

Université Abderrahmane MIRA de BEJAIA
Faculté des Sciences Humaines et sociales
Département des sciences sociales
Option : psychologie clinique

*Mémoire de fin de cycle en vue d'obtention du diplôme
de Master en psychologie clinique*

Thème

*L'état de stress post-traumatique chez les femmes
ayant accouché prématurément.*

Préparé par :

- Mlle OUADI Widad
- Mlle OUAHRANI Anissa

Encadré par :

- Mme Touati. S

Année universitaire : 2016-2017

Table des matières

Introduction.....	01
-------------------	----

PARTIE THEORIQUE

Chapitre I : L'aspect médical de la prématurité

Préambule

1- Historique de la prématurité.....	04
2- Définition de la prématurité	05
3- Types de la prématurité	06
4- Catégories de la prématurité.....	06
4-1- Catégories selon l'âge gestationnel	06
4-2- Catégories selon le poids de naissance	07
5- Étiologie de la prématurité	07
5-1- Causes Générales.....	07
5-2- Causes Gynéco-obstétricales.....	09
6- Diagnostic	12
7- Diagnostic différentiel.....	13
8- Description d'un prématuré et de ses complications.....	14
9- La prise en charge médicale d'un nouveau-né prématuré	16
9-1- Au moment de la naissance.....	16
9-2- Après la naissance	16
10- Le devenir du prématuré.....	19

Résumé.

Chapitre II : État de stress post-traumatique et prématurité

Préambule

1- Particularités du fonctionnement psychologique des femmes en post-partum.....	22
1- L'état psychique chez les mères d'un enfant prématuré.....	26
2- Troubles psychiques du post-partum.....	29
3-1- Post-partum blues (PPB).....	30
3-2- Dépression post-natale (DPN).....	32

3-3- Psychose puerpérale.....	35
3-4- Troubles anxieux.....	36
4- État de stress post traumatique et prématurité.....	37
4-1- Les critères diagnostic du PTSD selon le DSM IV.....	37
4-2- La naissance prématurée, événement traumatique.....	39
5- Le rôle du père lors d'une naissance prématurée	41

Résumé.

Problématique et formulation des hypothèses

1-Problématique.....	46
2-Hypothèse de recherche.....	48

PARTIE PRATIQUE

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

Préambule

1- Choix de la méthode.....	51
2- Le terrain de la recherche.....	51
3- Le groupe de recherche.....	52
4- Les techniques de recherche	54
4-1- L'entretien.....	54
4-2- Echelle d'Impact of Evant Scale-Revised (IES-R).....	55
5- Le déroulement de la pratique.....	57
5-1- La première étape : la pré-enquête.....	57
5-1- La deuxième étape : la passation de l'entretien	57
5-1- La troisième étape : l'application du questionnaire.....	60

Résumé

Chapitre IV : Présentation et Analyse des Résultats

Préambule.

1- Présentation des données de l'entretien et d'IES-R.....	62
2- Synthèse et discussion des hypothèses.....	80
Conclusion.....	84

Liste bibliographique.

Annexes.

Remerciements

Ce travail n'aurait pas pu être réalisé sans Dieu tout puissant. Et la contribution de plusieurs personnes que nous tenons à remercier chaleureusement :

- *Nous tenons à exprimer toute notre gratitude et notre profond respect à notre encadreur Mme Touati, pour sa disponibilité à encadrer ce travail, pour ses critiques et ses propositions d'amélioration.*

- *Nous tenons également à remercier la psychologue de CHU de Targa-Ouzemour Mme SAOU Samia, et celle de Kharrata Melle AGOUD Keltoum et surtout les femmes car sans elles, le travail ne sera pas fait*

- *Nous tenons aussi, à remercier d'avance les membres de jury, d'avoir consacré le temps qu'il fallait pour lire et corriger ce mémoire.*

- *Et enfin, nous remercions nos proches qui ont toujours été présents et, qui nous ont entourés et soutenus depuis le début de notre travail.*

*OUADI Widad
OUAHRANI Anissa*

Dédicaces

Dieu le tout puissant m'a accordée la force et le courage pour la réalisation de ce travail que je dédie:

A mes chers parents qui m'ont donnée beaucoup d'amour et m'ont soutenue dans mes études pendant toutes ces années. Aucune dédicace ne pourrait exprimer à sa juste valeur le profond amour que je vous porte, et dieu le tout puissant vous garde et vous protège. Je vous aime.

A mes frères : Youba et Islam.

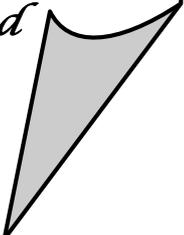
A ma chère sœur Fairouz et son mari et leur adorable fille Anfel.

A mon cher fiancé Walid, merci de m'avoir soutenue et encouragée tout au long de ce travail.

Je dédie aussi cet humble travail, à toutes mes amies : Akila, Hayet, Kahina, Rahima, Siham, Hakima, Maram, Loubna, Nouria

A ma chère binôme Anissa ainsi que toute sa famille.

Widad



Dédicaces

Je dédie ce modeste travail :

A la source qui m'a noyée avec ses sentiments, le cœur qui m'a réchauffée avec son amour, la personne la plus chère au monde : à toi Maman

A celui qui a combattu toute sa vie pour me procurer tout ce dont j'avais besoin, celui qui m'a soutenue tout au long de mon parcours et qui était toujours un très bon exemple pour moi, la personne la plus chère au monde : à toi mon Papa

A mes très chères sœurs : Nadjette et son époux ainsi que leur adorable fille Meriam, et ma petite sœur Sara.

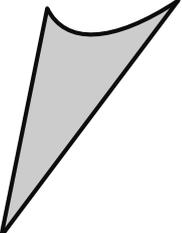
A mes très chers frères : Abd Rahim, Habib et Hicham.

A mes grands parents et toute ma famille.

A mes chers amis : Houdati, Fares, Amel, Mina, Katia, Siham, Sarah.

A ma chère binôme Widad et sa famille.

Anissa



Introduction

Bien que la grossesse soit, selon la croyance commune, une période de bonheur, de récentes études ont mis en évidence que la grossesse et l'accouchement constituent des étapes particulièrement importantes dans la vie d'une femme, source de bouleversements physiologiques et psychologiques pouvant conduire à la survenue de troubles psychopathologiques.

A l'accouchement, c'est le temps de la rencontre avec l'enfant réel dans l'étonnement, l'émerveillement mais parfois la déception ou l'effroi.

Pour certains parents, même si l'enfant est viable, en bonne santé, il reste décevant, insuffisamment beau ou bon, ou encore l'écart entre le bébé imaginaire et réel est trop grand, soit du fait du bébé lui-même (sexe, morphologie ...), écart pouvant être majoré par des circonstances traumatiques lors de l'accouchement, réanimation néonatale ou parce que l'enfant est né prématurément.

Pour investir l'enfant réel, la mère doit faire le deuil de cet enfant imaginaire, pour laisser place à l'enfant réel, avec ses caractéristiques propres.

Malgré les progrès obstétricaux et pédiatriques de ces 20 dernières années, le nombre de naissance prématurée tend à augmenter. Cette naissance reste un événement soudain, souvent imprévisible, menaçant aussi la survie du nouveau né et son pronostic développemental à long terme.

L'enfant né prématurément débute sa vie dans des conditions particulières. Son hospitalisation en service de néonatalogie est indispensable afin d'assurer sa survie.

La mère est la plus touché par cet événement, il la bouleverse complètement en lui provoquant un état de stress post-traumatique qui associe des symptômes d'intrusion, où la future mère ne peut empêcher le retour des souvenirs, l'évitement de la confrontation à tout ce qui peut rappeler cet accouchement, et l'hyperstimulation, avec insomnies et incapacités à se concentrer.

Notre recherche porte sur l'état de stress post traumatique chez les femmes ayant accouchées prématurément.

Et pour répondre au problème posé, nous nous sommes basés sur une démarche rigoureuse liée à l'expérience pratique qui est la méthode clinique, dont l'objectif est

de savoir si un accouchement prématuré peut déclencher un état stress post-traumatique.

Deux techniques ont été choisies qui sont, l'entretien clinique et le questionnaire. L'entretien clinique est un outil indispensable pour avoir accès aux informations subjectives des sujets. Au cours des entretiens, les parturientes ont pu nous apporter leurs témoignages, notamment à propos des sentiments éprouvés au cours de leur grossesse et de leur accouchement, et de leur rencontre avec leur bébé. Le questionnaire permet de compléter les données recueillies lors des entretiens.

La partie théorique est subdivisée en deux chapitres : dans le premier nous aborderons l'état de stress post traumatique et prématurité, et le second est consacré à la prématurité dans un point de vue médical.

La partie pratique comporte deux chapitres : le premier est centré sur la méthodologie de la recherche. La deuxième porte sur la présentation et la synthèse des résultats.

Partie théorique

Chapitre I

L'aspect médical de la
prématurité.

Préambule

Un certain nombre de femme n'arrivent pas à amener leur grossesse jusqu'à terme, et qui finissent dans la majorité des cas par un accouchement prématuré.

La prématurité est considérée comme un problème majeur de santé publique ainsi elle reste la cause principale de mortalité néonatale, et aujourd'hui elle est un indicateur de l'état de santé générale des nouveau-nés et un déterminisme clé de la survie, de la santé et du développement de l'enfant.

1- Historique de la prématurité

De tout temps, il y a eu des bébés nés trop tôt, et si la très grande majorité décédait peu après la naissance, certains d'entre eux qui ne nécessitaient pas d'oxygène supplémentaire survivaient.

Environ 400 ans avant J.-C., Hippocrate (460-377 av. J-C), constatait qu'un fœtus né à 7 mois de grossesse ressemblait à un bébé né à terme mais survivait rarement. Une croyance présente chez les Grecs, les Latins et les peuples germaniques, voulant que les bébés nés à 7 mois aient plus de chances de survie que les bébés nés à 8 mois. (OMS., 1959, p.12)

A partir de 1870, on s'intéressait aux bébés prématurés, car la guerre franco-russe a décimé la population française. Les médecins cherchaient à diminuer la mortalité infantile dans le but de repeupler la France. C'est à cette époque qu'apparaissaient alors les premiers hôpitaux réservés aux enfants.

En 1880, les premières couveuses voyaient le jour, suite à l'idée ingénieuse d'un accoucheur du nom de Tarnier, d'appliquer à des prématurés une méthode utilisée pour des incubateurs à œufs de poules. C'est ce même Tarnier qui posa les bases essentielles de la réanimation néonatale et des soins aux prématurés. Ces nouvelles règles permettront une amélioration spectaculaire de la survie des prématurés. En effet, grâce aux couveuses, la mortalité des enfants de moins de 2 kg passait de 66 à 38% entre 1879 et 1882. (Ibid. p.12)

En 1901, grâce au Dr. Couney, les prématurés devenaient un sujet d'intérêt. Il empêchera aux parents tout contact avec leur enfant prématuré de peur qu'ils l'infectent. Et au début du XXème siècle, les recommandations spécifiaient que l'on utilise des incubateurs faciles à désinfecter, que les salles ne soient pas surpeuplées, que le personnel porte des blouses, se lave les mains avant de s'occuper du bébé et que tout bébé porteur d'infection soit isolé.

Aux États Unis, Hess fonda le premier centre de prématurés en 1922. En 1928, la première intubation était réalisée en 1940, les premières oxygénothérapies étaient pratiquées, et ce n'est qu'après la seconde guerre mondiale que la pédiatrie néonatale devint une science à part entière. En France, Minkowski fut un des premiers à se consacrer entièrement à cette discipline. Les recherches scientifiques portaient alors sur les adaptations physiologiques du bébé à la vie extra-utérine, et le Pr Adik Levine, le plus grand spécialiste de la physiologie du prématuré, décrivit tout ce qui manque au prématuré et par conséquent tout ce qui permet d'y remédier. (W-A. SILVARMAN., 1979, p.54)

Jusqu'à la fin des années 60, les médecins préconisaient l'isolement total des prématurés jusqu'à leur sortie, mais au début des années 70, les parents étaient de plus en plus invités à entrer dans les services et à toucher leur bébé dans un incubateur.

En 1975, reconnue par le Comité de pédiatrie américain (American Board of Pediatrics), la néonatalogie devint une spécialité. Dès lors, les prématurés seront transférés dans des centres spécialisés pour obtenir les meilleurs soins avec, par exemple, la photothérapie ou le respirateur (R. TRISTAND, 2004, p.246).

Aujourd'hui, les pédiatres réaniment des bébés nés après 23 voire 22 SA (semaines d'aménorrhée), la limite de viabilité étant repoussé jusqu'à 22 SA en 1993. Le taux de survie a augmenté et l'importance de se centrer sur le suivi de l'enfant prématuré est désormais immense.

2- Définition de la prématurité

La prématurité est définie à partir de la durée de la grossesse. Une grossesse dure en moyenne 40 semaines (du 1er jour des dernières menstruations jusqu'au jour de la naissance), elle est calculée à partir des premiers jours des règles.

Lorsque le bébé naît avant la 37^{ème} semaine accomplie, on dit qu'il est prématuré. Un terme inférieur à 33 semaines d'aménorrhée définit la grande prématurité.

La connaissance précise du premier jour des dernières règles chez une femme ayant des cycles réguliers, et/ou les résultats d'une échographie réalisée avant la 12^{ème} semaine, permet de connaître le terme avec précision dans l'extrême majorité des cas actuellement. Si son corps semble tout à fait formé, il est cependant de petit poids et certains organes sont immatures, particulièrement les poumons, le système digestif, le cerveau. Plus le bébé est prématuré, plus il aura besoin de soins spécialisés. (M. VOTER, J. MAGNY, 1997, p.6)

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) on appelle accouchement prématuré toute naissance se produisant entre 22 SA et 37 SA ou un poids supérieurs ou égal à 500 gramme.

3- Types de la prématurité

3-1- La prématurité provoqué ou induite : elle est due à une extraction fœtale volontaire indiquée par les obstétriciens pour sauvetage maternel et / ou fœtale, exemple : éclampsie. La prématurité provoquée est définie par une césarienne ou un déclenchement avant toute mise en travail spontané. Elle est la conséquence d'une décision du corps médical pour la sauvegarde fœtale et / ou maternelle. La prématurité provoquée survient surtout dans un contexte d'hémorragie, de pré-éclampsie (défaut de vascularisation du placenta compensé par une hypertension artérielle et une réduction de la perfusion de tous les organes), de Retard de Croissance Intra-utérin (RCIU) ou de souffrance fœtale.

3-2- La prématurité spontanée : Ce sont les plus fréquentes, dont la diminution est un véritable enjeu de santé publique, et plusieurs facteurs favorisant cette prématurité sont connus : les mauvaises conditions socioéconomiques, les antécédent d'accouchement prématuré, de mort fœtale ou de faible poids de naissance, et surtout les grossesses multiples. Le risque de prématurité est 10 fois plus élevé pour les grossesses multiples que pour les grossesses uniques. (B. COURBIER, X. CARCOPINO, 2014, p.78)

4- Catégorisation de prématurité

4-1- Catégorisation l'âge gestationnel

Un classement en fonction de cet âge du fœtus a été élaboré, exprimé en nombre de SA révolues et qui prend en compte les complications après la naissance.

4-1-1 La prématurité moyenne : naissance survenant de 33 à 36 semaines et 6 jours d'aménorrhée, les enfants prématurés de cette catégorie d'âge gestationnel présentent plus de complications à la naissance et durant les premiers jours de vie, mais ils seront rarement mis en couveuse et pourront rester auprès de la mère.

4-1-2 La grande prématurité : naissance survenant de 28 à 32 semaines et 6 jours d'aménorrhée.

4-1-3 La très grande prématurité : toute naissance survenant avant 28 semaines d'aménorrhée.

4-1-4 L'extrême prématurité : toute naissance survenant moins de 26 semaines d'aménorrhée. (S. DELLE PIAZA, P-J. LAMOTTE, 2013, p.75)

4-2- Catégorisation selon le poids de naissance

Le poids de naissance constitue un autre critère important dans la définition de l'OMS. Il ne correspond pas toujours, chez le prématuré, à son âge gestationnel. Le poids du bébé peut être nettement inférieur ou supérieur à la moyenne. Il révèle ainsi une perturbation durant le développement fœtal.

Comme pour l'âge gestationnel, une classification des enfants a été établie selon leurs poids de naissance, on parle :

-D'enfants de faible poids de naissance lorsque celui-ci est compris entre 1500 et 2499 grammes.

-D'enfants de très faibles poids de naissance lorsqu'il est compris entre 1000 et 1499 grammes.

-D'enfants de poids de naissance extrêmement faible lorsqu'il est compris entre 750 et 999 grammes.

-D'enfants de « micronates » pour des bébés nés avec un poids inférieurs à 750 grammes. (Ibid. p32).

5- Étiologie de la prématurité

De nombreux facteurs de risque ont été identifiés dans la survenue de la prématurité. Il ya aussi bien des facteurs fœtaux que des facteurs maternels.

Pour faciliter leurs représentations nous les distinguerons en causes générales et causes gynéco-obstétricales

5-1- Causes générales

5-1-1- Origine éthique et facteurs génétiques

Les différentes catégories de populations dans le monde ne présentent pas le même risque d'occurrence de la prématurité. Les femmes noires qu'elles soient d'origine afro-américaines ou afro-caribéennes, sont plus à risque de prématurité que les femmes blanches. (R.L. GOLDENBERG et al., 2008, p.79)

Ce constat est partagé par d'autres auteurs. Les résultats de deux revues de littérature ayant compilé des études faites sur des cohortes de femmes afro-américaines et blanches vivant aux USA uniquement, ont montré que les femmes noires avaient un risque de prématurité sévères 3 à 4 fois plus grand que les femmes d'autres groupes ethniques. (F. NABUKERA et al., 2009, p.84)

Les facteurs génétiques pourraient être évoqués devant la présence de concentration familiale de cas de prématurité. Selon WIKVIST, le risque de prématurité est augmenté de 80% chez les femmes ayant une sœur qui a déjà accouché prématurément. (A. WIKVIST et al., 2013, p.251)

Pour PORTER et al rapportent que les grands parents de femmes ayant accouché prématurément sont de façon significative plus susceptible d'avoir été eux-mêmes prématurés. (T.F. PORTER et al., 1997, p.65)

Si les ressemblances familiales doivent faire évoquer un facteur génétique, elles peuvent également être dues à un environnement partagé par les membres d'une même famille. Seules les études spécifiques permettent de confirmer l'existence de ces facteurs de risques génétiques. Ceci semble bien être le cas puisque des polymorphismes de certains gènes ont été montrés associés avec un risque variable de prématurité. (S. MYKING et al., 2013, p.148)

5-1-2- Le niveau socio économique

Les femmes vivant dans des milieux défavorisés, avec un faible niveau socio-économique ont un risque accru d'accoucher prématurément. Dans une étude réalisée en Angleterre entre 1994 et 2003 sur une cohorte 7185 nouveau-née prématuré, les auteurs ont montré que les inégalités socio-économiques chez les femmes enceintes étaient non seulement associées à la prématurité mais aussi au degré de prématurité. Entre les prématurés nés entre 22-28 SA et ceux nés entre 28-32 SA. (L.K. SMITH et al., 2007, p.13)

Les mêmes observations ont été faites par THOMPSON en Norvège sur des données de naissance recensées entre 1980 et 1998. Leurs résultats ont fait ressortir une différence de 25% du taux de prématurité selon le niveau socio économique des femmes.

Enfin, un faible niveau socio-économique peut entraîner un mauvais accès aux soins, un mauvais suivi de la grossesse et même un recours tardif. Tout ceci a un impact négatif sur le déroulement et l'issue de la grossesse. (J.M. THOMPSON et al., 2006, p.183)

5-1-3- État nutritionnel de la mère

L'état nutritionnel de la mère est un paramètre très important pour le bon déroulement d'une grossesse. Le mauvais état nutritionnel de la mère peut influencer l'issue de la grossesse de différentes manières : un faible indice de masse corporelle avant la grossesse, un faible gain de poids en cours de grossesse et une petite taille, se sont les trois facteurs nutritionnels maternels principaux du faible poids de naissance.

Les mères ayant un mauvais statut nutritionnel ont un risque plus grand de donner naissance à des nouveau-nés prématurés.

Ainsi, que le mauvais statut nutritionnel maternel peut également se traduire par des carences en minéraux ou aux vitamines. Les carences en micronutriments sont également associées à un risque plus grand de prématurité. Plusieurs études ont montrés que les femmes enceintes ayant des déficits en fer et en zinc sont plus susceptibles d'accoucher prématurément que les femmes ayant des concentrations sériques dans les valeurs normales. (R.L. GOLDENBERG et al., Op cit. p.25)

5-1-4- Pathologies maternelles

Certaines pathologies telles que les maladies thyroïdiennes, le diabète gestationnel, l'hypertension artérielle, comportent un risque élevé de provoquer des accouchements prématurés. (Ibid., p.28)

5-1-5- Consommation d'alcool, de tabac et de drogues

La consommation de substances telles que l'alcool, le tabac et les drogues augmente fortement le risque de prématurité. La nicotine contenue dans le tabac et le monoxyde de carbone issu de la fumée ont un effet vasoconstricteur capable d'agir sur la circulation sanguine placentaire et perturber ainsi les échanges fœtaux placentaires, fumer à la cour de la grossesse peut ainsi doubler le risque de prématurité. D'après R-L ANDRE et al, le tabac pourrait être responsable à 15% des accouchements prématurés des fumeuses. (2000, p.30)

5-2- Causes gynéco-obstétricales

5-2-1- la parité

Le risque de prématurité est différent selon la parité, ce risque semble être plus élevé aux extrêmes puisque la primiparité et la grande multiparité sont toutes les deux associées à la prématurité. Chez les primipares très jeunes les hypothèses évoquées sont une immaturité physiologique de l'organisme maternel d'une part et d'autre part une insuffisance des réserves énergétiques.

Dans la grande multiparité il est souvent observé un relâchement tissulaire du muscle utérin responsable d'une insuffisance cervicale ou d'une béance physiologique du col. Ces éléments peuvent induire une rupture prématurée des membranes et un accouchement prématuré.

Il faut rappeler cependant ici que la parité est étroitement corrélée avec l'âge. Les primipares peuvent être très jeunes et les multipares parfois beaucoup plus âgées. (R.L. GOLDENBERG, Op cit. p.80)

5-2-2- Intervalles inter génésiques

Cet intervalle représente la durée entre deux grossesses successives chez une même femme. Plus cet intervalle est réduit, plus le risque de prématurité est augmenté. Plusieurs hypothèses sont avancées, toutes liées au fait que l'organisme maternel n'a pas eu le temps de revenir à ses conditions physiologiques d'avant grossesse. C'est par exemple le cas si l'utérus n'a pas encore complètement retrouvé sa position, sa forme et son état physiologiques, ou si l'organisme maternel n'a pas encore refait ses réserves en micronutriments et vitamines nécessaires au bon déroulement d'une nouvelle grossesse. (C. AGUDELO, et al., 2006, p.1825).

5-2-3- Antécédents de prématurité

Le fait d'avoir eu par le passé un accouchement prématuré est un facteur de risque très important de prématurité pour la grossesse suivante. L'explication est que les causes qui ont provoqué le premier accouchement prématuré. Telles que les infections, l'hypertension artérielle, le diabète etc. Peuvent persister ou réapparaître lors d'une nouvelle grossesse.

