



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

*Université Abderrahmane Mira – Béjaïa
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales*

Mémoire de fin de cycle

*En vue de l'obtention du diplôme de Master
Option : Option Psychologie Clinique*

Thème

L'anxiété chez la femme enceinte

*Etude clinique réalisée auprès de « 05 » cas à l'Etablissement Hospitalier Privé,
Gynécologie-Obstétrique « Rameau d'Olivier » Bejaïa*

Présenté par :

MEBARKI Nawel

MEDJKANE Melissa

Encadré par

Dr. GHOUAS. Y

Année 2020/2021.

Remerciement

Nous tenons en premier lieu à exprimer nos plus vifs remerciements au bon dieu, le tout puissant, de nous avoir accordé des connaissances, et nous avoir donné la patience et la force, et qui nous a guidé et éclairé notre chemin pour la réalisation de ce modeste travail.

Nous tenons ainsi à remercier tous les enseignants qui ont fournis tous leurs efforts pour nous avoir apporté leurs connaissances et toute leur sagesse pour qu'aujourd'hui nous ayons un trésor qui est le savoir.

En exprimant notre profonde gratitude à notre promoteur M. GHOUAS .Y c'est pour nous un grand honneur de vous voir présider cette thèse. Ce travail est une occasion pour nous d'apprécier vos qualités humaines et professionnelles.

Qu'il nous soit permis de vous remercier et de vous exprimer notre estime et profond respect.

Au personnel de l'établissement hospitalier de Bejaia qui ont répondu favorablement à notre demande de stage et d'avoir mis à notre disposition tous les moyens nécessaires et informations importantes pour pouvoir rédiger ce petit projet.

On profite de ces quelques lignes pour remercier toutes les personnes, qui de près ou de loin ont contribué à l'élaboration de ce mémoire.

Nos remerciements s'adressent également à l'égard de nos parents pour leur confiance et soutien et appréciation.

Dédicace

Je dédie ce modeste travail

Ames très chères parents qui m'ont dotés d'une éducation digne, leur amour à fait de moi ce que je suis aujourd'hui ; particulièrement à ma maman qui est une source inépuisable de tendresse, de patience et de sacrifice. Ta prière et ta bénédiction m'ont été d'un grand secours tout au long de ma vie.

Quoique je puisse dire et écrire, je ne pourrais exprimer ma grande affection et ma profonde reconnaissance.

A mon père, pour le gout à l'effort qu'il a suscité en moi, de par sa rigueur et tout l'amour qu'il me donne chaque jour même en étant loin.

A mon grand frère qui m'a toujours soutenu dans les moments difficiles, et qui m'a pris sous son aile.

A mes grands -parents, à mes tantes et cousins et cousines qui n'ont jamais cessé de m'aider et d'y croire en moi.

A tous mes amis(es) sans exception qui m'ont énormément aidé et soutenus à « F », « k », « H », « G », et pleins d'autres encore, et ma chère binôme Nawal qu'à accepter de réaliser ce mémoire ensemble.

Sans oublier mon plus grand amis qui a toujours supporter mes sauts d'humeur et qui m'a soutenu quand j'ai le moral à plat et qui m'a redonner de la joie et le sourire.

A toutes les personnes qu'ont participé à la réalisation de ce modeste travail.

Melissa Medjkane.

Dédicace

De fond de mon cœur je dédie ce modeste travail à tous ceux qui me sont
chers,

A mon très cher papa, pour son encouragement son bienveillance et
son soutien plus que précieux.

A la personne qui est la source du succès dans ma vie, avec ses d'Oaa,
son amour et sa tendresse, ma très cher maman.

Rien au monde ne vaut les efforts fournis jours et nuits pour mon
éducation et mon bien être.

Que dieu vous préserve une longue vie et vous garde en bonne santé.

A ma très chère grande sœur Sara pour ses précieux conseils et son soutien
moral, et sans oublier mon adorable petit neveu Ouways.

A ma petite sœur Farah pour son encouragement permanent.

A ma chère amie et Binôme Melissa avec qui on a vécu de fortes émotions

Tout au long de notre recherche.

