigue ou perte d'énergie ».

Au tableau n°2 de la catégorie B, nous constatons que dans une dominance de la sous catégorie des « symptômes d'hyperactivité neurovégétative » avec un pourcentage de 72.73% et 24 mentions suivie par la sous catégorie de « l'évitement traumatique et émoussement de la réactivité générale » avec 7 mentions et un pourcentage de 21.21%. La troisième position est occupée par la sous catégorie de l'« Handicapes et dysfonctionnements » avec 2 mentions et un pourcentage de 6.06%. Quant à la sous catégorie des « reviviscence de l'événement » elle occupe la dernière position avec 0 mentions

**Tableau N°3 :**

Catégories	Fréquences	Pourcentage
Catégorie A	35	51.47%
catégorie B	33	48.53%
Total	68	100%

Un aperçu global de la disposition de la fréquence et du pourcentage du discours dans le tableau N° 3, nous permet de noter la dominance de la catégorie A, des conséquences symptomatiques liées à l'état dépressif, avec un pourcentage de 51.47% et 35 mentions. Vient en dernière position la catégorie B des conséquences symptomatiques liées à l'état de stress post- traumatique, avec un pourcentage de 48.53% et 33 mentions.

### **Analyse de l'entretien :**

#### **A- les conséquences symptomatiques liées à l'état dépressif :**

En ce qui concerne les symptômes liés à l'état dépressif, nous constatons un profond sentiment de tristesse. Karima vient de perdre sa mère qu'elle considère comme un élément essentiel à son bonheur d'où l'activation d'un schéma négatif sur le monde : « J'ai l'impression qu'il n'y a rien dans ma...ma souffrance est intacte comme si le temps passe au ralenti ». Ce schéma négatif s'étend également à sa personne. En effet, nous constatons que l'adolescente éprouve un fort sentiment de culpabilité d'où la fréquence de phrase élevée dans ce sens qui sont au nombre de douze. Karima se sent coupable de ne pas avoir eu de meilleures relations avec sa mère, de ne pas s'être rendu compte de sa maladie et surtout de ne pas avoir eu l'occasion de se faire pardonner par cette dernière. A la culpabilité s'ajoute, à un degré moindre, l'envie de l'adolescente de mourir « je souhaite que la mort m'emporte ». La mort est probablement vue par l'adolescente comme une échappatoire à sa douleur : « Je ne souffrirai plus si je mourrai ».

La fréquence de phrases relatives à la culpabilité n'implique en rien l'existence d'un état dépressif majeur. En effet, dans le deuil la culpabilité est aussi omniprésente. D'après Freud, elle est le résultat de l'ambivalence de l'endeuillé à l'égard de l'objet perdu qui le fait se sentir coupable. Alors que dans la dépression pathologique, le moi s'identifie à l'objet perdu et déclenche une recherche de sanction qui peut conduire au suicide.

Par ailleurs nous constatons que l'adolescente a perdu beaucoup de son intérêt pour des activités qui lui procuraient du plaisir dans le passé. Pour Karima, sortir du lit, ou pratiquer une activité même anodine comme le fait de se doucher ou se laver les cheveux relève du parcours de combattant. D'après Beck, le ralentissement psychomoteur résulte de la prise de conscience du sujet que ses tentatives à changer la situation sont infructueuses. C'est pourquoi Karima s'avoue vaincu et ne fait plus le moindre effort, ce qui l'enfoncé d'avantage dans sa

dépression. C'est l'incapacité de l'adolescente de changer la situation dans laquelle elle se trouve qui va renforcer sa vision négative d'elle-même et de son entourage. De cette manière, Karima se trouve enfermée dans un cercle vicieux.

l'adolescente connaît des perturbations du cycle lyrique d'où les difficultés de concentration et la baisse du rendement scolaire ce qui est fréquent dans chaque processus de deuil. Cependant, l'adolescente ne souffre d'aucune modification du poids et nous a même rapporté qu'elle mange toujours de la même façon.

Le DSM-IV-PC (1994) soutient que le diagnostic d'un état dépressif majeur doit être envisagé si des symptômes dépressifs durent au delà de deux mois après la perte, en plus de l'existence de symptômes non caractéristiques d'un deuil normal tel que des hallucinations, des sentiments morbides de dévalorisation, une culpabilité morbide, etc.

Il est vrai que nous avons réunis ces symptômes trois mois après le décès de la mère de Karima, ce qui correspond au premier critère temporel. Cependant, les symptômes sus cités sont caractéristiques d'une réaction de deuil normal (tristesse, anhédonie, culpabilité, ralentissement psychomoteur) puisque l'essentiel du travail de deuil est le détachement douloureux des liens avec le défunt. Dans les symptômes de Karima sont le fruit d'un travail de deuil normal tel qu'il a été décrit dans la littérature et non pas d'une dépression pathologique.

La mort soudaine d'un proche peut également donner suite à d'autres symptômes :

### **B- Les conséquences symptomatiques liées à l'état de stress post traumatique :**

Suite aux données recueillies dans notre approche théorique, il est fait mention que souvent la première réaction qui suit l'annonce d'une mort est le déni, l'adolescente se souvient n'avoir eu aucune réaction de déni, puisque deux jours auparavant Karima a été mise au courant de la gravité de l'état de sa mère. Ainsi, et d'après Hanus (1995), le travail de deuil a commencé avant le décès, le deuil a été en partie anticipé.

Après avoir donné plusieurs versions différentes, Karima avoue ne garder que de vagues souvenirs du reste de la journée. Cette amnésie partielle est probablement le résultat du blocage des fonctions perceptives de l'adolescente suite à l'intensité de l'émotion engendrée par le décès. Et c'est en effet cet affect violent qui donne à l'événement son caractère traumatisant.

Alors que le traumatisme psychique est caractérisé par la répétition, les données des entretiens ne nous ont révélé aucune des formes de manifestations des reviviscences mentionnés dans notre approche théorique (hallucinations, flash-back, rêves répétitifs, etc.).

Après avoir eu trois séances d'entretien avec Karima, celle-ci a commencé s'exprimer plus facilement au sujet du décès de sa mère, elle ajoute même : « ça ne me dérange pas de parler d'elle, au contraire je vide mon coeur ». Pour Karima parler de cet événement a un effet apaisant. La verbalisation de l'événement que pratique Karima permet, d'après Lebigot (1998), de se libérer de la surcharge émotionnelle engendrée par le décès.

Néanmoins l'adolescente nous rapporte qu'aborder la sujet avec ses amies ou le simple fait d'écouter les membres de sa famille en parler procure en elle un profond sentiment de tristesse, de malaise et même donne lieu à des perturbation neurovégétatives (sécheresse de la bouche), d'où les tentatives de l'adolescente à changer de sujet ou à éviter les interlocuteurs.

Ces comportements d'évitement ne peuvent être associés à l'événement, puisque Karima cherche avant toute chose à éviter le souvenir du défunt pour échapper à la tristesse. Alors que dans le trauma l'évitement est associé à la reviviscence de l'événement. Pour faire plus simple : dans le syndrome psychotraumatique, le sujet évite l'effroi ressenti lors de la reviviscence de l'événement et puisque Karima ne nous a rapporté aucune manifestation de reviviscence, donc ces comportements d'évitement ne peuvent y être associés.

Quant à l'émoussement de la réactivité générale, il se traduit par le désintérêt pour les loisirs et surtout son activité sportive (le volley ball) qu'elle pratique depuis l'âge de neuf ans. Cette anhédonie est vu par Bacqué (1992) comme une réaction de deuil normale. Il en est de même pour les symptômes d'hyperactivité neurovégétative de Karima qui se manifestent essentiellement par de l'irritabilité et de la colère.

Karima est également sujette à de l'hypervigilance : « mon père tousse beaucoup, j'ai peur qu'il meurt », l'adolescente est toujours sur le qui vive, voir un de ses poches malade est générateur d'une très forte angoisse.

Par ailleurs l'adolescente connaît des troubles du sommeil sous forme d'insomnie : « je ne dors plus la nuit » ce qui produit un état de fatigue qui par la suite entraîne des difficultés de concentration et de mémorisation d'où la baisse de son rendement scolaires.

La littérature nous apprend que l'absence de reviviscence qui est l'élément fondamental du syndrome psychotraumatique et de ce fait l'absence de l'évitement traumatique rend inadéquat le diagnostic d'un PTSD. C'est pourquoi, dans notre cas, il est nécessaire d'affirmer que les symptômes décrits ci dessus, et qui portent sur les



manifestations d'émoussement de la réactivité générale, d'hyperactivité neurovégétative et de difficultés d'adaptation à la vie quotidienne, sont des réactions d'un deuil normal.

## Présentation du test de rorschach :

### Le protocole :

<b>Les planches</b>	<b>L'enquête</b>	<b>Les localisations</b>	<b>Les déterminants</b>	<b>Le contenu</b>	<b>banalité</b>
PL. I : 22''  1-un homme qui prie 25''	elle montre la partie centrale	D	K	H	Ban
PL. II : 14''  2-une mosquée 18''	elle montre la partie noire	D	F+ -	Art	
PL. III : 22''  3- je ne sais pas, c'est une échographie  26''	elle montre la partie noire	G	F+	Anat	
PL. IV : 18''  4- je ne sais pas, c'est un homme	Le noir	G	FE	H	Ban

20''					
PL. V : 15''					
5 -un papillon 16''	elle désigne toute la planche	G	F+	A	Ban
PL.VI :39''					
6- ça ressemble à la poitrine d'un animal 47''	Elle désigne les deux tiers inférieurs	D	F+	A	Ban
PL. VII : 54'' (elle retourne la planche dans le sens inverse) 7- un animal					
57''	Les deux tiers inférieurs Elle montre le nez et les yeux	D	Clob	A	Ban
PL.VIII : 52''					
	elle montre	D	F+	A	Ban

8- peut être des animaux, 56''	la partie orange				
PL. IX : 25'' 9- des reins 27''	La partie supérieure orange	D	F+	Anat	
PL .X : 31''  (retourne la planche dans tous les sens)  - je ne sais pas 35''	<b>R</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>U</b>	<b>S</b>

Choix positif : aucune.

Choix négatif : toutes, je n'ai rien compris.

**Le psychogramme :**

R = 9	G=3	F+ = 3	A = 4	Ban = 6
T.Total : 6'1''	G%= 33.33	F- = 0 F+-=1	A% = 44.44	Ban% = 66.66

T /R =40''	D= 6 D%= 66.66	F+% = 87.5 F% = 44.44 FE = 2 FE% = K=1 Clob= 1 Clob% = RC%=22.22	H = 2 H% =22.22 Anat=2 Anat%=22.22 Art=1 Art%=11.11	
------------	-------------------	---	--	--

### **Analyse planche par planche :**

#### **Planche I**

Karima aborde cette première planche en donnant une réponse détail (D) de contenu humain. Cette réponse est fréquemment donnée par d'autres personnes (Ban) D'après Rorschach, donner une réponse banale à cette planche est une façon de se défendre devant toute nouvelle situation.

#### **Planche II**

Le temps de latence est inférieur à celui de la première planche (14''). Karima est plus à l'aise devant les planches. La réponse donnée à cette planche s'attache à une localisation partielle de la planche D, elle est de bonne forme F+ et de contenu architectural (Art). Toutefois, Karima semble troublée par la couleur ce qui bloque le mouvement (k) qui est généralement vu à cette planche, ceci nous amène à penser que le sujet tente de contrôler son affectivité.

#### **Planche III**

Le temps de latence est plus important qu'à la planche précédente (22''). La réponse donnée par le sujet s'attache à une localisation globale (G) et est déterminée par la forme et l'effet de l'estompage. Le contenu de la réponse est dépourvu de perception humaine, il est de type anatomique (Anat). Quant à la présence d'une réponse estompage à cette planche (qui d'après Rorschach symbolise le couple parental) elle est le signe d'une angoisse chez le sujet.

#### **Planche IV :**

La planche est abordée par une localisation globale G, le sujet réagit à l'estompage et donne comme réponse un personnage humain (H). Il est admis que la signification de cette

planche renvoie au symbolisme paternel. Ainsi la réaction de Karima à l'estompage, qui est un indicateur d'angoisse, renvoie à la représentation du sujet de l'autorité parentale et au sentiment de culpabilité devant le surmoi et pourrait même être un indicateur de pensées suicidaires.

**Planche V :**

La planche est abordée dans son intégralité par une réponse globale qui est de bonne forme F+ et dont le contenu est de type animal (A). La présence de cette banalité indique une bonne adaptation du sujet à la réalité. Cette planche symbolise la représentation de soi et l'adaptation à la réalité.

**Planche VI :**

Une fois encore Karima aborde la planche par un contenu de type animal (A) en s'attachant à localisation détail (D), la qualité formelle est bonne (F+). A cette planche le temps de latence est plus important que celui des planches précédentes ce qui nous pousse à croire que le sujet est moins à l'aise face à cette planche qui est la planche sexuelle par excellence. Aussi, l'absence d'interprétation de cette planche par des réponses à charge sexuelle est le signe d'un refus d'acceptation ou d'intégration de la sexualité à la personnalité.

**Planche VII :**

A cette planche le temps de latence est encore plus important 54'' et la planche est inversée. La réponse donnée s'attache à une localisation partielle (D) et de contenu animal (A). Cette planche est dite « maternelle ». Ainsi la présence d'une réponse Clob, d'après Binder (Anzieu, 1973), est le signe d'une angoisse. Aussi l'absence d'une kinesthésie féminine laisse supposer une perturbation des rapports entre le sujet et sa mère.

**Planche VIII :**

Après un temps de latence relativement long, Karima aborde la planche en se basant uniquement sur les deux parties latérales (D). La réponse est de bonne forme (F+) à contenu animal (A). La présence d'une réponse banalité est le signe d'un ancrage dans le réel.

**Planche IX :**

Après un long temps de latence 25'', seule la partie supérieure de la planche est évoquée dans un contenu de type anatomique (Anat), la partie inférieure est isolée du reste de la planche, ce qui peut traduire une certaine immaturité ou même une intelligence plus au moins moyenne du sujet.

### **Planche X :**

Après 31'', Karima ne donne aucune réponse. L'éparpillement de la planche et la diversité des couleurs semblent bloquer les associations du sujet qui subit un véritable choc de morcellement. Cette perturbation est essentiellement due au blocage de l'intelligence par la forte émotion causée par la planche.

### **Caractéristiques du protocole et du psychogramme :**

Le nombre total de réponse de Karima est de neuf qui est de loin inférieur à la moyenne (qui se situe entre 20 et 30). Quant à la moyenne du temps de réaction, elle est de quarante secondes ce qui coïncide avec la norme qui est en moyenne 45 secondes mais qui est tout de même assez court. Cette rapidité à donner des réponses est, d'après Lagache (Anzieu, 1973), le résultat de la prédominance de l'imagination sur le réel qui est propre à l'adolescent.

#### **Le fonctionnement intellectuel :**

Nous remarquons que le sujet adopte un type d'appréhension pauvre avec essentiellement des (D). Karima appréhende le réel d'une manière détaillée. Le sujet a un goût pour le concret, son intelligence est plus au moins moyenne et pratique (D élevé).