B.M. MURCER et al ont suivi de façon prospective 1711 femmes enceintes à partir de 23 SA et ont montré que les femmes ayant eu une prématurité antérieure ont un risque 2 à 5 fois plus grand d'accouchement prématuré pour la grossesse actuelle. (1999, p.15)

Plusieurs autres études ont récemment confirmé cette observation. Ainsi, aux États-Unis une enquête rétrospective sur plus de 150.000 femmes a mis en évidence un risque de prématurité significativement plus grand chez les femmes dont la grossesse précédente s'était soldée par un accouchement prématuré. (C.V. ANANTH, et al., 2006, p.645)

5-2-3- Grossesses multiples

Les grossesses multiples sont un facteur de risque classique de prématurité et environ 60% des jumeaux naissent prématurément. L'hyperpression intra utérine que causent ces grossesses multiples est responsable de contractions précoces et de rupture prématurée des membranes. (R. ROMERO, et al. 2006, p.37)

5-2-4- Anomalies du placenta et du liquide amniotique

Le placenta est un organe capital et toutes les maladies anomalies le touchant sont de nature à compromettre le déroulement normal de grossesse. L'existence d'anomalies de structure placentaire telles que placenta praevia, placenta accreté, placenta circumvallate et la survenue d'une rupture placentaire sont associées à un risque très élevé d'accouchement prématuré. (F.G. KRUPA, et al., 2006, p.10)

Les femmes enceintes ayant un excès (poly hydramnios) ou un manque (oligoamnios) de liquide amniotique présentent également un risque accru de prématurité. (R.L. GOLDENBERG et al., Op cit. p.58)

5-2-5- Infections intra-utérine, infections fœtales, infections génitales basses et urinaires

Les infections chez les femmes enceintes représentent un vrai danger pour le déroulement normal de la grossesse. L'infection qui survient chez la femme au cours de la grossesse, qu'elle soit intra utérine, génitale basse et même urinaire, est un facteur de risque de prématurité. Sur le plan physiopathologique, le processus inflammatoire qui existe dans toute infection s'accompagne d'une production excessive et anormale de prostaglandines qui stimulent la contractilité utérine augmentant ainsi le risque d'accouchement prématuré.

La présence de bactéries, et notamment de streptocoque du groupe B, à été détectée dans les membranes amniotiques et dans le liquide amniotique chez plus de 80% des femmes enceinte ayant déclenché de façon précoce le travail d'accouchement. (R. ROMERO, Op cit. p.60)

Ces constatations ne concernent pas uniquement les bactéries puisque la présence de mycoplasmes génitaux à été identifiée dans du sang du cordon ombilical chez plus de 23% des bébés née avant 32SA. Concernant les infections génitales basses, plusieurs germes peuvent être incriminés avec des risques de prématurité différents.

Il existe d'autres infections, en dehors de l'appareil génital, qui sont associées à un plus grand risque de prématurité. On peut citer les infections urinaires telles que les infections pulmonaires telles que la pneumonie. (R.L. GOLDENBERG, Op cit. p.81)

5-2-6- Anomalie du col utérin : diminution de la longueur du col ou faiblesse congénitale

Dans le processus normal de gestation, en fin de grossesse le col utérine se raccourcit, devient mou et passe en position antérieure. Une diminution de la longueur du col qui survient avant le terme de grossesse augmente fortement le risque de prématurité.

W-W ANDREW et al on fait une étude portant sur le col utérine examiné par échographie transvaginale chez 69 femmes enceintes. Parmi les femmes ayant eu une échographie avant 20SA, celles dont la longueur du col utérine était inférieur à 22 millimètres présentaient un risque plus grand de prématurité à 22SA. (W-W. ANDREW, et al., 2000, p.20)

Ce résultat est similaire à ceux de J-D IAMS et al objectivés quelques années auparavant. Les auteurs ont analysé à 24 et 28 semaines de gestation l longueur de col utérine chez 2915 femmes enceintes, leurs résultats ont fait ressortir que le risque relatif d'accouchement prématuré était inversement proportionnel à la longueur du col utérine. Ce risque augmentait à mesure que le col utérin diminuait de longueur. (J-D. IAMS, et al., 1996, p.569)

6- Diagnostic

Pour préciser le terme d'une grossesse, ou pour affirmer la prématurité, plusieurs moyens sont disponibles :

6-1- Date des dernières règles

L'âge gestationnel s'exprime en semaines et en jours d'aménorrhée, à partir du premier jour des dernières règles. Il s'agit de l'âge post-menstruel. Hormis le fait qu'elle soit un élément essentiel et très important pour apprécier l'âge de la grossesse, elle peut être parfois non concluante surtout si les cycles menstruels sont irréguliers.

6-2- Échographie du premier trimestre

Les mesures échographiques (ultrason graphiques), en début de grossesse, permettent de corriger l'erreur liée à un éventuel retard d'ovulation: en effet, en début de grossesse (6 à 12 semaines), les mesures de l'embryon permettent de définir avec une très bonne précision (à 2 ou 3 jours près) l'âge réel de la grossesse. Plus l'échographie sera faite tardivement (au-delà du premier trimestre) plus la datation de la grossesse sera imprécise. (COATANTIEC Y. et al., Op cit. p.56)

6-3- Évaluation clinique

En absence de repères anamnestiques ou échographiques, l'âge gestationnel peut être évalué après la naissance sur la base de critères pédiatriques cliniques. Cette évaluation clinique postnatale du nouveau-né, en cas d'absence d'examen obstétrical précoce, permet ainsi de confirmer ou de corriger l'âge gestationnel calculé sur la base des dernières règles seules, ou d'évaluer l'âge gestationnel. On utilise habituellement les scores de Ballard et de Farr.

6-4- Examen électro physiologique

L'EEG et les potentiels évoqués visuels et auditifs peuvent donner une estimation assez précise du terme en l'absence d'une pathologie neurologique. L'EEG en période néonatale est caractérisé par des éléments qui en font un véritable marqueur de maturation. Pour être valides, ils doivent impérativement être enregistrés suffisamment longtemps afin que l'on puisse les interpréter en fonction des différents états de vigilance. Un EEG renseigne sur l'âge gestationnel à une ou deux semaines près, et ceci peut aider le clinicien lorsqu'il existe une discordance entre le poids de l'enfant et

le résultat de son examen neurologique. Mais il ne peut être réalisé qu'au-delà de la 24^{ème} semaine. (Ibid., p.56)

7- Diagnostic différentiel

Le retard de croissance intra-utérin (RCIU) survient dans 3 à 10% des grossesses. Il exprime le décrochage de la courbe de croissance du fœtus in utero par rapport aux courbes de référence.

L'hypotrophie relève d'une définition statistique qui repose sur le poids estimé du fœtus ou mesuré du nouveau-né. Sont hypotrophie, tous les fœtus et les enfants dont le poids est inférieur à celui correspondant au 10^e percentile des courbes de référence pour leur âge gestationnel. On peut distinguer deux types d'hypotrophie, le premier type voit se modifier simultanément la taille, le poids, mais aussi et plus gravement le périmètre crânien. Le retard de croissance apparaît d'emblée dès le début de la période fœtale. Le second type est d'apparition tardive, au troisième trimestre de la grossesse. La cause en est la malnutrition due à des lésions placentaires altérant les échanges fœto-maternels. (Ibid. p.59).

Classiquement, les enfants prématurés et hypotrophes se distinguent dès leur approche:

- les Prématurés de taille petite selon le terme, paraissent harmonieux, la peau a souvent une coloration brique, donne parfois l'impression d'être «infiltrée », les oreilles sont mal ourlées, les plis plantaires effacés, les organes génitaux externes ont un aspect immature, ils sont hypotones, faiblement réactifs.
- les Hypotrophes disharmonieux, paraissent longs et maigres avec une peau pâle et sèche, sans panicule adipeux, le pôle céphalique donne parfois l'impression d'être trop développé, ils sont souvent agités, paraissent affamés.

Si justifié qu'il soit de distinguer prématurés et hypotrophes n'empêche pas que certains enfants de petit (< 2500 g) poids de naissance (PN), surtout ceux de très petit (<1500 g) PN, soient à la fois prématurés et hypotrophes. La fréquence des intrications dans les circonstances de survenue (Prématurité consentie), la similitude de certaines exigences de prise en charge périnatale et l'étendue, encore incertaine, de leur responsabilité respective dans le devenir amènent à dépasser cette distinction dans une vue d'ensemble de ces deux pathologies. (E. DE GAMARRA, 1993, p.26).

5-Description d'un prématuré et de ses complications

5-1- La description d'un prématuré

C'est un bébé qui présente de nombreuses différences physiologiques par rapport à un bébé né à terme. Un bébé prématuré est d'une taille petite et gracile, le volume de la tête est important par rapport à celui du corps. Les membranes sont grêles, la fontanelle est petite. Sa peau est fine, translucide et recouverte de lanugo au niveau du visage et du franc. Ses ongles et ses cils sont courts, les cheveux soyeux et laineux. Les oreilles sont pliables, peu ou non cartilagineuses. Le tonus est faible, l'état de veille rare. Ses plantes des pieds sont pratiquement lisses (les sillons apparaissent progressivement à partir de la 34°SA), ses glandes mammaires deviennent visibles à partir de 35-36SA avec un diamètre de 2mm. (Y. COATANTIEC, et al., Op cit. p.38)

Au niveau de ses organes génitaux, chez les garçons, le scrotum est vide, les testicules sont hauts situés dans le canal inguinal ou juste à sa sortie avant la 36° SA. Chez la fille, les grandes lèvres sont peu marquées alors que les petites lèvres et clitoris sont protubérants.

La respiration est irrégulière, rapide, coupée de pauses. Les mouvements inspiratoires entraînent l'apparition d'un entonnoir sternal. (J. LAUGIER, F. GOLD, 1991, p.346).

5-2- Les complications d'un prématuré

Sur le plan biologique, la prématurité augmente les chances d'être atteint de plusieurs difficultés, ils sont plus sévères que l'AG et le PN sont plus petits. Ces difficultés sont surtout liées à l'immaturité des grands systèmes du bébé, quelle que soit la cause de la naissance prématurée. On distingue les complexités les plus fréquentes, mais cela ne veut pas dire que tous les enfants prématurés vont vivre tous les problèmes.

5-2-1-Les problèmes métaboliques

Consiste en L'hypoglycémie (chute du taux de glucose dans le sang), L'hypocalcémie (chute du taux de calcium) ; L'hyponatrémie (chute du taux de sodium) ; L'anémie (manque de fer) et l'hypothermie (température basse). (S. DELLA PIAZZA, P-J. LAMOTTE, Op cit. p.76)

5-2-2-Les complications respiratoires

Concernent principalement le syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né, accompagné de la maladie des « membranes hyalines » ainsi que la dysplasie broncho-pulmonaire avec Le syndrome apnéique (arrêt de la respiration) du

prématuré le retard de résorption du surfactant qui provoque un syndrome interstitiel transitoire. (Ibid. p.76).

5-2-3- Les problèmes hémodynamiques

Consistent principalement dans le retour fœtal et la persistance du canal artériel.

5-2-4- Les problèmes infectieux

L'accouchement prématuré peut être dû à une agression infectieuse préalable. En dehors de ce cas très ponctuel, la contamination postnatale du prématuré est à craindre pour plusieurs raisons :

D'une part les barrières naturelles (peau et muqueuses) sont plus fines et plus perméables aux agents pathogènes que chez l'enfant à terme.

D'autre part les possibilités de lutte active contre une agression exogène sont plus limitées en raison de l'insuffisance du transfert d'immunoglobulines par la mère et du déficit en facteur C3 et en complément. (DIAGNE N.R., 2000, p.09).

5-2-5- Les problèmes de digestion avec des complications digestives

Les problèmes de digestion d'un nouveau né prématuré consistent dans les résidus gastriques, l'entérocolite nécrosante du nouveau-né, le syndrome de stase duodéno-pylorique et Le syndrome du bouchon méconial (S. DELLA PIAZZA, P-J. LAMOTTE, Op cit. p.77).

5-2-6- Les complications neurologiques

Les enfants prématurés peuvent être atteints d'hémorragies intra ventriculaires ou d'accidents vasculaires cérébraux possibles pouvant être sur deux types, le premier est celui des pathologies veineuses avec une hémorragie péri- et intraventriculaire (zones du cerveau où se forme le liquide céphalo-rachidien), et le second est celui des pathologies artérielles avec leuco malacie péri ventriculaire (perte de substance nerveuse blanche). (M. BENDERSKY, M. LEWIS, 1994, p.491)

5-2-7- Les complications tardives

Se subdivisent en deux sous groupes qui sont l'anémie tardive pâleur plus évidente au niveau des muqueuses qu'au niveau des téguments et le déficit de croissance osseuse. Ce dernier surgisse parfois avec une ostéopénie (manque de densité osseuse) de la prématurité, une conséquence directe d'une déposition osseuse insuffisante ou d'une augmentation de la résorption de la matrice organique.

Les problèmes sensoriels sont plus rares avec au niveau de la vue, une possibilité de rétinopathie, et au niveau de l'audition, une surdité.

6- La prise en charge médicale d'un nouveau-né prématuré

Le prématuré est un nouveau-né à risque, il nécessite une prise en charge multidisciplinaire adéquate dès la naissance, il va subir de multiples examens et des soins qui vont l'aider non seulement à vivre, mais aussi à le faire sans séquelle, si possible. La qualité et la rapidité de la prise en charge initial vont conditionner le pronostic immédiat et à long terme du prématuré.

6-1-Au moment de la naissance

Il est nécessaire d'avoir une équipe entraînée régulièrement à travailler dans des situations d'urgence et de stress. Cette équipe doit disposer un néonatalogue senior, un système de monitoring, un médecin responsable de la ventilation, un médecin responsable de l'accès vasculaire, ainsi qu'une à deux infirmières responsables de l'équipement. A coté de cette équipe le matériel adapté est indispensable comme une protection thermique et infectieuse dont l'état de fonctionnement et l'asepsie sont vérifiées, cet accouchement doit avoir lieu dans les mêmes locaux, sinon à proximité, d'une unité de néonatalogie.

La naissance doit se faire de manière rapide et organisée en vu de la situation d'urgence que présente la naissance d'un bébé prématuré qui se trouve être très fragilisé dans les premiers mois de sa vie, ceci explique l'importance dispositif matériel tant que humain qui entoure l'arrivée du chérubin. (Ibid. p.95)

6-2-Après la naissance :

Pour garantir la survie d'un prématuré, divers moyens et mesures plus adaptées sont mis en œuvre :

6-2-1- La réanimation respiratoire

Chez chaque nouveau-né et a fortiori chez l'enfant pré terme, il existe un moment que les néonatalogues traduisent par golden minute. Il s'agit de l'instant « magique » ou le bébé arrive à respirer par lui-même, lorsque les poumons sont immatures. Les ondes d'intubations trachéales sont utilisées à la bonne taille et à bon escient. La température et l'hygrométrie des gaz utilisés sont vérifiées pour ne pas exercer d'effets délétères au niveau respiratoire. (S. DELLA PIAZZA, P-J. LAMOTTE, Op cit. p.57-58).

Aujourd'hui les techniques de ventilation mécanique moins agressive sont employées par la plupart des centres néonataux, que ceux utilisés au paravent comme la Kinésithérapie. Mais si elle est mal exercée par des mains incompetentes peut s'avérer dangereuse.

Si tout se passe bien, l'enfant prématuré est hospitalisé en unité de néonatalogie pour examen poussé, élevage simple, surveillance et dépistage des complications ainsi que leur prise en charge.

6-2-2- Alimentation

C'est le pilier de l'élevage du prématuré. Elle assure sa survie et sa croissance. Le prématuré a besoin d'une alimentation optimale pour espérer avoir une croissance ainsi proche que possible d'un bébé né à terme.

Initialement il faut disposer d'une voie veineuse qui permet d'adopter les liquides et les différents nutriments ainsi que d'administrer les médicaments. Dès que l'état du bébé le permet, la nutrition entérale est imitée. Elle consiste à introduire un aliment par une sonde directement dans le tube digestif. (Ibid., p.58)

Le tableau 1 représente les besoins nutritionnels du prématuré en macronutriments, en minéraux, en oligo-éléments et en vitamines selon les recommandations les plus récentes du Comité français de nutrition.

Tableau 1: Besoins du prématuré en macronutriments. Minéraux. Oligo-éléments. Vitamines (G. PUTET, 1989, p.145)

	Par Kg /J	Par 100 K Calories
Eau en ml	150 – 200	
Energie en K calorie	110- 120	100
Protéine en g	3,0 - 3,6	2,5 – 3
Lipides en g	4-9	3,6 - 7,0
Glucides en g	3,8 – 11	3,6 - 9,8
Calcium	120 – 230	100 – 192
Sodium	46 - 69	38 – 58
Potassium	78 - 120	65 – 100
Phosphore	60 - 140	50 – 117
Chlore	70 - 105	69 – 89
Magnésium	7,9 -15	6,6 - 12,5
Fer (mg)	2	1,67
Zinc (µg)	1000	833
Cuivre (µg)	120 -150	100,125
Sélénium (µg)	1,3 - 3,0	1,08 -2,5
Chrome (µg)	0,1 -0,5	0,08 - 0,4
Manganèse (µg)	7,5	6,3
Molybdène (µg)	0,3	0,25

Iode (μg)	30-60	25 – 50
Rétinol (μg)	210 - 450	175 -375
Vitamine D (UI)	150 - 400	125 – 333
Vitamine E (mg)	6-12	5 – 10
Vitamine K (μg)	8-10	6,7 - 8,3
Vitamine C (mg)	18-24	15 – 20
Vitamine B1 (μg)	180 - 240	150 – 200
Vitamine B2 (μg)	250 - 360	200 – 300
Niacine (μg)	3,6-4,8	3-4
Vitamine B12 (μg)	10,3	0,25
Acide folique (μg)	25-50	21 – 42
Acide pantothénique (mg)	1,2-1,7	1 -1,5
Biotine (μg)	3,6-6	3,5 – 1

6-2-3- Médicaments

Elle est nécessaire dans les premiers jours de vie des prématurés ayant à la naissance un APC <32-33 semaines et/ou un PN < 1800 g .Les doses des différentes substances utilisées sont bien calculées et adaptées de façon au poids du prématuré ainsi qu'à sa surface corporelle qui est à calculer, elle aussi, de façon précise. Le métabolisme du bébé prématuré étant très immature, il est plus exposé aux effets toxiques des diverses substances médicamenteuses utilisées. (L. EL HARIM, et al., 2001, p.25)

6-2-4- Incubateur (couveuse)

À oxygénation et température constante. Celle-ci pouvant être aussi munie d'hublot permettant d'effectuer les soins dans un maximum d'asepsie. Mise en couveuse : L'utilisation d'un demi-cylindre en plastique recouvrant l'enfant, permet de réduire les pertes de chaleur par radiation ou par évaporation. L'humidité doit se situer aux alentours de 50-60%. Une humidité excessive augmente la consommation d'oxygène.

Les différents paramètres physiques de ces appareils sophistiqués sont très précis, monétarisés avec alarmes multiples adaptées et réagissant aux différentes circonstances de leur utilisation. (S. DELLA PIAZZA, P-J. LAMOTTE, Op cit. p.59).

6-2-5- Photothérapie

Une photothérapie, consistant en une exposition du nouveau-né à une lumière bleue (surtout lors d'ictère).

Cette thérapie permet une dégradation de la bilirubine en composés hydrosolubles non toxiques.

L'ictère est plus fréquent chez un bébé prématuré et le risque de toxicité cérébrale de la bilirubine est donc plus important. La surveillance et le traitement demandent ainsi plus de rigueur. (Ibid. 2013, p.59).

Ainsi qu'à d'autres moyens et techniques divers comme les injections intramusculaires, soins cutanés, et le transfert qui n'est pas systématique pour tout nouveau-né prématuré.

7- Le devenir du prématuré

Deux éléments clés conditionnent le devenir du prématuré : La génétique (neurologiques et physiques) qui sont liés d'une aux conditions de la période périnatale et néonatale, et les facteurs environnementaux qui sont liés également à l'environnement socio-économique et particulièrement parental.

La survie reste exceptionnelle au-dessous de 24 semaines alors qu'elle dépasse 90 % pour les prématurés de plus de 29 semaines admis vivants au service de néonatalogie. La mortalité des enfants de 33 à 36 semaines est à celle des nouveau-nés à terme mais cette mortalité est moins liée à la prématurité elle-même qu'aux facteurs associés : anoxie périnatale, malformations, retard de croissance majeure. (V. ZUPAN SIMUNEK, 2008, p.85).

Les progrès de la réanimation néonatale ont ramené la limite de viabilité fœtale à 25 semaines d'âge gestationnel dans les pays développés. Il en va autrement ailleurs, où l'âge gestationnel à partir duquel la viabilité débute, se situe à 28 semaines.

Les lésions hypoxo-ischémiques sont une cause majeure de séquelles neurocomportementales. Elles sont en majorité relevées par l'imagerie cérébrale (échographie et/ou IRM). Un faible pourcentage de lésions de petite taille échappe à l'imagerie et entraîne ultérieurement des tableaux mineurs d'infirmité motrice cérébrale ou de troubles fins de la motricité et du comportement. La corrélation entre le devenir psychomoteur et le PC est bien établie. (Y. COATANTIEC, et al., Op cit. p.25)

Quant aux séquelles neurosensorielles, la plus grave reste la rétinopathie du prématuré, La myopie et le strabisme sont aussi fréquemment rencontrés chez l'ancien prématuré. Les troubles de l'audition et en particulier la baisse de l'acuité auditive. Les enfants ayant eu dans leurs antécédents une pathologie respiratoire gravissime sont

plus exposés durant leur enfance aux infections pulmonaires et à l'hyper réactivité bronchique. Durant leur première année de vie, surviennent chez les prématurés des hernies inguinales ou ovariennes. Il n'est pas exclu également de retrouver chez ces enfants une pathologie relationnelle impliquant les parents et relevant de facteurs psychologiques. (B. LANGER, et al., 1996, p.475)

Résumé :

La prématurité représente un risque pour la santé de l'enfant, de même qu'une grande souffrance pour les parents, Les causes d'accouchements prématurés sont multiples. Nous connaissons une grande partie des facteurs de risques tels que l'âge maternel, le tabac, les antécédents obstétricaux ou le bas niveau socio-économique.

Ainsi, Toute atteinte à la santé de la mère pendant la grossesse et les problématiques liées à l'accouchement peuvent avoir un impact sur la santé du nourrisson.

Plus le nourrisson est prématuré, plus les atteintes et les conditions associées peuvent être sévères, Les bébés prématurés risquent plus de présenter des problèmes de développement que ceux nés à terme, ces problèmes sont dus à l'immaturité du système nerveux centrale et des poumons qui n'ont pue atteindre leur plein maturité pendant la grossesse.

Enfin, ces enfants prématurés continuent souvent à éprouver des problèmes de santé physique qui peuvent nécessiter de fréquentes visites médicales et de nouvelles hospitalisations

Chapitre II

Etat de stress post-traumatique et prématurité.

Préambule

Pour certaines femmes, l'accouchement est physiquement et psychologiquement traumatisant pouvant conduire à la survenue de troubles psychopathologiques.

Nombreuses femmes sont susceptibles de souffrir de troubles en post-partum comme la dépression, l'anxiété et la psychose puerpérale.

Il est important de souligner que l'accouchement prématuré est une naissance particulièrement éprouvante et comparativement aux mères d'enfants nés à terme, les mères d'enfants prématurés ont une probabilité plus forte de développer un état de stress post traumatique.

1- Particularités du fonctionnement psychologique des femmes en post-partum

Les aspects psychologiques de l'accouchement ne peuvent pas être dissociés de la période périnatale et du processus « Devenir mère ». Les approches psychanalytiques et psychodynamiques ont proposé de très nombreuses conceptualisations autour de cette crise développementale « normale » dans la vie d'une femme.

Nous avons choisi de présenter ces concepts en respectant la chronologie dans laquelle ils s'inscrivent dans l'histoire de la parentalité.