A toutes les personnes que j'aime sans citer les unes et oublier les autres.

NAWEL MEBARKI

Sommaire

Table des matières

| | |
|--------------------|--|
| Remerciement | |
| Dédicaces | |
| Table des matières | |

| | |
|--------------------------|----------|
| Introduction..... | 2 |
|--------------------------|----------|

Partie théorique

Chapitre I : cadre général de la problématique

| | |
|---|----|
| 1.1. Les raisons du choix du thème..... | 7 |
| 1.2. Les objectifs du choix du thème..... | 7 |
| 1.3. La problématique | 7 |
| 1.4. La formulation des hypothèse | 10 |
| 1.5. Définition opérationnelle des concepts clés..... | 11 |

Chapitre II : Processus de la grossesse

| | |
|-----------------------|-----------|
| Préambule..... | 14 |
|-----------------------|-----------|

| | |
|--|-----------|
| 2. Définition de la grossesse : aspect médical | 14 |
| 2.1. Les signes sympathiques de la grossesse | 15 |
| 2.2. Les signes de menace de la grossesse | 20 |
| 2.3. La surveillance de la grossesse | 22 |
| 2.3.1. L'examen médical | 22 |
| 2.3.2. La prise de poids au cours de la grossesse | 23 |
| 2.3.3. L'alimentation de la femme enceinte | 24 |
| 2.3.4. L'activité physique au cours de la grossesse | 25 |
| 2.3.4.1. Les bienfaits de l'activité physique | 25 |
| 2.3.4.2. Les activités sportives | 26 |
| 2.4. La grossesse : aspects psychologique | 26 |
| 2.4.1. Maternité et sentiment maternel | 26 |
| 2.4.2. Les bouleversements psychologiques pendant la grossesse | 27 |
| 2.4.3. La dépression et la grossesse | 27 |
| synthèse..... | 28 |

Chapitre III : L'anxiété

| | |
|-----------------------|-----------|
| Préambule..... | 31 |
|-----------------------|-----------|

| | |
|--|----|
| 3. Aperçue historique | 32 |
| 3.1. Définition définitions de l'anxiété | 33 |

| | |
|---|-----------|
| 3.2. Distinction de l'anxiété (angoisse, stress, la peur)..... | 34 |
| 3.3. L'anxiété et sa forme pathologique..... | 37 |
| 3.4. Quelques modèles théoriques de l'anxiété | 38 |
| 3.5. Les troubles anxieux | 40 |
| 3.6. Les quatre modèles de l'anxiété..... | 45 |
| 3.7. Apport de la psychologie évolutionniste à la compréhension de l'anxiété..... | 48 |
| 3.8. La symptomatologie de l'anxiété | 49 |
| 3.9. L'étiologie de l'anxiété | 51 |
| 3.10. Anxiété spécifique à la grossesse | 55 |
| 3.11. Prise en charge | 56 |
| synthèse..... | 64 |

Partie Pratique

Chapitre IV : La méthodologie de la recherche

AXE 1 : La méthodologie de la recherche

| | |
|--|-----------|
| Préambule..... | 67 |
| 4. La pré-enquête | 67 |
| 4.1. Présentation du lieu de recherche | 68 |
| 4.2. La population d'étude | 70 |
| 4.3. La méthode de la recherche | 71 |
| 4.4. Les outils de la recherche | 73 |
| synthèse..... | 79 |

AXE 2 : présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses.

| | |
|---|------------|
| Préambule..... | 81 |
| 4.5. Présentation et analyse des résultats..... | 81 |
| 4.6. Discussion des hypothèses..... | 103 |
| Synthèse | 109 |
| Conclusion..... | 112 |

La liste bibliographique.

Les annexes.

