

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/297571319>

Presentation of the Potvin, Lasker and Toedter grief rating scale: Pre- and perinatal clinical utility

Article · January 2000

CITATIONS

5

READS

67

2 authors, including:



[Claude de Tychey](#)

University of Lorraine

92 PUBLICATIONS 305 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



children and suicidal attempt [View project](#)



Congrès International Rorschach [View project](#)

Claude de TYCHEY¹ - Marianne DOLLANDER²

***mots-clefs :** échelle de deuil pré -périnatale - validation -facteurs de risque -prévention

***key-words :** pre and perinatal grief scale - validation - risks factors -prevention

***résumé :** les auteurs présentent une traduction de l'échelle abrégée de deuil pré et périnatal de Potvin -Lasker et Toedter . Ils précisent les lectures quantitatives et qualitatives offertes par cet instrument et son utilité dans une perspective de prévention primaire

***summary :** The authors present translation of the short version of perinatal grief scale (Potvin -LaskerToedter 1989) . They give indications to undertake a quantitative and qualitative analysis of data obtained using that tool which show its usefulness if we want to develop a primary prevention perspective

Publié dans Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 2000, 48 , 245- 252

PRESENTATION de L'ECHELLE DE DEUIL de POTVIN -LASKER- TOEDTER : UTILITE EN CLINIQUE PRE ET PERINATALE³

1) INTRODUCTION

L'événement que représente la mort pré et périnatale a longtemps fait l'objet de comportements défensifs de la part de soignants et de cliniciens (Lewis [15], Leon [14]) oscillant entre la banalisation ("une fausse couche : ça arrive à toutes les femmes ...") et le déni de la souffrance de la mère, bien souvent accompagnés d'invitations maladroites à l'agir comportemental, incitant les femmes confrontées à une fausse couche, une grossesse arrêtée ou à la mort périnatale de leur enfant à démarrer immédiatement une nouvelle grossesse ...

Ce n'est que progressivement (Léon [13], Rousseau -Fierens[18], Defey [4]) qu'il a été admis que ce type de perte pouvait constituer un événement dévastateur, d'autant plus à prendre en compte que 20% des femmes auront à faire face à une mort périnatale au cours de leur vie. C'est ainsi que l'on a compté en France, selon Rousseau - Fierens, 8000 morts périnatales durant l'année 1994.

1.Professeur de psychologie clinique, Directeur du Groupe de recherche en Psychologie de la Santé et du Laboratoire de Psychologie, Université de Nancy 2 , 23 Bd Albert 1^{er}, 54000 Nancy

Or des recherches empiriques, tant anglaises qu'anglo-saxonnes, ont démontré l'impact très lourd de cet événement, même sous la forme qui pourrait paraître la plus atténuée (la fausse couche). Nous renvoyons notamment le lecteur à l'étude de Garel et Coll [6] qui avait pour but d'évaluer "le coût psychologique" d'une fausse-couche chez 144 femmes. Il apparaît que 51% d'entre elles ont traversé un épisode dépressif majeur selon les critères DSM de l'époque! Rousseau-Fierens soulignent de leur côté la fréquence des deuils pathologiques dans cette configuration (25% en 1994), chiffre que l'on retrouve chez les anglo-saxons (Slade [19]).

Il est aisé de comprendre pour quoi le travail de deuil est plus aigu dans ce type de situation. Les raisons sont multiples. Covington et Theut [2] notent que pour la mère « l'enfant est davantage investi comme une partie de son propre corps et de son propre self, ce qui rend l'acceptation de la perte plus difficile », point de vue que l'on retrouve chez Haussaire - Niquet [10]. De leur côté, Livneh et al. [16] posent que "la mort d'un enfant va à l'encontre de nos attentes relatives au cycle de la vie". Cette position est voisine du postulat freudien classique repris par des auteurs comme Hanus [8] et Bacqué [1], selon lesquels le fait de procréer permet à un être humain d'accepter sa propre finitude à travers la réalité de son prolongement par sa descendance. En outre, les facteurs suivants peuvent encore davantage compliquer ce deuil :

*l'équivalence faite par le parent entre la perte et la faillite de sa fonction parentale de protection (Livneh et al [16])

*l'accentuation du sentiment de culpabilité dans ces conditions (Hanus et Sourkes [9])

*le fait d'avoir plus de difficultés à symboliser une perte quand l'objet de cette perte n'a pas eu de réalité concrète (Léon [14]) ou n'a pas été vu par la mère (ce qui est aussi fréquent dans les fausses couches que dans les grossesses arrêtées).