D. W. WINNICOTT psychanalyste anglais, il est par les premiers qui s'intéresse au processus de la parentalité, ainsi il a attiré l'attention des cliniciens sur les particularités du fonctionnement psychologique en période prénatale et postnatale, il parle de la préoccupation maternelle primaire. Ce concept se définit comme « une maladie » et « un état psychiatrique » qui rappelle « un état organisé serait une maladie, si ce n'était la grossesse, pourrait être comparé à un état de repli, ou à un état de dissociation, ou à une fugue, ou même encore à un trouble plus profond, tel qu'un épisode schizoïde au cours duquel un des aspects de la personnalité prend temporairement le dessus » (1956, p.287)

WINNICOTT a introduit le terme de, « Préoccupation maternelle primaire » afin de décrire l'état particulier de la femme au moment de sa grossesse et dans les premiers mois de vie de l'enfant et qui correspond à une identification régressive de la mère à son bébé. Selon D.W. WINNICOTT, cet état ne s'établit pas de façon systématique : certaines femmes ne parviennent pas à le laisser s'installer en elles, ou ne le peuvent que pour certains de leurs enfants. Il s'agit d'un état de repli, de dissociation, un véritable épisode schizoïde au cours duquel un des aspects de la personnalité de la mère prend le dessus et que D.-W.WINNICOTT qualifie « d'état psychiatrique normal ». La mère considère son enfant comme son prolongement narcissique et entretient avec lui un lien fusionnel qui lui permet d'interpréter, à sa manière, ses états de détresse et ses besoins.

Dans les situations pathologiques, la préoccupation « normale » devient une hyper identification à un bébé fantasmé comme vulnérable, la mère pouvant adopter de ce fait 2 attitudes extrêmes :

- **La mère thérapeute** : l'enfant est fantasmé comme moribond qu'il s'agit de sauver et de surveiller. Cette tâche est impossible car la mère ne peut rien contre la mort imminente. De ce fait, elle s'épuise, se culpabilise car elle se sent responsable de la menace de mort. Elle se disqualifie, s'enfonce dans une sorte d'agitation anxieuse et mélancolie. La mère est comme happée par l'identification au bébé mourant. Elle se sent incompétente et les risques de décompensation dépressive sont importants.

- « **Dés-identification** » au bébé : ce dernier ravive une angoisse maternelle de revivre régressivement son impuissance infantile. Cela se traduit par une attitude accusatrice et revendicatrice vis-à-vis du bébé, perçu comme tyrannique et l'empêchant de s'occuper d'elle-même ou de ses activités, auquel on lui attribue égoïsme et intentions agressives. L'angoisse monte chez la mère en fonction de la haine qu'elle ressent contre ce tyran. Dans ce cas, c'est le sentiment de rage et d'impuissance liée à l'incompréhension totale de l'enfant qui prédomine. (B. CRAMER, 2002, pp.89-99).

Les psychanalystes considèrent que la maternalité est une crise maturative nécessaire au processus de devenir mère. Il s'agit d'une crise comparable à celle de l'adolescence, responsable de sa grande vulnérabilité qui pousse la mère à appeler à l'aide toute personne de référence (praticiens, femmes plus expérimentées...).

La forte idéalisation maternelle et la situation de crise a pour corollaire le fait de laisser une moindre place au compagnon, qui est d'ailleurs lui-même confronté à sa propre problématique de paternalité, mais qui peut néanmoins ressentir un sentiment d'abandon de la part de sa compagne. (M. BYDLOWSKI, 2006, p.36)

P.-C. RACAMIER psychiatre et psychanalyste français a montré comment le processus de parentalité se mettait en place dès que le projet d'enfant était formulé et jusqu'aux premières interactions avec l'enfant.

En France, le psychiatre P.C RACAMIER se consacre à l'étude des psychoses puerpérales. En 1961, dans un article intitulé « La mère et l'enfant dans les psychoses du post partum », il propose une importante analyse du processus psychique en œuvre au cours de la grossesse, qu'il désigne sous le terme de « maternalité ». Pour cet auteur, l'amour maternel est un composé d'une grande complexité ; son accomplissement réussi ne va pas de soi.

Le terme de maternalité définit : « l'ensemble des processus psychoaffectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme lors de la maternité » (1961, p.532). Il s'agit d'une crise maturative caractérisée par des bouleversements à la fois somatiques, hormonaux et psychologiques, une phase transitoire de relative déstructuration de la personnalité.

La maternité est décrite comme une période charnière de remaniements psychiques. Il s'agit d'une période de grande sensibilité et d'accessibilité à l'inconscient.

Plus récemment en 1997 la psychiatre, psychanalyste française M. BYDLOWSKI, nous a bien décrit cet état psychique particulier pendant la grossesse connue sous le terme de « transparence psychique » qui a accès aux souvenirs infantile. Elle explique que la vie psychique de la femme enceinte se manifeste avec une « transparence » perceptible dès le début de la grossesse.

Il existe une grande perméabilité aux représentations inconscientes, et aux souvenirs enfouis, du fait de la levée du refoulement et de l'association des deux états psychiques précédents. Toute cette pensée concerne les anxiétés primitives, les mécanismes d'introjection, les conflits infantiles souvent associés à la relation à la mère. Cet « inconscient à fleur de peau » va permettre à la femme de se libérer de toutes ces émotions et de se consacrer pleinement à son futur enfant.

La transparence psychique de la grossesse rend donc la femme accessible à des niveaux lointains de sa constitution psychique, et, quelquefois, cela peut interférer avec le processus de gestation, voire le rendre difficile ou conflictuel.

L'évolution psychique et sexuelle de la femme se terminera pour Bydlowski par son premier accouchement. Dans le même temps, la venue au monde du bébé mettra un voile sur les intenses mouvements psychiques qui ont eu cours pendant la grossesse. Néanmoins, par son immaturité, le nouveau-né se retrouve le réceptacle majeur des projections parentales. Des parts de leur histoire personnelle, positive ou négative seront projetées à l'insu des parents sur leur enfant. (M. BYDLOWSKI, 2006, p.40)

Ces projections pourront être normales ou pathologiques. Dans de bonnes conditions d'accès à la parentalité, les parents cesseront d'idéaliser massivement leurs propres parents en renonçant à leur position d'enfant, cela les obligera à faire des choix identificatoires matures pour accéder à une juste ambivalence face aux images parentales. Mais dans le cas contraire par exemple, une hyper-idéalisation pourrait faire en sorte que les parents ne se sentent pas à la hauteur de la tâche.

Autre exemple plus grave encore : le cas de parents qui projettent sur leur enfant des images agressives ou conflictuelles et risquent dans ce cas de ressentir l'enfant actuel comme un persécuteur.

Pour Bydlowski enfin, « ces projections du passé actualisé sur le nouveau-né seront à l'origine de dysfonctionnements entre le bébé et ses parents ; la situation de crise de chacun risquant de se potentialiser et le bébé venant jouer sa propre partie, en contradiction éventuelle avec les attentes conscientes de ses géniteurs. » (Ibid., p. 41).

Le psychanalyste français S. MISSONNIER prend en considération, dans le processus de parentalité, toute la partie prénatale de cette expérience humaine, avec ses potentialités et ses dangers. Pour lui, il y a continuité biopsychique entre l'enfant virtuel et l'enfant aérien du dehors.

Pour illustrer et expliquer la dynamique de la construction biopsychique du lien entre embryon, fœtus et parents, il invente le concept de relation d'objet virtuel, ou ROV (S. MISSONNIER, 2009, p.171). Dans un chapitre intitulé « Psychopathologie psychanalytique du virtuel quotidien » dans *L'enfant au risque du virtuel* en 2006, puis dans son ouvrage « Devenir parent, naître humain » en 2009, il fait l'hypothèse que l'échographie est, une situation virtualisante pouvant être soit organisatrice, ou au contraire désorganisatrice de la parentalité.

Pour lui, ce qui se passe chez la femme enceinte pendant sa grossesse au niveau comportemental, affectif et fantasmatique imaginés, organise en partie les interrelations ultérieures avec le bébé en postnatal.

Dans le contexte de la grossesse, selon la structure psychique des parents, selon ce qu'ils trouvent dans l'image, en particulier à travers ce que l'échographiste dit de ce qu'il voit ou pressent (et selon ses qualités de contenance), l'image échographique peut avoir un impact favorisant, ou non, l'anticipation parentale autour de l'enfant à naître.

C'est le travail de « la relation d'objet virtuel », qui est le versant psychique de la grossesse marqué par la contenance et l'interaction avec l'enfant virtuel (l'enfant à venir). Ainsi, « la qualité de la fonction contenante du placenta psychique parental est déterminante pour la genèse de la relation d'objet à l'égard de l'enfant virtuel. Du degré de maturation objectale de l'enfant aquatique du dedans dépendra, en partie, l'empathie parentale en postnatal à l'égard du bébé aérien » (S. MISSONNIER, op. cit, 2006, p.75).

Ce travail de ROV se fait dans deux situations, premièrement dans le cas de situations non pathologiques, la virtualisation échographique est un rituel de passage symbolique qui permet une préfiguration de l'altérité de l'objet (l'enfant à venir) et organise la cohésion entre « le virtuel parental et l'enfant actuel ».

Dans cette situation, les parents auront pu s'appuyer sur l'enfant virtuel pour construire leur parentalité. Deuxièmement lorsque ce travail de liaison n'aura pas pu être fait, la relation d'objet avec l'enfant est mise à mal : « la conception biopsychique sera en péril et la cohésion du virtuel parental et de l'enfant actuel, en danger ». Entre ces deux polarités, toutes les variantes sont imaginables (S. MISSONNIER, Op cit. 2009, pp. 243-244).

Il permet aussi de voir l'impact de l'anticipation des parents en prénatal sur leur parentalité une fois leur enfant venu au monde. Il démontre la dynamique du passage entre relation d'objet partiel et relation d'objet total, entre virtualité et actualité, entre devenir parent et naître humain. Enfin, le travail de virtualisation permet de comprendre les processus de transformations psychique. (S. MISSONNIER, 2007, p. 44).

2- L'état psychique chez les mères et prématuré :

La naissance d'un enfant prématuré introduit la mère au sein d'une expérience qui représente un défi pour ses croyances, attentes et sentiments existants: sa vision d'elle-même en tant que mère protectrice de ce bébé est remise en question.

Le trajet psychologique des mères, au cours du séjour de leur bébé dans l'unité néonatale, sera marqué par des sentiments assez spécifiques de cette situation périnatale

2-1- La séparation brutale

Les femmes commencent à ressentir les premiers mouvements du bébé in utero rendant la venue de l'enfant de plus en plus réelle. Mais l'interruption brutale par la naissance vient arrêter ce processus.

Par l'arrivée prématurée du bébé, tous les fantasmes et processus de rêverie maternelle qui s'enclenchent pendant la grossesse s'interrompt. C. DRUON explique ceci : « La réalité de la situation, en même temps qu'elle s'impose à elle par la vue d'un bébé dans la couveuse, interrompt à la fois ce statut de femme enceinte et le cheminement de cet enfant qui « prenait corps en elle ». La rupture fantasmatique est brutale. Ce que la mère avait pu imaginer à propos de son enfant se trouve confronté subitement à un enfant réel et très petit qui d'emblée doit se battre pour survivre ». (2005, p.23).

L'auteur explique que cette rupture confronte la mère à une réalité venue trop tôt et un investissement fantasmatique prématuré : « Il manque un espace-temps nécessaire à l'investissement de la grossesse et du bébé. La réalité prend le dessus sur le fantasme ». (Ibid. p.23).

Pour G. BINEL, selon l'établissement dans lequel a lieu l'accouchement, le nouveau-né va pouvoir ou non rester auprès de sa mère. En séparant un bébé de sa mère dès la naissance, on rompt un lien qui s'est tissé parfois difficilement ou imparfaitement mais qui existe et qui fonde le processus d'attachement mère-enfant.

« La naissance d'un enfant né prématurément va interrompre la maturation biologique et psychique de la grossesse... Le transfert du bébé dans un service spécialisé va mettre à nu l'incapacité, l'impuissance de ces parents en renforçant leur culpabilité de ne pas avoir pu mener à terme cette grossesse... La distance physique va s'ajouter à la distance psychique, ce qui ne favorise pas la création d'interactions et la naissance du lien d'attachement. » (2000, p.98)

2-2- Le deuil d'une grossesse et d'un accouchement normal

La grossesse prématurément écourtée va donner lieu, surtout chez les mères, à des vécus de perte et à un processus de deuil particuliers puisque les objets de cette perte n'ont jamais été connus mais ont été imaginés voire idéalisés : la fin de la grossesse lorsque la future mère peut exhiber un gros ventre, un accouchement par voie naturelle, la chambre avec le bébé, l'allaitement qui recrée une relation fusionnelle, les visites avec les gratifications et les réjouissances, etc.(C. DRUON, Op cit. p.125)

Ce processus de deuil pour plusieurs objets n'est toutefois pas facile à réaliser pour les parents, et pour la mère en particulier car : « Ces renoncements obligés pour les mères est source de sentiments dépressifs plus ou moins intenses, plus ou moins reconnus, et d'affects de rage, sous-tendus par des mouvements d'envie et de rivalité vis-à-vis de leur propre mère et vis-à-vis des autres mères comblées qui possèdent ces objets idéalisés. » (C. DE VRIENDT-GOLDMAN, M-P. DURIEUX, 2005, p.17).

Les parents rapportent des réactions proches de celles des individus qui connaissent un deuil: ils passent par des phases semblables de choc et de déni, de désorganisation émotionnelle caractérisée par la colère, la culpabilité, la désillusion, et enfin par une phase d'ajustement et d'acceptation.

2-3- La blessure narcissique

La mère vit une profonde blessure narcissique. Elle n'a pas pu accompagner son bébé jusqu'au bout de la grossesse, et elle garde un sentiment d'échec. Cette "blessure narcissique" peut d'ailleurs parfois être à l'origine d'une période dépressive chez la maman.

Même si les deux parents sont secoués dans leurs fondations narcissiques par une naissance prématurée, le sentiment de dévalorisation nous semble toujours présent chez les mères ; il peut toutefois être dénié, refoulé ou encore masqué derrière une hyperactivité. Devenir parent a en effet des liens étroits avec le narcissisme.

On connaît les sentiments d'élation et de plénitude qu'éprouvent beaucoup de femmes enceintes. (G. BINEL, Op cit. p.112)

Ces sentiments prennent racines dans la vie psychique infantile, à la fois, à un niveau archaïque, dans des retrouvailles fusionnelles mère –bébé et à un niveau plus névrotique, dans la satisfaction de l'envie du pénis et du désir œdipien d'avoir un bébé du père, dans la pleine jouissance des attributs féminins.

Réaliser une grossesse, réussir un accouchement, avoir un beau gros bébé dont on est fière sont des enjeux narcissiques fondamentaux parce qu'ils touchent à l'identité de femme et de mère et, en particulier, aux mouvements d'envie et de rivalité avec sa propre mère, un sentiment d'échec à ce niveau est vécu très douloureusement. (Ibid. p.114)

Lorsqu'une mère doit pratiquer une césarienne, lorsque le bébé est décevant, car perçu comme étant petit, maigre, parfois vilain, le sentiment de dévalorisation des mères est massif.

La douleur dépressive est d'autant plus envahissante qu'il existe une fragilité narcissique préalable chez ces femmes et que le traumatisme de la naissance prématurée entre en résonance avec d'autres traumatismes ou conflits non résolus de l'enfance (relations très ambivalentes avec leur propre mère, rivalité importante avec la fratrie et sentiment d'une préférence des parents pour un frère ou une sœur, etc.).

Ces sentiments de dévalorisation peuvent être source de mouvements d'agressivité, le plus souvent inconscients, à l'égard du bébé si peu gratifiant. (C. DE VRIENDT-GOLDMAN, M-P. DURIEUX, Op cit. p.20)

2-4- La culpabilité

La grande fragilité du bébé prématuré peut donc éveiller un sentiment d'impuissance chez la mère, mais ce n'est pas tout. La culpabilité est aussi présente chez la très grosse majorité de ces mères car elles ont l'impression que leur enfant souffre par leur faute.

Elles se sentent souvent *coupable* de ne pas avoir su mener sa grossesse à terme et craint d'être jugée. Parfois même en *colère*, elle se demande pourquoi cela lui arrive à elle et en veut à son entourage et à son milieu professionnel. (C. DE VRIENDT-GOLDMAN, M-P. DURIEUX, Op cit. p.85)

Des sentiments de culpabilité peuvent la traverser puisqu'elle se considère comme incapable de mener à bien sa grossesse et que la couveuse constitue un meilleur environnement que son utérus pour son enfant. Certaines mères se voient comme des persécutrices de leur bébé et responsables de sa souffrance physique et psychique.

Elles luttent alors avec un sentiment de culpabilité massif (C. DAGEVILLE, 2011, p.118) et hésitent même parfois à venir voir leur nouveau-né. L'équipe soignante est perçue comme salvatrice pour lui car c'est elle qui le garde en vie et qui lui procure des soins, tandis que la mère s'identifie au rôle de la méchante.

La culpabilité est tellement envahissante dans certains cas qu'elle considère que sa seule présence dans le service de néonatalogie constitue une menace pour son bébé prématuré. (M. ZELANY-VATINE, 2004, p.33) Elle est alors tentée de prendre la fuite et de laisser son enfant aux bons soins de l'équipe médicale qui ne comprend généralement pas son attitude. Un soutien psychologique des parents est souvent nécessaire lors de ces situations, à la fois pour aider les parents dans l'investissement de leur bébé, mais aussi pour décrypter les incompréhensions entre les soignants et eux.

C. DRUON rappelle que la « préoccupation maternelle primaire » se trouve alors remplacée par la « préoccupation médicale primaire ». Entre culpabilité, impression d'être inutile, déception... certaines mères vont avoir des difficultés à investir leur enfant et à venir le voir. Le toucher, dans cette situation délicate de la prématurité, va donc permettre aux parents d'entrer en contact avec leur bébé, afin de nouer un lien qui a débuté progressivement pendant la grossesse et qui s'est tant fragilisé à la naissance. (2005. p.75).

2-5- L'angoisse de mort

L'angoisse de mort chez les parents est toujours présente à des degrés divers. Certains nouveau-nés se trouvent réellement entre la vie et la mort lorsqu'ils se situent entre 24 et 30 SA. Cet espace où la mort côtoie la vie quotidiennement ne manque pas de provoquer de l'angoisse chez les parents.

En effet, la crainte de perdre leur bébé va réactiver leurs blessures antérieures liées à la mort d'un proche et faire remonter des émotions négatives. L'intensité de l'angoisse des parents va dépendre de leur vécu personnel et de leur rapport aux deuils précédents. Si certains conflits psychiques demeuraient, cela peut être réactivé par la situation de la prématurité et venir perturber le parent dans l'établissement du lien avec son bébé.

La façon de gérer cette angoisse est très variable d'un individu à l'autre ; certains parents veulent être présents jour après jour près de la couveuse tandis que d'autres n'osent pas entrer dans le service et préfèrent rester à distance de peur de souffrir face à leur bébé. (Ibid., p.19).

3- Troubles psychiques du post-partum

Le post-partum est une période de bouleversements importants chez la femme, tant sur le plan physique, biologique que sur le plan psychique, familial et social, qui a lieu dans la première année qui suit l'accouchement.

A savoir qu'il existe un continuum entre les manifestations psychique normale liées aux mutations psychiques qu'on va présenter ci-dessous et les manifestations pathologiques. Cela dépend de leur durée et de leur retentissement.

Par ordre de fréquence et d'apparition, on peut observer schématiquement 04 types de troubles mentaux :

3-1- Post-partum blues (PPB)

Le PPB est une manifestation thymique, dysphorique, aiguë, apparaissant le plus souvent entre le troisième et le dixième jour du PP. C'est un syndrome non pathologique. (J. DAYAN et all., 1999, p.53)

3-1-1 La symptomatologie

Une variété de symptômes est décrite dans le post-partum blues et qui sont comme suit :

a- Pleurs

C'est le symptôme le plus constant. Il existe deux temps de survenue. Un premier pic précoce quelques heures après la naissance, 10 % des femmes éprouvent un sentiment de dépersonnalisation, de détresse. Un second pic entre le troisième et le dixième jour voir plus tardivement. Ces pleurs sont déclenchés par des désagréments mineurs ou déconvenues, soit par des événements étrangers à l'histoire de la femme qui traduisent donc l'hyperesthésie des femmes en ces instants.

b- Humeur dépressive

Les mères expriment un sentiment de lassitude ou d'abattement, plus rarement des variations de l'humeur. On note une alternance des phases d'exaltation et de tristesse.

c- Exaltation de l'humeur

Elle est beaucoup plus fréquente chez les femmes le premier jour et diminue le quatrième jour. La présence de ce symptôme rapproche le PPB d'un trouble grave de l'humeur du PP.

d- Labilité de l'humeur

La concomitance de crises de larmes et d'excitation, ou le passage de l'une à l'autre demeure une caractéristique indiscutable du PPB.

e-Confusion

Ce sentiment s'accompagne de troubles mnésiques discrets. Le déficit cognitif est rarement mis en évidence.

f- Dépersonnalisation

Deux pics semblent être distingués. Un durant le premier jour, le second plus tardif entre le quatrième et septième jour. Les femmes se sentent détachées de leur bébé et manifestent de la culpabilité en cas d'humeur dépressive ou de crises de rire expansives.

Ce symptôme est souvent masqué à leur entourage. Elles expriment volontiers leur sentiment d'étrangeté ressenti vis-à-vis de leur propre corps ou celui du bébé.

g- Troubles du sommeil

Perturbées par les réveils de bébé, la douleur, la vigilance est exacerbée chez les femmes. La durée du sommeil est réduite. Elles sont troublées par des rêves intenses notamment des cauchemars qui les réveillent et qui parfois peuvent affecter leur réalité.

h- Autres symptômes

-Irritabilité : elle a très souvent pour objet le mari ou le personnel soignant. Elle est associée à une tendance dépressive.

-Épuisement : il est maximal le premier jour puis décroît. Son maintien peut être conjoint à une dépression de l'humeur.

-Anorexie : les femmes ont un manque d'appétit important au départ puis reprennent une alimentation allégée qui n'est pas toujours présente.

-Angoisse : peut accompagner la dépersonnalisation, les cauchemars.

-Agitation, céphalées, tendance à l'oubli, confusion peuvent être associées. (J. DAYAN et al., Op cit. p.53)

3-1-2- Chronologie

La durée du PPB est variable de quelques heures à quelques jours. Tous les symptômes ne sont pas présents au même moment. On note une accentuation de ceux-ci entre le troisième et le quatrième jour. Néanmoins, ils peuvent être précoces, dans les heures qui suivent la naissance.

Le plus souvent, les affects restent discrets. Ils peuvent être sévères, associant sentiment de dépersonnalisation, variation importante de l'humeur, confusion et hallucination. La brièveté de l'épisode et son intensité réduite le distinguent de la psychose puerpérale. (Ibid., p.99)

3-1-3- Étiologie et facteurs de risque

Sa nature reste controversée entre réaction adaptative, voire trouble de l'humeur et réaction émotionnelle normale. On considère actuellement que le PPB représente un état adaptatif normal à la situation de naissance, « l'un des dispositifs biologiques » qui aide à la terminaison de la grossesse, à la mise en place de la relation et à la présentation réciproque des compétences de la mère et de l'enfant.

La survenue d'un PPB paraît indépendante des difficultés propres à la mère, tel un travail long et douloureux, bien qu'ultérieurement elle puisse en garder un mauvais souvenir. En revanche, les troubles ou maladies de l'enfant, l'inquiétude des enfants laissés à la maison apparaissent au premier plan. Quant aux facteurs culturels, ils semblent jouer un rôle mineur.

On notera une occurrence plus fréquente en cas d'antécédents de troubles anxieux-dépressifs en fin de grossesse, ou d'antécédents personnels et familiaux de dépressions qui constituent un réel facteur de risque. (A. SUTTER, L. DALLAY, 2010, p.502).