La liste des tableaux:

| Numéro des tableaux | Titre des tableaux | La page des tableaux |
|---------------------|--|----------------------|
| Tableau n°1 | L'interprétation des scores selon l'échelle de l'anxiété-état de spielberger | 75 |
| Tableau n°2 | L'interprétation des scores selon l'échelle de l'anxiété-état de spielberger | 80 |
| Tableau n°3 | L'interprétation des scores selon l'échelle de l'anxiété-état de spielberger | 84 |
| Tableau n°4 | L'interprétation des scores selon l'échelle de l'anxiété-état de spielberger | 88 |
| Tableau n°5 | L'interprétation des scores selon l'échelle de l'anxiété-état de spielberger | 92 |

INTRODUCTION

Introduction :

Habituellement, le monde des bébés, des enfants se déroule dans des conditions conjecturable, souvent, il existe une contiguïté dans le temps entre un évènement charnière et la survenue de la grossesse. On remarque ainsi que les dates de conception et de naissance correspondent fréquemment à des moments anniversaires saillant dans l'histoire de la future mère.

Ainsi, que la conception fasse l'objet d'un projet programmé ou qu'elle corresponde à la précipitation des désirs et de besoins inconscients, toute grossesse advient à un moment qui a un sens pour chacun des futurs parents.

En effet, la grossesse, décrite comme une crise maturative, tend à être considérée comme une étape de la construction fondamentale de l'identité féminine.

Durant cette période transitoire, le corps et le psychisme vont évoluer conjointement pour accompagner la femme vers un devenir mère.

Parallèlement aux modifications corporelles, la future mère va suivre un processus d'identification au bébé qu'elle porte et celui qu'elle a été, à la mère qu'elle devient et à celle qu'elle a eu.

La grossesse déclenche en même temps une montée d'angoisse et une fragilisation de la structure psychique chez toute mère. L'expérience de passivité inhérente à la gestation teinte également le vécu des parturientes, un nouvel être investissant désormais l'intérieur de leur corps. Cette effraction peut générer de l'angoisse et une impression d'envahissement, s'accompagnant fréquemment d'un sentiment d'étrangeté, difficilement nommable, et d'une ambivalence à l'égard de la gestation. L'augmentation d'angoisse particulière à la grossesse est à l'origine de plusieurs symptômes anxieux observables et mesurables chez la future mère.

Par ailleurs, les cycles successifs, les différents évènements de la vie, notamment celui de la grossesse occasionnent de l'anxiété, cette dernière est liée aux comportements spécifiques de réaction de combat ou de fuite, de comportements défensifs ou d'évasion. Elle se produit uniquement dans des situations perçues comme incontrôlables ou inévitable, ce sont des périodes de vie particulièrement propices à l'anxiété puisqu'elles exigent une adaptation aux transformations profondes qui s'effectuent au niveau de l'organisme et du psychisme.

Notre recherche visée par cette recherche est d'évaluer l'état d'anxiété chez les femmes enceintes, et de décrire les modalités d'annonce brutales éprouvée par des réactions psychologiques spécifique par l'utilisation de l'échelle d'anxiété-état de spielberger.

Pour réaliser cette recherche, nous avons déterminé de fractionner le travail en deux grandes parties :

La première partie qui comporte l'aspect théorique du thème, et une seconde partie qui est réservé pour la partie pratique. En effet la partie théorique comprend trois chapitres, le premier, concerne la cadre général de la problématique, le second, s'articule autour de l'aspect médical et psychologique de la grossesse.

Le troisième chapitre est centré sur l'anxiété dans lequel, nous avons décrit les différentes définitions, etc...

La partie pratique, comporte deux chapitres, le premier est centré sur la méthodologie de recherche où on peut retrouver des explications concernant la méthode utilisée, des présentations ; des outils de recherche, de l'échantillon et du lieu de stage.

Le deuxième chapitre est consacré à la présentation et l'analyse des résultats, discussion des hypothèses qui se clôture par une conclusion, une liste bibliographique.

PARTIE
THEORIQUE

CHAPITRE I :

CADRE GENERAL DE LA PROBLEMATIQUE

1- Les raisons du choix du thème :

En Algérie, bien peu de choses qui sont écrites sur ce sujet (hormis les articles des revues spécialisés et scientifiques), la littérature pour femmes enceintes traite en effet largement des aspects somatiques, mais absolument pas des conditions psychologiques aussi variées que compliquées. Le manque de travaux sur le sujet « d'anxiété » malgré son importance, car la grossesse s'avère considérablement médicalisée dans la société, ainsi acquérir des connaissances sur l'anxiété d'une manière générale, et l'anxiété chez les femmes enceintes en particulier.