#### **L'affectivité :**

Karima obtient un type de résonance intime introversif ( $\sum K > \sum C$ ). Le sujet a tendance à se replier sur elle-même ce qui explique son penchant pour la vie imaginaire. Le TRI introversif est en accord avec le nombre de réponses RC% (22.22%) aux trois dernières planches qui est inférieur à la norme ce qui est également le signe d'une inhibition de la part du sujet. La présence de l'inhibition d'une kinesthésie humaine et d'un pourcentage élevé de (F+) témoigne de la tentative du sujet à contrôler son affectivité et même à la stabiliser ce qui n'est pas toujours efficace puisque, d'après Böhm, la présence d'une réponse (Clob) indique que le sujet souffre d'une profonde angoisse qu'il ne peut contrôler mais qui cherche tout de même à s'adapter aux autres.

#### **La socialisation :**

Le sujet manifeste une bonne adaptation intellectuelle qui est indiquée par un nombre de réponses banalité (Ban) supérieur à la moyenne. La présence de deux réponses à contenu humain dénote de la capacité du sujet à s'identifier à une image humaine et sa capacité à établir un contact avec ses semblables. Quant au D % élevé c'est le signe d'un bon sens de la réalité. Le F+ % est lui aussi élevé et traduit une capacité d'adaptation et d'insertion sociale.

### **Résultat global :**

D'après les résultats du Rorschach nous pouvons conclure que Karima est une adolescente inhibée et introversive, elle imagine plutôt qu'elle n'agit. Les résultats révèlent aussi que l'adolescente est dotée d'une intelligence moyenne. Cependant elle adhère bien à la réalité et a une bonne capacité d'adaptation sociale.

Bien que Karima semble avoir la capacité d'établir des relations affectives avec autrui, il n'en reste pas moins qu'elle connaît quelques difficultés dans ses relations avec les plus intimes notamment avec son père mais aussi dans ses relations avec sa mère décédée.

En ce qui concerne sa sexualité, le test a révélé que le sujet connaît des difficultés à intégrer la sexualité à sa personnalité.

Les résultats nous permettent également de déceler la présence d'un état dépressif qui s'est manifesté à travers :

- l'augmentation des réponses déterminées par une bonne forme (F+=87.7%) ;
- l'augmentation du pourcentage des réponses de déterminant animal (A= 44.44 %) ;
- la réduction du nombre de réponses (R= 9);
- l'absence total d'originalité.

### **Synthèse des résultats :**

La mère de Karima était atteinte d'une maladie mortelle qui n'a été diagnostiquée que tardivement. Ayant été informée de l'éventuel décès de cette dernière, Karima a anticipé le travail de deuil. Néanmoins ceci ne l'a pas empêché de manifester des réactions dépressives. Un sentiment d'impuissance de faire face à cette pénible épreuve et l'incapacité de changer cette situation a enfermé l'adolescente dans un état dépressif. Cela est renforcé par un sentiment de culpabilité dû aux relations tendues qu'entretenait l'adolescente avec sa mère, qui, nous le rappelons, nous a été confirmé par les résultats du test du Rorschach.

Nous remarquons également que la souffrance de l'adolescente est telle, qu'elle est sujette à des pensées de mort. Devant le sentiment de culpabilité qui hante Karima, celle-ci ne voit d'autres alternatives que la mort, une mort qui également sera pour elle le moyen d'échapper à un entourage décevant pour lequel elle nourrit un profond sentiment de colère. Une fois de plus les résultats du Rorschach nous confirment cette hypothèse.

Les entretiens nous ont également révélé que l'adolescente avait tendance à la somatisation. Karima rapporte être sujette à des algies qui n'ont pas été diagnostiquées par



des médecins. Concernant les céphalées Moussaoui et Fajri (1986), soutiennent qu'elles sont très fréquentes chez les dépressifs. Quant aux douleurs situées au foie, Prigerson (1999) ainsi que Bacqué (2006) les voient plutôt comme une tentative de s'identifier au défunt. Cependant, les résultats du test du Rorschach ne font pas allusion aux préoccupations de l'adolescente de son état de santé ni de son penchant à la somatisation.

La mort de la mère a également engendré une succession de symptômes qui renvoient à une perte de plaisir, de l'hyper activité neurovégétatif et surtout à une baisse du rendement scolaire et des perturbations visibles au niveau des relations sociales.

A travers le test du Rorschach, l'adolescente a manifesté des attitudes renseignant sur sa capacité à établir des relations sociales et surtout un désir de se lier à autrui. Cependant le décès de la mère de Karima qui a donné suite à l'attitude agressive de celle-ci et à des sentiments de colère qui ont été à l'origine des perturbations de ses relations avec son entourage.

L'absence de reviviscences, qui sont un élément clé dans notre travail, annule toute supposition d'établir l'éventuel diagnostic d'un état de stress post traumatique. Ce qui ne l'empêche pas de se manifester ultérieurement.

Actuellement, nous pouvons dire que le test du Rorschach ainsi que les entretiens nous ont révélé que Karima ne présente ni un état dépressif majeur ni un état de stress post traumatique suite au décès de sa mère. Les symptômes décrits ne sont que des réactions de deuil normal.

## **Présentation du quatrième cas :**

### **Loubna :**

Loubna est une collégienne âgée de quinze ans qui a perdu sa mère depuis presque trois mois suite à un arrêt cardiaque. Bien qu'elle se soit exprimée sans aucune difficulté l'adolescente était lente. Loubna nous a donné l'impression d'une adolescente calme avec une mimique triste et une allure négligée. Elle semblait au bout des larmes durant le déroulement des entretiens.

### **Le contexte familial :**

Loubna est la petite dernière d'une fratrie de trois enfants. L'aîné âgé de vingt six ans est étudiant à l'université et la deuxième âgée de vingt cinq ans mariée depuis un an est femme au foyer. Le père âgé de cinquante six ans est de niveau d'instruction moyen et travaille à mi-temps dans une société étatique. Quant à Leur mère, âgée de cinquante ans, elle était femme au foyer. Le père a également un autre garçon d'un précédent mariage. Loubna nous a rapporté que son père s'était marié à deux reprises avant d'épouser sa mère et qu'il continuait à voir régulièrement l'une de ses ex épouses.

### **Histoire personnelle :**

Loubna est en quatrième année moyenne avec des résultats moyens. L'adolescente semble avoir eu une enfance normale sans antécédents pathologiques.

Loubna déclare avoir eu une enfance instable à cause de son père. Celui-ci était presque toujours absent à cause de son travail, dans une autre ville, il buvait beaucoup et fréquentait d'autres femmes. La famille a connu des moments difficiles, et a souffert d'une instabilité permanente sur tous les plans. Les conditions socio-économiques étaient défavorables, les aventures amoureuses du père étaient au cœur des disputes du couple parental.

### **Les relations avec l'entourage :**

L'adolescente affirme avoir été proche de sa mère, tout comme elle restait attentive au moindre besoin de son père malgré ce que celui-ci faisait endurer à la défunte (la tromper). Loubna a beaucoup d'amis, elle sortait régulièrement et pratiquait une activité physique depuis plusieurs années.

### **Le décès de la mère:**

La mère de Loubna a pour habitude de se lever tôt le matin pour préparer le petit déjeuner de ses enfants. Ce jour-ci c'était les vacances d'hiver, elle ne s'était pas levée. Son mari était allé travailler préférant la laisser dormir. Plus tard dans la matinée, aux environs de

neuf heures, le plus âgé de ses enfants est aller lui réclamer de l'argent avant de sortir. Il trouva sa mère froide dans son lit. Devant leur refus de se rendre à l'évidence les enfants firent appel au S.A.M.U qui leurs appri que leur mère était déjà morte depuis plusieurs heures. La mère de Loubna, âgée de cinquante ans, est décédée suite à un arrêt cardiaque lors de son sommeil. Le premier jour, Loubna ne versa aucune larme. Ce n'est qu'au lendemain, au réveil, qu'elle prit conscience que sa mère n'était plus de ce monde.

### **Après le décès :**

Depuis le décès de sa mère, l'adolescente déclare avoir un sommeil perturbé. Elle se réveille plusieurs fois la nuit pour contrôler la respiration des membres du reste de la famille. Elle mentionne également que dans ses rêves sa mère vient prendre de ses nouvelles et lui demander de pardonner à son père. L'adolescente est également sujette à des hallucinations auditives ou elle entend sans arrêt sa mère l'appeler. Aussi l'image du corps de la défunte ne quitte pas l'esprit de l'adolescente et fait surface plusieurs fois dans la journée provoquant des crise de larmes chez l'adolescente ainsi que des difficulté respiratoires.

Sur le plan relationnel, le lien de l'adolescente avec son père va en se dégradant. Loubna a des sentiments négatifs à l'égard de son père et une relation superficielle dépourvue d'affectivité et de contact réel. L'adolescente soupçonne même le père d'être en cause dans le décès de sa mère.

Les manifestations du chagrin sont loin d'être visibles. Le nouveau rôle de l'adolescente ne lui laisse guère de place pour l'expression de ses émotions. En effet, la disparition de la mère a propulsé l'adolescente au rang d'adulte et a fait que celle-ci se retrouve devant de grandes responsabilités pour le bien du reste de la famille. Etant la seule fille à la maison, puisque la plus âgée est mariée, Loubna s'occupe à elle seule de toutes les taches ménagères.

### **Analyse des entretiens :**

#### **Découpage du discours en unités :**

- 1- Tous les jours on se dit que c'est le pire ;
- 2- Je n'arrivais pas à dormir ;
- 3- Je me lève la nuit pour vérifier qu'ils respirent (son père et son frère);
- 4- J'appelle souvent mon père sur son portable pour avoir de ses nouvelles ;

- 5- Je m'en fouts des autres ;
- 6- On a envie de dire « merde » à tout le monde ;
- 7- Les autres ne m'intéressent pas ;
- 8- Je ne veux pas aller au cimetière ;
- 9- J'ai vu sa tombe je ne veux plus y retourner ;
- 10- Je n'ai pas de projet d'avenir ;
- 11- Je me sens vide, comme si que je n'aimais plus personne
- 12- On fait des projets et à la fin on ne trouve rien ;
- 13- Si je meurs ça sera mieux ;
- 14- -Je ne crains pas la mort désormais, qui sera un cadeau,
- 15- La mort est pour moi un soulagement,
- 16- puisque je suis sûre que mourir est le seul moyen d'apaiser ma douleur ;
- 17- si ce n'était pas illicite...et mon père
- 18- Quand je rêve d'elle j'ai des palpitations, je sens que mon coeur va s'arrêter ;
- 19- Des fois je me culpabilise ;
- 20- Je me dis si j'avais plus aidé dans les taches ménagères ;
- 21- Si je l'avais moins embêtée ;
- 22- même mon poids a changé
- 23- J'ai pris beaucoup de poids ;
- 24- J'ai grossis de sept kilos en deux semaines ;
- 25- Je me sens être en deuxième position par rapport aux autres ;
- 26- Je n'arrive plus à réfléchir ;
- 27- Je sens que ma tête est surchargée ;
- 28- Comment je vais vivre ?
- 29- Je crois que je vais redoubler cette année, mes résultats sont mauvais ;
- 30- Je n'ai pas bien travaillé (la moyenne de Loubna a chuté de 9.93 à 7.32)
- 31- Je suis fatiguée, je veux rentrer ;
- 32- oui je suis souvent fatiguée ;
- 33- quand je me réveille le matin je suis déjà fatiguée
- 34- Je ne veux plus parler de ça (haussement des épaules)
- 35- Ca m'embête ;
- 36- J'ai laissé tomber le karaté ;
- 37- Je n'ai plus envie,

- 38- Je n'ai plus envie de tout;
- 39- je sais que c'est un péché, l'autre jour j'ai pensé me suicider ;
- 40- Avant je m'occupais beaucoup de moi, j'aimais bien m'habiller ;
- 41- à chaque moment j'ai l'impression que je vais m'effondrer ;
- 42- Et j'ai envie de vomir ;
- 43- c'est très dur, je ne trouve pas les mots pour vous décrire à quel point je souffre ;
- 44- Comme si c'était la fin;
- 45- il ne me reste plus personne ;
- 46- Des fois j'espère la rejoindre;
- 47- Je n'arrive pas à respirer ;
- 48- Je ne sort plus avec mes amis, (haussement des épaules) ;
- 49- même mon travail, avant je m'occupais plus de mes études ;
- 50- parfois je n'arrive pas à suivre les cours ;
- 51- mon esprit est saturé ;
- 52- je ne peux pas réfléchir ;
- 53- je dors plus tard qu'avant ;
- 54- je ne veux plus me lever, je préfère rester au lit ;
- 55- j'ai tout le temps envie de dormir ;
- 56- Mais je ne dors pas bien ;
- 57- je me réveille la nuit en sursaut et j'ai du mal à me rendormir ;
- 58- je passe la nuit à gigoter dans mon lit ;
- 59- je repense aux fois où j'ai été méchante avec elle ;
- 60- je pense que c'est pour ça que dieu me punit (Loubna pleure);

### **Le regroupement des unités en catégorie :**

#### **Catégorie A : les conséquences symptomatiques liées à l'état dépressif.**

- Humeur dépressive : 1, 10, 12, 28, 41, 43, 44, 45
- diminution de l'intérêt ou du plaisir : 36, 37, 38, 40, 48, 49
- Perte ou gain de poids : 23, 24

- Trouble du sommeil : 2, 53, 56, 58
- Agitation ou ralentissement psychomoteur : 54, 55
- Fatigue ou perte d'énergie : 31, 32, 33
- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité : 19, 20, 21, 25, 59, 60
- Diminution de l'aptitude à penser à prendre des décisions ou à se concentrer : 26, 27, 50, 51, 52
- Pensées de mort, idées suicidaires ou tentatives de suicide : 13, 15, 16, 17, 39, 46

**Catégorie B : les conséquences symptomatiques liées à l'état de stress post- traumatique**

**- La reviviscence de l'événement :**

- souvenir répétitif et anxiogène :
- rêves répétitifs et anxiogènes de l'événement :
- soudain vécu ou agissements « comme si » :
- détresse si exposé à stimulus évoquant le trauma :

**-L'évitement traumatique et émoussement de la réactivité générale :**

- éviter pensées ou sentiments associés au trauma :
- éviter activités ou situation associés au trauma : 8, 9, 34, 35
- amnésie psychogène de certains aspects du trauma :
- réduction de l'intérêt pour activités significatives : 36, 48, 49
- sentiment d'avenir bouché : 10, 12, 28
- restriction des affects, incapacité à aimer : 11
- sentiment de détachement des autres : 5, 7

**- Symptômes d'hyperactivité neurovégétative :**

- réaction de sursaut exagérée :
- réaction physiologique si exposé à stimulus évoquant le trauma : 18, 42, 47

- difficulté de concentration : 26, 52
- accès de colère et irritabilité : 6 :
- difficulté d'endormissement, sommeil interrompu : 2, 57
- hypervigilance : 3, 4
- Handicaps et dysfonctionnements : 29, 30,**

**Inventaire et décompte des catégories :**

**Tableau N°1 : les conséquences symptomatiques liées à l'état dépressif (catégorie A)**

catégorie A	Sous catégories	Fréquences	Pourcentages
Conséquences symptomatiques	-Humeur dépressive,	8	19.05%
	-Diminution de l'intérêt ou du plaisir	6	14.28%
	- Perte ou gain de poids	2	4.76%
	- Trouble du sommeil	4	9.52%
	- Agitation ou ralentissement psychomoteur	2	2.76%
	-Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité	3	7.14%
	-Diminution de l'aptitude à penser à prendre des décisions ou à se concentrer	6	14.28%
	-Pensées de mort, idées suicidaires ou tentatives de suicide	5	11.9%

		6	14.28%
Total		42	100%

**Tableau N°2 :** les conséquences symptomatiques liées à l'état de stress post-traumatique (catégorie B)

catégorie B	Sous catégories	Fréquences	Pourcentages
Conséquences symptomatiques	- Reviviscence de l'événement	0	0%
	- Evitement traumatique et émoussement de la réactivité générale	13	52%
	- Symptômes d'hyperactivité neurovégétative	10	40%
	- Handicapes et dysfonctionnements	2	8%
Total		25	100%

En ce qui concerne le tableau n°1 des conséquences symptomatiques liées à l'état dépressif (catégorie A), nous constatons en premier lieu la dominance de la sous catégorie de « l'humeur dépressive » avec un pourcentage de 19.05% et 8 mentions. Elle est suivie à égalité par trois sous catégories celle et de la « diminution de l'intérêt ou du plaisir », du « sentiments de dévalorisation ou de culpabilité » la sous catégorie des pensées de mort, idées suicidaires ou tentatives de suicide » avec 6 mentions et un pourcentage de 14.28%



La troisième position est occupé par la sous catégorie de la « diminution de l'aptitude à penser à prendre des décisions ou à se concentrer » avec 5 mentions

et un pourcentage de 11.9%, suivie par les sous catégorie des « trouble du sommeil » et un pourcentage de 9.52% et 4 mentions. Vient en cinquième position la sous catégorie de « fatigue et perte d'énergie » avec 3 mentions et un pourcentage de 7.14%. Quant aux sous catégories de « l'agitation ou ralentissement psychomoteur » et celle de « la perte ou gain de poids » elles sont en dernière position avec un pourcentage de 2.76% et uniquement deux mentions.