3-2- Dépression post-natale (DPN)

On retient comme définition, celle de la classification du DSM IV: le diagnostic de dépression peut être posé si on note quotidiennement depuis au moins deux semaines consécutives, une humeur triste ou une perte du plaisir associée aux activités journalières, notamment lors des soins prodigués au nourrisson. (DSM IV. 1996, p.384).

3-2-1- Symptomatologie

Elle se caractérise souvent par de l'anxiété, de l'irritabilité, des pleurs plus ou moins dissimulés et une tristesse générale .D'autres symptômes tels que des difficultés d'endormissement, d'insomnie, de labilité émotionnelle, une perte de la libido, une phobie (elle concerne le plus souvent une crainte d'effectuer des gestes qui pourraient conduire à la mort de l'enfant) sont notables. On retrouve également de l'irritabilité, de l'agressivité (dirigée le plus fréquemment contre l'époux ou les autres membres de la fratrie), des troubles de la concentration et de la mémoire, une lassitude physique et intellectuelle.

Un sentiment d'épuisement ainsi qu'une asthénie secondaire à l'ensemble des soins dispensés au nouveau-né sont décrits. Toutefois, les mères évoquent aussi : l'impression d'être incapables de répondre aux besoins de l'enfant, une perte d'estime dans les capacités maternelles, une absence de plaisir à prodiguer les soins à l'enfant, des doléances répétées concernant l'enfant. Elles coïncident souvent avec l'émergence de véritables troubles chez le nouveau-né : sommeil difficile et décousu, pleurs prolongés, difficultés alimentaires....

L'ensemble de ces symptômes s'aggrave généralement le soir. Les femmes se rappellent clairement les prémices, la durée et le contenu des troubles dépressifs. Néanmoins, les symptômes qui poussent les femmes à consulter lorsqu'elles le font sont fréquemment les céphalées, les douleurs abdominales. (L. PAGE, 2004, p. 49)

3-2-2- Chronologie

Le début est insidieux parfois sous la forme d'un PPB qui se prolonge ou suite à un blues sévère, ceci après une période de latence plus ou moins variable. Deux pics de fréquence sont notables : le premier autour de la 4^{ème} – 6^{ème} semaines du PP, c'est le plus fréquent et le second entre le 9^{ème} et 15^{ème} mois du PP. La DPN peut apparaître dans les jours, voire dans la première année de vie de l'enfant.

La durée constatée varie de 3 à 14 mois, mais la plupart aurait une résolution spontanée en 3 à 6 mois. En ce qui concerne les troubles résolutifs spontanément, ils représentent le plus souvent des difficultés d'ajustement durant la période d'accès à la parentalité. (Néanmoins, au sens psychiatrique ils sont de véritables dépressions).

A l'opposé, on retrouve de réelles formes sévères de dépression. Elles sont diagnostiquées par des entretiens standardisés menés par des professionnels qualifiés (répondant à des critères stricts comme ceux du DSM IV), les autres par des questionnaires d'évaluation.

Si le trouble guérit en quelques mois, il perdure néanmoins plusieurs années sous forme chronique ou de récurrence jusqu'à l'entrée de l'enfant dans le système scolaire.

La DPN dure plus longtemps que les autres dépressions. Chez ces femmes, le risque de récurrence n'est pas négligeable lors d'une future grossesse ou à une autre période de la vie. (J. DAYAN, 2008, p.125)

3-2-3- Étiologie et facteurs de risque

a- Facteurs de risque socio-économiques

Le faible soutien social, le faible niveau d'éducation, l'absence d'emploi, les événements de vie négatifs survenus pendant la grossesse, la violence et les abus sexuels pendant l'enfance constituent des facteurs de risques semblables à ceux des autres dépressions.

Au contraire, le faible niveau de revenus, l'instabilité professionnelle, représente un véritable facteur de risque de survenue d'une DPN. Plus que l'absence d'emploi, c'est la non reprise d'une activité professionnelle à la suite du congé maternité qui apparaît comme un facteur de risque. Il affecte les femmes par l'isolement social et une faible

estime de soi. Cela va en lien avec la mutation du statut des femmes autrefois valorisées par leur capacité à donner la vie, aujourd'hui préférentiellement par leur activité professionnelle.

Par ailleurs, il semblerait que l'on puisse mettre en évidence une association entre l'isolement maternel et la DPN. De même, la relation avec le partenaire représente un facteur de risque important. Ce sont les mésententes conjugales ainsi que les relations conflictuelles avec la mère qui sont délétères pour la femme en PP.

Actuellement le facteur prépondérant est l'impossibilité de trouver à cette période charnière, une mère à qui se confier et demander conseil. Le statut marital reste controversé.

En ce qui concerne l'âge, son rôle est mineur sauf aux extrêmes de la vie reproductrice (avant 18ans et après 40ans).

Tous agissent en favorisant une faible estime de soi, une confiance réduite dans les capacités maternelles. (C. PERSINI, 2009, pp. 10-11)

b- Facteurs de risque psychiatriques

Les antécédents de DPN ou autre dépression, les manifestations anxieuses pendant la grossesse constituent un facteur de risque important. L'intensité de celles-ci apparaît corrélée à l'intensité de celle d'une future dépression. Concernant les facteurs familiaux, ils jouent un rôle mineur dans l'apparition d'une DPN. Quant aux événements stressants : accouchement, complications ; ils rendent les femmes plus vulnérables.

c- Facteurs de risque obstétricaux

L'extraction par césarienne en urgence pendant le travail d'accouchement, les complications durant le travail (anomalie de rythme cardiaque fœtal, hyperthermie, souffrance fœtale..), les accidents néonataux, les accidents mettant brutalement en jeu la vie des patientes telle l'hémorragie de la délivrance sont des facteurs de risques de DPN.

Sont aussi des facteurs de risques le rôle de l'anesthésie générale, l'absence de PNP ainsi que l'absence de planification de la grossesse. Globalement, l'existence de complications obstétricales est faiblement associée à une augmentation du risque de DPN.

En ce qui concerne la parité et l'allaitement, leur rôle n'a pas été clairement démontré. De même l'absence d'une présence, d'un soutien émotionnel durant le travail semble être déterminante. Des études ont démontré que même la présence d'une personne jusqu'alors étrangère permet d'initier les sentiments de compétences maternelles.

d- Facteurs de risque liés à l'enfant

Les problèmes de santé de l'enfant, un retard du développement, une prématurité, une gémellité, une anomalie concernant le phénotype de l'enfant (sexe, faciès particulier), des pleurs inconsolables, une irritabilité représentent des facteurs de risques. Ceux-ci renvoient au passé de la mère, la conforte dans sa mésestime de ses compétences maternelles.

En pratique les principaux facteurs de risques retenus sont psychiatriques et relationnels. Les facteurs obstétricaux et socio-économiques semblent minorés. On précise qu'un facteur de risque isolé ne joue un rôle déterminant dans l'étiologie de la DPN. Une seule exception est citée dans la littérature : l'absence de soutien social sous la forme d'un confident (un réseau amical ou un soutien professionnel). (J. MIGRANT, 2011, pp. 27-30)

3-3- Psychose puerpérale

Elle est décrite comme une bouffée délirante polymorphe avec des éléments confusionnels et thymiques, d'évolution fluctuante et de pronostic favorable. Les patientes sont très désorientées, agitées avec une intense labilité émotionnelle donnant ainsi des tableaux cliniques désorganisés.

3-3-1- Symptomatologie

a- La psychose aiguë

Elle se caractérise par un début brutal avec des difficultés à se repérer dans le temps et l'espace, associé à un délire habituellement centré sur l'enfant.

L'agressivité est souvent dirigée vers soi-même ou l'enfant. Les femmes doivent être nécessairement hospitalisées. Le trouble régresse en quinze jours le plus souvent.

L'absence de séparation mère-enfant, ou la réintroduction rapide de l'enfant après une séparation facilite grandement une évolution favorable.

b- L'accès maniaque

Il s'agit d'une agitation et excitation extrême accompagnée d'une fuite des idées, de propos incessants plus ou moins triviaux, d'actes peu cohérents et inachevés. Il peut être associé à des illusions ou des hallucinations pouvant aller jusqu'au délire. La mère manifeste une toute puissance, se sentant investie de missions divines ou d'un sentiment de persécution.

c- L'accès mélancolique et accès dépressif majeur

Les sentiments d'incapacité, de culpabilité, de déshonneur, de ruine ou de mort dominant. Les mères sont convaincues de ne pas être à la hauteur, leur enfant étant voué à un destin malheureux. La mère se sent hantée par des visions funestes. Il s'agit aussi d'une urgence, le risque de suicide et d'infanticide est important, et nécessite donc une hospitalisation. (J. DAYAN, 2002, pp 101-106)

3-3-2- Chronologie

L'incidence de cette pathologie est de un à deux cas pour 1000 naissances. Elle survient le plus souvent dans les deux à trois semaines qui suivent l'accouchement. Souvent l'hospitalisation est courte : deux à quatre semaines.

Néanmoins, le risque de rechute à court terme est important. En effet, le risque de récurrence lors d'une prochaine grossesse est de l'ordre de 20 % et de 40 % en cas d'accès maniaque. Le risque augmente au fil des années et des grossesses. (Ibid., pp. 140-141)

3-3-3- Étiologie et facteurs de risque

Le délire puerpéral serait la résultante d'un conflit de représentations : conflit moraux insurmontables, deuils inachevés... D'autres évoquent une pathologie du lien de filiation. Le sentiment d'identité et de lien à la chaîne des générations est troublé : parents morts prématurément, doute sur la paternité, frère ou sœur décédé dans l'enfance...

Les facteurs de risques retenus sont :

- La primiparité : plus de $\frac{3}{4}$ des psychoses surviennent lors de la naissance du premier enfant.
- Les antécédents psychiatriques personnels et familiaux ainsi que les troubles psychotiques lors d'une grossesse précédente sont des facteurs de risques majeurs.
- Violence et traumatisme pendant l'enfance.
- Le célibat des mères.
- La classe sociale, le sexe de l'enfant, le stress dû à des événements pénibles, les facteurs culturels ne semblent jouer aucun rôle. (P. RACAMIER, 1961, p. 565)

3-4- Troubles anxieux

Les symptômes anxieux peuvent être isolés ou associés à d'autre entité clinique du post-partum. Ils peuvent aussi être l'expression de trouble anxieux pré existants. Le post-partum et une période propice à leurs aggravation ; c'est le cas des troubles obsessionnels compulsifs en particulier.

Certains tableaux cliniques présentent alors des spécificités tels que :

a- Les phobies d'impulsions au cours du post-partum sont des angoisses de passage à l'acte à l'égard du bébé, qui peuvent aller jusqu'à la phobie d'infanticide. Le sujet reconnaît le caractère déraisonnable de ses pensées.

b- Un état de stress post-traumatique peut marquer des suites d'un accouchement d'autant qu'il a lieu en urgence, émaillé de complications obstétricales. Le sentiment de mort imminente concernant la mère et/ou le bébé lors de la mise au monde est à l'origine de se trouble anxieux. Les symptômes ne présentent pas de spécificité. (F. KATTEL et al., 2008, p.4)

4- État de stress post traumatique et prématurité

Les parents vivant une naissance prématurée subissent une expérience émotionnelle et psychique très forte, pouvant avoir des répercussions négatives sur leur fonctionnement propre ainsi que sur leurs liens avec le bébé, aussi ce contexte particulier de la prématurité peut provoquer un traumatisme chez les parents surtout chez la mère.

4-1- Critères diagnostiques du Trouble État de Stress post traumatique selon le DSM-IV

Dans le DSM-IV, l'état de stress post-traumatique ou "post-traumatic stress disorder" en langue anglaise, est décrit en fonction d'une série de critères diagnostiques qui sont comme suit :

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

1- le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des éléments durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.

2- la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. N.-B. : Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

- 1- souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions. N.-B. : Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.
- 2- rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse. N.-B. : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
- 3- impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, (les hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication). N.-B. : Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir.
- 4- sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition a des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause.
- 5- réactivité physiologique lors de l'exposition a des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, DSM IV-TR, 2000, p.539).

C. Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

- 1- efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme.
- 2- efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme.
- 3- incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme.
- 4- réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation a ces mêmes activités.
- 5- sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
- 6- restriction des affects (p. ex., incapacité à éprouver des sentiments tendres).
- 7- sentiment d'avenir « bouche » (p. ex., pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie.

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

- 1- difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu
- 2- irritabilité ou accès de colère
- 3- difficultés de concentration
- 4- hyper vigilance
- 5-réaction de sursaut exagérée

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

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

Spécifier si :

Aigu : si la durée des symptômes est de moins de trois mois.

Chronique : si la durée des symptômes est de trois mois ou plus.

Spécifier si :

Survenue différée : si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress. (Ibid., 2000, p.539).

4-2- La naissance prématurée, événement traumatique

Lors d'une naissance prématurée, c'est, en effet, à différents moments que le lien à l'enfant peut être mis ou remis en question, au travers du vécu traumatique, qui peut-être décrit comme évoluant en trois temps : un premier temps de sidération, un deuxième temps de vécu émotionnel conflictuel intense, véritable travail d'élaboration du traumatisme, et un troisième temps de résolution, qui représente un dépassement de la dimension aliénante sur le plan psychique de l'événement traumatique avec une reprise suffisante des investissements.(C. MÜLLER NIX, et al.,2009, p.436)

Comme dans tout événement impliquant une soudaine intimité avec la mort ou le danger, la portée traumatique de la naissance prématurée peut être considérable et se traduire dans le discours parental par des images fortes, fixées, comme figées dans le temps.

L'interruption brutale de la phase de transition entre la femme et la mère par la venue d'une naissance prématurée court-circuite radicalement ce processus évolutif. La plupart des travaux autour de la naissance prématurée portent sur les compétences maternelles et sur leur influence quant à la mise en place de la relation mère-enfant (D.N. STERN, 1991, p.14).

Une naissance prématurée est un événement qui prend place au cœur de représentations maternelles déjà préexistantes qui vont donc s'y trouver modifiées. Celles-ci à leur tour vont influencer l'interprétation de l'événement de la prématurité et peuvent prédisposer la manière dont la mère va absorber psychiquement cette épreuve pour investir le lien avec son enfant.

Les parents vivant une naissance prématurée subissent une expérience émotionnelle et psychique très forte pouvant avoir des répercussions négatives sur leur fonctionnement propre ainsi que sur leurs liens avec le bébé. (R.C. PIANTA, et al., 1996, p.17).

Il y a une différence de vécu de l'accouchement prématuré entre celui de la mère et celui du père. Plusieurs auteurs ont dernièrement mis l'accent sur la présence de symptômes de stress post-traumatique chez les mères dans les semaines ou les mois qui suivent une naissance prématurée.

Une étude a été réalisée en 2003, sur 110 femmes avec l'impact of Evant Scale-Revised par Brunet, St-Hilaire, Jehel & King, publiée en 2014 par GOUTAUDIER et son équipe nous apprend qu'environ un tiers des mères ayant accouché d'un bébé prématuré souffrent de symptômes d'ESPT. (N. GOUTAUDIER, et al., 2014, p.750)

Une autre étude de G. SZIJARTO et son équipe en 2009 réalisée avec le même outil met en évidence pour sa part que ces mères présentent des symptômes d'ESPT en lien avec la prématurité elle-même. Cela signifie que c'est le fait même d'avoir un enfant prématuré pour elles qui est traumatique, indépendamment de la gravité de l'état de santé du bébé.

Ce résultat peut s'expliquer avec plusieurs éléments que nous avons déjà évoqués précédemment, à savoir : le sentiment pour la mère d'avoir « raté » sa grossesse et d'avoir failli à sa mission de protection de son bébé, la blessure narcissique qui en découle, ainsi que le sentiment de culpabilité massif, provenant de l'ambivalence ressentie envers l'enfant, qui a du mal à être accepté et verbalisé. D'ailleurs, des symptômes d'évitement comme l'émoussement de la réactivité générale et des efforts pour éviter les lieux, pensées ou activités qui peuvent renvoyer au traumatisme sont aussi plus observés chez les mères que chez les pères. (G. SZIJARTO et al., 2009, p.388)

Il paraît clair que les mères se sentent responsables de la naissance prématurée de leur enfant. Elles ont l'impression que leur corps les a trahies en ne leur permettant pas de porter le bébé jusqu'au terme de la grossesse et elles ont le sentiment de n'avoir pas pu le protéger suffisamment. Face à ce bébé peu gratifiant pour elles, elles ressentent des sentiments ambivalents qu'elles repoussent en tentant d'éviter parfois le contact avec leur enfant ou le service entier. Tantôt elles se perçoivent comme étant une menace pour le bébé, tantôt c'est le prématuré qui est vu comme persécuteur, et ces deux mouvements peuvent expliquer les mouvements d'évitement que l'on constate plus du côté maternel. (Ibid. p.390)

Nous terminons ce point avec un mot sur les conséquences de l'ESPT sur le lien mère-enfant, mais il est clair qu'il restera bien des choses à dire sur la question. La prématurité est un évènement qui vient bouleverser le bon déroulement de la grossesse et complique les premiers liens entre la mère et son bébé. On observe en ce sens que « les enfants prématurés, plus dépendants par leur fragilité physique, développent un attachement moins sécure qu'un enfant né à terme, et encore moins sécure dans les cas de naissance prématurée accompagnée d'un risque néonatal élevé. » (M. ABERGEL, T. BLICHARSKI, 2013, p. 51) De plus la prématurité influence les perceptions maternelles vis-à-vis de l'enfant, mais aussi la sensibilité maternelle, de façon négative et cela se répercute sur le type d'attachement. En cas de persistance de l'ESPT, la mère et le bébé prématuré ne parviennent pas à s'accorder et cela aura des conséquences négatives sur le développement ultérieur de l'enfant.

5- Le rôle du père lors d'une naissance prématurée

Nous devons le terme de parentalité à Racamier, psychiatre et psychanalyste, qui en 1961 a regroupé les termes de « maternalité », de « paternalité » sous le terme de « parentalité ».

La « paternalité » exprime les modifications intrapsychiques qui interviennent chez le père au moment de la grossesse. Cela correspond également au rôle du père en tant que régulateur social et médiateur dans la relation qui unit l'enfant à la loi et à la règle. Cette fonction paternelle se transforme face aux évolutions sociales. (P-C. RACAMIER, et al., 1961, p.193)

Le sentiment d'être père se construit progressivement Or, lors d'une naissance avant-terme, le processus de parentalisation est accéléré cette nouvelle identité, difficile à investir n'est souvent intégrée que lors du premier contact. La présence du père est primordiale post accouchement. (N. NANZER, 2009, p.89)

Lors d'une naissance prématurée le père rempli divers occupation, son rôle dans ce cas diffère de celui d'une naissance à terme.

En effet, alors que dans une naissance « normale » il est guidé par sa femme pour faire connaissance avec son enfant, dans le contexte de la prématurité, c'est souvent le premier à voir son bébé, à visiter le service, à en apprendre les règles de fonctionnement... Jouant le rôle habituellement tenu par la mère, il va être auprès de son enfant, aider l'équipe soignante à assurer les soins, lui parler, le toucher... « Il risque de se sentir investi de cette « préoccupation maternelle primaire » normalement dévolue à la mère ». (A. HERZOG et al., 2003, p.103)

Selon une étude datant de 2003 (A. HERZOG, C. MÜLLER NIX, C. MEJIA & F. ANSERMET) s'est penchée sur le vécu paternel d'une naissance prématurée nous apporte plusieurs éléments. Tout d'abord, il semble bien que les pères vivent

différemment l'épreuve de la prématurité, notamment en résistant mieux à la blessure narcissique qu'elle représente par rapport à la mère. Les sentiments de culpabilité sont également beaucoup moins présents chez eux, mais par contre c'est le registre de l'impuissance qui est dominant.

Selon cette étude, lors d'une naissance prématurée le père opère trois composantes, distinctes mais certainement synchroniques

- **Le rôle protecteur** : au cours de cet itinéraire perturbé, le père de l'enfant prématuré reste le garant du maintien de la vie de son enfant, soutenu dans cette perspective par le rapport au corps médical. Son sentiment d'impuissance initial est contrecarré par les soins efficaces prodigués à son bébé. De cette façon, il peut à son tour avoir une fonction d'étayage pour la maman qui est confrontée à une culpabilité massive.

Il faut savoir qu'il arrive aussi que cette identification positive au corps médical soit perturbée, notamment lors de risques de séquelles lourdes pour l'enfant des suites de sa prématurité. Ces situations difficiles peuvent alors réactiver le sentiment d'impuissance pénible face au bébé et des mouvements psychiques agressifs du père peuvent être projetés sur les soignants. (A. HERZOG, et all., Op cit. p.104)

- **La fonction de tiers** : qu'occupe le père dans la dyade mère-bébé et il apparait, non pas comme le traditionnel séparateur, mais plutôt comme un agent de liaison entre eux. Lors d'une naissance à terme le père est au second plan, il n'interviendra que plus tard pour mettre fin à une fusion trop importante entre la mère et son bébé. En cas de naissance prématurée, le schéma s'inverse et c'est le père qui est en première ligne pour créer du lien avec son bébé. Il doit également effectuer un travail de liaison psychique entre la mère si elle est éloignée et son enfant.

Le père se retrouve toujours tiers dans la dyade mère-bébé mais il s'agit ici d'un tiers de liaison car la dyade en question se trouve distendue, voire carrément en rupture. Donc l'importance de ce travail de liaison psychique soutenu par le père lui permet à la fois : de réunir la dyade mère-bébé, mais aussi de s'en différencier car il ne s'agit pas de prendre la place de la mère en s'appropriant tous les contacts avec l'enfant. Il est bien question d'aider la maman à prendre sa place face à son bébé prématuré, c'est donc un travail de réunion dans un premier temps, mais qui laissera la place à la différenciation ensuite. (Ibid. p.104)

- **Le père comme partenaire de la mère** : le père s'est trouvé appelé à assumer son rôle de père prématurément, porte lui aussi sa responsabilité sur la part de vie au moment de la naissance. Par là, il assume également sa responsabilité sur la part de mort que le surgissement du vivant entraîne nécessairement, et cela, paradoxalement, peut aider la mère à trouver sa propre place. En effet, en prenant

sur lui la responsabilité parentale, le père peut dégager quelque peu son épouse des sentiments de culpabilité liés à leur défaillance.

La sortie du traumatisme plus rapide chez le père pourrait ainsi être tenue en compte, en valorisant ses compétences précoces, afin d'améliorer la prise en charge de la mère et de l'enfant. On pourrait envisager dans cette optique la dynamique du rôle paternel comme un support thérapeutique pour apaiser quelque peu la culpabilité maternelle.

Par la reconnaissance et le soutien du rôle paternel, il est possible de soulager la mère de l'enfant prématuré afin que la relation mère-enfant ne reste pas trop marquée par l'effet potentiellement traumatique de la prématurité. (Ibid. p.105)

Mais une naissance prématurée représente pour lui aussi une difficile épreuve physique et psychique, de part ce rôle polyvalent qui lui est confié. Il est souvent impressionné par tous les appareils qui entourent son bébé et préoccupé de son état de santé. Ainsi, le père a également besoin d'être contenu par l'équipe, pour pouvoir soutenir sa femme dans cette épreuve. (Ibid. p.102)

Résumé

Les troubles psychiques du post partum constitue la pathologie de la puerpéralité, et la grande majorité de ces troubles psychiques surviennent dans les 2 premiers mois après l'accouchement. Il existe un remaniement psychologique normal lié à la puerpéralité appelé aussi maternalité, dont l'élément essentiel est une crise d'identité chez la femme.