1.2- Les objectifs du choix du thème :

Comme tout travail de recherche ou étude scientifique qui vise un but bien déterminé, les objectifs projetés dans notre étude et de donner une description objectives de la réalité que vivent les femmes pendant leur neufs mois de grossesse sur le plan psychique d'une manière général, et d'une manière particulière en Algérie, mener des entretiens pour aboutir à bien préciser la nature de l'anxiété chez ses femmes enceintes surtout la période qui précède l'accouchement, rapporter des informations complémentaires du suivi médical de ses femmes enceintes. Ainsi, donner la chance à ses femmes pour exprimer leurs souffrances internes, pour mieux vivre ces neufs mois.

1.3- La problématique :

Toute femme enceinte est plus au moins mais toujours, dans un état modifié par rapport à son état habituel, du fait de la présence en elle d'un autre, qui modifie aussi ses interlocuteurs au courant. Nous pouvons désigner cet état « fragile », ou plus ouvert et accessible, plus vulnérable et plus fort. Autant dire qu'une femme enceinte, de tout temps et dans toutes les cultures, est porteuse de paradoxes.

La grossesse est considérée comme une crise de développementale. Faisant appel à grandes capacités d'adaptation devant le nouveau rôle, les exigences de la réalité ainsi que les bouleversements du monde interne de la femme. De l'intensité de la crise développementale vécue.

L'arrivée d'un enfant est un véritable bouleversement pour les futurs parents.

Ce chamboulement commence bien avant la naissance, car devenir parent ne se fait pas sans un profond réaménagement identitaire qui ressemble peu ou prou à celui de l'adolescence.

Le bouleversement le plus important tient au fait que les futurs parents ne seront plus désormais les enfants de leurs parents, mais à leur tour parents eux-mêmes. **(Jacques lasnac, Nicolas Evrard ; 2011, P 15).**

La grossesse est prometteuse d'un rêve qui se construit mois après mois. Désirée, attendue, elle se décline en rose ou bleu. Cette promesse est donnée par l'amour, la science ou le hasard. **(Line Petit ; 2006, P45).**

La mère s'investit émotionnellement avec son bébé qui n'est pas encore né en conséquence de certaines tâches développementales qu'elle réalise et qui incluent l'acceptation, l'incorporation, l'attachement.

L'attachement au bébé commence au début de la grossesse, dès la 10^e semaine de gestations, et grandit au fur et à mesure que la grossesse progresse, surtout après avoir senti les mouvements du bébé, ce qui correspond à la première sensation réelle de la mère vis-à-vis de l'existence de l'enfant.

Voir et toucher le fœtus ont un impact positif sur l'attachement de la mère au bébé.

L'attachement est particulièrement présent quand la mère sent et voit les mouvements de son bébé. **(Barbara Figueiredo, Raquel Costa et al ; 2007, P 244).**

Même si la grossesse est d'ordinaire joyeuse et enrichissante, elle peut aussi être effrayante par ses soucis cachés, ses doutes, ses peurs et ses

inquiétudes, spécialement quand c'est la première fois. (**Jacques Martel ; 2007, P 214**).

La grossesse peut être divisée en trois périodes, qui se calquent sur les trimestres de la grossesse, et qui correspondent à des états psychologiques distincts et successifs. Cette succession temporelle va déterminer l'accomplissement d'un cheminement psychologique qui va permettre à la femme d'effectuer ce changement d'identité pour être prête au terme de sa grossesse, à assumer son nouveau rôle de maman.