Dans le tableau n°2 de la catégorie B, nous constatons une dominance de la sous catégorie de « l'évitement traumatique et émoussement de la réactivité générale » avec un pourcentage de 52% et 13 mentions suivie de la sous catégorie des symptômes d'hyperactivité neurovégétative » avec un pourcentage de 40% et 10 mentions. Vient en suite la sous catégorie des « Handicaps et dysfonctionnements » avec 2 mentions et un pourcentage de 8 %. Quant à la dernière position elle est occupée par la sous catégorie des « reviviscences de l'événement » avec 0 mention.

**Tableau N°3 :**

<b>Catégories</b>	<b>Fréquences</b>	<b>Pourcentage</b>
Catégorie A	42	62.69%
catégorie B	25	37.31%
Total	67	100%

La disposition de la fréquence et du pourcentage du discours dans le tableau N° 3, nous permet de noter la prévalence de la catégorie A, des conséquences symptomatiques liées à l'état dépressif, avec un pourcentage de 62.69% et 42 mentions suivie de très près par celle de la catégorie B des conséquences symptomatiques liées à l'état de stress post- traumatique avec un pourcentage de 37.31% et 25 mentions.

### **Analyse des entretiens :**

Un grand nombre d'auteurs s'accordent à dire que les décès soudains font office d'un traumatisme psychique pour les proches et même induire à une véritable dépression. Ainsi après avoir quantifié la série d'entretiens que nous avons eu avec Loubna nous allons tenter de qualifier et expliquer leur contenu :

#### **A- Les conséquences symptomatiques liés à l'état dépressif:**

Avant de s'intéresser au propos de l'adolescente, nous voudrions s'arrêter sur l'aspect négligé de l'adolescente et sur son ralentissement verbal qui renvoient en toute évidence à un état psychique défavorable.

En effet la confrontation de tout individu au décès d'un être proche constitue une atteinte pour son organisation psychique, et est considérée comme un déclencheur de symptômes dépressifs et ce, à un degré différent. Cet état dépressif est, selon Beck, le fruit de l'interprétation négative qu'a la jeune Loubna de la réalité et qui est convaincu que la perte de sa mère va la rendre malheureuse et faire de sa vie une vie faite de frustrations.

D'après l'analyse quantitative, nous constatons la grande présence de la sous catégorie qui reflète le désintérêt de l'adolescente pour son entourage, ses précédentes activités sportives et son désespoir de l'avenir : « on fait des projets et à la fin on ne trouve rien », « j'ai laissé tomber le karaté ». Ces pensées à tonalité négative, du monde environnant et du futur sont dues à la précédente déception qu'a eue l'adolescente et qui est la cause d'une vision de plus en plus pessimiste. Quant aux pertes d'intérêt et de plaisir elles sont le résultat du détachement du défunt. En effet, lors du travail de deuil, l'endeuillé doit se réorganiser. Durant toute sa vie il a investie une quantité considérable de libido dans le sujet, et une fois qu'il est confronté au décès de celui-ci, l'endeuillé doit se désinvestir du défunt. Ce désinvestissement graduel nécessite du temps et de l'énergie, c'est pourquoi l'endeuillé se détourne de son quotidien et de toute source de plaisir et se focalise essentiellement sur cette nouvelle tâche.

L'adolescente ressent un fort sentiment de culpabilité : «des fois je me culpabilise ». Elle regrette de ne pas avoir été plus serviable avec sa mère et d'avoir été peu commode. D'après Freud, dans le deuil, la culpabilité est le résultat de l'ambivalence que ressent tout

individu même envers les personnes aimées. L'endeuillé se reproche de ne pas avoir été à la hauteur avec le défunt.

Loubna se sent également diminuée par rapport à ses amis et se dit être en deuxième position puisqu'elle a perdu sa mère, une mère qu'elle considère être essentielle pour occuper le premier rang. Ses propos traduisent l'expansion de la vision négative de l'adolescent sur sa personne, d'où son auto-évaluation négative et une faible estime de soi « je pense que c'est pour ça que dieu me punit », l'adolescente se voit comme une personne indigne et mauvaise et attribue le décès de sa mère à son imperfection ou aux actes qu'elle aurait commis.

Par ailleurs nous constatons que l'adolescente a pris beaucoup de poids : « j'ai pris beaucoup de poids », « j'ai grossi de sept kilos en deux semaines ». L'adolescente se réfugie dans la nourriture cherchant à atténuer son anxiété et qui pourrait peut être même lui procurer un certain plaisir.

A cela s'ajoute l'envie de l'adolescente de mourir : « si je meurs ça sera mieux ». L'adolescente préférerait mourir que de persévérer dans une vie qui n'a plus de sens. Etre morte aurait aussi permis à l'adolescente d'éviter la peine engendrée par le décès de la mère : « j'aurais préféré mourir que de vivre ça ».

Toutes les perturbations psychiques rencontrées par l'adolescente sont la cause des troubles du cycle lyrique de l'adolescente qui se manifeste par des insomnies : « je ne dors pas ».

Enfin, nous dirons que Loubna attribue au décès de sa mère une interprétation négative qui la rend malheureuse. L'adolescente se trouve devant une situation qu'elle ne peut changer, ce qui va renforcer d'avantage la vision négative sur son entourage, son avenir et également sa personne et de ce fait engendré une forte anxiété.

Le DSM-PC-1994 atteste que le diagnostic d'un état dépressif majeur doit être porté si la durée des symptômes dépressifs dépasse les deux mois après la perte. Cependant, cette même référence (le DSM-PC-1997) affirme que le diagnostic d'un état dépressif majeur acquière l'intensité des symptômes dépressifs. Aussi, d'autres auteurs tels que Horowitz, Prigerson et Bacqué, rapportent que lors d'un deuil les symptômes dépressifs peuvent se prolonger une année après le décès.

En ce qui concerne Loubna, les symptômes du tableau dépressif sont présents trois mois après le décès de sa mère. Cependant nous n'avons relevé aucune réaction dépressive morbide. Loubna est une adolescente qui a perdu sa mère et qui présente des réactions caractéristiques d'un deuil normal.

La mort de la mère de Loubna a pu également engendrer d'autres symptômes :

### **B- Les symptômes liés à l'état de stress post-traumatique :**

La mère de Loubna qui était en bonne santé est soudainement décédée durant son sommeil suite à un arrêt cardiaque. Cet événement a provoqué chez l'adolescente une grande détresse psychologique : « je ne peux pas décrire ce que j'ai ressenti », Loubna se souviens même avoir eu un malaise : « j'avais l'impression que j'allais m'évanouir ». L'émotion était telle que l'adolescente a ressenti un malaise qui résulte d'un effondrement du tonus neurovégétatif et qui d'après Freud est une manière d'échapper à cette pénible situation.

Les deux premiers jours qui ont précédé le décès l'adolescente éprouvait une intense anxiété. Loubna connaissait des difficultés d'endormissement : « Je n'arrivais pas à dormir » accompagnées de manifestations neurovégétatives : des difficultés respiratoires et des palpitations qui sont à associé au deuil.

La spontanéité de l'événement a fait que Loubna est de plus en plus aux aguets et angoissée à l'idée de perdre un autre membre de sa famille, c'est pourquoi elle se réveille la nuit pour vérifier leur respiration et c'est ce qui explique également les coups de téléphone répétitifs au père.

L'adolescente vit la même peine qu'auparavant, avec les mêmes symptômes qui surgissent, si bien qu'elle préfère ne pas parler du décès de sa mère : « parler d'elle ne la ramènera pas, c'est trop tard ». Elle évite également toute situation semblable qui pourrait éveiller le souvenir de sa mère et engendrer la même émotion, comme d'aller au cimetière : « je ne veux pas aller au cimetière », « je n'y suis jamais allée ». En d'autre terme les comportements d'évitement de Loubna sont plus à associé à la peine du décès contrairement à l'évitement relatif au trauma ou le sujet tend à éviter l'effroi provoqué par le souvenir de l'événement.

Nous avons également observé chez Loubna des perturbations d'ordre somatique : « l'autre jour je n'arrivai plus à parler, ma bouche était paralysée ». Le décès de la mère s'est répercuté négativement sur l'humeur de Loubna et a été à l'origine de

complications relationnelles : « on me dit que je ne suis plus sociable », « je ne veux pas leur parler c'est tout » ce qui adhère au tableau symptomatique du deuil. L'endeuillé se repli sur lui-même, il devient irritable et colérique et même suspicieux à toute aide de l'extérieur.

Aussi, Loubna nous a rapporté que ses résultats scolaires sont de plus en plus médiocres. Cependant, il faut également tenir compte des nouvelles responsabilités de l'adolescente (cuisine, ménage), qui monopolisent tout son temps.

Le tableau symptomatologique que nous avons pu réunir est assez riche. Les informations recueillies traduisent non seulement une souffrance clinique chez l'adolescente d'où la peine engendrée par les souvenirs de la défunte mais aussi un émoussement de la réactivité (perte d'intérêt) et de l'hyperactivité neurovégétative (irritabilité, accès de colère) sans présenter de symptômes de répétition. En effet, l'absence de la reviviscence, qui est la référence oblige du syndrome psychotraumatique, nous amène à dire que la détresse émotionnelle, l'émoussement de la réactivité générale, l'irritabilité, la baisse du rendement scolaire sont les manifestations d'un deuil normal.

## Présentation du test de rorschach :

### Le protocole :

Les planches	L'enquête	Les localisations	Les déterminants	Le contenu	banalité
PL. I : 3'' 1-un papillon 5''	Toute la planche	G	F+	A	Ban
PL. II : 13'' 2- un visage 23''	La partie rouge en haut ce sont les yeux, et le rouge d'en bas c'est la langue	G	F+-	H	
PL. III : 8'' 3-deux hommes 4-un papillon 32''	-Les deux parties latérales noires -la partie centrale rouge	D  D	K  F+	H  A	Ban  Ban
PL. IV : 41'' 5- une paire de chaussures 1'02''	Les deux parties latérales	D	F+	Vet	Ban

PL. V : 17'' 6- Un papillon 20''	Toute la planche	G	F+	A	Ban
PL.VI :10'' 7- un visage  8- un chat 52''	- la partie centrale au milieu  - le tiers supérieur	Dd  D	FE  F+	Hd  A	
PL. VII : 11'' 9- deux visages de bébés 26''	La partie supérieure	D	F+	Hd	Ban
PL.VIII : 7'' 10-des animaux  11- un papillon 36''	-Les deux parties latérales roses - la partie inférieure centrale rose /orange	D  D	F+  F+	A  A	Ban

PL. IX : 45''					
12- la c'est le paradis,	-La partie verte centrale	D	C	Symb	
13- l'enfer 1'12''	- la partie orange supérieure	D	C	Symb	
PL .X :6''	-Le sujet désigne le nez, les yeux, les cheveux	DG	F-	Hd	
15- des crabes	- les deux parties supérieures latérales	D	F+	A	Ban
16- deux lions 1'24''	bleues - le jaune au centre	D	F+	A	

Choix positif : PL.IX : il y le paradis;

Choix négatif : PL.IV : je ne l'aime pas, ça n'a aucun sens.



### Le psychogramme :

R = 16 T.Total :6 min et 52 sec T /R = 41''	G=3 G%= 18.75 D=11 DG=1 Dd=1 Dd%= D%=81.25	F+ = 10 F-=1 F+-=1 F+% = 87.5 F% = 75 C = 2 $\Sigma C = 3$ FE = 1 K = 1 RC%=37.5	A = 8 A% = 50% H = 2 Hd = 3 H% = 31.25% Vet=1 Symb=2	Ban = 8 Ban% = 50%
--	--	---	--	-----------------------

### Analyse planche par planche :

#### **Planche I**

Dans cette planche de l'affrontement des situations nouvelles, nous remarquons que Loubna a répondu rapidement en donnant une réponse banale ce qui reflète une bonne adaptation.

#### **Planche II**

Après un temps de latence supérieur à celui de la première planche 13'', le sujet donne une réponse globale et de contenu humain (H). Le sujet semble être troublé par la couleur ce qui l'empêche d'interpréter la kinesthésie généralement vue à cette planche.

#### **Planche III**

Après un temps de latence relativement court 8'', Loubna est plus à l'aise devant les planches, elle parvient à donner deux réponses, la première réponse est globale (G). La perception de contenu humain (H) avec kinesthésie (K) renseigne sur des bonnes capacités d'identification pour le sujet, mais avec quelques difficultés dans un choix sexuel déterminé vu la non identification du sexe.

Quant à la deuxième réponse, qui est de contenu animal, elle indique que le sujet est plus à l'aise devant la couleur et laisse place à l'affectivité.

#### **Planche IV**

Dans la planche paternelle, et après plusieurs retournements, Loubna interprète en s'attachant à une localisation partielle. L'absence d'une réponse humaine nous renvoie à une angoisse infantile ou un sentiment de culpabilité ou/ et même à des pensées suicidaires. Le choix de cette planche parmi les planches rejetées le confirme. Cependant cette quatrième planche nous met en face d'un paradoxe. En effet la présence d'une banalité, à cette planche, est le signe d'une bonne relation paternelle. Ainsi cette planche nous renvoie à la perception d'une image paternelle confuse et probablement à une relation ambivalente.