Une naissance prématurée, surtout si l'enfant présente un risque périnatal élevé, est un événement très stressant pour les parents. Il n'est pas surprenant de constater qu'une proportion importante de parents présente des symptômes de stress post-traumatique dans la période périnatale, mais de manière différenciée entre les pères et les mères.

Résumé de la partie théorique

L'accouchement est un événement stressant pour les femmes sur le plan physique et psychologique, surtout si la naissance survient avant terme.

L'accouchement prématuré se produit entre la 22^{ème} semaine d'aménorrhée et celle de la 37^{ème}. La prématurité est un problème multi factoriel, qui varie entre des causes principales et des causes secondaires. La prématurité a toujours constitué un problème de santé partout dans le monde, du fait de l'immaturité des différents organes, et de la fragilité du nouveau-né prématuré.

La meilleure connaissance de ces facteurs de risque permet une meilleure prise en charge médicale, à fin de prévenir les nombreuses complications à court et à long terme, mais cette prise en charge englobe aussi les aspects socioculturels, psychologiques et économiques.

La gravité de la prématurité entraîne souvent un prolongement de la durée d'hospitalisation du bébé et complexifie la rencontre des parents avec leur bébé. De ce fait, les parents et notamment la mère peuvent vivre une détresse psychologique pendant la période périnatale, qui se manifeste sous forme de symptômes anxieux ou dépressifs, ou de somatisations.

Le caractère potentiellement traumatique de l'accouchement prématuré est largement admis, surtout si le bébé présente un risque élevé, et aussi peut conduire les femmes à développer en post-partum une symptomatologie anxieuse, particulièrement un état de stress post-traumatique (ESPT).

Suite à cette accouchement, la mère développe des sentiments d'avoir raté sa grossesse et d'avoir failli à sa mission de protection de son bébé, la blessure narcissique qui en découle, ainsi que le sentiment de culpabilité massif, provenant de l'ambivalence ressentie envers l'enfant, qui a du mal à être accepté et verbalisé. D'ailleurs, des symptômes d'évitement comme l'émoussement de la réactivité générale et des efforts pour éviter les lieux, pensées ou activités qui peuvent renvoyer au traumatisme sont aussi présents chez les mères.

L'implication des pères dans cette situation est primordiale, pour avoir d'autres stratégies d'adaptation que les mères face aux difficultés rencontrées par l'enfant. Ils jouent un rôle complémentaire à celui des mères indispensable dans le développement et dans la construction de l'identité du bébé.

Problématique et formulation des hypothèses

1- La problématique

L'envie de chaque couple uni sous le nid de la légitimité, est d'avoir un fruit de leur alliance, ainsi de pouvoir atteindre leur but d'être parent mère et père.

La grossesse et l'arrivée d'un enfant représente des aventures merveilleuses, des événements d'épanouissement, de bonheur ultime, d'accomplissement amoureux pour un couple. Mais la période de grossesse entraîne de profonds bouleversements physiques et psychiques. C'est ainsi un moment favorable à des réorganisations psychiques positives, mais c'est aussi un moment de vulnérabilité.

Il y a des concepts spécifiques au fonctionnement psychique des femmes pendant et après la grossesse, comme l'on suffisamment décrit **D.W. WINNICOTT**, **P.C. RACAMIER**, **M. BYDLOWSKI** et bien d'autres.

Le processus de parentalité se nourrit du concept de virtuel et de l'actualisation croissante du fœtus. **S. MISSONNIER** invente le concept de « Relation d'objet virtuel » afin d'expliquer la dynamique de la construction biopsychique du lien entre embryon, fœtus et parent.

L'accouchement est vécu différemment d'une femme à une autre, mais il restera toujours une épreuve difficile aussi bien sur les plans physiques que psychique. De nombreuses émotions et sensations négatives peuvent venir augmenter la douleur, l'anxiété et le manque de confiance en soi.

Les psychanalystes accordent une importance initiale à la future mère et à l'accouchement. Pour **D. STERN**, il s'agit d'une expérience existentiellement unique pour la femme : « devenir mère dans son corps et sa psyché » (Cité par **BULLAERT D.** 1993, p.43)

Un vécu éprouvant de l'accouchement et ses conséquences représentent un problème majeur souvent sous-estimé pour la santé de la femme. Des recherches récentes ont mis en évidence que la mise au monde d'un enfant pouvait conduire à des réactions psychologiques négatives et des troubles psychiatriques non négligeables. Les troubles anxieux et dépressifs sont les troubles les plus fréquents dans la période du post-partum.

L'accouchement est souvent imaginé, rêvé par les futures mères qui se préparent à rencontrer leur bébé. Certaines mères écrivent même des plans de naissance, décident d'un accouchement sans péridurale, naturel, ou encore dans une position très étudiée.

Et puis, les choses ne se passent pas comme prévu : le bébé tarde à venir au monde ou au contraire arrive bien trop à l'avance, tel que l'accouchement prématuré qui est défini selon l'OMS comme étant toute naissance qui se produisant entre 22 et 37 semaine d'aménorrhée ou un poids supérieur ou égale a 500 gramme. ((M. VOTER, J. MAGNY, 1997, p.6)

La naissance prématurée constitue sans conteste une des épreuves les plus difficiles qu'un couple puisse être amené à traverser. Dans bon nombre de cas, cette naissance est soudaine et se greffe sur une grossesse jusque-là sans problème. Dans d'autres situations, le risque d'une naissance prématurée a été pressenti depuis un certain temps, en raison de circonstances médicales particulières, qui laissaient présager cette issue redoutée.

Même si, dans ce dernier cas, les parents ont eu le temps de se faire à l'idée, la perception et l'ambiance qui va entourer celle-ci sont bien éloignées de l'idée qu'ils s'en étaient fait initialement. Dans un premier temps, cette ambiance est empreinte de sentiments dominés par l'inquiétude et la culpabilisation.

Après cet accouchement prématuré qui est un événement très stressant pour les parents de façon générale et pour la mère en particulier. Même lors d'un déroulement non compliqué du point de vue médical, ils réagissent par une forte crise émotionnelle. Une naissance prématurée, surtout si l'enfant présente un risque périnatal élevé, est un événement très stressant pour les parents qui bouleverse de manière différente leur univers. Le transport de l'enfant dans un centre de néonatalogie éloigné provoque une charge supplémentaire.

Les sentiments maternels typiques de cette situation sont l'angoisse, des réactions dépressives, des sentiments d'insuffisance. Une des perturbations psychologiques les plus fréquentes est l'état de stress post-traumatique (ESPT). De ce fait, pendant les premiers jours après la naissance, le contact avec l'enfant est maintenu par le père. S'il est présent, il a un rôle important dès les premiers instants de la vie de son enfant. Il assume, effectivement, la prise en charge du soutien de la mère et de l'enfant.

Plusieurs auteurs ont dernièrement mis l'accent sur la présence de symptômes de stress post-traumatique chez les mères dans les semaines ou les mois qui suivent une naissance prématurée. **A. BRUNET** et son équipe en 2003 nous apprend qu'environ un tiers des mères ayant accouché d'un bébé prématuré souffrent de symptômes d'ESPT. Aussi, l'étude réalisée par **G. SZIJARCO** en 2009, met en évidence pour sa part que ces mères présentent des symptômes d'ESPT en lien avec la prématurité elle-même. (Cité par N. GOUTAUDIER et al., 2014, p.750)

Ce syndrome de stress post-traumatique est la manifestation psychopathologique durable la plus fréquente et la plus spécifique dans les suites d'une exposition traumatique. Il se manifeste chez les mères ayant accouché prématurément par une crainte, les sentiments négatifs comme le sentiment d'impuissance ou d'horreur, la perte de contrôle, la dissociation périnatale, la douleur et une grande peur pour le bébé. Mais aussi d'autres symptômes non spécifiques comme l'anxiété et la dépression peuvent se manifester chez ces femmes lors d'un accouchement prématuré.

La question que nous posons dans le cadre de cette recherche est la suivante :

-Les femmes ayant accouché prématurément peuvent-elles développer un état post-traumatique ?

2- L'hypothèse de la recherche

Afin de répondre à la question de notre recherche, nous avons formulé l'hypothèse suivante :

-Les femmes ayant accouché prématurément développeront un état post-traumatique vu la séparation brutale avec l'enfant et la fragilité de son état de santé, ce qui va entraîner une blessure narcissique et des sentiments de culpabilité.

Partie pratique

Chapitre III

Méthodologie.

Préambule

Chaque projet de recherche nécessite un arrière plan théorique bien défini et des outils qui conviennent pour l'appliquer, et chaque travail nécessite une méthodologie bien déterminée.

Ce cadre méthodologique est consacré à la présentation des différentes parties qu'on a suivies tout au long pour réaliser notre travail concernant l'état de stress post traumatique chez les femmes qui ont accouché prématurément.

1- Choix de la méthode

Dans une recherche scientifique, le chercheur doit suivre une méthode adéquate à la nature de son étude.

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

L'importance de cette méthode ne se définit pas à l'aveuglette, mais se fonde sur des propositions réfléchies qui lui permettent de procéder avec rigueur à l'aide d'outils qui sont autant de moyens assurant à la fois le succès et la validité de la démarche. (Ibid., p. 9).

Dans le cadre de notre recherche, nous avons choisi la méthode d'étude de cas, qui est selon C. REVAULT D'ALLONES « sert à dégager la logique d'une histoire de vie singulière aux prises avec des situations complexes nécessitant des lectures à différents niveaux, et mettant en œuvre des outils conceptuels adaptés.» (Citée par L. FERNANDEZ, M. CATTEEUW, 2001, p.58)

L'étude de cas fait partie de l'approche descriptive dont l'objectif n'est pas d'établir des relations de cause à effet, comme c'est le cas dans la démarche expérimentale, mais plutôt d'identifier les composantes d'une situation donnée et parfois de décrire la relation qui existe entre ces composantes. (KH. CHAHRAOUI, H. BENONY, 2003, p.125).

2- Le terrain de recherche

Notre étude a été effectuée au niveau de deux maternités, celle de l'EPH de Kherrata, et celle de Targa-Ouzemour de la wilaya de Bejaia.

2-1 L'établissement de L'EPH de kherrata

L'hôpital de Kherrata est construit en 1952, par les Français ; bâtie sous le nom de Chahid « MOHAMED ARAB HANOUIZ » en 1994.

Notre recherche a été réalisée dans le service de maternité qui est l'un des services qui fait partie de l'établissement public hospitalier EPH de Kherrata, il est situé au 2^{ème} étage. Il se compose essentiellement de trois (3) unités fondamentales :

-Unité d'obstétrique : cette unité comporte 15 lits : 12 lits sont réservés aux post-accouchées, et trois lits sont réservés aux près- travail.

-Unité de gynécologie : elle comporte neuf (09) lits.

-Unité de Néonatalogie : elle comporte six (06) berceaux et quatre (04) couveuses.

2-2 La clinique de Targa-Ouzemour

Elle a été mise en service le 16/10/1991, son rôle principal est la surveillance médicale de la grossesse et de l'accouchement. Après l'année 2009, elle devient Centre Hospitalier Universitaire de Targa-Ouzemour (CHU).

Notre recherche a été réalisée dans le service de maternité et le service de néonatalogie.

Le service de maternité comporte 34 lits. Elle se compose d'un service destiné à la surveillance des grossesses à haut risque, mais aussi d'un bloc d'accouchement où les femmes enceintes accouchent, et des chambres pour les post accouchées qui est destiné à la surveillance des femmes après l'accouchement.

Le service de néonatalogie comporte 17 lits. Il est constitué de 10 box munis de couveuses, d'une salle de soin et d'une pharmacie.

3- Le groupe de recherche

3-1- Les critères d'inclusion

La population visée par notre étude a été sélectionnée selon les critères suivants :

- 1- Les femmes mariées, vivant en couple.
- 2- Les parturientes primipares.
- 3- Les naissances vivantes.
- 4- Grossesse unique.
- 5- Accouchement par voie basse.

3-2 Les critères d'exclusion

Les critères d'exclusion sont les suivants :

- 1- Les femmes non mariées (mères célibataires).
- 2- Les bipares ou les multipares.
- 3- Les naissances mortes.
- 4- Grossesse multiple.
- 5- Celles qui ont accouché par césarienne.

3-3 Les caractéristiques du groupe de recherche

Notre groupe de recherche est constitué d'un nombre de 08 cas de parturientes primipares, au CHU de Bejaia et l'EPH de kherrata, leurs caractéristiques sont présentées dans le tableau suivant :

Cas	Age	Niveau d'instruction	Situation professionnelle	Age de grossesse	Catégorie de prématurité
Yasmina	24ans	Moyen	Vendeuse.	34SA	Prématurité moyenne
Feriel	25ans	Secondaire	Femme au foyer	28SA et 4 jours	Grande prématuré
Hayet	26ans	Universitaire	Enseignante	33SA	Prématurité moyenne
Nawal	28ans	Secondaire	Femme au foyer	31SA et 5 jours	Grande prématuré
Sarah	29ans	Moyen	Couturière	35SA et 5 jours	Prématurité moyenne
Iman	29ans	Universitaire	Comptable	30SA	Grande prématuré
Wissem	30ans	secondaire	Agent administratif	35SA	Prématurité moyenne
Louiza	31ans	Universitaire	Femme au foyer	30SA et 4 jours	Grande prématuré

Tableau n°2 : Tableau récapitulatif des caractéristiques du groupe de recherche.

A partir de ce tableau, nous constatons que l'âge des parturientes se situe entre 24-31ans. Le niveau d'instruction des femmes est variable : 03 femmes sont d'un niveau universitaire, 03 de niveau secondaire, excepté deux d'entre elles qui sont d'un niveau moyen. La majorité de ces femmes sont actives, exerçant des métiers différents : comptable, enseignante, agent administratif, couturière, vendeuse ; alors que la minorité d'entre elles sont des femmes au foyer.

4- Les techniques de recherche

Dans le but de recueillir le maximum d'informations concernant notre thème de recherche, nous avons choisi les techniques suivantes : l'entretien clinique de recherche et l'échelle de l'impact of event scale-revised.

4-1- L'entretien

Afin de recueillir plus d'informations sur notre recherche, nous avons utilisé la technique d'entretien clinique comme première technique, qui peut être défini dans un premier temps comme un dispositif de base en psychologie clinique.

Selon **H. BENONY** et **KH. CHAHRAOUI**, l'entretien clinique est un échange de paroles entre plusieurs personnes sur un thème donné, « l'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation ». (1999, p.11).

L'entretien clinique de recherche s'inscrit uniquement dans l'activité de recherche du clinicien. Dans ce cas, il n'a pas d'objectif thérapeutique ou diagnostique mais il vise l'accroissement des connaissances dans un domaine particulier choisi par le chercheur.

Il existe différents types d'entretien clinique, directif, libre, et semi directif. Dans notre travail, nous avons opté pour l'entretien semi directif, dans ce type d'entretien le clinicien pose quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lequel il veut mener son investigation et orienter le discours de sujet sur certains thèmes. Ce type d'entretien est centré sur la personne car le chercheur pose une question, puis s'efface pour laisser la personne parler librement mais toujours sur le thème proposé. (C. CHILAND, 1983, p.11).

L'entretien semi-directif permet, par l'intermédiaire du guide d'entretien, de recueillir des informations pertinentes, relatives à l'hypothèse. Il peut aussi être mis en œuvre pour construire un cas clinique, à valeur d'illustration des résultats d'une recherche. Toutes ces visées ne sont pas exclusives et correspondent souvent à des moments différents de la recherche : on explore, on valide puis on illustre. (L. FERNANDEZ, M. CATTEEUW, Op cit. p.46).

L'entretien semi directif est celui que nous avons choisi, car il nous fallait guider les sujets dans les thèmes qui nous semblaient plus important d'explorer pour la présente étude tout en leur garantissant une liberté de parole.

Le clinicien utilise un guide d'entretien qui propose une trame de questions. Il fait quelques interventions pour relancer le patient sur ce qu'il vient de dire : hochements de tête, acquiescements, répétition des fins de phrases du sujet...

Les relances peuvent aussi être des questions plus ciblées ou plus fermées dans le cas où les informations attendues n'ont pas été abordées dans une question plus générale (question ouverte). Le clinicien interrompt peu le sujet, il « le laisse associer librement mais seulement sur le thème proposé » (H. BENONY, KH. CHAHRAOUI KH, Op cit. p.16.)

L'objectif de notre travail est de recueillir plus d'informations possibles sur les sujets, à fin de décrire leurs vécu de grossesse et les conditions dont lesquelles c'est déroulé cette dernière, ainsi que le déroulement de leurs accouchements.

4-2- Echelle d'Impact of Evant Scale-Revised (IES-R)

Pour effectuer notre travail de recherche et de vérifier nos hypothèses, nous avons choisi un outil psychométrique de type d'auto-évaluation "IES-R".

« En psychologie, les échelles sont en général des épreuves constituées d'items ordonnés par difficulté croissante. Elles permettent d'évaluer en niveau souvent exprimé, en termes d'âges ou de stades ». (H. BLOCH, 1991, p.254).

D'après M. ANGERS, l'échelle est définie « comme technique pour assigner un score à des individus en vue d'un classement, les échelles sont utilisées pour classer des individus ou des ensembles d'individus selon leurs réponses à des questions construites à partir d'indicateurs choisis. On regroupe ainsi un ensemble d'indicateurs transformés en questions et on essaie d'évaluer le résultat chiffré d'une personne selon ses réponses ; on la classe alors sur une échelle allant du plus au moins ou d'une attitude extrême dans un sens jusqu'à l'attitude extrême opposée ». (1997, p.115).

4-2-1- La présentation de l'échelle d'impact of Evant Scale-Revised (IES-R)

L'échelle d'impact de l'événement révisée est une échelle d'auto évaluation qui a été construite par Weiss et Marmar en 1997 et qui comprend 22 items. Ce questionnaire a été réalisé à partir de l'échelle d'impact de l'événement d'Horowitz et coll. (1979), il a été développé pour évaluer l'état de stress post-traumatique.

L'échelle de l'impact de l'événement se focalise sur deux dimensions de l'état de stress post-traumatique : la dimension répétition et la dimension évitement. C'est le questionnaire le plus utilisé dans la littérature. L'intérêt de l'échelle d'impact de l'événement révisée que nous présentons est d'évaluer une troisième dimension, l'hyperactivité neurovégétative. (M. BOUVARD, J. COTTRAUX, 2002, p.158)

- La première dimension correspond au fait de revivre de manière persistante l'événement, d'en rêver de façon répétitive, d'éprouver des réactions physiologiques intenses en présence de situations qui rappellent, ressemblent ou évoquent l'événement traumatisant.
- La deuxième consiste à devoir faire des efforts délibérés afin d'éviter les situations rappelant l'événement et de réprimer ses émotions.
- La dernière consiste en des réactions neurovégétatives exagérées et un état anxieux d'hyper vigilance.

L'IES-R est composé de 22 items répartis en 3 sous-échelles permettant de distinguer :

- 1- Sous échelle des symptômes d'intrusion (items 1, 2, 3, 6, 9, 14, 16, 20)
- 2- Sous échelle des symptômes d'évitement (items 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22)
- 3- Sous échelle des symptômes d'hyperactivité neurovégétative (items 4, 10, 15, 18, 19, 21).

L'IES-R contient toutes les questions originales de l'IES et 7 questions supplémentaires permettant de couvrir les symptômes d'hyperactivité neurovégétative (soit les problèmes de sommeil, d'irritabilité, de concentration, d'hyper vigilance et de nervosité). (Ibid., 2002, pp. 158-159)

4-2-2- La consigne

Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un événement stressant. Veuillez lire attentivement chaque item et indiquer à quel point vous avez été bouleversé(e) pour chacune de ces difficultés au cours de ces 7 derniers jours, en ce qui concerne l'événement.

4-2-3- Le mode de passation

Contrairement à l'IES, les réponses de l'IES-R sont cotées sur une échelle de fréquence à 5 points (pour chaque item, le patient doit indiquer la fréquence sur une échelle allant de 0 = pas du tout à 4 = extrêmement).

La durée de passation : est environ 5 minutes

4-2-4- La cotation

Il suffit d'additionner les notes obtenues à chaque item pour obtenir un score total. Trois sous-échelles peuvent être calculées. CREAMER et al. suggèrent d'utiliser la moyenne des scores sur l'ensemble des items plutôt que la somme des réponses à chaque item.

4-2-5- Le score

D'après M. CREAMER une moyenne des scores à chaque item de 1,5 permet de diagnostiquer correctement des cas d'ESPT (ou encore un seuil de 33 à la somme des scores de tous les items).

Les scores sur l'échelle correspondant aux symptômes d'intrusion varient de 0 à 35 ; ceux de l'échelle des symptômes d'évitement de 0 à 40 et ceux de l'échelle d'hyperactivité de 0 à 35.

Il s'agit d'une évaluation au cours des 7 derniers jours. (M. CREAMER, 2003, p.48)

5-Le déroulement de la pratique

Notre recherche sur le terrain s'est étalée sur une durée de trois mois du 12/04/2017 jusqu'au 29/06/2017. Les deux premières semaines, ont été consacrées à une pré-enquête afin de nous familiariser avec le terrain, ce n'est qu'à partir de la fin de mois d'Avril que nous avons commencé notre recherche. Le recueil des données est passé par les étapes suivantes :

5-1- La première étape : la pré-enquête

La pré-enquête est une étape qui consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments (questionnaires, analyse des données) prévue pour effectuer l'enquête. (M. GRAWITZ, 2001, p.550).

Pour la nôtre, elle a été réalisée en Avril 2017 nous sommes allés vers deux terrains : la maternité de Kharrata et celle de Targa-Ouzemour, pour tester notre guide d'entretien et ses conditions d'application, elle nous a aidés aussi à émettre quelques modifications dans l'élaboration de notre problématique et hypothèses. Cette pré-enquête nous a permis de rencontrer quelques femmes, d'affiner nos questions et de voir dans quelles conditions nous allons faire les entretiens. Après nous y sommes repartis pour entamer notre pratique.

5-2- La deuxième étape : la passation de l'entretien

Après avoir eu le consentement des femmes, nous leur avons présenté de façon générale notre thème de recherche et nous leur avons donné la possibilité de s'exprimer avec la langue de leur choix.

Les entretiens ont été réalisés avec les post accouchées pendant leurs séjours dans les deux maternités, entre le 5^{ème} et le 27^{ème} jour de la période du post-partum. Dans ce travail et pour des raisons d'ordre pratique, nous nous ne sommes pas appuyés sur les critères du DSM IV Révisé, mais plutôt sur des observations d'autres cliniciens et chercheurs dans le domaine de la périnatalité, comme C. KITZINGER (2005), K. WIJMA et J. CZARNOCKA (2011), etc.

5-2-1- Présentation du guide d'entretien

Le guide d'entretien élaboré nous permet d'avoir des informations sur l'histoire de la grossesse, l'anticipation de la naissance, le vécu de l'accouchement prématuré et la rencontre avec le nouveau-né et enfin la relation avec l'entourage. Le guide se présente comme suit :

- Nom, prénom et âge :
- Niveau d'instruction :
- Situation professionnelle :

Axe 1 : Déroulement de la grossesse

- 1- La grossesse était-elle désirée par le couple ?
- 2- Avez-vous éprouvé des difficultés physiologiques ou psychologiques au cours de cette grossesse ? lesquelles ? durant quel trimestre ?
- 3- Quelles ont été vos impressions, vos sensations lors de la perception des premiers mouvements fœtaux ?
- 4- A partir de quel moment avez-vous commencé à imaginer votre enfant ?
- 5- Comment vous imaginez-vous en tant que mère ?
- 6- Comment avez-vous anticipé votre accouchement ?