L'annonce de la grossesse installe la femme dans un nouveau statut, celui de future mère. C'est une période marquée par l'ambivalence, vis-à-vis du désir de la grossesse, du désir d'enfant, et vis-à-vis de l'acceptation de cette grossesse. Selon le dictionnaire de Larousse, le terme grossesse est « l'ensemble de phénomènes se déroulant chez la femme entre la fécondation et l'accouchement, état d'une femme enceinte » (**dictionnaire de français le petit Larousse, 2014**).

La grossesse est un moment qui prend une importance particulière dans la vie de chaque couple, avoir un enfant n'est plus une fatalité. On décide, on prévoit, on anticipe ce moment. Et dès l'annonce de sa venue, on attend d'autant plus de lui qu'il n'aura vraisemblablement pas une ribambelle de frères et sœurs. Il est devenu une personne intéressante. Il est mis en avant de plus en plus tôt. Les tenues des futures mères reflètent cette nouvelle fierté d'être porteuse de vie. Des vêtements très près du corps affichent l'idée d'un bébé désirée et d'un couple heureux face à cet événement de vie. (**Le petit Larousse de la psychologie**).

La grossesse est une période de changements physiques et psychologiques importants, et il est parfois difficile de s'approprier son corps, d'accompagner cette évolution. De nombreux bouleversements hormonaux peuvent avoir une influence importante sur les émotions, des sauts d'humeur, des craintes importantes ainsi qu'une vie onirique. La grossesse n'est pas toujours un fleuve tranquille, stress, fatigue, tristesse, inquiétude, peuvent jalonner ces 9 mois. La période de grossesse est une étape particulière sur le plan psychologique avec de profonds remaniements. De ce fait, la grossesse peut entraîner une apparition ou une exacerbation psychologique ou psychiatrique. La grossesse peut engendrer une hyperémotivité et une anxiété spécifique, qui proviennent de préoccupations

directement liées à la grossesse, peur de faire une fausse couche, ou de la mort du fœtus, peur de l'accouchement, la peur de ne pas retrouver son corps d'avant.

On peut retrouver d'autres préoccupations tels les problèmes familiaux, l'accumulation au travail pour les femmes qui travaillent. Le stress décrit la réaction physiologique et psychologique de l'individu à des sollicitations variables de l'environnement (difficultés, tracas, événement, traumatismes). Il influence de nombreux états psychologiques, au premier rang duquel se trouve l'anxiété.

La grossesse est une étape essentielle de développement psycho-sexuelle de la femme, elle entraîne de profonds remaniements psycho-socio-biologiques. Chez la femme souffrant de troubles psychiques, elle peut parfois conduire à une atténuation de ces derniers.

A travers les différentes études sur le terrain, beaucoup d'interrogation traversent nos esprits, lorsqu'on parle d'une « anxiété chez les femmes enceintes », on essayera de répondre aux questions suivantes :

- existe-t-il de l'anxiété chez les femmes enceintes ?
- quel est la nature d'anxiété développée chez ses femmes pendant leur grossesse ?
- est-ce que l'anxiété diffère d'une femme à une autre selon différents facteurs relationnel, santé ?

1.4- La formulation des hypothèses :

Pour répondre aux questions qu'on vient de poser, nous avons formulé les hypothèses suivantes :

L'hypothèse générale :

- Il existe de l'anxiété chez les femmes enceintes

L'hypothèse opérationnelle :

- la nature de l'anxiété développée pendant la grossesse diffère d'une femme à un autre.
- y a un effet des facteurs sur la nature de l'anxiété pendant la grossesse.

1.5- Les définitions opérationnelles des concepts :

1.5.1- La définition des concepts clés :

1.5.1.1- La grossesse :

Est la période comprise entre la fécondation, fusion entre spermatozoïde et un ovule, a lieu dans une trompe utérine. Ensuite, l'œuf fécondé est entraîné vers l'utérus, s'implante dans la muqueuse de celui-ci et augmente de volume tout en s'entourant d'annexes (placenta, cordon ombilical, liquide amniotique, etc.).

L'œuf passe d'abord par un stade embryonnaire de deux mois, pendant lequel se forment les organes et se dessine une morphologie humaine. Alors devenue fœtus, il parachève cette formation, continue à grandir et subit une maturation pendant encore sept mois. (**Le petit Larousse, 2014**).