Les complications de ce travail de deuil induisent sans aucun doute une partie des potentielles difficultés ultérieures des mères, recensées dans plusieurs études (Kirkley -Best [11], Léon [13], Rousseau - Fierens [18], Widener [20]), notamment les stérilités secondaires, les risques plus importants associés à la grossesse ultérieure, et pour l'enfant à venir des difficultés souvent majorées quant aux interactions avec sa mère.

Dans ces conditions, les objectifs du présent travail sont clairement tracés :

*présenter au lecteur de langue française une traduction de l'échelle de deuil pré et périnatal (P.G.S.) de Potvin - Lasker -Toedter ([17]), avec en particulier les trois sous-échelles (deuil actif, difficultés de coping, désespoir) qui la composent, ainsi que les normes interprétatives proposées par les auteurs anglo-saxons

*proposer les jalons d'une validation ultérieure sur une population française

*dans l'intervalle, indiquer au clinicien comment elle peut être utilisée actuellement dans une perspective de prévention primaire, afin de repérer dans un premier temps les mères en état de souffrance aiguë corrélée à un risque majeur de complication ultérieure majeure, ceci permettant ensuite de proposer le plus précocement possible une prise en charge aux personnes les plus susceptibles de désorganisation grave.

2) PRESENTATION DE L'ECHELLE DE DEUIL DE POTVIN -LASKER -TOEDTER (1989)

Cette échelle abrégée ("Perinatal Grief Scale"), construite à partir d'une version initiale plus large de 104 items, a été réduite dans sa forme définitive à 33 items, et validée aux U.S.A. par les auteurs à partir d'une expérimentation sur 138 femmes d'un âge moyen de 28 ans 5 mois. Ces dernières ont répondu au questionnaire dans un intervalle temporel situé entre la quatrième et la sixième semaine suivant la perte. Celle-ci s'est produite dans un intervalle de 0 à 15 semaines de gestation pour 82 d'entre elles, après 16 et avant 28 semaines pour 34 d'entre elles, et après 28 semaines pour 22 femmes (dont 18 cas de mort néonatale).

Chacun des 33 items de l'échelle (cf. annexe) reçoit une cotation de 1 à 5 points (dispositif de type Lickert), soit un score minimum de 11 points par sous-échelle pour un maximum de 55. Une analyse factorielle a permis de dégager une structure en trois facteurs obtenue à partir de trois sous-échelles (deuil actif, difficultés de coping, désespoir) de 11 items chacune :

*les items reliés au deuil actif sont les items N° 3,4,7,10,13,16,19,22,25,28 et 31

*les items reliés à l'échelle "difficultés de coping" correspondent aux N° 1,2,8,11,14,17,20,23,26,29 et 32

*les items relatifs à l'échelle de désespoir se trouvent aux N° 5,6,9,12,15,18,21,24,27,30 et 33.

Sur un plan clinique l'échelle de deuil actif met l'accent sur la tristesse, le manque par rapport au bébé et les manifestations extériorisées telles que les pleurs. L'échelle "difficultés de coping" traduit la difficulté à faire face aux activités habituelles et aux autres dans la relation sociale. L'échelle de désespoir reflète la non-espérance en un futur meilleur, associée à une dimension "mélancolique" d'inutilité, d'indignité et de forte culpabilité.

Potvin-Lasker-Toedter ([17]) ont montré qu'aux trois moments successifs de leur étude longitudinale (4 à 6 semaines, 1 an et 2 ans après la perte), les échelles 2 (Difficultés de coping) et 3 (Désespoir) sont les plus efficaces en termes de prédiction de deuil chronique ou de complications pathologiques lorsque leur score est élevé. Ils soulignent toutefois qu'un score bas à ces deux échelles juste après la perte ne garantit pas l'absence de toutes suites pathologiques, du fait d'un éventuel deuil différé...