#### **Planche V**

La réponse banalité donnée par le sujet renvoie à une bonne capacité d'intégration dans le réel malgré l'absence d'une réponse kinesthésique significative de quelques problèmes dans l'intégration sociale.

#### **Planche VI**

Dans cette planche sexuelle, on remarque la présence de deux réponses. La première de contenu humain est déterminée par l'effet de l'estompage qui est un signe d'angoisse. Quant à la deuxième réponse elle est de contenu animal.

L'absence complète d'une réponse sexuelle est peut être le signe d'un refoulement de la sexualité.

#### **Planche VII**

Dans cette planche maternelle, la réponse donnée est de bonne forme (F+) et s'attache à une localisation partielle. La présence de la banalité indique une bonne relation avec la mère.

#### **Planche VIII**

Après 7'', Loubna aborde la planche par deux réponses s'attachant à des localisations partielles D. Les deux réponses sont de bonne forme (F+) à contenu animal (A). La présence d'une banalité renseigne sur la capacité du sujet à s'ouvrir au monde extérieur et la possibilité d'établir des relations affectives.

#### **Planche IX**

Loubna prend plus de temps de réaction dans cette planche positivement choisie par elle. La présence de réponses couleur est le signe d'une affectivité labile qui caractérise le sujet.

## **Planche X**

Dans cette dernière planche le nombre de réponses est le plus élevé de tout le protocole. Cette dernière planche englobe presque toutes les réponses données dans le protocole. En effet, les trois réponses se rapportent à des localisations partielles (D) et sont de bonnes formes (F+), elles renvoient à un contenu humain et animal (A).

### **Caractéristique du protocole et du psychogramme :**

Nous constatons en premier lieu que le nombre de réponse R du sujet est en dessous de la moyenne, conjointement au temps de réaction qui est dans la norme.

### **Le fonctionnement intellectuel :**

On constate chez le sujet la présence d'un type d'appréhension riche (D, G, Dd) qui est le signe d'une flexibilité psychique.

Les processus intellectuels du sujet semblent plus ou moins normaux avec la prédominance de signes positifs (F+% élevé, un contenu varié, un type d'appréhension riche, succession relâchée). Quant à la forte présence de D, elle indique la prédominance d'une intelligence plutôt pratique chez le sujet. Cependant l'association des réponses globales à de bonnes formes F+ démontre que Loubna est dans le principe de réalité. Le D% est égal à la moyenne.

### **L'affectivité**

Le type de résonance intime ( $\sum K < \sum C$ ) et la formule complémentaire (RC%) révèlent que le sujet est extratensif. Cependant la présence d'une réponse estompée renvoie par contre à la timidité du sujet.

La présence d'une réponse couleur (C) dénote une impulsivité et l'absence du contrôle des émotions qui, d'après Böhm, est confirmée par le petit nombre de réponses globales.

### **La socialisation**

Le sujet a un bon contact avec le monde extérieur et des capacités d'adaptation (F%, A%, D et K) ce qui reflète une bonne adaptation intellectuelle.

Les réponses humaines (H+Hd) nous renseignent sur la capacité de Loubna à s'identifier à une image humaine et qu'elle a un bon contact avec ses semblables.

### **Résultat global :**

D'après les résultats du Rorschach nous pouvons conclure que le sujet manifeste un sentiment de culpabilité et peut être même des pensées suicidaires. Il souffre aussi de quelques difficultés d'ordre sexuel exprimées à travers le refoulement de la sexualité et accompagnées de troubles de l'identification féminine bien qu'il possède des capacités d'identification.

En ce qui concerne la relation du sujet avec ses parents, le test nous révèle que l'image maternelle est bonne, alors que la relation de l'adolescente avec son père est plutôt ambivalente.

Les résultats du test nous permettent également de relever la présence d'un état dépressif qui s'est manifesté à travers :

- l'augmentation des réponses déterminées par la forme ( $F+\% = 87.5$ ) ;
- l'augmentation du pourcentage des réponses des déterminants animal ( $A\% = 50\%$ )
- une absence d'originalité ( $O\% = 0$ ) ;
- le nombre de réponses des déterminants humain détail est supérieur à celui des déterminants humain ( $Hd > H$ ) ;
- la réduction du nombre de réponses ( $R=16$ ).

### **Synthèse des résultats :**

L'analyse des entretiens nous a permis de constater que Loubna souffre du décès de sa mère, une mère avec qui, d'après l'adolescente et les résultats du test du Rorschach, elle avait de bonnes relations.

Suite au décès de sa mère, Loubna a manifesté une réaction dépressive visible à travers une perte d'intérêt pour son entourage et de l'irritabilité à leur égard. De plus, les entretiens ont révélé la présence d'un fort sentiment de culpabilité et de pensées de mort également prouvés par les résultats du Rorschach.

La dépression de Loubna se manifeste aussi à travers son gain de poids. En effet ce gain de poids est le résultat de l'impulsivité de l'adolescente qui tend à se réfugier dans la nourriture.

La souffrance et les perturbations engendrées par le décès de la mère sont à l'origine de la perturbation de la vie sociale de l'adolescente (renfermement sur soi, arrêt de l'activité physique) et d'une baisse du rendement scolaire.

Loubna a également manifesté de l'hypervigilance exprimée par son inquiétude pour le reste des membres de sa famille.

Enfin les symptômes cités plus haut sont relatifs à une dépression réactionnelle au deuil. Cet état dépressif est par ailleurs confirmé par le Rorschach. Cependant ces symptômes manquent d'intensité pour affirmer la présence d'un état dépressif majeur. De même qu'ils ne peuvent être associés à un état de stress post traumatique, puisque la reviviscence, qui est une manifestation essentielle, manque à l'établissement de ce diagnostic.

## **2-Analyse globale :**

Notre étude propose une approche descriptive de quatre adolescents exposés à un événement potentiellement traumatique qui est la mort soudaine d'un parent. Avant de présenter les résultats globaux de notre enquête, quelques précisions au sujet de notre population s'imposent :

- Notre population est constituée de sujets d'âgés de quatorze et quinze ans. Quant à leurs parents décédés ils étaient âgés entre quarante trois et cinquante et un ans ;
- Nos quatre adolescents sont de niveau socio économique moyen ;
- Concernant les événements traumatisants, les antécédents psychiatriques et les deuils difficiles, nous retrouvons un seul sujet (Ayoub) qui a précédemment vécu une expérience douloureuse qui est celle du décès de sa petite sœur, quatre ans auparavant, décès dont il n'est toujours pas remis.
- En ce qui concerne les circonstances du décès nous sommes intéressés aux décès soudains, imprévisibles, où l'endeuillé ne pouvait prévoir l'éventuel décès du parent ;
- On sait à quel point il est difficile à quiconque de s'exprimer sur sa douleur, il est d'autant plus difficile quand celle-ci est consécutive à la mort d'un parent. Mis à part le jeune Ayoub, les adolescents avec qui nous sommes entretenus semblaient tous présenter une certaine retenue à notre égard

Dans le cadre de notre étude, nous avons formulé l'hypothèse que les adolescents ayant perdu un parent suite à un décès inopiné sont sujets à un état dépressif majeur ou un état de stress post traumatique.

### **A- les conséquences symptomatiques liées à l'état dépressif :**

Les quatre adolescents interrogés nous ont fait part d'une grande douleur morale et de sentiment de tristesse suite à la perte de leurs parents. Néanmoins, cette tristesse, aussi profonde soit-elle, ne rend pas compte de la présence d'un état dépressif. Ces réactions dépressives sont des réactions de deuil normales qui durent un certain temps alors que l'humeur dépressif est, d'après Moussaoui (1987), « quand de façon durable la tristesse devient un désespoir profond ».

D'après le modèle de Beck, suite à la perte leurs parents, les adolescents perçoivent qu'ils ont perdu quelque chose qu'ils considèrent comme essentiel à leur bonheur, ainsi ils

réactivent un schéma cognitif qui leur renvoie une image négative de tout ce qui les entoure. C'est effectivement une diminution de l'intérêt ou du plaisir que nous avons observé pour les quatre sujets. Ces adolescents perdent tout entrain et intérêt aux choses de la vie, ils ne s'intéressent plus à leurs amis, ainsi qu'aux loisirs (télévision, musique, activités sportives).

Souvent le sujet tend à changer la situation déplaisante, pour échapper aux émotions négatives qui l'envahissent c'est ce qui explique les crises d'agitation dont est sujette Karima. Mais ces tentatives sont souvent vaines. Sachant qu'il est impuissant, le sujet répond moins aux exigences de son environnement d'où le ralentissement psychomoteur. D'après Moussaoui (1987) le plus constant des symptômes dépressifs, et ce de manière universelle, est le ralentissement psychomoteur également appelé inhibition psychomotrice. Pour nos trois adolescentes le moindre geste (se lever le matin, s'habiller, prendre une douche, étudier, etc.) leur coûte un effort considérable.

Quant à la fatigue elle est le résultat des multiples tentatives de changer et de contrôler la situation. Elle est aussi le résultat des troubles du sommeil auxquels sont sujets les quatre adolescents et qui engendrent un dysfonctionnement cognitif (difficulté de concentration, de mémorisation) pour les quatre adolescents.

Toujours en ce qui concerne le ralentissement psychomoteur et l'anhédonie, Freud propose une vision différente. D'après Freud, dans le deuil toute l'énergie de l'endeuillé est monopolisée par une nouvelle tâche éreintante qui est le désinvestissement libidinal. L'endeuillé doit se détacher progressivement du défunt et pour ce faire il doit se libérer de toute autre activité.

Ayoub, Hawa, Loubna ainsi que Karima se trouvent dans l'incapacité de changer la situation d'où l'envahissement par un sentiment de dévalorisation ce qui va aboutir au renforcement de leur vision négative du monde.

Bien que nous ayons relevé la présence d'un sentiment de dévalorisation et de culpabilité pour les quatre adolescents, cependant l'accent doit être particulièrement mis sur le pourcentage élevé des phrases allant dans ce sens pour les trois filles. De même que ce sentiment a engendré des pensées de mort chez Loubna et Karima.

Concernant l'anorexie qui est la restriction alimentaire, elle est souvent présente dans les tableaux dépressifs, et induit un amaigrissement plus ou moins prononcé. Hawa ainsi que Loubna toutes deux répondent à ce critère. Les adolescentes nous ont fait savoir qu'elles mangeaient de moins en moins d'où leur perte de poids.

Nous dirons simplement que pour nos sujets les symptômes dépressifs résultent d'un traitement déficient de l'information. Les sujets procèdent à une lecture du monde excessivement pessimiste, ou ils amplifient le caractère négatif de leurs émotions. De cette manière, le système va s'auto-alimenter par rétroaction entre émotions et cognitions.

Les résultats du test du Rorschach confirment la présence d'une dépression pour les quatre adolescents. Néanmoins, notre étude repose sur les critères du DSM-IV qui stipule qu'un état dépressif majeur doit être envisagé si il existe au moins cinq des symptômes relatifs au tableau dépressif deux mois après le décès conjointement à certains symptômes non caractéristique à une réaction de deuil normal tels que nous les avons décrit dans notre approche théorique. Or, les symptômes recueillis auprès des adolescents répondent positivement à la majorité des critères mais restent tout de même insuffisantes pour dire qu'ils souffrent d'un état dépressif majeur ce qui nous mène à dire ces adolescents ont une réaction de deuil normale.

### **B- les conséquences symptomatiques liées à l'état de stress post traumatique :**

La mort est considérée par un grand nombre d'auteurs, tel que Freud (1915), Hanus (1995), Bailly (1996) et Smailovic (2003) comme un événement potentiellement traumatisant. Cependant il est nécessaire de mentionner que c'est le vécu qui donne le caractère traumatisant et non pas l'événement lui-même. Bien qu'elles soient variées, les réactions des adolescents attestent d'une grande détresse psychologique (dénier de l'événement, amnésie causée par le choc émotionnel, malaise).

Le syndrome psychotraumatique est caractérisé par la répétition, celle-ci peut se manifester à travers des rêves, des flashs back, des hallucinations, des ruminations, etc. Cependant, ce qu'il faut retenir c'est qu'en ce qui concerne le deuil, les souvenirs du défunt envahissent souvent l'endeuillé (Bacqué, 1992) alors que pour la symptomatologie traumatique la reviviscence porte sur l'événement traumatique, que se soit sur la totalité de la scène ou un aspect de l'événement. Partant de cette précision, seule le cas de Hawa répond à ce critère. Durant les



semaines qui ont suivies le décès de son père, l'adolescent a souvent été sujette à des rêves répétitifs où elle revivait l'annonce du décès de son père par l'un de ses oncles. Hawa est également sujette à des hallucinations auditives comme entendre les pleurs de sa mère le jour des funérailles. Des réactions émotives accompagnent généralement ces manifestations (des crises de larme, une accélération du pouls)

Ayoub, Loubna ainsi de Karima quant à eux n'ont fait part d'aucun comportement pouvant être associé à de la reviviscence traumatique. Les seuls souvenirs qui les assaillent sont ceux de leurs défunts parents.

Le deuxième critère du DSM-IV porte sur l'évitement des stimuli et l'émoussement de la réactivité générale. Bien que des conduites d'évitement ont été rapporté par les quatre adolescents (les conversations portant sur le parent décédé, ses vêtements, aller au cimetière) celles-ci ne sont pas pour autant à valeur traumatique mais un moyen d'échapper au souvenirs douloureux du défunt.

Il faut préciser que dans le syndrome psychotraumatique, d'après le modèle de Barlow (1992), l'évitement traumatique est étroitement lié à la reviviscence puisque le sujet cherche en premier lieu à éviter l'effroi ressenti lors de la reviviscence de l'événement, donc s'il n'y a pas de reviviscence il n'y a pas d'évitement traumatique. Ce qui nous amène à dire que seule Hawa répond au critère de l'évitement traumatique.

Cependant ces conduites d'évitement restent relativement modérées dans le sens où pour trois de ces adolescents le décès du parent a eu lieu au domicile familial (Loubna et Karima) ou près de l'école (Ayoub). En d'autres termes, dans un contexte que l'adolescent ne peut éviter très longtemps sans causer des bouleversements importants dans sa vie.

Par ailleurs les trois adolescentes sont sujettes à des réactions physiologiques (accélération du pouls, crise d'angoisse, sécheresse de la bouche, difficulté respiratoire, nausée) à chaque fois qu'elles sont confrontées à une situation évoquant le décès du parent. Ces mêmes symptômes physiologiques ont été répertoriés par Bacqué comme étant des réactions physiologiques relatives à un deuil normal.

Nous avons également observé une diminution des centres d'intérêt. Les adolescents n'éprouvent plus de plaisir à être avec leurs amis, à regarder la télévision, à écouter de la musique ou à faire du sport. Pour hawa et Loubna le désintérêt est tel qu'elles éprouvent même des difficultés à s'investir affectivement avec leur entourage. Cette anhédonie est

omniprésente dans le deuil. Comme nous l'avons précédemment expliqué, en s'appuyant sur les réflexions de Freud, le désintérêt n'est que le résultat du désinvestissement libidinal qui s'empare de toute l'attention de l'endeuillé.