1.5.1.2- La femme enceinte :

Se dit d'une femme en état de grossesse. (**Larousse, 1997**).

1.5.1.3- L'anxiété :

Est un état d'esprit tourné vers l'avenir dans lequel on n'est pas prêt ou préparé à faire face aux événements négatifs à venir. (**Lavrent poret ; 2019, p 5**).

-Etat émotionnel désagréable ou une condition de l'organisme humain qui inclut des composantes vécus physiologiques et comportementales. (C.D.Spielberg er, 1993).

1.5.1.4- Anxiété état :

L'anxiété état fait références aux cognitions et émotions qui se développent suite à une situation évaluée menaçante : appréhension, incertitude, perception d'un danger imminent. (Luminet O ,2008).

1.6- Les Définitions Opérationnelles :

1.6.1- La grossesse :

La grossesse est une période de transition vers la maternité, et c'est aussi une phase de changement physique, psychologique, affectif important. Tous ces changements affectent notre vie, notre relation de couple, de familles, avec autrui, ainsi qu'avec notre corps qui nous mène vers un désordre émotionnelle.

1.6.2- L'anxiété :

Est un trouble émotionnelle qui se manifeste par un sentiment d'insécurité et d'inconfort. Elle est caractérisée par un sentiment d'appréhension, de tension, de malaise et de mal être. Elle s'exprime de très nombreuses manières selon l'histoire familiale, professionnelle, et personnelle. De, plus la grossesse, même si elle est désirée et planifiée, est susceptible de susciter des inquiétudes devant les importantes et les nombreux changements.

1.7- Les facteurs d'anxiété :

-facteurs familiaux (conflits avec les beaux-parents etc.).

-facteurs professionnel (crainte de l'échec ...).

-la peur de l'accouchement.

-la peur de perdre le bébé, les inquiétudes par rapport à la santé du bébé.

CHAPITRE II :

PROCESSUS DE LA GROSSESSE

Préambule :

La grossesse est loin d'être toujours un moment idyllique. Elle peut surprendre en entraînant la mère dans un tourbillon psychique où sont mêlés des sentiments ambivalents, où le passé rejaillit avec violence en remaniant les repères identitaires.

La grossesse n'est jamais un événement anodin ou banal, il s'agit d'un phénomène physique dont le moteur est d'abord psychique. Devenir mère demande du temps et parfois, au-delà des 9 mois de grossesse. Durant les premiers mois, l'enfant n'est pas encore une réalité. Le premier trimestre est une période d'incertitude et d'adaptation. Seules les nausées, les malaises sont des manifestations extérieures de la grossesse. Il y a une incertitude des sentiments, ainsi une ambivalence des émotions.

2- Définition de la grossesse : l'aspect médical

La grossesse signifie un ensemble des phénomènes se déroulent entre la fécondation et l'accouchement, durant lesquels l'embryon, puis le fœtus se développent dans l'utérus maternel.

La grossesse dure en moyenne neuf mois, regroupés en troisième trimestre, (plus exactement 273 jours à partir de la date de la fécondation) commençant à la conception (fécondation) pour finir à l'accouchement (naissance de l'enfant).

Mais comme celle-ci est le plus souvent difficile à évaluer sauf dans le cas d'une fécondation artificielle (fécondation in vitro) les obstétriciens comptent souvent d'aménorrhée c'est-à-dire en semaine d'absence de règles, le début de la grossesse est alors fixée au 1^{er} jour des dernières règles normales on parle pour indiquer la durée d'une grossesse normale de 41 semaines d'aménorrhée. Avant 37 semaines d'aménorrhée, l'accouchement est dite prématuré,

Après 41 semaines et 3 jours, on parle de terme dépassé. (**DOMAR .A, BOUR NEUF, 2006, 449**).

Selon le dictionnaire de psychologie, la grossesse est : « l'état de la femme qui attend un enfant, depuis le moment de la fécondation jusqu'à l'accouchement ». (**SILLAMY NORBERT, 1983, P 306**).