Axe 2 : Vécu de l'accouchement

- 1- A combien de semaine avez-vous accouché ?
- 2- Comment avez-vous vécu le moment de l'accouchement ?
- 3- Avez-vous déjà des antécédents obstétricaux comme un avortement, des décès périnataux ou des menaces d'accouchement prématuré ?
- 4- Avait t-il quelqu'un de votre famille qui a eu des problèmes obstétricaux ou des antécédents d'accouchement prématuré? si oui qui ?
- 5- L'équipe médicale vous a-t-elle bien pris en charge durant et après l'accouchement ?
- 6- Au bout de combien de temps après l'accouchement avez-vous pu voir votre bébé ?
- 7- Qu'avez-vous senti lors de la première rencontre ?
- 8- Était-il comme vous l'avez imaginé ?
- 9- Avez-vous éprouvé le besoin d'un soutien moral ? L'avez-vous trouvé ? Au près de qui ?

Axe 3 : Relations avec l'entourage

- 1- Parlez-moi de vos relations actuelles avec votre entourage : le mari, la belle famille et la famille ?
- 2- Votre mari comment a-t-il réagit vis-à-vis cet accouchement ?
- 3- Y a-t-il eu des changements dans vos relations avec votre entourage ?

5-2-2- Les conditions du déroulement de l'entretien

Pour ces entretiens, nous n'avons pas fait de programmes préétablis, mais nous nous présentions presque chaque jour, afin de pouvoir rencontrer les cas, les entretiens se sont déroulés au service de maternité.

Nous avons d'abord obtenu des renseignements préalables sur les parturientes auprès des infirmières et les sages-femmes, puis nous les abordions dans leurs chambres vu que les deux psychologues des deux maternités n'ont pas de bureau personnel. Nous leur expliquions de manière générale notre thème de recherche. Une fois leur consentement obtenu, nous nous mettons dans une position de face à face pour effectuer l'entretien.

Cependant nous avons rencontré quelques femmes dont l'attitude était hésitante, pour faire cette entrevue, mais après leur avoir apporté les éclaircissements nécessaires, nous avons fini par obtenir leur accord.

Au cours de ces entretiens, la plupart des parturientes répondaient facilement aux questions et associaient aisément les idées, ce qui nous a facilité la tâche. Par contre, d'autres femmes avaient eu beaucoup de difficulté à donner une réponse complète, c'était sous forme de mini phrases avec des « oui » « non ». Certaines d'entre elles étaient gênées par les dérangements des autres accouchées qui se trouvaient dans la même chambre et qui les interrompaient durant l'entretien.

Nous avons posé nos questions de façon souple, laissant nos parturientes s'exprimer librement, tout en les recadrant, elles se sont exprimées dans la langue de leur choix : kabyle, arabe et français.

Nos interventions se limitaient à des reformulations afin de bien souligner que l'idée a été comprise ou à des relances d'approbation comme des hochements de tête, « oui », ou un sourire pour montrer que nous suivions la conversation ou encore des relances d'explication, « c'est-à-dire ».

Nous n'avons pas utilisé d'enregistreur, mais nous avons pris un maximum de notes. La durée de ces entretiens allait de 30 à 45 minutes.

A la fin de chaque entretien, nous nous isolions immédiatement pour compléter les prises notes et de bien les structurer.

5-3- La troisième étape : l'application de l'échelle

Nous avons remis l'échelle pour les post accouchées juste après avoir passé l'entretien.

5-3-1- Présentation de l'échelle

Consigne : Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un évènement stressant. Veuillez lire attentivement chaque item et indiquez dans quelle mesure ceux-ci s'impliquent à vous pour les **7 derniers jours**. Dans quelle mesure avez-vous été affecté ou bouleversé par ces difficultés ?

0= pas du tout

1=un peu

2=moyennement

3= passablement

4=extrêmement

1. Tout rappel de l'évènement ravivait mes sentiments en rapport avec celui-ci.	0	1	2	3	4
2. Je me réveillais la nuit.	0	1	2	3	4
3. Différentes choses m'y faisaient penser.	0	1	2	3	4
4. Je me sentais irritable ou en colère.	0	1	2	3	4
5. Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser.	0	1	2	3	4
6. Sans le vouloir, j'y repensais.	0	1	2	3	4
7. J'avais l'impression que rien n'était vraiment arrivé ou que ce n'était pas réel.	0	1	2	3	4
8. Je me suis tenue loin de ce qui m'y faisait penser.	0	1	2	3	4
9. Des images de l'évènement surgissaient dans ma tête.	0	1	2	3	4
10. J'étais nerveuse et je sursautais facilement.	0	1	2	3	4
11. J'essayais de ne pas y penser.	0	1	2	3	4
12. J'étais inconsciente d'avoir beaucoup d'émotions à propos de l'évènement, mais je n'y ai pas fait face.	0	1	2	3	4
13. Mes sentiments à propos de l'évènement étaient comme figés.	0	1	2	3	4
14. Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'évènement.	0	1	2	3	4
15. J'avais du mal à m'endormir.	0	1	2	3	4
16. J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'évènement.	0	1	2	3	4
17. J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire.	0	1	2	3	4

18. J'avais du mal à me concentrer.	0	1	2	3	4
19. Ce qui me rappelait l'événement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations.	0	1	2	3	4
20. J'ai rêvé de l'événement.	0	1	2	3	4
21. J'étais aux aguets et sur mes gardes.	0	1	2	3	4
22. J'ai essayé de ne pas en parler.	0	1	2	3	4

5-3-2- Les conditions d'application du questionnaire

Une fois nous avons fini avec l'entretien, nous remettons le questionnaire aux mères, elles l'ont elles même rempli, seule une minorité a eu besoin de notre intervention car ces dernières ne comprenaient pas certaines questions (5, 12, 13, 21), par conséquent, nous avons dû traduire les questions non comprises en kabyle et/ou en arabe, cela dépendait de leur langue parlée.

Les réactions des mères étaient différentes, certaines d'entre elles avaient bien assimilé le contenu, étaient contentes de pouvoir évaluer leur état à travers ce questionnaire, et elles voulaient savoir leurs scores, d'autres par contre, posaient beaucoup de questions au sujet du but de cette épreuve, car elles ne se sentaient pas concernées par cette situation.

La durée de cette épreuve était de 03 à 05 minutes pour chacune.

Résumé

Dans notre recherche, nous nous sommes basés sur une méthode descriptive articulant sur l'étude de cas.

Notre échantillon est constitué de 08 cas étudié dans deux établissements : CHU de Bejaia au service de néonatalogie, et l'EPH de Kherrata au service de maternité. La durée de notre étude est de trois mois.

La population ciblée est celle des primipares, mariées ayant accouché prématurément par voie basse.

Pour la collecte des données, nous avons élaboré un guide d'entretien afin de recueillir le plus d'éléments et d'informations possible sur le vécu de la grossesse et de l'accouchement, ainsi que la relation avec l'entourage.

Les données recueillis seront décrites et analysées dans le chapitre suivant.

Chapitre IV

Discussion et analyse des hypothèses.

Préambule

Après avoir exposé la méthodologie de recherche et présenté les outils d'évaluation, dans le présent chapitre nous allons tenter en premier lieu d'exposer et d'analyser les données des entretiens et du questionnaire.

En second lieu, on va aborder une synthèse des résultats et une discussion de nos hypothèses.

1- Présentation des données de l'entretien et d'IES-R :

1-1 Cas n°1 : Hayet

A- Présentation générale du cas

Agée de 26 ans, Hayet est mariée depuis un an. Elle vit actuellement avec sa belle famille, d'un niveau d'instruction universitaire, enseignante de la langue Française dans un collège d'enseignement moyen.

B- Compte rendu de l'entretien

Après 5 mois de mariage, Hayet tomba enceinte. Le couple avait trop désiré cette grossesse. Hayet voyait que cette grossesse s'est produite tardivement, car elle aurait souhaité tomber enceinte le premier mois suivant son mariage « *tellement mon mari travaille gendarme à Alger, il reste des semaines pour rentrer, donc il y a peu de relations sexuelles* »

Durant son premier trimestre, elle avait des nausées et des vomissements, évitait de manger pour ne pas vomir, et adorait tout ce qui est amer « *je mangeais que de la salade verte avec beaucoup de vinaigre, ainsi que le citron et l'orange* ». Au début du 5^{ème} mois, la gynécologue l'informait que son col est ouvert de deux doigts et qu'elle devait faire plus attention à elle.

Dès que Hayet a confirmé sa grossesse, elle était très contente et commençait à imaginer son bébé qu'il sera du sexe masculin et qu'il ressemblera à son père « *j'avais imaginé qu'il aura de beaux yeux bleus comme son père et des sourcils noir comme les miens* ». Elle sourit en disant « *en plus je n'ai pas voulu savoir le sexe du bébé* »

Elle a perçu les premiers mouvements fœtaux vers le 4^{ème} mois « *c'était un moment agréable, j'ai senti des sentiments que j'ai jamais connu de ma vie* ». Elle continu de parler en faisant une grimace et des gestes avec ses mains qui exprimaient qu'il y avait quelque chose qui manquait « *J'avais souhaité que mon mari soit près de moi pour partager ma joie avec lui* ». Elle nous déclarait qu'elle s'imaginait

comme une mère responsable et protectrice comme sa mère« *Je pense que je serai pareille, protectrice, soucieuse* »

Durant la période de sa grossesse, sa belle famille était à ses côtés à tout moment et elle répondait à ses besoins dès qu'elle les demandait, mais elle ne supportait pas sa belle mère même si cette dernière la traitait comme sa propre fille « *je ne la supportais pas, je ne sais pas pourquoi, même je ne mange pas ce qu'elle prépare* ». Hayet se rivalisait avec sa petite belle sœur qui ne dépassait pas 09ans, car elle pense que cette dernière a pris sa place«*je suis la chouchou de ma famille, mais dans ma belle famille il y a une autre qui me concurrence* ».

D'après ce que sa mère lui racontait de sa naissance, Hayet n'était pas une enfant désirée, car ses parents étaient un peu vieux. De ce fait sa mère n'a jamais annoncé sa grossesse à personne et son obésité lui a servi de bien cacher son ventre, jusqu'au jour où elle a accouché. Hayet descend d'une fratrie de trois frères et trois sœurs, que ne l'avait pas acceptée au départ. Néanmoins, lorsqu'elle commençait de grandir tous le monde l'aimait et la gâtait. Elle avait très bien vécu son enfance et son adolescence « *il me manquait rien Hamdollah* ».

Sa famille était toujours en contact avec elle, jour et nuit et surtout lorsqu'ils ont su que sa grossesse est à risque.

Malgré l'entourage chaleureux de sa famille et de sa belle famille, elle sentait toujours un manque vu que son mari était loin d'elle « *j'avais besoin de mon mari plus que tout le monde, il n'a pas tenu à sa promesse parce qu'il m'a promis avant le mariage de m'emmener avec lui à Alger, mais finalement il m'a laissée seule* »

Concernant son anticipation de l'accouchement, elle l'attendait avec beaucoup d'inquiétude comme était son premier accouchement.

Hayet a accouché à 33 semaines. Elle se trouve dans le service de néonatalogie depuis 25 jours, son bébé présente une hypotrophie. Elle nous informait qu'elle n'est pas la seule qui a des problèmes obstétricaux dans sa famille, il y a aussi sa deuxième sœur, qui a eu des grossesses à haut risque ce qui a nécessité à chaque fois un cerclage.

Pour elle, l'accouchement était un enfer. Elle avait du mal à supporter la douleur de l'accouchement physiquement et psychologiquement « *je souffrais et criais mais les sages femmes ne me prête aucune attention, leurs soucis étaient juste de la faire sortir* ». Juste après son accouchement, la sage-femme lui a montré son bébé.

Elle était un peu déçue lors qu'elle a su qu'elle a accouché d'une fille qu'elle décrivait comme une personne étrangère « *déjà c'est une fille et elle est toute rouge, en plus elle ne ressemble à personne, en dirait que ce n'est pas ma propre fille* ». Elle terminait en disant que l'essentiel pour elle est que sa fille soit en vie c'est ce qui compte pour elle actuellement.

Hayet nous déclarait que durant son accouchement, les sages-femmes étaient méchantes « *tellement j'ai accouché à 01h du matin, c'est comme si je les ai dérangées, de toute façon elles m'ont torturée, et après je ne les pas revues*».

La jeune mère se faisait du souci pour la santé de son bébé et se culpabilisait tout le temps « *lorsque je vois les femmes qui ont accouché à 09 mois, je me pose la question qu'est ce qu'elles ont de plus que moi ? J'aurai souhaité mener ma grossesse jusqu'à la fin* ».

Sa belle mère la culpabilisait parce qu'elle ne faisait pas attention à elle, elle se déplaçait chaque jour pour aller vers le lieu de son travail qui se situait un peu loin de chez elle, même après que la gynécologue lui a annoncé que sa grossesse était à risque « *elle me dit que si j'avais pris un arrêt de travail j'aurai pu accoucher à terme* », son mari s'inquiétait pour la santé de sa fille et de sa femme mais l'essentiel pour lui était qu'elle puissent s'en sortir saines et sauvées. « *Mon mari se sent un peu coupable, et il a décidé de nous emmener avec lui à Alger dès que l'état de santé de notre fille s'améliorera* ».

Après son accouchement, elle disait qu'elle avait besoin de sa mère au près d'elle, pour lui parler de cet événement effrayant et terrifiant « *maintenant j'admire ma mère plus qu'avant, même si je suis mère moi aussi mais j'ai besoin d'elle beaucoup* ».

En ce qui concerne sa relation avec son entourage, elle s'est améliorée notamment depuis que son époux a pris la décision de prendre sa petite famille avec lui à Alger.

C- Les résultats du questionnaire

Pendant la passation du questionnaire, Hayet a mis 3 min pour répondre à l'ensemble des questions. Le score total des items est 50. Nous concluons que Hayet présente un ESPT.

Par rapport aux scores des sous-échelles : l'échelle d'évitement est d'un score de 19, l'échelle d'hyperactivité neurovégétative est d'un score de 11, et celui de l'intrusion est d'un score de 20 qui est le plus élevé.

1-2 Cas n°2 : Wissem

A- Présentation générale du cas

Wissem jeune mère âgée de 30ans, mariée depuis 11mois, elle vit avec sa belle famille, d'un niveau d'instruction secondaire, elle travaille en tant qu'agent administratif.

B- Compte rendu de l'entretien

L'entretien s'est déroulé dans la maternité de Kherrata. Cette mère était très calme, timide et peu coopérante. Ses réponses étaient courtes et brèves, parfois juste avec des oui ou des non.

Après trois mois de mariage, Wissem tomba enceinte, cet enfant était désiré par le couple.

Durant sa grossesse, Wissem avait souffert de nausées et des vomissements durant les 03 premiers mois au point d'être hospitalisée, mais ceux-ci étaient transitoires et ont disparu vers le 04^{ème} mois.

Wissem avait commencé à imaginer son bébé dès l'annonce de la grossesse. Elle l'imaginait qu'il sera de sexe masculin, et qu'il sera beau et gros « *d'ailleurs j'ai commencé à lui préparer son trousseau dès que j'ai consulté un gynécologue la première fois* ». Avec l'apparition des premiers mouvements fœtaux vers le 04^{ème} mois, Wissem imaginait son bébé comme son époux « *je l'imaginais blanc avec des yeux verts comme son père* ».

Elle a perçu les mouvements fœtaux avec des sentiments de joie et de frustration au même temps « *c'était magnifique, c'est le fruit d'un amour qui a duré plus de 06ans* », mais vu le manque d'expérience, Wissem s'inquiétait beaucoup lorsque son bébé ne bougeait pas, elle pensait qu'il n'est plus en vie.

Elle évoque sa peur d'être une « *maman poule* », ainsi elle ne peut s'imaginer mère qu'en négatif. Elle craint d'étouffer son enfant « *Ça me fait peur d'être une mère hyper protectrice comme ma mère* ».

Durant sa gestation, ses relations avec sa famille et son entourage étaient très bonnes sans aucun problème « *ma belle famille est compréhensive, ma belle mère et ma belle sœur ne me laisse pas faire les travaux lourds* ». Selon elle, toute la famille la soutenait durant sa grossesse notamment son mari « *mon mari est toujours à mes côtés même s'il travaille loin, il m'appelle à tout moment* ».

Selon l'histoire personnelle de Wissem, sa venue au monde était désirée par tous les membres de sa famille notamment par son père. Wissem descend d'une fratrie de trois frères dont elle est la deuxième et la seule fille. Elle s'entend très bien avec eux surtout son grand frère. Tellement elle est la seule fille dans sa famille, elle se sentait la plus part du temps seule, elle souhaitait d'avoir une sœur à fin de partager avec elle les moments difficiles. Malgré ce manque, elle était bien entourée par ses frères.

Concernant son anticipation de l'accouchement, Wissem avait très peur de cette épreuve, mais elle se disait qu'elle allait la vivre comme toutes femmes qui s'apprêtaient à enfanter « *je ne suis ni la première ni la dernière femme à accoucher* ».

Wissem a accouché à 35 semaines. Elle se trouve dans le service de néonatalogie depuis 21 jours. D'après elle sa mère aussi avait eu un accouchement prématuré d'une grossesse gémellaire, l'un est mort l'autre a survécu.

Pour elle le moment de l'accouchement était horrible et qu'elle n'était pas prête « *je sentais qu'elles étaient entrain de me l'arracher, c'est trop tôt* » la sage femme a montré le bébé à la jeune mère juste après sa sortie.

La jeune mère était terrifiée par la petite taille et la couleur rouge de son bébé « *les premiers jours j'avais peur de le toucher par crainte de lui faire du mal* ». Elle rajoutait qu'il n'est pas du tout comme elle l'avait imaginé.

Wissem nous a avoué avec une voix basse qu'elle ne faisait confiance ni à l'équipe médicale ni à la psychologue, elle ne fait confiance qu'à sa cousine qui travaille dans ce service parce que selon elle, les autres ne lui disent pas la vérité à propos de la santé de son enfant. Les raisons de ce doute remontent à 03 ans lorsque son grand frère était hospitalisé pour une maladie grave et l'équipe médicale ne leur a pas dit la vérité à propos de sa santé.

La jeune accouchée se faisait de la peine pour la santé de son fils et elle a peur que son bébé meurt « *je suis stressé... j'ai peur qu'il lui arrive quelque chose, on m'a dit que les bébés qui naissent à 08 mois vivent rarement* ».

Après son accouchement, elle avait besoin de parler de cette expérience bouleversante. La seule personne qu'elle a trouvé avec qui partager cet événement était une autre accouchée avec laquelle elle a fait connaissance dans la salle des post-accouchées « *dans ce moment là, j'ai senti que personne ne peut me comprendre qu'une personne qui souffre comme moi* »

Pour ses relations familiales, il n'y a eu aucun changement, et son mari lui rend visite chaque jours « *mon mari a pris un congé de travail pour qu'il puisse venir nous rendre visite chaque jours* ».

C- Les résultats du questionnaire

Wissem a mis 4 minutes pour répondre à l'ensemble des questions. Le score total des items est de 29.

Nous constatons que Wissem n'a pas atteint le seuil de 33, ce qui fait qu'elle ne présente pas un ESPT.

Par rapport aux scores des sous-échelles : l'échelle d'évitement est d'un score de 19, l'échelle d'hyperactivité neurovégétative est d'un score de 11, et celui de l'intrusion est d'un score de 20 qui est le plus élevé.

1-3 Cas n°3 : Louiza

A-Présentation général du cas

Louiza est âgée de 31ans, mariée depuis un an. Elle vit avec sa belle famille. Elle est d'un niveau d'instruction secondaire, femme au foyer.

B- Compte rendu de l'entretien

Après deux mois de mariage, Louisa tomba enceinte. Elle et son époux ont tellement désiré cet enfant.

Sa grossesse s'est bien passée, sans problèmes physiques sauf de simples nausées. Durant les trois premiers mois, elle ne mangeait que des fruits et détestait la viande. Elle est devenue hypersensible, irritable, au cours de cette période. A partir du sixième mois, Louiza a pris du poids et trouvait des difficultés à se déplacer et à s'endormir « *j'avais souffert à cause de mon poids, je me trouvais incapable de m'endormir la plupart du temps* ».

Louiza a commencé à imaginer son bébé à partir du premier mois de sa gestation. Elle l'imaginait d'un sexe féminin « *j'ai dessiné une image d'elle dans ma tête qu'elle sera belle, brunnette comme moi aux yeux bleus comme mon père, avec des cilles longs et des cheveux lisses* ».

Elle avait perçu les premiers mouvements fœtaux de son bébé vers le 4^{ème} mois. Elle était contente « *s'était un moment inoubliable, très touchant, j'attendais toujours avec impatience ces mouvements c'est ce qui me rassure sa survie* ».

Toute au long de la période de sa grossesse, ses relations familiales étaient déséquilibrées tantôt bonnes, tantôt pénibles « *ma relation avec mes beaux parents sont bonnes, mais temps-en-temps je me dispute avec mes belles sœurs à propos du ménage parce que ma belle mère m'empêche de faire les taches lourdes, ce qui pousse mes belles sœurs à se fâcher contre moi* ». Elle a de bonnes relations avec son conjoint, à part les disputes habituelles dues à son hyper sensibilité et son irritabilité « *mon mari me supporte toujours* ».

Selon ce que Louiza nous a raconté, sa naissance était désirée par ses parents surtout par son père car il s'est marié avec trois femmes sans avoir des enfants avant d'épouser sa mère, donc la naissance de cette dernière était un événement tant attendu. Elle était gâtée par son père dès son enfance, la chose qui rendait ses frères jaloux d'elle. Louiza nous racontait qu'elle se souvenait que durant son adolescence sa sœur un jour s'est disputée avec elle, et que son père s'est mis du côté de Louiza et dès lors sa sœur la considérait comme son ennemie.

Concernant l'anticipation de l'accouchement, elle l'attendait avec beaucoup d'inquiétude, elle le redoutait au point d'avoir des fois des insomnies « *même une fois j'ai fais un cauchemar sur mon accouchement* ».

Louiza a accouché à 30 semaines et 04 jours. Elle se retrouve dans le service de maternité depuis 06 jours. Notre jeune mère nous informait qu'il n'y a eu aucun accouchement prématuré dans sa famille sauf sa grand-mère maternelle qui a fait deux avortements successifs durant sa jeunesse.

Le moment de l'accouchement était douloureux, mais heureusement qu'elle a été bien prise en charge par l'équipe médicale « *l'accouchement est un vrai cauchemar, j'ai subi des douleurs insupportables, je pense que si cela était par césarienne sera mieux* » elle continu en disant « *j'ai eu de la chance parce que les sages femmes étaient gentilles avec moi* ».

Après l'accouchement, elle n'a pas pu bien voir sa fille « *mais je l'ai vu le lendemain malgré les douleurs, je n'ai pas pu supporter l'idée que mon mari la voit avant moi, c'est injuste c'est moi qui a souffert pas lui* ». Louiza nous décrivait son premier contact avec son bébé comme bizarre « *Au lieu que je sois heureuse j'étais trop surprise par sa petite taille, elle n'est pas du tout comme je l'avais imaginée je pense tout le temps que quelque chose de mal va lui arriver* ».

Suite à cette expérience émouvante, elle a eu besoin de partager ses émotions avec son mari et sa mère « *se sont les personnes à qui je tiens le plus, je partage tout avec eux, le bonheur et le malheur, ce sont les seuls qui peuvent apaiser ma souffrance* ».

A propos de ses relations familiales, rien n'a changé tout est comme avant « *rien n'a changé pour l'instant, juste j'ai remarqué que mon mari tiens à moi plus qu'avant* ».

C- Les résultats du questionnaire

Pendant la passation du questionnaire, Louiza a mis 3 minutes pour répondre à l'ensemble des questions. Le score total des items est de 31

Nous avons constaté que Louiza n'a pas atteint le seuil de 33, ce qui fait qu'elle ne présente pas un ESPT.