Dans le volet de l'évitement et l'émoussement de la réactivité générale le DSM fait mention d'une amnésie psychogène de certains aspects du trauma. A ce propos Hawa garde de vagues souvenirs du jour du décès de son père. Cette amnésie partielle est probablement le résultat du blocage des fonctions perspectives des adolescents suite à l'intensité de l'émotion engendrée par le décès du parent.

Les entretiens des adolescents témoignent d'une hyperactivité neurovégétative visible essentiellement à travers des perturbations du sommeil et de l'irritabilité aussi des réactions de colère, d'absentéisme, baisse du rendement scolaire et plaintes somatiques. Cependant ces mêmes symptômes ont été décrit dans la littérature comme des symptômes présent dans tout deuil normal.

Nous avons également relevé des comportements témoignant d'hypervigilance auprès de Loubna, Karima ainsi qu' Ayoub. Cette hypervigilance est engendrée par la spontanéité du décès du parent ce qui a rendu les deux adolescents davantage méfiants. Ces trois adolescents connaissent également des difficultés de concentration, ils ont du mal à suivre les cours en classe ou à mémoriser les leçons.

Tous ces troubles auxquels sont sujets les quatre adolescents sont au cause non seulement dans les perturbations d'ordre relationnel mais aussi se répercutent négativement sur le cursus scolaire des adolescents d'où l'absentéisme et la baisse du rendement scolaire pour les trois filles, ainsi que des troubles dysfonctionnels en ce qui concerne Hawa.

Le PTSD est défini par la coexistence de symptômes de répétition, d'évitement de stimuli, d'émoussement de la réactivité générale ainsi que d'hyperactivité neurovégétative. Conformément à ces critères, seule Hawa répond à ces critères et présente un état de stress post traumatique.

Pour, Ayoub, Loubna et Karima il en est tout autre. Notre étude nous a permis de voir que l'état dépressif consécutif au deuil et l'état de stress post-traumatique sont reliées de façon complexe. Les symptômes exigibles pour le diagnostic du PTSD présentent beaucoup de similitudes avec ceux du deuil (désintérêt, trouble du sommeil, irritabilité, etc.). Cependant le facteur pathognomonique du syndrome psychotraumatique est la répétition. C'est pourquoi

en raison de l'absence de toute manifestation de réviviscence il nécessaire de dire qu' Ayoub, Loubna et Karima manifestent des réactions de deuil normales.

Enfin les symptômes recueillis auprès des adolescents, qu'ils rendent compte de réactions de deuil normales ou d'état de stress post traumatique pour Hawa, pourraient persister quelques semaines à quelques mois puis s'éteindre. Ils pourraient également s'organiser en différentes pathologies chroniques. Tout dépendra de la capacité de résilience des adolescents et du vécu des événements de leurs vies.

### **3-Discussion :**

Le travail de deuil est la séparation psychique d'avec l'objet perdu. C'est-à-dire qu'à partir d'une séparation réelle, le travail de deuil conduit à la séparation cognitive et affective de cet objet. Il suppose de passer d'un attachement à cet objet d'amour à l'acceptation de sa perte. Dans notre travail nous nous sommes intéressés aux réactions de deuil chez quatre adolescents âgés de 14 et 15 ans qui ont subi un deuil parental soudain. Mais avant de discuter des résultats recueillis auprès de ces endeuillés, nous voudrions mentionner que nous avons rencontré des difficultés à réunir un plus grand nombre de sujets qui représentent une diversité de situations singulières et ceci est dû au refus des adolescents de s'exprimer sur le sujet. L'étude de ces discours aurait pu s'avérer plus pertinente. En effet, en plus de notre inexpérience sur le terrain nous avons noté des difficultés de concentration chez les adolescents et certaines questions étaient éprouvantes pour la plupart des cas (concernant la relation avec le défunt, le récit du jour du décès). Il faut également préciser que les entretiens ont souvent eu lieu à la sortie des classes après de longues heures d'études et donc de fatigue.

Durant les premiers entretiens, nous avons eu des difficultés à faire parler les adolescents. Ceci corréle les données de la littérature qui rapportent le fait. D'après Dolto (1989) ceci s'explique par ce que l'on pourrait appeler l'individualisation. L'adolescent tente de prouver qu'il peut compter sur lui même et surtout prouver qu'il est capable de faire face à toutes les situations même les plus pénibles et ainsi faire face à ses limites.

A travers notre approche théorique nous avons mentionné, et ceci en s'appuyant sur ce que rapporte Hanus (2001), que les adolescents calquent leurs manifestations émotionnelles sur celles de leur entourage et c'est ce que nous avons constaté au cours de nos entretiens. La mère de Hawa qui s'est présentée à nous afin de faire part de son inquiétude pour sa fille nous a rapporté qu'elle se retenait de laisser paraître sa peine en présence de ses enfants dans le but de les soulager, et c'est ce qui pourrait expliquer la difficulté qu'a Hawa de s'exprimer sur le sujet.

Les entretiens ont aussi démontré que certains de ces adolescents avaient tendance à prendre des responsabilités, comme le cas de Loubna et Hawa. D'après Hanus (1995), ces nouvelles responsabilités sont, pour les adolescents en deuil, un moyen de renforcer l'illusion qu'ils n'ont pas été affectés par la disparition de leurs parents.

Compte tenu des remaniements de la puberté (physiques, psychologiques), et de la réaction dépressive qui découle de chaque deuil, nous avons formulé l'hypothèse que les adolescents ayant soudainement perdu un parent sont sujets à un état dépressif majeur.

### **Les conséquences symptomatiques liées à l'état dépressif majeur :**

Les résultats de nos études de cas réfutent notre première hypothèse. L'analyse des entretiens et des protocoles du test de Rorschach des adolescents indique que ces derniers présentent une dépression normale réactionnelle au deuil et non pas un état dépressif majeur.

En effet, bien qu'il existe une grande similitude entre la dépression consécutive au deuil et l'état dépressif majeur, la théorie présente quelques éléments indéniables de différenciation entre ces deux entités cliniques (humeur dépressive, ralentissement psychomoteur, irritabilité, troubles du sommeil, perte ou gain de poids, etc.).

A ce sujet, le texte de Freud « deuil et mélancolie » (1915) rapporte plus de précisions. Pour Freud : « dans le deuil, le monde est devenu pauvre et vide, dans la mélancolie c'est le moi lui-même. ». Dans le deuil, le monde est devenu pauvre et vide alors que dans la mélancolie le sentiment de péjoration vise essentiellement le sujet lui-même d'où la facilité qu'éprouve le déprimé à s'exposer tel quel puisqu'il a perdu toute estime de soi. Le sentiment de culpabilité et de honte est tel que le sujet attend son châtement, il peut même pousser au suicide. Cette forte culpabilité est d'après Freud (1915) le résultat de la libido libre qui ne s'est pas déplacée sur un autre objet (comme c'est le cas dans le processus de deuil) mais elle a été ramenée au sujet lui-même.

Freud souligne encore que le deuil aussi bien que la mélancolie sont des réactions à une perte d'objet. L'endeuillé est conscient de sa perte, l'objet perdu est réel et mort (dans notre cas les adolescents ont perdu un parent) ; dans la mélancolie par contre, le sujet ignore ce qu'il a perdu, ce qui nous permet de dire que l'état dépressif est dû à une perte d'objet inconsciente.

C'est donc la qualité et l'intensité des symptômes dépressifs qui a faillit à nos cas pour conclure à un état dépressif majeur. Ainsi, pour expliquer les symptômes dépressifs recueillis auprès des quatre adolescents, on ne peut parler que d'une réaction de deuil normale.

Concernant le processus du deuil et conformément à ce que nous avons abordé antérieurement dans le chapitre du deuil et ses étapes, il est établi par les auteurs qu'initialement la première réaction lors de l'annonce de la mort est le déni. Les réactions recueillies auprès des trois autres adolescents confirment cette réflexion. Quant à Karima elle

a été mise au courant de l'éventuel décès de sa mère deux jours au préalable ce qui a manifestement minimisé le choc et anticipé le processus de deuil.

Les propos des adolescents renvoient à une profonde tristesse. En effet, la période dépressive, qui est la deuxième phase du deuil est marquée par une grande tristesse, une tristesse qui, d'après Freud (1915), est le résultat du travail de deuil qui consiste à retirer l'énergie psychique des liens qui la retiennent à l'objet (parent décédé). Ce désinvestissement nécessite du temps et se fait graduellement, toute l'énergie investie dans le parent ainsi que toutes les représentations qui y sont associées, doivent être désinvesties. Et si ce désinvestissement prend du temps, d'où la prolongation de la souffrance, c'est que d'après Freud (1915) il ne peut être fait d'un seul coup sinon le « Moi » se retrouverait submergé par cette espèce de reflux libidinal. Quant au retrait et au désintérêt observés chez les adolescents ceux sont, toujours d'après Freud, le résultat du travail de détachement progressif qui impose aux endeuillés de se libérer de toute autre activité. Toute l'énergie des adolescents est monopolisée par cette nouvelle tâche.

Il apparait également que les expressions de cette dépression ne se résument pas en tristesse et désintérêt du monde extérieur, elle peut aussi être masquée comme elle l'est le plus souvent chez les adolescents par des problèmes de santé, pas nécessairement graves, comme c'est le cas de la jeune Hawa et Karima chez qui se sont manifestées des algies. D'après Hamblen (2006), les troubles psychosomatiques sont un moyen de communication pour les enfants et les adolescents. Ainsi ces troubles sont souvent le langage des adolescents, en particulier quand ils n'arrivent pas à mettre de mots sur les sentiments forts qu'ils éprouvent, des mots qui leur permettraient de communiquer ces sentiments.

Cette dépression consécutive au décès, est aussi visible à travers un changement des habitudes alimentaires d'où le changement de poids de nos trois jeunes adolescentes, et des difficultés scolaires. Conjointement à ces réactions subjectives, cette dépression a également des répercussions sur l'environnement social de l'endeuillé et qui se manifestent par des crises de colère des adolescents, un repli sur soi inhabituel et un rejet de l'entourage. A ce sujet, Beaulieu (1997) stipule que les premières sphères à être perturbées par les symptômes dépressifs pour l'adolescent sont sa scolarité et les relations sociales.

Par ailleurs, notre étude montre que deux des adolescents (Hawa et Karima) entretenaient une relation ambivalente avec leurs parents décédés ce qui est confirmé par le test du Rorschach et ce qui est propre à tous les adolescents, même si cette ambivalence passe parfois inaperçue. A ce sujet, la littérature nous apprend que les relations des adolescents avec leurs parents sont

souvent conflictuelles (Dolto, 1989). En effet, le parent, quelles que soient ses qualités et ses défauts, quelle que soit la qualité de sa présence dans la famille, est la référence obligée de l'autorité, autorité si souvent contestée par l'adolescent. Et c'est probablement cette ambivalence envers le parent décédé qui est en cause dans la présence des sentiments de culpabilité formulés clairement au cours des entretiens de ces adolescents. A ce sujet, Hanus (2001) rapporte que les relations conflictuelles antérieures à la perte déterminent la survenue de deuils plus difficiles.

Cependant le cas des trois adolescentes confirme les dires de Klein qui soutient que l'aspect le plus douloureux du deuil est engendré par le sentiment de culpabilité (Bowlby, 1984). Quelle que soit son origine, son existence peut exacerber la perte et entraîner le fardeau d'une dépression pouvant compliquer la résolution du deuil.

Les pensées de mort sont très présentes dans le discours de deux de nos endeuillées (Loubna et Karima) pour qui la mort est perçue comme un moyen d'alléger leur souffrance. Les pensées de mort sont inhérentes au deuil, à tous les deuils quel que soit l'âge de la personne qui le vit. Mais durant l'adolescence, selon Hanus (2001), le deuil survient chez des individus qui ont déjà plus ou moins tendance à penser à la mort, au suicide et même à se mettre eux-mêmes activement dans des situations risquées. D'après Coslin (2002), ces pensées morbides sont plus qu'une alternative c'est un moyen de mieux se connaître, de connaître ses limites et se faire reconnaître par les autres. Pour faire plus simple nous pouvons dire qu'à l'adolescence, les idées de mort qui sont déjà actives ne sont que renforcées par les situations de deuil. Rappelons qu'en ce qui concerne les pensées de mort, Freud (1915) dit que, dans tous les deuils importants nous avons envie de mourir durant les premiers temps. Heureusement dit-il que les forces de la vie finissent habituellement par l'emporter.

Quant à la fatigue observée chez ces adolescents, c'est également un élément commun au deuil et à l'adolescence. A cet effet, Hanus (2001) rapporte, qu'à l'adolescence, en quelques années, l'enfant devient une femme, un homme. De telles transformations ne peuvent manquer de requérir de grandes quantités d'énergie. En effet, l'adolescence est une période de reconstruction, de remaniement de la personnalité d'où la nécessité d'une certaine énergie. Il en est de même pour le deuil. Le travail de deuil se déroule en une succession de trois phases, déni, dépression et acceptation. Ces phases demandent une grande dépense d'énergie pour être traversées. C'est une dynamique qui concerne la personne dans sa globalité, soma, psyché et pneuma ; chacune de ces instances ne trouvera de repos avant que le sujet ait réussi à aller jusqu'au bout de l'acceptation. Là encore nous voyons que le deuil et

l'adolescence épuisent les forces, et que l'un et l'autre conjuguent leurs effets pour rendre les choses plus difficiles.

Il semblerait également qu'Ayoub présente un tableau dépressif assez pauvre par rapport aux trois adolescentes, ce qui pourrait laisser supposer que ce jeune garçon ne serait pas autant affecté que les autres sujets de notre étude. Ceci serait probablement dû au fait qu'il ait déjà vécu une expérience semblable lors du décès de sa sœur, il y a quatre ans de cela. Les affects qui étaient investis dans sa petite sœur auraient été investis sur d'autres objets (pourquoi pas le père). Ainsi avec la survenue du décès du père, le premier deuil incomplet ressurgit ce qui est confirmé par Hanus (2001) qui affirme que : « chez l'adolescent le deuil, même s'il évolue normalement, ne va pas à son terme. Une partie de la souffrance demeure à l'intérieur et resurgira ultérieurement à l'occasion d'une autre épreuve ».

Enfin il ressort de notre enquête que, malgré les relations ambivalentes avec les parents et l'humeur peu euphorique qui caractérise les adolescents, nos sujets présentés vivent un deuil normal.

Dans la perspective de nos préoccupations, c'est-à-dire des réactions de deuil chez l'adolescent, nous avons supposé que la confrontation de ces derniers à la mort soudaine de leur parent induit à l'état de stress post traumatique.

### **Les conséquences symptomatiques liées à l'état de stress post traumatique :**

En effet, à travers notre recherche, nous avons tenté d'évaluer la présence d'un état de stress post-traumatique chez ces adolescents.

Il est vrai que dans le deuil il n'y a aucune « confrontation à la mort ». Ces adolescents n'ont pas non plus subi un « événement traumatique » au sens strict du terme, c'est-à-dire un événement au cours duquel ils ont risqué de mourir ou d'être gravement blessé, ou un événement au cours duquel ils ont été menacés de mort ou de grave blessure. Cependant, un grand nombre d'auteurs considèrent la mort d'un être cher comme événement potentiellement traumatisant. A ce titre nous citerons : Breslau et Al (1991), Norris (1992), Vrana et Al (1994) et Stein et Al (1997).