Le tableau résumé des résultats obtenus par les auteurs américains à la première évaluation (4-6 semaines après la perte) que nous allons présenter est intéressant. Il a été réalisé en calculant pour chaque sous-groupe des scores moyens avec écart-type en fonction de la nature de la perte et de l'âge de gestation. Il apparaît que la souffrance des mères augmente (élévation des scores à l'échelle de difficultés de coping et de désespoir) d'autant plus que la perte est tardive. Il en va de même pour les mouvements de défense face à cette souffrance (échelle de deuil actif), qui sont d'autant plus forts que la perte est tardive. Sur le plan de l'interprétation clinique, il est légitime de parler de score élevé ou bas à partir du moment où le total obtenu s'écarte significativement de la moyenne (en plus ou en moins en sortant de l'écart -type associé à cette moyenne). La combinaison la plus problématique est un score élevé aux échelles de désespoir et de difficultés de coping, associé à un score bas à l'échelle deuil actif. Les distributions obtenues par Potvin-Lasker-Toedter ([17]) sont résumées dans le tableau suivant :

TABLEAU N° 1 DES MOYENNES ET ECART-TYPES POUR CHAQUE SOUS GROUPE

	Deuil actif	Difficultés de coping	Désespoir	Echelle totale
	Moyenne -Sigma	Moyenne- Sigma	Moyenne-Sigma	Moyenne-Sigma
Echantillon total (n=138)	35,75 - 10,14	24,09 - 9,03	22,26 - 7,41	82,10 - 23,61

Age de gestation au

moment de la perte :

0-15 semaines (n=82)	32,55 - 9,93	22,16 - 8,41	20,88 - 6,51	75,58 - 21,97
16- 27 semaines(n=34)	37,71 - 8,06	25,56 - 8,05	23,41 - 7,83	86,68 - 21,37
28 semaines ou plus tardif(n=22)	44,64 - 7,69	29,05 - 10,65	25,64 - 8,74	99,32 - 23,37

Type de perte :

fausse couche (n=63)	31,85 - 10,18	21,40 - 8,32	20,51 - 6,83	73,76 - 22,67
ectopique (n=18)	33,93 - 9,78	24,17- 8,89	22,06 - 5,75	80,15 -21,03
mort foetale (n=39)	39,92 -8,25	26,97 - 8,53	24,41 - 7,70	91,31 - 21,16
mort néonatale (n=18)	42,17 -7,70	27,22 - 10,34	23,94 - 9,01	93,33 -
	24,16			

Au vu de ce tableau, il pourrait être tentant d'utiliser les valeurs obtenues par ces auteurs pour repérer les femmes à risques de complications graves. Un tel choix ne va toutefois pas sans problèmes. D'abord parce que sur le plan psychométrique, les effectifs des sous-groupes anglo-saxons (en dehors de celui des femmes ayant subi une fausse couche) sont trop faibles. D'autre part, la transposition directe de ces normes sur une population de femmes françaises en 1999 nous paraît présenter quelques risques, car rien ne dit que les distributions obtenues par les femmes en France seraient directement superposables à celles des Américaines et Canadiennes évaluées dix ans plus tôt...

Ceci justifie le projet de recherche -action que nous souhaitons initier, dont l'un des objectifs serait la validation sur une population française de l'échelle anglo-saxonne dans une perspective semblable à celle de Guedeney et coll. [7] lorsqu'ils ont validé en France l'échelle de dépression postnatale de Cox et al.[3].