Par rapport au score des sous-échelles : l'échelle d'évitement est d'un score de 07, celui de l'échelle d'hyperactivité neurovégétative est d'un score de 11, et celui de l'échelle d'intrusion est d'un score de 13.

1-4 Cas n°4 : Ferial

A- Présentation générale du cas

Agé de 25 ans, Ferial est mariée depuis un an, elle vit actuellement seule avec son mari, d'un niveau d'instruction secondaire, femme au foyer.

B- Compte rendu de l'entretien

Après deux mois de mariage, Ferial tomba enceinte, cette grossesse n'était ni programmée ni désirée par le couple, parce qu'ils avaient des problèmes d'ordre familial et social. Ils auraient souhaité attendre un peu, le temps que leur situation se stabilise « *j'habitais avec ma belle famille avec laquelle je m'entendais pas bien surtout ma belle mère qui me déteste parce qu'elle a voulu que mon mari épouse la fille de sa sœur* ».

Durant sa gestation, l'état de santé de Ferial était désagréable, celle-ci a souffert de nausées et de vomissements, les quatre premiers mois, il lui arrivait même d'avoir une hypertension « *des fois je vomissais du sang tout ce que je mangeais je le vomissais, je ne retenais rien* ». Son sommeil était aussi perturbé, elle dormait plus la journée que la nuit.

Elle a commencé à imaginer son bébé dès la première fois qu'elle l'a vue à l'examen échographique vers le troisième mois. Elle l'imaginait comme son époux « *la première fois que je l'ai vue sur l'échographe, je l'imaginais comme son père* ».

Feriel a perçu les premiers mouvements fœtaux vers le quatrième mois, elle était très heureuse « *j'étais contente de le sentir bouger, il était la seule chose qui me faisait plaisir au sein de tous les problèmes que je vivais* ». Elle communiquait et caressait beaucoup son bébé, toutes ces sensations étaient partagées avec son mari.

Vers le cinquième mois de sa grossesse, le jeune couple a pris la décision de louer un appartement, pour le bien être du couple et du bébé qui va naître.

Durant ce temps, le couple est informé par le gynécologue qu'il allait avoir un petit garçon. Ils étaient heureux d'apprendre cette merveilleuse nouvelle, qu'ils ont immédiatement appelé leur entourage pour partager leur joie. Mais malheureusement ce bonheur n'a pas duré longtemps, parce qu'à ce moment là, le père de Feriel auquel elle est très attachée est hospitalisé pour un malaise cardiaque.

Durant la période de gestation de Feriel, elle entretenait une bonne relation avec son mari, celui-ci était toujours présent malgré les relations turbulentes entre sa femme et sa mère. Durant ce temps, tous les membres de sa propre famille se faisaient de la penne pour sa santé, notamment sa mère avec laquelle elle avait des relations parfaites.

Feriel descend d'une fratrie de deux frères et une sœur dont elle est l'ainé. D'après ce que sa mère lui a raconté, sa naissance était très désirée parce qu'elle est l'ainée. Elle nous déclarait qu'elle a mal vécu son enfance et son adolescence vu la situation économique précaire de sa famille « *il me manquait beaucoup de chose que j'avais désiré avoir dans mon enfance et mon adolescence* » elle continuait en disant « *Malgré cela mes parents nous remplaçait ce manque par leur amour et leur tendresse* ». Et en ce qui concerne ses relations avec ses frères et sœur durant cette période, elle était assez bonne la plus part du temps, malgré les disputes habituelles.

Concernant son anticipation de l'accouchement, elle ne s'attendait pas, parce que pour elle n'a aucune idée de ce qui va se passer.

Feriel a accouché à 28 semaines et 04 jours. Elle se retrouve dans le service de néonatalogie depuis 18 jours. Elle nous informait qu'elle n'est pas la seule qui a des problèmes obstétricaux dans sa famille, il y avait aussi ses deux tantes, l'une qui avait une stérilité primaire pendant 13 ans, et l'autre qui avait deux avortements successifs lors de sa première année de mariage, ainsi que sa grand-mère paternelle qui a eu trois fausses couches dans sa jeunesse.

Le moment de l'accouchement était douloureux pour Feriel, son seul souci immédiat était de faire sortir son bébé le plus vite possible « *pour moi le seul souci était d'en finir et de sortir de la salle d'accouchement* ». Elle nous rajoutait que l'équipe médicale l'ont bien prise en charge dès son entrée au service de maternité, et les sages

femmes étaient bien veillantes « *les sages femmes faisaient leur travail, même elles m'encourageaient* ».

Après l'accouchement, la sage femme lui a montré son bébé, et dès le premier regard elle était très choquée par sa petite taille et ses cils courts qui se voyaient à peine, mais la jeune mère s'est déplacée vers le service de néonatalogie après quatre heures de son accouchement afin de pouvoir bien voir son bébé. Après un long silence, Ferial nous informait que son bébé ressemblait à ce moment là à une grenouille.

L'expérience de l'accouchement prématuré était bouleversante pour Ferial, elle a eu besoin de partager sa souffrance et sa douleur avec son mari qui ne l'a jamais laissée seule depuis sa grossesse « *mon mari est la seule personne avec qui je partage tout, il apaise de mes souffrances* ».

En ce qui concerne l'entourage, ses relations avec sa belle famille se sont améliorées depuis, et sa belle mère est venue lui rendre visite « *dès que j'ai déménagé, il n'y avait aucun contact avec eux jusqu'à ce que j'ai accouché* ».

C- Les résultats du questionnaire

Pendant la passation du questionnaire, Ferial a mis 6 min pour répondre à l'ensemble des questions. Le score total des items est 42. Nous concluons que Ferial présente un ESPT.

Par rapport aux scores des sous-échelles : l'échelle d'évitement est d'un score de 15, l'échelle d'hyperactivité neurovégétative est d'un score de 8, et celui de l'intrusion est d'un score de 19 qui est le plus élevé.

1-5 Cas n°5 : Nawal

A- Présentation générale du cas

Nawal est âgée de 28ans, mariée depuis trois ans, elle vit actuellement avec sa belle famille, d'un niveau d'instruction secondaire, femme au foyer.

B- Compte rendu de l'entretien

Le projet d'enfant est engagé par le couple depuis trois ans, après un traitement qui a duré 2ans, elle tomba enceinte « *Ça fait déjà trois ans qu'on essaie d'avoir un bébé. On se connaît depuis six ans et demi et le bébé n'est pas encore là. On a envie de fonder une famille.* ». Elle nous déclarait que c'est à partir d'un test de grossesse qui s'avère positif, qu'elle s'est rendu compte qu'elle était enceinte. A ce moment là, elle ne n'y croyait pas vraiment, alors elle décida d'aller consulter une gynécologue qui lui confirma enfin sa grossesse.

Nawal n'avait pas très bien vécu cette première grossesse. Au cours du premier trimestre, elle avait souffert de nausées qui ont duré 3 mois « ***du soir au matin les trois premiers mois*** ». Après une période de soulagement elle développait une gastrite et des vomissements qui ont provoqué d'après la sage femme une dilatation du col de l'utérus.

Elle commençait à imaginer son bébé dès la confirmation de sa grossesse, avec des traits physiques précis : blond avec des yeux clairs, elle désirait un garçon pour exaucer le souhait de sa mère, mais pour elle et son mari le sexe n'avait pas une grande importance « ***l'essentiel pour nous était d'avoir un enfant sain et sauf*** ».

Au départ, Nawal n'arrivait pas à croire qu'elle était enceinte. Ce n'était qu'une fois que son bébé a commencé à bouger, qu'elle s'est assurée de sa présence réelle, et à chaque fois qu'il ne bougeait pas, Nawal s'inquiétait d'avantage. Elle a perçu les premiers mouvements fœtaux vers la fin du 04^{ème} mois. C'était un moment agréable tant attendu « ***c'était un moment inoubliable, j'étais très heureuse, je lui parlais, je l'appelais par son prénom, je le caressais souvent et j'avais l'impression que mon bébé me répondait*** ».

Elle se voyait déjà comme une mère merveilleuse, et que sa relation avec son enfant sera excellente surtout à son adolescence « ***Je serai beaucoup plus câline, je ferai plus de démonstration d'affection. Je serai droite, et je vais lui donner une bonne éducation*** ».

Durant toute sa période de grossesse, ses relations avec l'entourage était assez bonnes, surtout avec sa belle famille et son mari qui étaient très inquiets pour sa santé et la santé de son bébé « ***pour ma belle mère elle ne faisait aucune différence entre moi et ses filles*** ».

D'après ce que Nawal nous a raconté sur son histoire personnelle, elle avait vécu une enfance et une adolescence difficiles. Elle descend d'une fratrie composée de six sœurs et un seul frère, elle n'était pas une enfant désirée, au point où son père lui avait choisi un prénom qui signifie de la malédiction (Zidhoum). Car les parents, surtout le père voulaient ainsi un garçon à tout prix.

Durant son enfance, elle était très attachée à ses sœurs surtout à la grande, qui représentait pour elle à la fois la mère et le père. Son père était un alcoolique et sa mère avait un seul souci, celui d'avoir un garçon « ***heureusement que ma mère avait réussi à avoir un garçon, si non je crois qu'elle serait devenue folle*** ». Elle rajoutait qu'après la naissance ce frère, ses parents sont devenus plus négligents envers les

filles, et une fois que celui-ci est devenu un jeune homme, il était le véritable chef à la maison.

Elle était très gênée par son prénom « *tous le monde me demandait qu'est-ce que sa signifie ?* ». Alors une fois atteint l'âge de 16 ans, Nawal avait décidé de changer son prénom. C'est à cause de cela, qu'elle a choisi elle-même le prénom de son enfant.

Pour l'anticipation de l'accouchement, Nawal était très inquiète car elle avait très peur de cette épreuve, elle faisait même des fois des cauchemars à propos de la scène de l'accouchement.

Nawal a accouché à 31 semaines et 05 jours, peu de temps après avoir été hospitalisée à cause de dilatation du col de l'utérus. Elle se retrouve dans le service de néonatalogie depuis une semaine. Elle nous informait qu'aucune personne de sa famille n'a eu de problèmes obstétricaux.

Pour elle, l'expérience de l'accouchement était un moment douloureux qu'elle n'a jamais connue de sa vie. Elle a pu voir son bébé une fois que la sage femme la nettoyait. L'équipe médicale l'avait bien prise en charge durant ce séjour à la clinique.

A ce moment, elle était choquée de la petite taille de son bébé « *J'étais choquée de le voir, on dirait que ce n'est pas mon bébé, c'est une petite chose toute maigre* ». Elle nous déclarait que le lendemain, elle s'est déplacée au service de néonatalogie, afin de pouvoir bien le voir. Elle s'est retrouvée figée devant la couveuse de ce dernier « *Tous ces tuyaux, sans bouger, ça donne l'impression qu'il est mort* ».

Nawal se culpabilisait tout le temps « *Je pleure lorsque je pense qu'il peut mourir, c'est de ma faute, Je me sens moins forte* ».

Après cette expérience troublante, Nawal avait besoin de partager sa douleur avec sa grande sœur, parce que selon elle cette dernière est la seule qui peut apaiser et soulager sa souffrance, ainsi que son mari.

Concernant ses relations avec son entourage, elle trouvait que sa mère fait plus attention à elle qu'avant, et du côté de son père il n'y a eu aucun changement.

C- Les résultats du questionnaire

Pendant la passation du questionnaire, Nawal a mis 5 min pour répondre à l'ensemble des questions. Le score total des items est 50.

Nous pouvons constater que Nawal a dépassé le seuil de 33, ce qui fait qu'elle présente un ESPT.

Par rapport aux scores des sous-échelles : l'échelle d'évitement est d'un score de 19, l'échelle d'hyperactivité neurovégétative est d'un score de 11, et celui de l'intrusion est d'un score de 20 qui est le plus élevé.

1-6 Cas n°6 : Sarah

A-Présentation générale du cas

Sarah est âgée de 29ans, mariée depuis 5ans, ayant un niveau d'instruction moyen, elle travaille comme couturière.

B- Compte rendu de l'entretien

L'entretien a été réalisé au niveau du CHU de Bejaia. Sarah nous a apparu comme une personne compréhensive, souriante, attentive et un peu triste, elle avait l'air inquiet à cause de l'état de son fils qui se trouve au service de néonatalogie.

Sarah tomba enceinte après 4ans de mariage, cet enfant était énormément désiré par le couple *« j'ai tout fait pour tomber enceinte, j'ai consulté beaucoup de gynécologues durant les 4ans passés »*.

A propos du déroulement de sa grossesse, Sarah n'a jamais été malade ; ni physiquement, ni psychiquement, à part les troubles fonctionnels qui ont vite disparus avec le début du deuxième trimestre *« je suis en bonne santé Hamdoullah, sauf, des fois durant les premiers mois, j'avais des petits malaises »*.

Sarah paraît heureuse, parlant de sa première échographie qu'elle avait fait pendant son 2^{ème} mois de grossesse, elle sourit et elle continue *« j'étais très heureuse en le voyant sur l'écran, j'ai senti que j'ai vraiment envie de ce petit ange »*.

Les premiers mois de sa grossesse sont bien passés, s'était à partir du 4^{ème} mois qu'elle avait commencé à imaginer son bébé sans préciser le sexe, l'essentiel pour elle était de mettre au monde un bébé et d'être une mère *« dès qu'il avait commencé à bouger la première fois, j'ai dessiné une image de lui dans ma tête, qu'il sera beau et brun, et même très intelligent »*. Elle nous déclara qu'elle s'imaginait une mère merveilleuse, et qu'elle sera toujours présente pour son enfant.

Sarah nous déclarait qu'elle avait des problèmes relationnels avec sa belle mère, qui la traitait de stérile à chaque occasion, cette dernière a même proposé à son fils de se remarier, la chose qui a poussé Sarah à déménager loin de sa belle famille *« Ma belle mère n'arrête jamais de me traiter de stérile, chose que je ne pouvais pas supporter,*

tout est entre les mains du bon DIEU, moi aussi j'avais souhaité de tomber enceinte dès ma première année de mariage ».

Malgré ces conflits, la mère de Sarah et son époux étaient toujours présents pour la soutenir « *ma mère ne m'a jamais laissée tomber, c'est ma seule gardienne depuis que j'étais toute petite, mon mari aussi, était à mes côtés ».*

Elle nous parlait à chaque fois de son père qui est décédé depuis 02ans, ce dernier représentait pour elle l'abri et le refuge, elle aurait souhaité qu'il soit encore vivant pour voir son neveu « *mon père est mort depuis 2ans ... eh oui !! J'aurais aimé voir son sourire et sa joie, chose qui me laisse compléter le vide que j'ai vécu pendant mon enfance ».*

Sarah est l'aînée d'une fratrie de deux sœurs et trois frères. Elle nous informait que d'après ce que sa mère lui a raconté de sa naissance, elle n'était pas une enfant désirée par toute sa famille, parce qu'ils souhaitaient avoir un garçon, sauf sa mère qui était très contente, car c'était son premier bébé.

Selon ses souvenirs, elle avait mal vécu son enfance et son adolescence, car son père préférait les garçons que les filles « *je me souviens quand mon père jouait et sortait avec mes deux frères, tandis qu'à moi et mes sœurs, il ne s'intéressait jamais à nous ».* Elle nous déclarait avec un sourire que lorsqu'elle avait rencontré son mari, elle a trouvé chez lui la tendresse et l'amour qui lui manquait.

Concernant son anticipation de l'accouchement, elle l'attendait avec beaucoup de peur et de stress.

Sarah a accouché à 35SA et 5jours, elle se retrouve dans le service de néonatalogie depuis 15 jours. Elle nous informait que dans sa famille personne n'a eu des accouchements prématurés, ni d'antécédents obstétricaux, sauf sa mère qui a eu un avortement.

Selon elle, le moment de l'accouchement était un moment inoubliable, très douloureux physiquement. Sarah nous déclarait que les sages-femmes étaient sévères avec elle « *elles criaient au lieu de m'aider et de me dire comment je dois faire pour faciliter le processus de l'accouchement ».*

Sarah a pu voir son bébé juste après l'accouchement, elle était insatisfaite par sa petite taille, mais l'essentiel pour elle était sa survie « *la seule chose qui m'ai venue à l'esprit est : est ce qu'il va s'en sortir, est ce qu'il va vivre ou non, en plus il n'est pas*

comme je l'avais imaginée ». Elle continuait de parler en disant « *l'essentiel pour moi maintenant c'est qu'il est hors du danger, il a récupéré un peu de poids* ».

Après sa sortie de la salle d'accouchement, la première personne qu'elle lui est venue à l'esprit était sa mère, parce que cette dernière est la seule qui pouvait apaiser ses souffrances « *maintenant je respecte ma mère plus qu'avant, parce que je sais très bien combien elle avait souffert pour nous* ».

En ce qui concerne ses relations familiales, il y a eu des changements avec sa belle mère, qui a changé de comportement envers elle « *ma belle mère m'a appelée pour me féliciter, elle est même venue me rendre visite* ».

C- Les résultats du questionnaire

Pendant la passation du questionnaire, Sarah a mis 5 min pour répondre à l'ensemble des questions. Le score total des items est 43. Nous concluons que Sarah présente un ESPT.

Par rapport aux scores des sous-échelles : l'échelle d'évitement est d'un score de 21 qui est le plus élevé, l'échelle d'intrusion est d'un score de 14, enfin celui d'hyperactivité neurovégétative est d'un score de 08.

1-7 Cas n°7 : Yasmina

A- Présentation générale du cas

Yasmina est âgée de 24ans, mariée depuis un an, elle vit avec sa belle famille. Elle est d'un niveau d'instruction moyen, travaille comme vendeuse dans un magasin.

B- Compte rendu de l'entretien

Yasmina a accepté avec joie d'échanger avec nous quelques informations, elle commençait par nous assurer que sa grossesse était planifiée et bien désirée depuis le premier mois de son mariage.

Au cours des premiers mois de sa grossesse, Yasmina avait souffert de vomissements. Au cours de cette période, elle est devenue très sensible et irritable.

Yasmina commençait à imaginer son bébé dès qu'elle a su le sexe de son enfant. Elle commençait à lui acheter des vêtements au cours des premiers « *dés que la gynécologue m'a annoncée que j'aurai une fille, j'étais très contente, je l'imaginais toute belle et petite, je lui ai acheté des robes, un berceau rose tout truc de filles, c'était magnifique* »

Lors de la perception des premiers mouvements fœtaux, la jeune mère était très contente, puisque c'est sa première grossesse et sa première sensation, elle parlait en souriant « *je me sentais très contente, je me disais le bébé que j'ai souhaité et là, je n'avais pas voulu que mon bébé s'arrête de bouger* ».

Yasmina se voyait déjà une bonne mère, elle nous déclarait qu'elle n'allait pas être seulement une mère, mais aussi une amie intime pour sa fille.

Concernant son anticipation de l'accouchement, Yasmina avait très peur de cette épreuve, mais elle se disait qu'elle devrait être courageuse comme toute femme qui allait accoucher « *je vais accoucher comme toutes les femmes, je dois être courageuse* ».

Depuis son mariage, Yasmina ne s'entendait pas bien avec sa belle mère et sa belle sœur, mais son mari et sa deuxième belle sœur étaient toujours près d'elle « *j'ai deux belles sœurs, une qui me supportait pas, et l'autre qui m'aide et qui est toujours à mes côtés, un beau frère qui s'en fou de tout, et une belle mère qui m'aime pas à cause de sa méchante fille, mon mari essaye toujours d'arranger les choses avec sa mère* ». Elle rajoute que ce climat familial perturbé ne la convenait pas, elle se sentait tout le temps stressée et angoissée, puisqu'elle n'avait pas l'habitude de vivre de cette manière chez ses parents.

Yasmina descend d'une fratrie de trois enfants, un frère qui l'ainé et deux petites sœurs, avec les quelles elle a une bonne relation. Selon elle, ses parents faisaient de leur mieux pour répondre aux besoins de leur enfant.

Yasmina a accouché à 34 SA, elle se retrouve dans le service de maternité depuis 24 jours. Elle nous informait que sa tante maternelle avait fait aussi quatre avortements successifs durant ses trois premières années de mariage.

Yasmine avait mal vécu l'expérience de l'accouchement, elle avait beaucoup souffert, heureusement que la sage femme était compréhensive « *l'équipe médicale ne pas laissée seule, elle m'a bien prise en charge* ».

Elle n'a pas pu voir son bébé que trois heures après son accouchement, « *je n'ai pas voulu le voir immédiatement car je n'étais pas prête* ». Notre jeune accouchée comparait son bébé avec les autres bébés qui sont nés à terme et qui se trouvaient dans le service de néonatalogie.

Elle parlait avec une grande tristesse sur son premier contact avec son bébé « *j'avais mal pour mon tout petit bébé, ça ma fait pleurer et stresser car il n'était pas comme les autres* ».

Depuis qu'elle a accouché, toute sa famille la soutenait surtout sa mère et son mari, qui se font du souci pour sa santé ainsi qu'à la santé du bébé « *toute ma famille m'appelle et me rend visite, beaucoup plus ma mère et mon mari* ».

C- Les résultats du questionnaire

Pendant la passation du questionnaire, Yasmina a mit 5minute pour répondre à l'ensemble des questions. Le score total des items et de 36. Nous concluons que Yasmine présente un ESPT.

Par apport aux scores des sous échelles: l'échelle d'évitement est d'un score de 13, l'échelle d'intrusion est d'un score de 14 qui est le plus élevé, et celui de l'échelle d'hyper activité végétatif est d'un score de 9.

1-8 Cas n°8 : Imen

A- Présentation générale du cas

Imen est âgée de 29 ans, mariée depuis un an, demeurant à Alger, ayant un niveau d'instruction universitaire, et travaille comme comptable dans une usine.

B- Compte rendu de l'entretien

Imen a accepté avec élégance de faire cet entretien avec nous, elle était positive durant toute la rencontre.

C'est après deux mois qu'Imen tomba enceinte. Les premiers mois de sa grossesse étaient bien passés à part les troubles fonctionnels. Une fois la période de ces éventuels vomissements et nausées dépassée, un sentiment de quiétude envahit la mère qui remarquait son ventre s'arrondir doucement.

Imen parlait en souriant lorsqu'elle répondait à la question des premiers mouvements qu'elle avait senti « *c'était des moments inoubliables, je n'avais pas arrêté de toucher mon ventre et de suivre ces mouvements* ».

L'enfant imaginaire est construit à partir des sensations fœtales, Imen imaginait un bébé actif, cette imagination est pauvre et ne laissent place à aucune fantaisie « *j'ai voulais juste que mon bébé soit en bonne santé, que ça soit une fille ou un garçon ça n'a pas d'importance* ».

Durant ce temps, elle vivait une très bonne relation avec son conjoint, elle entretenait aussi une relation assez bonne avec sa belle famille ainsi qu'à sa propre famille, elle avait souhaité durant sa grossesse vivre dans un milieu familial chaleureux, et être proche de sa mère « *mes deux familles habitaient à Bejaia et moi à Alger, donc seul mon mari était près de moi* ».

Elle rajoutait qu'elle avait peur de ne pas pouvoir être une bonne mère, et que son travail devient un obstacle dans l'éducation qu'elle va donner un jour à son enfant « *je pensais tout le temps comment je vais faire ? au moins si j'étais ici à Bejaia, ma mère et ma belle mère veillerons sur mon bébé* ».

Selon son histoire personnelle, sa naissance était un grand événement pour sa famille, puisque sa mère s'est mariée tard, elle avait l'âge de 40 ans quand elle est tombée enceinte d'elle, c'est le second enfant qu'ils ont mis au monde après un garçon. Elle avait une bonne relation avec sa famille « *nous étions une petite famille qui s'entendait à merveille* ».