Par ailleurs, ce qui définit ce que doit être ou non un événement traumatique c'est la manière dont le sujet vit l'événement. Comme le souligne Freud, la notion de trauma est relative et se ramène à un rapport de force entre les excitations produites par l'événement et les défenses du sujet qui le subit (Crocq, 1991). En effet, la confrontation des adolescents à la



mort de leurs parents a engendré une violente émotion. La première réaction des adolescents a été de la détresse, le déni, un choc violent et a même provoqué un malaise pour certains. Cependant, c'est l'ensemble de la réalité clinique du traumatisme qu'il est important de prendre en compte : la symptomatologie, mais aussi la détresse psychique ou l'inadaptation sociale.

Ainsi, nous avons supposé que perdre un parent suite à une mort soudaine pourrait induire à une symptomatologie accentuée de la série traumatique alliant syndrome de répétition, modifications de la personnalité et symptômes aspécifiques (Crocq, 1994). Mais le fait est que notre enquête infirme cette deuxième hypothèse pour trois de nos sujets.

En effet, les résultats obtenus avec les entretiens indiquent qu'Ayoub, Karima et Loubna présentent des troubles du sommeil, de l'irritabilité, un émoussement de la réactivité générale mais aucune manifestation de reviviscence n'apparaît chez eux. Cette reviviscence qui est le symptôme pathognomonique du traumatisme psychique et qui correspond à la survenue incontrôlée de l'événement traumatique (le décès) initial, à la mémoire de la victime et qui caractérise le syndrome post traumatique.

Hawa quant à elle est victime de rêves répétitifs apparentés à l'événement (annonce du décès de son père par son oncle). Sur le plan de la personnalité, l'adolescente développe des conduites d'évitement vis-à-vis des stimuli évocateurs (les conversations portant sur décès du père). D'après le modèle de Barlow (1992), l'adolescente tente d'éviter tout ce qui pourrait lui rappeler le parent décédé et ceci afin d'éviter de déclencher l'anxiété et la douleur ressentie le jour de l'évènement. Ces conduites d'évitement s'accompagnent d'une diminution des centres d'intérêt (les sorties amicales, les activités sportives, la télévision) et de comportements agressifs même à l'égard de leurs amis. Hawa présente également des symptômes d'hyperactivité neurovégétative et de perturbation du fonctionnement relationnel et scolaire. Ces symptômes sont aussi des réactions normales du deuil.

Il faut noter que les symptômes de l'état de stress post-traumatique et du deuil présentent des similitudes. En effet, certaines caractéristiques du deuil telles que l'intrusion et le détachement émotionnel font penser au PTSD, cependant il existe quelques points de divergence :

Le premier point est que le deuil est associé à des caractéristiques de la relation avec la personne perdue tandis que le PTSD est associé à l'intensité du stress provoqué par l'évènement.

Le deuxième point est l'objet même de la répétition. Dans le PTSD les souvenirs sont associés à l'événement traumatique alors que dans le deuil le sujet est envahi par des souvenirs douloureux qui ne sont pas associés à une situation mais relatifs au défunt, des souvenirs qui d'après Hanus (1995) doivent être visités pour être marqué du sceau de la disparition.

Un troisième point de divergence tout aussi important et qui a été traité d'après Marwitt (1996), réside dans leur dénouement. Pour cet auteur le défi de l'endeuillé est la reconstruction de sa vie sans la personne perdue et la résolution de l'attachement. Alors que celui du traumatisé est de retrouver des repaires sécurisants dans sa vie quotidienne. En effet, le traumatisé vivait en harmonie avec la réalité et une fois qu'il s'est retrouvé nez à nez avec une situation dangereuse, celle-ci va ébranler toutes les représentations positives qu'il s'était faites jusque là ; c'est pourquoi il va chercher à se reconstruire et à reconstruire un nouveau monde harmonieux et sécurisant. Alors que dans le deuil, le défi de l'endeuillé est de se détacher de l'objet perdu, de s'ouvrir à la vie et d'investir d'autres objets.

A la lumière de ces précisions, il apparaît que seule Hawa présenterait un PTSD, alors qu'Ayoub, Loubna et Karima présentent des réactions de deuil normales.

Enfin, les résultats auxquelles a aboutit notre recherche ne correspondent pas tout à fait à nos hypothèses, ce qui s'expliquerait par :

- la valeur sociale de l'événement (prolongation des rituels de deuil, les visites) : les sujets ont reçu un soutien plus important, ils ont été plus facilement entourés par leurs proches ;
- Ou encore que la non implication directe des adolescents dans l'événement ainsi que leur implication émotionnelle. C'est-à-dire qu'un adolescent qui subit un traumatisme de façon directe sur sa propre personne (une agression physique, catastrophe naturelle, etc.) vivra l'événement différemment que celui qui a subit indirectement le traumatisme (dans notre cas : décès d'un parent). A ce sujet, Hamblen (2006) soutient que le risque qu'a un adolescent de développer un PTSD est souvent affecté par le degré de son exposition à l'événement traumatique, son implication émotionnelle, et la sévérité de l'événement.
- par ailleurs, La personnalité du sujet joue un rôle prépondérant quant à sa réaction face aux situations du quotidien. La réaction du sujet dépend certes de l'impact de l'événement traumatisant mais aussi et surtout des facteurs internes propres à l'individu qui subit le fait. Dans cette même optique Crocq (1991) affirme que : « l'état constitutionnel et conjoncturel du sujet qui subit la situation a aussi un rôle primordial dans la genèse du phénomène ».

- Il est également possible que le choix du DSM-IV-PC (1995) comme outil de diagnostic serait inapproprié ;
- Ou que notre approche de ces sujets, vu notre inexpérience de la pratique, ait été maladroite.

Nos hypothèses auraient pu être vérifiées si l'échantillon était plus large, et sur des adolescents victimes de suicide parental ou ayant été directement impliqués dans la mort du parent ; deux critères qui, d'après Bacqué, sont en cause dans la complication du travail du deuil. En outre, l'élargissement de la population nous aurait permis de recueillir des réactions plus variables.

Par ailleurs, afin de mieux étudier l'impact du décès parental, il aurait été plus intéressant de rencontrer des adolescents en deuil dès les premiers moments qui ont suivi le décès du parent. Ceci se serait déroulé sur un temps plus long nous permettant de nous familiariser avec les sujets pour que le dialogue soit plus facile, ce qui aurait permis de suivre l'évolution des symptômes tout en respectant le temps de latence nécessaire à l'apparition d'autres manifestations et qui demande parfois, selon les auteurs, quelques mois.

Quoi qu'il en soit il est difficile de conclure que la mort inopinée d'un parent ainsi que le jeune âge de l'endeuillé n'affectent en rien le cheminement du deuil, car cela impose non seulement une étude quantitative mais aussi une étude clinique plus approfondie pour pouvoir cerner les facteurs qui entrent en jeu dans le processus du deuil. Nous entendons par là, par exemple, le sexe de l'endeuillé, sa personnalité, la qualité du soutien familial, etc.

## **Conclusion :**

Les résultats des cas cliniques que nous avons présentés infirment notre hypothèse de départ pour trois adolescents. Les réactions de ces derniers sont celles d'un deuil normal contrairement au quatrième cas (Hawa) qui présente des symptômes qui pourraient être ceux d'un état de stress post traumatique.

Nous avons également pu voir que chacun des adolescents a développé des manifestations spécifiques, compte tenu de ses ressources personnelles. Cependant, nul ne peut affirmer que ce processus suivra son cheminement à terme, ou au contraire subira des complications. Seul l'avenir nous le dira.

En effet, le développement psychologique de tout être humain s'effectue grâce à une série d'expériences parfois liées à des situations de grande détresse. Celles-ci exercent sur nous des tensions intra-psychiques et inter-relationnelles. Elles peuvent être destructrices pour certains, ou constructives et inventives pour d'autres.

## **Conclusion générale:**

La littérature nous a appris que le décès d'un proche plonge le survivant dans un long et douloureux processus de cicatrisation qui est le deuil.

Le deuil est un processus naturel, un processus coûteux en temps et en énergie qui permet une certaine acceptation de la perte, de même qu'il permet une réorganisation du psychisme. Cependant, ce processus n'arrive pas toujours à terme. Dans notre travail nous avons supposé que le processus de deuil pourrait être perturbé par la soudaineté de la mort, qui est considérée par certains auteurs comme étant une mort traumatisante, mais également parce que cette perte s'est produite durant, ce que Bowlby (1984) décrit comme, une période d'immatunité ; ou encore à cause de la relation ambivalente qu'entretiennent les adolescents avec leurs parents.

En effet, l'étude présentée ici a permis de mieux connaître et comprendre les modalités et les ressorts de l'impact psychologique du décès soudain d'un parent sur l'adolescent. Et c'est dans le double champ de l'état de stress post traumatique et de l'état dépressif qu'a été abordée cette étude ; deux courants de recherche insistant sur l'importance de la subjectivité de l'individu et du lien entretenu avec le défunt pour comprendre les retentissements de ces décès. Ceci a été réalisé à partir d'une démarche clinique alliant les données d'entretiens à celles d'outil de projection (Rorschach), l'accent a été mis sur les symptômes relatifs aux critères du DSM-IV.

Nous avons donc étudié le retentissement de ces décès sur les adolescents. Nous avons observé que les quatre adolescents sur lesquels a porté notre enquête ne réagissent pas différemment des autres endeuillés. Les troubles présentés par les adolescents se rattachent à la symptomatologie d'un deuil normal : humeur dépressive, anhédonie, troubles du sommeil, ralentissement psychomoteur, culpabilité, etc. Rappelons que l'isolement des adolescents, les crises de colère, le désinvestissement scolaire sont des spécificités de cette tranche d'âge, et que le décès d'un parent n'est que le catalyseur.

En outre, comme le souligne De Broca (2001), chaque deuil est spécifique et apparaîtra comme étant « le plus dur » pour celui qui le vit, il est donc impossible de comparer la souffrance des endeuillés, car celle-ci est de l'ordre du ressenti. Ainsi, les phases

décrites par les auteurs du déroulement du travail de deuil dépendent étroitement du terrain physique et surtout psychique du sujet. Et si la trame de la réaction d'un endeuillé est relativement constante, il reste que chaque individu va la vivre différemment selon sa personnalité.

En effet, même si les personnes ne suivent pas toutes ces phases de la même manière, aucune ne peut être réellement court-circuitée. La mise en place du processus de deuil débute dès l'annonce du décès (parfois même avant) mais suit un parcours très variable selon les individus, selon leurs structures de défenses antérieures, selon leurs personnalités et selon leurs convictions culturelles et religieuses.

La fin du deuil, quelle que soit sa durée, quelle que soit la personnalité de l'endeuillé, ne signifie pas l'oubli du défunt. Comme toute blessure physique qui, après un long et douloureux processus de cicatrisation, laisse des traces, il en est de même avec le deuil. L'endeuillé va lui aussi suivre un périple qui va l'amener à un processus de cicatrisation à tous les niveaux (psychique, physique et social). Des moments d'améliorations succéderont à des moments de dépression et ainsi de suite sur plusieurs mois ou plus longtemps encore, pour ne jamais véritablement disparaître, car la cicatrice sera toujours présente à l'esprit.

Enfin, ce qu'il faut retenir, c'est que le deuil n'est pas une pathologie et donc ne nécessite pas une thérapie particulière. Cependant l'accompagnement des endeuillés s'avère parfois nécessaire dans la mesure où la perte d'un proche, dans certaines conjonctures, peut entraîner des difficultés voire des complications. Nous entendons par là les circonstances du décès, la personnalité de l'endeuillé, etc. En effet l'accompagnement est un acte de présence particulier qui peut parfois aider l'autre à surmonter cet état.

## **Bibliographie :**

- 1 - Bacqué. M. F (1992), Le deuil à vivre, Paris, édition Odile Jacob.
- 2 - Bailly. L (1996), Les catastrophes et leurs conséquences psychotraumatiques chez l'enfant, Paris, ESF éditeur.
- 3 - Bensmail. B (1994), La psychiatrie aujourd'hui, Alger, OPU.
- 4 - Bergeret. J (1974), Psychologie pathologique, Paris, Masson et C<sup>ie</sup>, éditeurs.
- 5 - Bourgoise .M (2003). deuil normal et deuil pathologique, Paris, édition Doin.
- 6 - Bowlby. J (1986), Attachement et perte, volume 3, La perte, tristesse et dépression, 3<sup>ème</sup> édition, Paris, PUF.
- 7 - Brabant. G.P (1970-1971), Clefs pour la psychanalyse, Paris, édition Seghers.
- 8 - Bradin. L (1977), L'analyse de contenu, Paris, PUF.
- 9 - Coslin. GP (2002) Psychologie de l'adolescent, Paris, édition Armand Colin.
- 10 - Crocq. L. (1994), « Les victimes psychique », in dossier documentaire du séminaire de formation, sous la direction de Crocq. L et Vitry. M, Algérie, UNICEF, 2000.
- 11 - Crocq. L (1997), « Stress, trauma et syndrome psychotraumatique » in dossier documentaire du séminaire de formation, sous la direction de Crocq. L et Vitry. M, Algérie, UNICEF, 2000.
- 12 - Crocq. L (2000) « Les modèles explicatifs du trauma », in dossier documentaire du séminaire de formation, sous la direction de Crocq. L et Vitry. M, Algérie, UNICEF, 2000.
- 13 - Crocq. L (2000), « Panorama des séquelles des traumatismes psychiques, névrose traumatiques, état de stress post traumatique et autres séquelles » in dossier documentaire du séminaire de formation, sous la direction de Crocq. L et Vitry. M, Algérie, UNICEF, 2000.
- 14 - De Broca. A (2001), Deuils et endeuillé, 2<sup>ème</sup> édition, Paris, Masson.
- 15 - Dolto. F. (1989), La cause des adolescents, Paris, édition Robert Laffont.
- 16 - Dolto. F (1989), Paroles pour adolescent ou le complexe du Homard, Paris, édition Hatier.
- 17 - Douki.S, Moussaoui.D, Kacha.F (1987). Manuel de psychiatrie du praticien maghrébin, Paris, Masson
- 18 - Freud. S (1915), Métapsychologie, Paris, édition Gallimard.
- 19 - Freud. S (1999), Trois essais sur la sexualité, 9<sup>ème</sup> édition, Paris, PUF.
- 20 - Freud. S, Breuer. J (1973), Etude sur l'hystérie, 4<sup>ème</sup> édition, Paris, PUF.