Néanmoins, en son stade actuel, l'instrument mis au point par Potvin -Lasker-Toedter [17] nous paraît pouvoir faire l'objet d'une utilisation qualitative richement informative. Un nombre égal d'items composant chacune des trois sous -échelles, il nous semble pertinent de considérer pour chaque femme, avec beaucoup d'attention, soit un score particulièrement élevé aux échelles de désespoir et (ou) de difficultés de "coping" (c'est à dire sortant de l'écart-type entourant la moyenne), soit un score très faible à chacune des trois sous-échelles. Dans le premier cas, il est fort possible que la distribution présentée peu de temps après la perte soit annonciatrice de difficultés majeures dans un futur proche, ceci justifiant, dans une perspective préventive de considérer ces femmes avec davantage d'attention et de leur proposer un suivi psychologique. Dans le second cas, il est fort probable que la femme endeuillée mobilise durablement des défenses en termes de déni maniaque de sa souffrance dépressive,

ainsi que l'un de nous l'a récemment illustré (Dollander [5]) chez une femme ayant par ailleurs fait l'objet d'un examen psychologique approfondi. Dans ce contexte, nous conseillons au clinicien d'entreprendre une lecture qualitative dynamique de la succession des réponses aux différents items. La présence de contradictions majeures dans les réponses à des items assez proches doit alors immédiatement alerter le clinicien sur l'instabilité des défenses mises en place et leur valence probablement non adaptative à moyen ou long terme. Nous illustrerons notre propos par la vignette clinique de Lydia . Cette jeune femme dut faire face à un cumul de pertes particulièrement dramatique, perdant en effet, en l'espace de cinq ans, deux foetus à trois et 6 mois de grossesse, deux de ses amis et son père par suicide. Le premier entretien se caractérise par une logorrhée difficile à enrayer et des accès de rires après chaque évocation de situation difficile. Ces éléments évoquent une défense maniaque en termes de déni de la souffrance dépressive associée à ces pertes cumulées, alors que Lydia se montre parallèlement demandeuse d'un accompagnement psychologique... Les scores de Lydia aux trois sous-échelles du questionnaire de Potvin -Lasker-Toedter sont très bas au regard des moyennes de référence. Il s'agit là d'une constellation contradictoire, puisqu'un score faible aux sous-échelles de difficultés de "coping " et de désespoir devrait s'associer à un score plus élevé à l'échelle de deuil actif. Or celle-ci présente un total aussi faible que les deux autres... Une lecture qualitative plus fine de la dynamique des réponses du sujet au questionnaire est particulièrement éclairante, et confirme l'instabilité de la défense par déni de la souffrance dépressive mis en place et son poids invalidant quant à l'élaboration du deuil. Lydia est en effet incapable de fournir une cotation à l'item 11 relié aux difficultés de "coping" (" je sens que je ne me suis pas bien adaptée à la perte" - seul item non coté par elle...), ce qui traduit bien l'oscillation difficile entre reconnaissance et dénégation de la souffrance. Alors qu'elle cote en négatif à un point la plupart des items, le déni semble se lever à un seul moment, pour autoriser à minima une reconnaissance de sa souffrance puisque l'item 16 ("le bébé me manque beaucoup") est le seul coté à trois points sur cinq, cinq ans après la perte !

3) CONCLUSION

Pour conclure, en son stade actuel d'utilisation, nous invitons le clinicien utilisateur de cette échelle à être très attentif :

- 1) à la configuration globale de scores aux trois échelles en essayant de repérer la quelle (ou lesquelles) sont les plus significantes sur le plan quantitatif.

- 2) aux oscillations des réponses de la mère et en particulier aux contradictions entre les cotations à des items explorant des dynamiques similaires qui portent la marque défensive du déni le plus souvent.
- 3) aux incapacités (ou) aux difficultés de répondre à un item qui traduisent la remontée d'une souffrance non élaborée venant invalider le fonctionnement cognitif et la pensée du sujet.

Notre objectif est bien entendu de disposer de normes de validation pour cette échelle étalonnées sur une populations de femmes françaises.

Dans une perspective préventive, nous sommes persuadés que cette échelle, si elle était systématiquement proposée aux mères faisant une fausse-couche ou confrontées à une autre situation de perte pré ou périnatale plus tardive serait à même d'avoir une grande utilité en matière de prévention primaire à la fois en permettant d'abord de repérer très tôt les mères les plus en souffrance et à grand risque de complications. D'autre part, il serait envisageable de leur proposer dans un second temps un accompagnement psychologique dont il serait fondé d'évaluer la pertinence en comparant les conditions, l'évolution de la grossesse et des interactions précoces de ces mères avec l'enfant subséquent, comparativement à celles qui confrontées à leur souffrance dépressive restent avec leur solitude dans un environnement peu étayant. Un tel dispositif de prévention primaire nous paraît d'autant plus important à mettre en place qu'on connaît le poids des effets invalidants d'un travail de deuil non fait chez la mère sur les interactions de la mère avec son futur bébé (Lebovici [12]).