Pour l'anticipation de l'accouchement, Imen avait souhaitée accoucher par césarienne, pensant que c'est le moins douloureux par rapport à un accouchement par voie basse.

Imen a accouché à 30 SA, elle se retrouve dans le service de néonatalogie depuis 26 jours. D'après elle, elle est la seule à accoucher prématurément, et aucune personne de sa famille n'avait des problèmes obstétricaux.

Son accouchement était bien passé, d'après elle, la gentillesse de la sage femme lui a permis de mieux vivre l'accouchement, malgré la douleur extrême.

Elle a pu voir son bébé juste après l'accouchement, même si elle n'avait pas eu la rencontre dont elle rêvait, et que son bébé est venu au monde avant terme, Imen était contente de voir son bébé pour la première fois. D'après son discours, nous avons déduit qu'elle se culpabilisait quelque part « *C'est peut être, les voyages que je faisais chaque weekend pour rentrer à Bejaia, qui m'ont provoquée cet accouchement prématuré* ».

La mère était bien entourée après son accouchement, malgré l'absence de son conjoint qui est resté à Alger pour travailler, toute sa famille et sa belle famille étaient présentes pour répondre à ses besoins.

C- Les résultats du questionnaire

Pendant la passation du questionnaire, Imen a mis 6 minutes pour répondre à l'ensemble des questions. Le score total des items est 39. Nous concluons qu'Imen présente un ESPT.

Par apport aux scores des sous échelles: l'échelle d'évitement est d'un score de 13, l'échelle d'intrusion est d'un score de 16 qui est le plus élevé, enfin celui de l'échelle d'hyper activité végétative est d'un score de 10.

2-Synthèse des résultats et discussion des hypothèses

Nous avons essayé à travers notre recherche de voir si les femmes ayant accouché prématurément pouvait développer un ESPT.

La méthode choisie est celle de l'étude de cas. Deux techniques ont été utilisées pour la collecte des données, qui sont : l'entretien clinique et l'Impact of Event Scale Revised (IES-R).

La diversité de notre population nous a permis d'obtenir des témoignages riches. Les parturientes que nous avons rencontré sont de milieux sociaux très différents, leur activités professionnelles sont variées : femme au foyer, enseignante, couturière, agent administratif...etc.

Les femmes interrogées sont des primipares d'un âge allant de 24ans à 31ans, elles sont toutes mariées, la plupart d'entre elles, vivent avec leur belle famille.

La quasi-totalité des parturientes nous ont déclaré qu'elles avaient désiré leur grossesse, cependant nous avons constaté un refus manifeste d'avoir un bébé dans l'immédiat chez un seul cas, car cela chamboulait ses projets de vie, elle aurait aimé attendre un peu.

L'état de santé chez la quasi-totalité des parturientes était plus au moins désagréable, car elles avaient souffert de troubles fonctionnels (vomissements, nausées), troubles alimentaires, troubles du sommeil... ces troubles ont disparu chez la plupart vers la fin du premiers trimestre, alors que chez certaines, ils ont persisté jusqu'à la fin de second trimestre.

Toutefois quelques-unes ont manifesté des problèmes particuliers comme l'hypertension, la dilatation du col de l'utérus.

Plus de la moitié des femmes ont imaginé leur enfant dès qu'elles ont su qu'elles étaient enceintes, tel qu'il devrait être à sa naissance (garçon, fille..), pour d'autres cela n'a pas été que vers le troisième ou le quatrième mois.

En ce qui concerne les mouvements fœtaux, les femmes les ont ressentis à des moments différents. Ils semblent avoir été accueillis favorablement chez la plupart des parturientes, précipitant leur prise de conscience.

Nous avons constaté que la quasi-totalité des femmes se voyaient déjà mère avant d'enfanter, et chacune s'imaginait en tant que mère selon son histoire personnelle et sa relation avec sa propre mère.

Nous avons constaté également que presque la totalité des femmes avaient de bonne relation conjugale, les conjoints se sont montrés très présents et soutenant.

L'anticipation de l'accouchement est marquée par l'appréhension et l'inquiétude, dont l'intensité est variable d'une femme à une autre.

Concernant l'accouchement prématuré, il a survenu à des semaines d'aménorrhées différentes d'une femme à une autre (de 28SA à 35SA). La moitié des prématurés sont de la catégorie moyenne, et l'autre moitié des prématurés sont des grands prématurés.

A savoir que la primiparité est l'un des caractéristiques de notre groupe de recherche, le risque de prématurité semble être plus élevé aux extrêmes chez la primiparité et la grande multiparité. Chez les primipares très jeunes, les hypothèses évoquées sont une immaturité physiologique de l'organisme maternel d'une part et d'autre part une insuffisance des réserves énergétiques. (R.L. ANDRE et al., 2000, p.30)

Les facteurs génétiques pourraient être aussi évoqués devant la présence de concentration familiale de cas de prématurité. La majorité des mères déclaraient qu'il ya une personne de leur famille (la mère, la sœur ou la grand-mère) qui a des problèmes obstétricaux.

Certains traits psychologiques de la femme enceinte pouvant être en relation avec une éventuelle naissance prématurée.

Les indicateurs psychologiques suivants sont significativement plus fréquents dans les naissances prématurées : perturbation de l'image corporelle, absence du sentiment de plénitude du temps de la grossesse, une place peu importante faite au père de l'enfant, une pauvreté du lien de filiation et de l'identification parentale, importance accordée aux superstitions et aux croyances. La présence d'au moins deux de ces indicateurs augmente le risque de prématurité. (N. MAMELLE et al., 1989, p.595)

L'accouchement est mal vécu par toutes les femmes, quelques une se sont senties être torturées. Ce sentiment peut être lié à la douleur intense.

Concernant l'attitude de l'équipe médicale, celle-ci s'est montrée la plus part du temps sereine et rassurante au moment de l'acte.

La majorité des mères déclaraient avoir pu voir leur bébé juste après leur accouchement, et que la première rencontre c'est avérée trop tôt, car elles avaient souhaité amener leur grossesse à son terme.

La plupart d'entre elles trouvaient que leur enfant n'avait aucune ressemblance à ce qu'elles avaient imaginé, et la petite taille de ces bébés les a stressées, cependant certaines sont restées courageuses, ces dernières estimaient que l'essentiel pour elle était leur bébé soit en bonne santé.

Pour C. BUN, l'accouchement c'est le temps de la rencontre avec l'enfant réel dans l'étonnement, l'émerveillement mais parfois la déception ou l'effroi.

Pour certains parents, même si l'enfant est viable, en bonne santé, il reste décevant, insuffisamment beau ou bon, ou encore l'écart entre le bébé imaginaire et réel est trop grand, soit du fait du bébé lui-même, écart pouvant être majoré par des circonstances traumatiques lors de l'accouchement, réanimation néonatale ou parce que l'enfant est né prématurément. Pour investir l'enfant réel, la mère doit faire le deuil de cet enfant imaginaire, pour laisser place à l'enfant réel, avec ses caractéristiques propres. (2003, p.58).

La rupture prématurée confronte la mère à une réalité venue trop tôt, et un investissement fantasmatique prématuré «Il manque un espace-temps nécessaire à l'investissement de la grossesse et du bébé. La réalité prend le dessus sur le fantasme ». (C. DRUON, 2005, p.23)

Suite à l'expérience de l'accouchement, la plupart des femmes ont cherché du soutien moral au près de leurs propre mère ou de leur conjoint.

La quasi-totalité des femmes se sentaient personnellement coupable de la naissance prématurée, parce que c'est elles qui ont porté le bébé et qu'elles ont le sentiment qu'elles n'ont pas pu le protéger en menant à terme leur grossesse.

Nous avons constaté que toutes les femmes présentaient des symptômes d'intrusion : revivre de manière persistante l'événement, d'en rêver de façon répétitive, d'éprouver des réactions physiologiques intenses en présence des situations qui rappellent, ressemblent ou évoquent l'événement traumatisant. Les résultats de leur questionnaires viennent confirmer ces ressentis.

Les résultats de leur questionnaire ont confirmé l'existence d'un état de stress post-traumatique chez la majorité des femmes (6/8).

Il est intéressant de remarquer cliniquement qu'un état de stress post-traumatique peut ne pas être seulement lié à la naissance prématurée, mais aussi à tous les « effets d'après-coup » qui réveillent des angoisses anciennes reliées à leur tristesse personnelle respective, mais aussi des angoisses actuelles, comme par exemple : les complications somatiques, les changements d'unité hospitalière ou encore le retour à domicile. (C. MÜLLER NIX, A. BORGHINI, 2008, p.64).

Nous avons constaté aussi que l'entourage et la famille était plus ou moins soutenant chez la plupart des femmes.

La vulnérabilité d'un parent dépend de plusieurs autres facteurs qu'il est nécessaire d'investiguer : ses ressources individuelles, la qualité du fonctionnement de ses mécanismes de défense psychique, les compétences de son couple, son environnement psychosocial, aussi bien que les caractéristiques du bébé. (A. CAREL, 1977, p.125).

Nous pouvons dire que notre hypothèse est confirmée, puisque que la plupart (6/8) des mères qui ont accouché prématurément, ont développé un état de stress post-traumatique.

Conclusion

La naissance prématurée implique une série de stress tels que : la confrontation inattendue avec un bébé loin de correspondre aux représentations que l'on s'en faisait, la sidération face à la précipitation des événements, l'expérience de vide lorsque le bébé est déplacé à l'unité de soins intensifs, le sentiment d'impuissance face à un risque réel de mort et le spectacle impressionnant de soins invasifs.

La naissance prématurée peut alors entraîner des symptômes post-traumatiques, tels que ceux décrits dans l'état de stress post-traumatique (ESPT) : intrusion de souvenirs, tentatives d'éviter les situations ravivant ceux-ci et l'hyper vigilance émotionnelle.

Ces réactions pourraient avoir des implications sur la transition vers la maternité, notamment sur l'image que la mère se fait d'elle-même et de son enfant, ainsi que sur ses compétences maternelles.

De ce fait, ces symptômes peuvent provoquer une certaine distorsion de la relation, et peuvent avoir des conséquences sur la qualité des interactions mère-enfant et sur le développement de l'enfant.

L'analyse présente de notre recherche est de voir si les femmes ayant accouché prématurément pouvait développer un ESPT.

Dans le but de vérifier notre hypothèse de travail, nous avons constitué un groupe de recherche composé de 08 cas de femmes mariées primipares dont l'accouchement s'est déroulé par voie basse et dont l'enfant est vivant. Notre pratique s'est déroulée au niveau de deux maternités (service de maternité dans l'EPH de Kharrat et le service de néonatalogie de CHU Targa-Ouzemour de Bejaia). Cela a duré trois mois.

Dans notre étude nous avons choisi d'utiliser la méthode descriptive dont les techniques d'investigation étaient l'entretien clinique et le questionnaire (IES-R), qui est un questionnaire d'auto-évaluation pour évaluer l'état de stress post-traumatique, il a été construit par Weiss et Marmar en 1997 et qui comprend 22 items.

A partir de l'analyse des données des entretiens et des résultats des questionnaires, nous avons constaté que les femmes qui accouchent prématurément peuvent développer un état de stress post-traumatique.

De ce fait, nous pensons qu'une prise en charge psychologique de ces femmes est nécessaire, et ce a fin de prévenir des troubles psychopathologiques chez le bébé.

Il serait souhaitable qu'une autre équipe d'étudiants, chercheurs puissent mener une enquête plus large en matière d'échantillonnage, pour une meilleure confirmation des résultats obtenus dans cette présente recherche.

Bibliographie

Ouvrages

- 1- AMERICAN PSYCHITRIC ASSOCIATION (2000) **Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux**, 4^{ème} édition, Paris, Masson.
- 2- ANGERS M. (1997), **initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines**, Alger, casbah.
- 3- BENONY H. CHARAHOUI K. (1999), **L'entretien clinique**, Paris, Dunod.
- 4- BINEL G. (2000), **Prématurité et rupture du lien mère-enfant**, Paris, Gaëtan Morin.
- 5- BORGHINI A. MÜLLER NIX C. (2008), **Un étrange petit inconnu ; la rencontre avec l'enfant né prématuré**, Ramon ville Saint-Agne, Érès.
- 6- BOUVARD M. COTTRAUX J. (2002), **Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie**, 3^{ème} édition, Paris, Masson.
- 7- BUN C. GILBERT V. JOUINOT P. (2003). **La périnatalité**, Paris, Bréal.
- 8- CHAHRAOUI K.H. BENONY H. (2003), **Méthode d'évaluation et recherche en psychologie Clinique**, Paris, Dunod.
- 9- CHILAND C. (1983), **L'entretien clinique**, Paris, PUF.
- 10- COURBIER B. CARCOPINO X. (2014), **Gynécologie Obstétrique**, Paris, ISBM.
- 11- DAGEVILLE C. (2011), **Le début de la vie d'un grand prématuré expliqué à ses parents**, Toulouse, ERES.
- 12- DAYAN J. et al, (1999), **Psychopathologie de la périnatalité**, Paris, Masson.
- 13- DAYAN J. (2002), **Maman, pourquoi tu pleures ? Les désordres émotionnels de la grossesse et de la maternité**, Paris, Odile Jacob.
- 14- DAYAN J. (2008), **Les dépressions périnatales. Evaluer et traiter**, Issy-les-Moulineaux, Masson.

- 15- DELLA PIAZZA S. LAMOTTE P-J. (2013), **Naitre Trop Tôt**, Belgique, De Boeck.
- 16- DRUON C. (1996), **A l'écoute du bébé prématuré, Une vie aux portes de la vie**, Paris, Aubier.
- 17- FERNANDEZ L. CATTEEUW M. (2001), **La recherche en psychologie clinique**, Paris, Nathan.
- 18- GRAWITZ M. (2001), **Méthodes des sciences sociales**, Paris, Dalloz.
- 19- GRODDECK G. (2001), **Le livre du Ça**, Paris, Gallimard.
- 20- JEAN-TRISTAN R. (2004), **Essais d'épistémologie psychanalytique**, Paris, Harmattan.
- 21- LANSAC J. DESCAMPS P. OURY J-F. (2006), **Pratique de l'accouchement**, Paris, Elsevier Masson.
- 22- LAUGIER J., GOLD F. (1991), **Abrégé de néonatalogie**, 3^{ème} édition, Paris, Masson.
- 23- MISSONNIER S., GOLSE B., SOULÉ M. (2004), **La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité. Élément de psycho (patho) logie**. Paris, PUF.
- 24- MISSONNIER S. (2009), **Devenir parent, naître humain**. Paris, Puf.
- 25- MISSONNIER S. et al., (2012), **Manuel de psychologie clinique de la périnatalité**, Paris, Masson.
- 26- PAGE L. (2004), **Le nouvel art de la sage-femme**, Paris, Elsevier Masson.
- 27- PEDENIELLI J.L. FERNANDEZ L. (2005), **L'observation clinique et l'étude de cas**, Paris, Armand Colin.
- 28- PUTET G. (1989), **Alimentation du nouveau-né de petit poids de naissance: besoins nutritionnels, supplémentation du lait féminin et des laits adaptés aux prématurés**, Progrès en pédiatrie, Paris.
- 29- RACAMIER P.C. (1998), **La maternalité psychotique**, In : *De psychanalyse en psychiatrie, Etudes Psychopathologiques*, (1979) Paris, Payot et Rivages (à vérifier)

30- STERN D-N (1995), **La constellation maternelle. The motherhood constellation**, Harper Collins. Traduction française avec le concours du CNL. (1997), Paris, Calmann-Lévy.

31- SUTTER L. DALLAY J. (2010), **Traité d'obstétrique: la dépression post-natale**, Paris, Elsevier Masson.

32- VOYER M. MAGNY J.F. (1997), **Prématurité : le pré terme**, Paris, Masson.

33- WINNICOTT D.W. (1956), **La préoccupation maternelle primaire**. Traduction française KALMANOVITCH K.1969, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, pp 35-50.

2- Dictionnaires

1- BLOCH. H. (1991), **Grand dictionnaire de la psychologie**, Larousse, Paris.

2- COATANTIEC Y. et al. (1996), **encyclopédie médical chir. Pédiatrie**, Paris, Elsevier.

3- Revues

1- ABERGEL M. et BLICHARSKI T. (2013) « Naissance prématurée et lien mère-enfant : attachement de l'enfant, état de stress post-traumatique maternel » in **Devenir**, N° 25, pp. 49-64.

2- ANANTH C.V, al. (2006), «Recurrence of spontaneous versus medically indicated preterm birth», **Am J Obstet Gynecol**, vol 195, pp. 643-650.

3- ANDRES R.L. DAY M.C. (2000), «Perinatal complications associated with maternal tobacco use», **Semin Neonatol**, vol 5, pp. 231-241.

4- BENDERSKY M. LEWIS M. (1994). «Environmental risk, biological risk, and developmental outcome», **In Development Psychology**, N° 30, pp. 484-494.

5- BYDLOWSKY M. (2006), «Parenté maternelle et parenté paternelle». **Adolescence**, Vol 55, n° 1, pp. 33-42.

6- CONDE-AGUDELO A. et al. (2006), «Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: a meta-analysis» **Jama**, vol 295, pp. 1809-1823.

- 7- CRAMER B. (2002), «Les dépressions du post-partum : une pathologie de la préoccupation maternelle primaire?» **Devenir**, Vol 22, N° 2, pp. 89-99.
- 8- CREAMER M. BELL R. FAILLA S. (2003), «Psychometric properties of the Impact of Event Scale-Revised», **Behav Res Ther**, Vol 41, N°12, pp. 1489-1496.
- 9- DE VRIENDT-GOLDMEN C. DURIEUX M.P. (2005), « Réflexions quant à l'accompagnement psychothérapeutique du bébé, de ses parents et des soignants en unité néonatale », in **Devenir**, Vol. 17, N°01, pp. 5-37.
- 10- EL HARIM L. al. (2001), «Service de néonatalogie. Hôpital d'enfants». **CHU de Rebat-Salé, Maroc**, Vol 8, n°75, pp. 395-402.
- 11- GAMARRA E. (1993), «Apports énergétiques et protéiques chez le nouveau né prématuré» **journal de pédiatrie et puériculture**, N°1, pp. 24-28.
- 12- GOLDENBERG R.L. et al. (2008), «Epidemiology and causes of preterm birth», **Lancet**, Vol. 371, pp. 75-84.
- 13- GOUTAUDIER N. et al. (2014), « Profils psychopathologiques des mères ayant accouché prématurément et impact sur le lien mère enfant », **Journal de pédiatrie et de puériculture**, Vol. 27, pp. 164-171.
- 14- HERZOG A. et al. (2003), « Étude clinique sur le rôle paternel lors d'une naissance prématurée », in **médecine et hygiène**, Vol. 23, N°2, pp. 97-106.
- 15- IAMS J.D. et al. (1996), "The length of the cervix and the risk of spontaneous premature delivery. National Institute of Child Health and Human Development Maternal Fetal Medicine Unit Network." **N Engl J Med**, vol 334, pp. 567-572.
- 16- KRUPA F.G. et al. (2006). "Predictors of preterm birth." **Int J Gynaecol Obstet**. Vol 94, pp. 5-11.
- 17- MERCER B.M. et al. (1999), «The preterm prediction study: effect of gestational age and cause of preterm birth on subsequent obstetric outcome. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network», **Am J Obstet Gynecol**, vol 181, pp. 1216-1221.
- 18- MISSONNIER S. (2007), «Une relation d'objet virtuelle?», **Le Carnet/Psy**, vol 120, pp. 43-47.

- 19- MISSONNIER S. (2009), «Identifications, projections et identifications projectives dans les liens précoces. La participation périnatale», **Le divan familial**, vol 22, pp. 17-31.
- 20- MYKING S. et al. (2013), «X-chromosomal maternal and fetal SNPs and the risk of spontaneous preterm delivery in a Danish/Norwegian genome-wide association study» **Plos One**, vol. 8, pp. 120-195.
- 21- NABUKERA S.K. et al. (2009), «Racial disparities in perinatal outcomes and pregnancy spacing among women delaying initiation of childbearing», **Matern Child Health J**, Vol. 13, N°1, pp. 81-89
- 22- PERSINI C. (2009), « Du baby blues physiologique à la psychose puerpérale », **Vocation sage-femme**. Vol. 8, N° 74, pp. 60-75.
- 23- PIANTA R.C. et al. (1996), « Mothers' resolution of their children's diagnoses: Organized patterns of caregiving representations», **Infant Mental Health Journal**, N° 17, pp. 239-256.
- 24- PORTER T.F. et al. (1997), «The risk of preterm birth across generations», **Obstet Gynecol**, vol. 90, pp. 63-67.
- 25- ROMERO R. et al. (2006). "The preterm parturition syndrome." **BJOG**. Vol. 113, pp. 17-42.
- 26- RACAMIER P-C, SENS C, CARRETIER L. (1961), « La mère et l'enfant dans la psychose du post-partum », In **L'évolution psychiatrique**, Vol 26, pp. 525-570.
- 27- SMITH L.K. et al. (2007), «Socioeconomic inequalities in very preterm birth rates», **Archives of Disease in Childhood – Fetal and Neonatal Ed**, vol. 92, pp. 11-14.
- 28- SZIJARTO G. et al. (2009). «Etat de stress post-traumatique chez les mères et chez les pères d'enfant prématurés : similitudes et différences», in **Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescence**, vol 57, pp. 385-391.
- 29- THOMPSON J.M. et al. (2006), «Secular trends in socio-economic status and the implications for preterm birth», **Paediatric Perinat Epidemiol**, vol. 20, N° 3, pp. 182-187.

30- WINKVIST A. et al. (1998), «Familial patterns in birth characteristics: impact on individual and population risks», **Int J Epidemiol**, vol 27, pp. 248-254.

31- ZELANY-VATINE M. (2004), «Petit...Il est tout petit...Regards croisés sur l'extrême prématuré »in **champs psychosomatique**, N°34, pp.33-45.

1- Thèses et Mémoires

1- CENSINI C. (2015), **Le lien parental à l'épreuve de la prématurité : le père. Un versant unificateur face à l'angoisse ?** Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, sous la direction de DENJIY A., Université catholique de Louvain. Nombre de page. 80

2- DIAGNE N.R. (2000), **Caractéristiques périnatales et devenir du prématuré**, Thèse présentée pour l'obtention du Doctorat en Médecine. Sous la direction de Mme Haby SIGNATE-SV, Université de Cheikh anta Diop de DAKAR. Nombre de page.119

3- FERNANDES C. (2012), **Baby-blues et dépression post-natale : évaluation des connaissances des femmes : quelle information ont-elle reçue ?**, mémoire en vue de l'obtention diplôme d'état de sage-femme sous la direction de Rabanel M. Université d'Auvergne- UFR de médecine. Nombre de page.99

4- MOULIN G. (2010), **Enjeux psychiques de la très grande prématurité**, Thèse de doctorat de Psychologie, mention Psychologie et psychopathologie, sous la direction de BROYER G. Université Lumière, Lyon2. Nombre de page.167

5- PIQUEMAL E. (2012), **Impact de la prématurité sur le sentiment de compétence parentale et sur l'attachement mère/enfants dans un contexte de gémeité**, mémoire de master de psychologie, spécialité Education, développement, handicap de la petite enfance à l'adolescence, sous la direction de JARDINE M. Université VICTOR SEGALEN BORDEAUX 2. Nombre de page.73

6- OUATTARA L.B. (2009), **La prématurité : Profil épidémiologique et devenir à court terme**, thèse présentée pour l'obtention du Doctorat en Médecine, sous la direction de ABOUSSAD A. Université CADI AYYAD MARRAKECH. Nombre de page.112

5- wébographie

1- OMS. **Série de rapport technique**, 1950. (Disponible sur http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_27_fre.pdf consultée le: 10-04-17 à 21 :33)