- 21 - Hanus. M (1995), Les deuils dans la vie, Paris, édition Maloine.
- 22 -Hanus. M (2001). Deuil et adolescence. Revue Prisme : la clinique du deuil, 36, 56-58.
- 21- Horowitz.M, Siegel.B, Holen.A, Bonanno.G, Milbrath.C, Stinson.C (2003). Diagnostic criteria of complicated grief disorder. Focus: The journal of lifelong learning in psychiatry
- 22 -Laplanche et Pontalis (1978), Vocabulaire de la psychanalyse, 6ème édition, Paris, PUF.
- 23 -Lehalle. H. (1991), Psychologie des adolescents, 3ème édition, Paris, PUF.
- 24 - Marcelli. D et Braconnier. A (1998), L'adolescent aux milles visages, 2ème édition, Paris, PUF.
- 25 - Pedinielli.J, (2004), Les états dépressifs, Paris, Nathan.
- 26 -Roche. L, Toldalinand (1985), L'abrégé de médecine légale, 2ème édition, Paris, Masson.
- 27 -Rorschach. H (1967), Psychodiagnostic, Paris, PUF.
- 28 -Rouag.A (2000). La marginalité sociale chez les jeunes dans les grands ensembles en Algérie. Rapport de recherche non publié.
- 29 -Thibault.O (1975), La maîtrise de la mort, Paris, PUF.
- 30 -Vila. G, Porche. L.M, Mouren-Siméoni. M.C, (1999). L'enfant victime d'agression, Paris, Masson.

### **Sites Internet :**

- 1-Bokanowski(2001).Traumatisme, traumatique, trauma .Le conflit Freud/Ferenczi.  
<http://www.spp.asso.fr>
- 2- De Haen, (2002). L'état de l'insécurité alimentaire dans le monde 2002.  
[www.aidh.org](http://www.aidh.org)
- 3 - Hamblen (2006), PTSD in children and adolescents.[http:// www.ncptsd.va.gov](http://www.ncptsd.va.gov).
- 4 - Hanus (2003). L'adolescent et la mort. [http:// www.espritemps.free.fr](http://www.espritemps.free.fr)
- 5 - Hanus (2003). La mort est elle un sujet dont on parle. [http:// www.pfg.fr](http://www.pfg.fr)
- 6- Hardy, (2003). le deuil. [http:// www.med.univ-angers.fr](http://www.med.univ-angers.fr)
- 7- Goguen (2006). Adolescent medecine.  
[http:// www.healthsystem.virginia.edu](http://www.healthsystem.virginia.edu)



8- jolly (2003). Epidémiologie des PTSD. <http://www.jidv.com>

9- Jong-wook, (2005). La prévention des maladies chroniques, un investissement vital.<http://www.santetropicale.com/>

10- Prigerson (1999). Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test .<http://www.bjp.rcpsych.org>

11- Reinhardt, (2005). L'Atlas des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux.  
<http://www.un.org>

### **- Les dictionnaires :**

- Association Psychiatrique Américaine. (1994), Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ; DSM-IV-PC, Paris, Masson.

### **Thèses de doctorat :**

- Jolly. A (2002). Stress et traumatisme: approche psychologique de l'expérience d'enseignants victimes de violence. Université de Reims, Champagne, Ardenne.

# **Annexes**

## مقابلة أيوب

- س: مغلّيش كون تحكي لي كيما مات باباك ؟  
هذا sujet ج: ما نشتيش نهدر على  
س: كيما يسفسيوك ؟  
ج: صحابي حبوا يسألوا، نبدل الموضوع، وساعات نروح خلاص.  
س: علاه ؟  
ج: ما نحيش نتفكر...  
س: علاه ؟  
ج: (صمت)... يلقوني كيما يسفسو... الناس يلقوني.  
س: شكون يلقك ؟  
ج: خويا يلقني بزاف  
س: كيفاه يلقك ؟  
هكذا، يلقني  
س: تتقايض معاه ؟  
ج: (صمت)... نتقايض البراء، بضح ما نيش قبيح (صمت)... من قبل ما كنتش هكذا  
س: من قبل واش ؟  
ج: من قبل ما يموت بابا  
س: لاحظت بلي كايين حوايج آخرين تبدلوا ؟  
ج: كيفاه ؟... نورمال... كيفاه ؟  
س: في المعاملة مع الناس، طريقة العيش، أي تغير في حياتك اليومية.  
ج: مع الناس.  
س: كيفاه ؟  
ج: ولاو الناس ما يفهمونيش، حتى كريم ما بقيتش معاه كيما بكري، بكري نخرجوا من الجامع نعدوا البراء  
متفرجوا في السيارات، طركا ما بقيتش.  
س: علاه ؟  
ج: ما علا باليش  
س: واش لي تبدل ثاني ؟  
ج: ما نعرف... مانرقدش مليح، وليت نوض على الخمسة، من قبل كنت نرقد حتى السبعة، بصح نود عيان.  
س: الصباح برك ؟  
ج: عيان حتى الدرك، في القسم ما نقدرش نرگز، بدراع ما نحفظ الدروس، نفس بزاف، كنت نحفظ ليه ليه درك  
نطول.  
س: ما كانس شكون لي يعاونك ؟  
ج: ما كانش حتى واحد  
س: ولاد عمك ؟  
ج: ما نقراوش في دارنا نروح عند جدي  
س: جدك يعاونك ؟  
ج: باش ما نقعدش في الدار، كي نكون أنتم نتفكر بابا.  
س: واش لي تحس كي تتفكر باباك ؟  
ج: تبا نلي لخرين خير مني  
س: فاه خير منك ؟  
ج: (صمت)  
س: وكي تكون عند جدك تحفظ خير ؟  
ج: ما نقدرش، ما تدخلش في راسي، نعيان، نعيان بزاف، ما عنديش القوة.

س: أحكي لي على النهار لي توفى فيه باباك

ج: ما نشفاش

س: معليش

ج: وصلني بابا للجامع مع خويا، كي قربنا نوثلوا للباب شت بابا طاح وأحكم في صدرا، بصح ما فهمتش، نحسابو طاح برك... وكان قدامي جارنا، هو لي قالي أوماكياين والو، دخلت نقرا نورمال.

س: ومن بعد؟

كنت نقري نورمال جاو خرجوني من القسم، مع اللول ما قالت والو، "Math" ج: جات خالتي للجامع، كنت نقرا ومن بعد قالت لي، أيوب يخي تكون فحل؟ ... باباك توفى...

س: رحنت لي الدار؟

ج: ما نشفاش مليح مليح، من بعد رحنت عند الجارة ولا دار عمي ما علاباليش.

س: تروح بزاف عند عمك؟

ج: يسكن فوقنا

س: تشتي تروح عندو؟

ج: نورمال، بقالي غير عمي واحد، ما عنديش جدي تاع بابا.

س: كيفاهالعلاقة تاعك معاه؟

ج: نورمال... نقلق عليه بقالنا غير هو وماما

س: علاه تقلق عليهم؟

ج: نخاف عليهم، ما نقدرش، نفهمك وليت نخاف عليهم.

س: معليش... واش مع القرايا

ج: النتائج تاعي تحسنوا، المرة هذه حبت معدل خير وليت نسهر بزاف بصح النتائج تاعي خير.

س: نسهر في الدار؟

ج: نسهر البرا.

س: وأمك ما تقولك والو؟ (أيوب يرفع كتفيه).

## مقابلة حواء

س: تتفكري نهار توفى باباك ؟

ج: هيه

س: تقدري تحكي لي ؟

ج: كنت في الدار، راحت أما و عمي للسبيطار يدو الفطور لبابا ورجعوا على العشرة أو العشرة ونصف، ما تعشاش مليح، جاو عمومي في ثلاثة، قالي واحد منهم بلي بابا مات، عمي رضوان ولا بشير، بالاك رشدي خويا، ما نعرف شكور

س: واش كنت ديري ؟

ج: كنت نتفرج التلفزيون

س: مع من كنت ؟

ج: ماعلاباليش

س: واش كنت تتفرجي ؟

ج: ما نشفاش واش درت هناك النهار

س: ما تشفايش شكور لي قالك

ج: ما نشفاش، ساعات حتى نعلم بيه

س: كيفاه

ج: نعلم بهذاك النهار، بلاك 3 أو 4 مرات: نعلم كلي عمي يجي يقولي باباك أو مات و ساعات يجي يهدرلي

على ماما، كل مرة واحد

س: و تعودي في الليل

ج: الشهارا لي فانت نضت في الليل، جاتني كلي نسمة ماما تبكي بالصوت كيما نهار الجنازة، حلمت عمي جاء قالي بلي ماما هي لي ماتت، ندت نبكي، ندت قلبي يخبط، .... كي نتفكر يعود قلبي يخبط بزاف

س: تحبي نحيسو ؟

ج: آها، معليش

س: واش لي تحبي كي تعودي تحكي في الموضوع هذا ؟

نقلق، هكذا، ... ما نحيش نهدر، كلي نحس صدري يوجع، كلي حاجة ثقيلة فوقو

س: وكي صحابات يسقسويوك ؟

ج: يقلقوني، نهدر على حاجة خرى، تبدل ولا ندير روجي ما سمعتهاش.

س: يقلقوك ؟

... هكذا... كلي حاجة ثقيلة bien: ماشي يقلقوني ما نحيش نقعد معاهم، يحبو يفهمو بزاف ... ما نحسش بروحي فوق صدري.

س: تبدلت العلاقة نتاعك م عاهم ؟

ج: وليت ما نهتمش بيهم، ما بقاوش يهموني.

س: علاه ؟

ج: أنا... وليت ما نحملهمش

س: ويكري

ج: بكري نورمال... بصح درك ما يحبوش يديرو البحوث معايا خطرا كاش العام هذا ما خدمتش مليح، نغيب بزاف

س: علاه ؟

ج: ما نحيش نجي

س: وقرابتك ؟

ج: ما عينيش نقرأ... قلقت

س: واس حاب ديري ؟

ج: ما ندير والو

\*\*\*\*\*

س: ترقيدي مليح  
 ج: ما نرقدش بكري  
 س: والصبح على قدها تنودي  
 ج: ما نقدرش نود الصباح، نحب نقعد في الفراش، دائما يجيني  
 س: وناكلي مليح  
 ج: ما نكلش مليح... ماشي كيما بكري... راحتلي النفحة  
 س: الوزن تاك تبديل  
 ج: شينيت، بطن نسيت بـ 3 أو 4 كيلو... ساعات تبانلي بلي الحوايج لي ماشي ملاح يصراولي غير لي أنا

\*\*\*\*\*

س: أحكي لي على العلاقة تاك  
 ج: كيفاش  
 س: مع الناس، مع العائلة، صحاباتك، الجيران... ؟  
 ج: نورمال  
 س: تتفاهمي معاهم ؟  
 ج: ما نحب واحد ونكره واحد، كيف، ما نحبهم ونكرهم (صمت) ساعات تبانلي بلي الشيء لي قاعد سصرا ما عندو حتى معنى  
 س: كيفاش ؟ وشا لي ما عندو حتى معنى ؟  
 ج: هذا الكل... حياتي  
 س: علاه ؟  
 ج: موحال نولي كيما من قبل، مهنية، كي يروحو الوالدين ما يبقى والو... ما علاباليش بلي مريض... ندمت عليها  
 س: علاواه ندمتي  
 معاه، ساعات نفكر في حوايج ماشي ملاح. bien: ج: كا كنتش دائما  
 س: فاه  
 بابا تاني كان مليح معايا... مانقدرش كيفاه نفهمك c'est pas bien: ج: نقول الحمد لله ماشي أمّا لي ماتت، كلي  
 س: وعلاه تحسي بالذنب، خطراكش تحبي مك خير  
 ج: نحس بالذنب كي نتفرج التلفزيون ولا نسمع الغنائ، كلي خدعت بابا ماكانش وأنا نسمع الغناء، كلي درت  
 حاجة ماشي مليحة  
 س: تهدري عليه  
 ج: ما نهدرش عليه، ما نقدرش، كي يهدرو عليه ما نقدرش

\*\*\*\*\*

les bulletins: س: أعطوكم  
 ج: ما خدمتش مليح  
 س: قدها المعدل ؟  
 ج: (صمت)... ما نقدرش نقرا... ما نقدرش نتبع في القسم  
 س: علاه ؟  
 ج: راسي يوجعني، هنا...، كلي مشبوحة  
 س: ومن قبل، ما يموت باباك ؟  
 ج: نورمال، درك راسي واللّهنة في كرشي... مين الكلاوي.  
 س: رحنت عند الطبيب  
 ج: رحنت عند ثلاثة، درت راديو تاك الراس، قالي ما عندك والو من القلقة برك  
 س: وتاع لكلاوي رحنت عندو ؟

ج: ما لقاو والو... بالاك من العيا  
س: علاه تحسي روحك عيانا ؟  
ج: نعيًا بزاف، الأيام هادو مانيش مليحة، عيانا دائما

\*\*\*\*\*

## مقابلة كريمة:

- س: واش راكي  
ج: مانيش مليحة  
ج: ملي ماتت ما كرهت، ما بقات حتى حياة، كرهت والله كرهت الدنيا.  
س: ما بقات حتى حياة ؟  
ج: الناس، الناس، كامل منافقين، مانرقدش، اليل كاملة، وأنا قاعدة  
س: علاه ؟  
ج: قلقانة، درك شهرين وأنا هكذا، ملي ماتت أما ما راياح وأنا ... تبانلي نبقي دائما هكذا  
س: كيفاه، هكذا ؟ علاه وشبيك ؟  
قلبت ما نروحش، volley ج: كيفاش نقولك ؟ ... حزينه، كرهت كل الشريء الناس، صحاباتي، التلفزيون، حتى  
بلاك نحبس، خلاص والله حابت نموت خير  
خلاص ؟ sport س: حبستي  
ج: هيه، ما نعدش، ما عينيش  
س: والجمعة، واش الديرى ؟  
باش نود، حتى باه ندوش، شعري ما غسلتوش عندي سمانه، ساعات le courage ج: نرقد، ما نودش، ما عنديش  
كي نرقد ندعي ربي باه ما نودش الصباح، ما قدرتش نصبر، والله ما بقى والو في حياتي، كون نموت خير .  
س: ترقدى مليح ؟  
ج: نرقد بصح نود في الليلي  
س: تحلمي ؟  
ج: آها، ما نلמש بصح ما نقدرش نرقد مليح  
س: تحكي لصحاباتك ولي العائلة تاك كي تعودى قلقانة  
ج: ما نحكي لحتى واحد، كرهتهم  
س: علاه ؟  
عيبت حتى لوكتاه وأنا هكذا a chaque c'est encore pire ج: هكذا ... ما تقدريش تخيلي كيفاه راني  
س: أحكيلي على أمك، كيفاه كانت العلاقة تابك معاها ؟  
ج: نورمال  
س: علاه ؟  
ج: هكذا برك، ماشي كنا نتقابضو، ولا، كنت شوية نخشن راسي معاها، كنت شوية ما كان ما كان معاها، ما  
طلبتش منها السماح  
س: علاواه ؟  
ج: ثيل ما تموت ما بستهاش، ما حضنتهاش، هذه هي الحاجة لي ندمت عليها، كنت قتلهاش بلي نحبها، ما نحبش  
نوري ... ساعات نهدر مع روجي ... نقول بالاك تسامحني  
س: ندمت ؟  
ج: نلوم على روجي، ما فقتش بلي كانت مريضة، كون تولهت بيها كنت نشوفها ما تكلش، وجها صفر بصح  
سألته: ما وشبيك jamais  
س: على هذه ندمت ؟  
ج: ساعات نقول كون غير ربي يرحمني ونموت  
س: تشفاني على نهار الجنازة ؟  
ما نشفاش ... شوية برك ... ما نشفاش على قدها دفنوها، على الظهر أو العصر  
ج: كنت وحدك  
س: كانوا معاك صحابانك ؟  
هاذوا لي بيان وجوههم تاع les situations ج: أما، ماجات حتى واحدة منهم، علاه، يجيو، عندهم والديهم في  
الصح، ما حب نشوف وجه حتى واحد  
س: صحاباتك ؟