BIBLIOGRAPHIE

1. Bacqué M.F.- *Deuil et santé*, Paris, Odile Jacob ,1997.
2. Covington S.-Theut S.- Reactions to perinatal loss: a quantitative analysis of the National Maternal and Infant Health Survey , *Amer. J. of Orthopsychiat.*, 1993, 63, 2, 215-227 .

3. Cox J. - Holden J. - Sagovski S.- Detection of postnatal depression : development of the ten items Edinburgh Postnatal depression scale, *Brit. J. of Psychiatry* , 1987, 150, 702-786.
4. Defey D. - Les morts périnatales, consultations conjointes médico psychologiques , *Devenir* ,1997, 4, 7-24.
5. Dollander M. - Perte prénatale , cumul de pertes et travail de deuil : utilité et limites de la défense maniaque : approche clinique et projective , *Communication au 16^{ème} Congrès International du Rorschach et des Méthodes Projectives* , Université d'Amsterdam , 19-24 Juillet 1999.
6. Garel M.- Blondel B.- Lelong N.- Papin C.- Bonenfant S.- Kaminski M. -Réactions dépressives après une fausse couche , *Contracept. Fertil. Sex.*,1992, 20, 1, 75-81 .
7. Guedeney M.- Fermanian J.- Guelfi J.D., Delour M.- Premiers résultats de la traduction de l' Edinburgh Postnatal depression scale sur une population parisienne , *Devenir* ,1995, 7,2, 69-92 .
8. Hanus M. -, *Les deuils dans la vie* ,Paris , Maloine , 1994.
9. Hanus M. - Sourkes M.M.- *Les enfants en deuil : portraits du chagrin* , Paris : Frison Roche, 1997.
10. Haussaire -Niquet C. - *L'enfant interrompu* , Paris : Flammarion , 1998
11. Kirkley - Best E.- Vandevere C. - The hidden grief : an overview of grief in the family following perinatal death, *Intern. Journal of family Psychiatry* , 1980, 419-437
12. Lebovici S.- *L'aube de la vie . Eléments d' psychopathologie du bébé* , Toulouse :Eres ,1998 .
13. Leon I.G. - Psychodynamics of perinatal loss, *Psychiatry* , - 1986, 49, 312-324.
14. Leon I.G.- When a baby dies : *psychotherapy for pregnancy and newborn death* , Newhaven Corn ., Yale University Press, 1990.
15. Lewis E.- Inhibition and mourning by pregnancy : psychopathology and management , *British Medical Journal* ,1979, 2, 27-28 .
16. Livneh H.- Antonak R.- Maron S.- Progeria : medical aspects , psychosocial perspectives and intervention guidelines , *Death studies*, 1995, 19, 5, 433-455.
17. Potvin L.-Lasker J.- Toedter L. - Measuring grief :a short version of the perinatal grief scale ,*J. of psychopathology and behavioural assessment* ,1989,11,1, 29-45.
18. Rousseau P.- Fierens R.M.- Evolution du deuil des mères et des familles après mort périnatale ,*J. Gynécol .Obstet.Biol. Reprod.*, 1994, 23,285-294

- 19.Slade P.- Predicting the psychological impact of miscarriage. *J. of Reproductive and Infant psychology*, 1994, 12, 5-16 .
- 20.Widener A.J.-Grief and mourning reactions following abortion and miscarriage , *J. of Personal and Interpersonal Loss*, 1996, 1, 359-373.

**Echelle de deuil pré et périnatal
de POTVIN-LASKER-TOEDTER (1989)**
(Traduction française : Pr. C de Tychev -1998 -)
Université Nancy 2

Cocher une réponse et une seule dans l'une des cinq cases de droite.