ج: كامل  
س: حتى العائلة ؟  
ج: هيه  
س: علاه ؟  
ج: كرهتهم، هو ما لي خباو عليا .  
؟ça va ش: بصرح درك  
منافقين مع الأول كامل يتولهو بيك، بصرح من بعد... يلعبو فيها... يكذبوا، ما نحبهمش يزيدو يقدمو ليا ! non ج:  
س: العائلة برك ؟  
صحاباتي، زعمة يتقلقوا confiance ج: العائلة، صحاباتي، كرهتهم، ما نشمش فيهمن حتى لي كنت ندير فيهم  
l'amitier. هذه هي م'اض ça va عليا... كذب، ما يجيوش حتى يطلو علينا... أنانيين كون يشرفوني تبسمت يقولو  
س: والقرايا، النتائج تاك مليحة ؟  
ج: ما كان ما كان المعدل تاكي طاح  
س: قداه المعدل تاك ؟  
ج: المرة لي فاتت جبت  
المرة هادي جبت إنذار  
س: ماخدمتيش مليح ؟  
ج: ما قدرتش نقرى، ما قدرتش نفهم الدروس  
س: علاه ؟ جاوك صعب ؟  
ج: راسي ولا ثقيل

\* \* \* \* \*

ج: وليت نفلق بزاف  
س: كيفاه تتقلقي  
ج: وليت نخاف... نخاف على دارنا كي نشوف واحد مريض  
س: من واه تخافي  
ج: كي نشوف بابا يسعل نقول راهو مريض نخاف عليه، تبالني درك تاني يموت . نسقسي عمتي واختي يقولولي  
ما بيه والو، بدرقو علي.  
س: ومع خوتك  
على بابا، تمرمدت بزاف ساعات نقول نموت خير نتهني surtout ج: نورمال نتقلق  
س: من قبل قلتي بلي تقلقي من الناس، ومن قبل كنت تاني هكذا ؟  
ج: ما نيش قبيحة، الناس هما لي ردوني هكذا، إنشاء الله تديهم الموت  
س: علاه، تقلقي منهم لي هذه الدرجة ؟  
ج: ما شتيتهمش كي يجيو عندنا، يبقاو غير يهدرو على الماء، يزيدو عليك حتى تقلق، نبدل الهدرا، كون نقعد معاها  
نقلق، أنا حابة ننسى... ماشي ننسى على بالي ما نقدرش ننساها بصرح...  
س: وكتاه تتفكرها أكثر ؟  
ج: والله كل شيء يفكرني فيها، الدار، حويجها، قشها، هناك النهار فرزنا قشها باه نصدقوه، ما قدرتش، كي جبده  
ما قدرتش نفرز معاها... هبطت عند الجارة لي تحتنا.  
س: واش تحسي ؟  
ج: كي نشوف حاجة تعها ما نقدرش حتى نتنفس، كلي فمي شايج، كلي حندوخ... ساعات نتيه، نتيه خلاص، نقعد  
بل قداه قدام التلفزيون بلا ما نفهم حتى واش قاعدين يقوقو .  
س: سرانلك بنواف كيما هكذا ؟  
، يقول علي شربن دواء ولا كاشي حاجة c'est le contraire ج: ساعات  
س: كيفاه ؟

ج: نعود نخدم برك، نسيق، نمسح الغبرا، نقرا، ندير برك غير باه ننسى .. باه ما نتفكرش برك، تباخلي ما بقى  
au ralenti عندي والو في الدنيا... ما قدرتش كلي الوقت يمشي

\* \* \* \* \*

## مقابلة لبنى

- س: واش ركي لبنى، أنظن درك معليكش ؟  
ما نقدرش نرقد، وليت نود في الليل نتأكد بلي بابا وأخويا يتنفسوا مليح، في c'est pire، كل يوم نقول Non ج:  
النهار نعيط لبابا في البورطابل نسقسي عليه، نديرها قداه مرة في النهار.  
س: على باباك وأخوك برك ؟  
ج: الله يسهل على الآخرين، ما يهمونيش  
س: علاه ؟ كاش ما دارولك ؟؟  
، والو Non ج:  
س: ما زالو يجيوكم الناس  
ج: شوية، نهار الرق روحوا كامل قعدت غير جدتي كل جمعة تروح للجبانة  
س: وأنت تروحي معاها ؟  
ج: لا، ما نحبش نروح، رحت مرة شفت القبر، ما نزيدش نولي  
س: علاه ؟  
ج: هكذا، ما نروحش برك، ما عنديش الوقت نقرا  
س: تقراي مليح  
ج: شوية  
س: عندك فكرة على المستقبل تاعك، واش حابة تقراي من بعد ؟  
، هناك الساعة ما حط بالي على والو، ما نحوس على projet ج: والله ما على بالي، ما عندي حتى فكرة، حتى  
والو، كلي حياتي فارغة، ما بقيت ندير على حتى واحد.  
س: كيفاش ما تفكريش في المستقبل تاعك خلاص ؟  
ومن بعد ما des projets ج: بكري كنت نحسب لكل شيء، من بعد بصح لقيت روجي نحسب ، نحسب وندير  
نلقى والو، الموت خير  
!س: الموت خير  
، راحة pour moi c'est un cadeau ج: وليت ما نخافش من الموت،  
س: راحة من واه ؟  
باه تنقص عليا الحالة لي راني فيها، كون ما جاتش حرام... وبابا... la seul solution ج: الموت هاذيك هي  
س: تحلمي بيها ؟  
قداه من مرة ou ج:  
س: تشفائي على الحلم ؟  
ج: كل مرة كيفاه، كي نحلم بيها ساعات نود في نص الليل قلبي يخبط بالزربة، نقول درك يحبس قلبي  
س:  
كيفاه كانت العلاقة تاعك معاها ؟  
ج: نورمال  
س: كنت تتفاهمي معاها ؟  
ج: هيه نورمال، ساعة هك، وساعة هك. كي نتفكر كيما كنت نتقابد معاها نندم.  
س: على واه كنت تتقابدو ؟  
ج: ساعات ما نحبش نخدم في الدار، كنت ما نخدش الراي، والله ندمت عليهم... (لبنى تبكي)... ندمت

\*\*\*\*\*

- س: لاحظت تغير في الوزن تاعك ؟ في قرابتك ؟  
je pense ج: وليت ناكل بزاف، حتى الوزن تاعي زاد، سمنت بسبعة كيلو في 15 يوم، قرابتي ما كان ما كان  
نعاود العام المعدل تاعي زاد طاح وليت ما نقدرش نفكر  
س: كيفاش ما تقدريش تفكري ؟  
ج: نحس براسي معمر بزاف... عيت حاب نروح

س: بديتو بكري اليوم  
ج: آها بدينا على العشرة، بصح عيانة، ونعيا بزاف  
س: ما ترقديش مليح ؟  
ج: نورمال، كي نود بعد عيانة، مانيش قادرة .  
س: تقدري تحكي على النهار لي توفات فيه ماماك ؟  
ج: ما نشتيش نهدر، نطلق .  
س: معليش... مازلت ديري كاراتي  
جك حبست خلاص  
س: علاه ؟  
ج: ما عينيش، ما عيني ندير والو، ما نفحتليش، ساعات نكره حياتي، على بالي حرام هذا النهار فكرت حتى في الموت .  
س: كيفا فكرت في الموت ؟  
ج: (سكوت)  
س: قصدك تنتحري  
ج: (لبنى تطأطي رأسها)... من قبل كنت نحب نخرج، نحب نلبس نتوله بروحي... درك... ما نقدرش نوصفلك كيفاه الدنيا تبدلت... كي نخم فيها كلي نتغم، قلبي يطلع... عندي ما نخبي ماتت أمها العام لي قات... درك وين ما بقالي حتى واحد. (comme si c'est la fin) فهمتها... صغية  
س: c'est la fin: ما زال عندك باباك وخواوتك، كيفاه تقولي  
ج: ساعات نتمنى كون نلحقها  
س: زملاءك على بالهم ؟  
ج: هيه  
س: تحكي معاهم في الموضوع هذا ؟  
ج: كيفاه ؟  
س: تقولي لهم واش تحسي ؟ مع من تحكي ؟ صاحبتك ؟  
ج: ما نتلاقاهمش  
س: وراء ما تخلصو لقرايا ؟  
ج: وليت ما نتلاقاهمش، وليت ما نخرجش معاهم... ما تنفطيش حتى قرائتي، من قبل كنت نتوله أكثر بالقرايا  
س: ودرك ؟  
، ما نقدر لاش نفكر saturated ج: ما نقدرش نتبع، مخي  
س: بالاك ما ترقديش مليح  
نرقد نورمال وشية وليت نسهر، ما نرقدش بكري Ça va  
س: تسهري مع التلفاز ؟  
ج: لا، يجيني النعاس، بزاف بصح ما نقدرش نرقد، نبات ليلة كاملة وأنا نتقلب في فراشي، ساعات نود مخطوفة  
وما نقدرش نولي نرقد .  
س: تحلمي ؟  
معاهها، تبالني ربي قاعد يخرجهم فيا bien في المرات لي ما كنتش surtout ج: ما نتفكرش... كي نطقن نخمم

## ملخص:

تعتبر الصدمة النفسية موضوع جلب أنظار المجتمع العلمي، و يعود ذلك للمأساة التي عاشتها الجزائر في هذه الفترة الزمنية الأخيرة و يعود داك الاهتمام لانتشار العنف الإرهابي.

الصدمة النفسية هي حدث أو تجربة معاشة، إنسانية أو طبيعية الأصل، تتحدد بعنفها و فجائيتها و قد تحدث فزعا و خوفا شديدا عند الضحية.

تدور مذكرتنا حول الوفاة المفاجئة لأحد الوالدين و التي يعتب رها العلماء كحادث صدمي . فقد سمحت لنا هذه الدراسة الإكلينيكية بفهم ردود فعل الحداد للمراهق إثر الوفاة المفاجئة لأحد الوالدين.

خصائص المراهقة و كذلك فجأة الوفاة سمح لنا بوضع الفرضية التالية: " عند تعرضه للوفاة المفاجئة لوالده يعيش المراهق ردود فعل حدادية غير عادية كحالة الصدمة النفسية أو الاكتئاب العصابي ".  
تم عملنا الميداني مع أربعة مراهقين بتطبيق الأدوات المنهجية : المقابلة الإكلينيكية، معايير دليل (DSM -IV-PC) ، تحليل المضمون، الملاحظة و اختبار رورشاح.

تشير النتائج المتحصل عليها إلى انتشار مجموعة م ن الأعراض التي يمكن نسبها إلى حالة الصدمة النفسية أو الاكتئاب العصابي، حيث لاحظنا عند معظم المراهقين الأعراض التالية : المزاج المكتئب، فقدان الاهتمام، التباطؤ الحركي، اضطراب النوم، الإنهاك، الحساسية المفرطة، ضعف قدرات التركيز و الانتباه، سلوك التجنب، مشاعر الذنب، حيث أن هذه الأخيرة أودت إلى ظهور أفكار انتحارية عند اثنين من المراهقين.

إلا أن هذه الأعراض هي أيضا أعراض عمل حدادي عادي و تبقى غير كافية للقول أن هؤلاء المراهقين يعانون من حالة الصدمة النفسية أو الاكتئاب العصابي . لذا يجدر إلغاء فرضياتنا لثلاثة مراهقين.

الكلمات المفتاحية : مراهق – وفاة مفاجئة- حداد- الصدمة النفسية - الاكتئاب العصابي

## **Summary**

Because of terrorism, the traumatic disorder involved the interest of the scientific community these last years.

The traumatic disorder results from a sudden and a violent situation. Human or natural origin, the traumatic disorder engender an intense fear to the victim.

Our present study is interested in the sudden death which is qualified by some authors of traumatic. This clinical study allowed us to understand the grief reactions due to the sudden loss of a parent during adolescence.

Specificities of this age slice and then, the suddenness of the death enabled us to establish the following assumption: « teenagers in mourning have an abnormal bereavement reaction but they have a post traumatic stress disorder and also a major depressive ».

Our study was done with four teenagers by the means of the following methodological tools: research interview, DSM-IV-PC (1995) diagnostic criteria, the contents analysis, observation and Rorschach's test.

The registered symptoms with these teenagers are various: depressed mood, diminished interest or pleasure in all, insomnia or hypersomnia, fatigue, irritability, diminished ability to think or concentrate, avoidance, feelings of worthlessness or excessive or inappropriate guilt, thoughts of death.

Nevertheless these symptoms are also those of a normal bereavement and still insufficient to conclude to a post traumatic stress disorder or also a major depressive. So these symptoms are those of normal bereavement. The result cancels our assumption for three cases out of four.

## **Key words:**

Teenager - sudden death- bereavement - post traumatic stress disorder- major depression.

## **Résumé :**

Le traumatisme psychique est un sujet sur lequel est focalisée toute la société algérienne suite aux événements qu'elle a vécu ces dernières décennies. La violence terroriste a été l'élément déclenchant de cet intérêt.

Le traumatisme psychique est le résultat d'une situation ou d'un acte caractérisé par sa soudaineté et sa violence, qu'il soit d'origine naturelle ou humaine et qui engendre un effroi et une peur intense chez la victime.

Notre travail s'articule autour de la mort soudaine d'un être cher qui est qualifiée par certains auteurs de traumatique. En effet, cette étude clinique a pour objectif de comprendre les réactions de deuil chez l'adolescent lors du décès soudain d'un parent.

Les spécificités de l'adolescence ainsi que la soudaineté de la mort nous ont permis d'établir l'hypothèse suivante: « confronté à la mort soudaine d'un parent, l'adolescent a des réactions non caractéristiques d'un deuil normal mais présente par contre un état de stress post traumatique ou un état dépressif».

Notre démarche sur le terrain a été réalisé avec quatre adolescents par le biais des outils méthodologiques suivants : l'entretien de recherche et l'analyse de contenu, les critères de diagnostic du DSM-IV-PC (1995), l'observation et le test du Rorschach.

Les symptômes recueillis auprès des adolescents répondent positivement à certains des critères relatifs à l'état dépressif ou à l'état de stress post traumatique.

En effet nous avons pu relever chez presque tous les cas étudiés, la présence d'une humeur dépressive, une perte d'intérêt et de plaisir, un ralentissement psychomoteur, des troubles du sommeil, de la fatigue, de l'irritabilité, des difficultés de concentration, des comportements d'évitement, des sentiments de dévalorisation et même de culpabilité ; cette dernière ayant engendré des pensées de mort chez deux de ces adolescents.

Cependant ces symptômes trouvés chez les adolescents étudiés sont aussi les symptômes d'un deuil normal et restent insuffisants pour dire qu'ils souffrent d'un état dépressif majeur ou d'un état de stress post-traumatique. Nous avons donc conclu à la présence de réactions de deuil normales. Ces résultats nous ont donc poussés à infirmer notre hypothèse pour trois des quatre cas étudiés.

**Mots-clés** : adolescent- mort soudaine- deuil - état de stress post traumatique- état dépressif majeur.