1 - Je n'arrive pas à poursuivre mes activités habituelles

NON OUI

1 2 3 4 5

2 - J'ai du mal à rencontrer certaines personnes

NON OUI

1 2 3 4 5

3 - Je me sens intérieurement vide

NON OUI

1 2 3 4 5

4 - Je me sens déprimé(e)

NON OUI

1 2 3 4 5

5 - Je prends des médicaments pour mes nerfs

NON OUI

1 2 3 4 5

6 - Je me sens coupable quand je pense au bébé

NON OUI

1 2 3 4 5

7 - Je sens un besoin de parler du bébé

NON OUI

1 2 3 4 5

8 - J'ai pensé à me faire du mal depuis la mort du bébé

NON OUI

1 2 3 4 5

9 - Je me sens physiquement malade quand je pense au bébé

NON OUI

1 2 3 4 5

10 - Je suis affligé(e) depuis l'évènement

NON OUI

1 2 3 4 5

11 - Je sens que je ne me suis pas bien adapté(e) à la perte

NON OUI

1 2 3 4 5

12 - Je me sens non protégé(e) dans un monde dangereux depuis qu'il(elle) est morte

NON OUI

1 2 3 4 5

13 - Je reste rempli(e) d'effroi depuis l'évènement

NON OUI

1 2 3 4 5

14 - J'ai laissé tomber des gens depuis la mort du bébé

NON OUI

1 2 3 4 5

15 - Quand j'essaye de rire, plus rien ne me semble drôle

NON OUI

1 2 3 4 5

16 - Le bébé que je n'ai pas eu me manque beaucoup

NON OUI

1 2 3 4 5

17 - Je vais chez mes ami(e)s et ma famille plus souvent que je ne devrais

NON OUI

1 2 3 4 5

18 - La meilleure partie de moi même est morte depuis la perte du bébé

NON OUI

1 2 3 4 5

19 - Il m'est douloureux de me rappeler la perte

NON OUI

1 2 3 4 5

20 - Parfois je ressens comme un besoin d'avoir un soutien psychologique pour reprendre ma vie en main

NON OUI

1 2 3 4 5

21 - Je m'en veux de la mort du bébé

NON OUI

1 2 3 4 5

22 - Je suis bouleversé(e) quand je pense au bébé

NON OUI

1 2 3 4 5

23 - J'ai l'impression que je suis juste en train d'exister mais que je ne vis pas vraiment depuis la perte du bébé

NON OUI

1 2 3 4 5

24 - Je me sens sans valeur depuis qu'il(elle) est mort(e)

NON OUI

1 2 3 4 5

- 25 - Je pleure quand je pense à lui (elle)
- NON OUI
1 2 3 4 5
- 26 - Je me sens à l'écart et en retrait même en compagnie de mes ami(e)s
- NON OUI
1 2 3 4 5
- 27 - Mieux vaut ne pas aimer ni s'attacher aux autres
- NON OUI
1 2 3 4 5
- 28 - Le temps passe trop lentement depuis la perte du bébé
- NON OUI
1 2 3 4 5
- 29 - Je trouve difficile de prendre des décisions depuis la perte du bébé
- NON OUI
1 2 3 4 5
- 30 - Je me fais des soucis à propos de ce que sera mon avenir
- NON OUI
1 2 3 4 5
- 31 - Je me sens si seul(e) depuis qu'il(elle) est mort(e)
- NON OUI
1 2 3 4 5
- 32 - La vie ne vaut pas la peine d'être vécue
- NON OUI
1 2 3 4 5
- 33 - Etre un parent en deuil donne l'impression d'avoir moins de valeur pour la société
- NON OUI
1 2 3 4 5

Si vous souhaitez avoir un retour sur vos résultats,
indiquez vos coordonnées : vous serez
recontacté(e) pour un entretien oral :

NOM :PRENOM :

AGE :

ADRESSE :

.....

N° Tél :

Nom du médecin traitant.....

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

* date exacte de la perte :

* date à laquelle vous remplissez
ce questionnaire :

*âge de gestation du foetus (ou âge de l'enfant)
au moment de la perte :

* cause(s) du décès :