Selon le dictionnaire médical, la grossesse est : « l'état de la femme enceinte ; période comprise entre la fécondation de l'ovule et l'accouchement, pendant laquelle l'embryon, nommé ensuite fœtus, se développe » (**QUEVAUVILIERS JACQUES, 2009, P 414**).

2.1- Les signes sympathiques :

Le premier signe de grossesse et le motif initial de consultation le plus fréquent chez une femme enceinte est le retard des règles. Chez une femme sexuellement active en âge de procréer et ayant des cycles réguliers, un retard ≥ 1 semaine est très évocateur d'une grossesse. D'autres signes peuvent se manifester avec une intensité variable et de façon inconstante. On les appelle signes sympathiques de grossesses et ils peuvent survenir avant tout retard de règles.

- Tensions des seins :

Ils augmentent de volumes, ils sont gonflés et douloureux. Il y a parfois des sensations de picotement au niveau du mamelon. Celui-ci est d'ailleurs plus saillant au centre de l'aréole qui l'entoure- elle – même s'élargit et les petits glands de Montgomery qui la parsèment prennent du relief. (**DELAHAYE MARIE –CLAUDE, 2014, p 28**)

- La glaire cervicale :

S'est coagulée au niveau du col sous l'effet des hormones de la gestation et forme le bouchon muqueux qui obture complètement l'entrée de la cavité utérine. (DELAHAYE MARIE –CLAUDE, 2014, p 28).

- La modification du volume de l'utérus :

Au début de la grossesse, beaucoup de femmes confondent le volume et la forme de leur ventre avec le développement de leurs utérus. (FRYDMAN, COHEN-SOLAL, 1989, P 85). L'utérus a également augmenté légèrement de volume. Il a à présent la taille d'une grosse mandarine.

- Les nausées et vomissements :

Ce sont les plus fréquents des petits maux rencontrés au cours de la grossesse ils sont présents dans presque une grossesse sur deux, et surviennent peu après le retard de règles (dès 4 SA) .ils s'arrêtent entre 12 et 24 SA. Les nausées sont souvent matinales et se calment avec la première prise alimentaire. C'est pourquoi il arrive que certaines femmes enceintes prennent du poids tout en ayant des nausées, car celles-ci sont apaisées lorsque l'estomac est plein. Pour d'autres, au contraire, les vomissements sont si importants qu'une légère perte de poids est constatée. Les nausées s'accompagnent parfois par d'une augmentation gênante de la salivation, qu'on appelle hyper sialorrhée ou ptyalisme. Il peut aussi y avoir une intolérance à certains aliments qui peuvent déclencher des vomissements. (Jacques Lansac, 2012, p 372).

- Trouble du sommeil :

Une grosse souffrance des insomnies ou des envies irrépessibles de dormir cour de la journée.

Sommeil perturbé, les cauchemars sont les plus fréquents pendant la grossesse : insomnies, somnolence, cauchemars on ne pas dire que la grossesse soit la période pour un sommeil réparateur. Les troubles observés sont dus principalement aux hormones de la grossesse en particulier à la progestérone.

- **Premier trimestre** : c'est souvent une envie incontrôlable de dormir irrépessible en pleine journée. Une petite sieste réparatrice d'une dizaine de minutes suffit parfois pour récupérer.
- **Deuxième trimestre** : c'est la grande forme, les petits maux de la grossesse ont disparus et le sommeil est enfin paisible.
- **TROISIEME TRIMESTRE** : entre le volume de l'utérus, les mouvements de bébés et l'envie d'uriner au bout milieu de la nuit difficile de dormir.

La grossesse est une période d'hypersensibilité émotionnelle et l'approche de l'accouchement ou la concrétisation prochaine de l'état de « mère » peut engendrer des angoisses qui s'exprimeront sous formes de cauchemars récurrents. (HALLOT ISABELLE, 2017, p 39 40).

- Les brûlures digestives :

Il s'agit d'une sensation de brûlures qui traduit le reflux de liquide gastrique dans l'œsophage. Ces brûlures sont très fréquentes, surtout dans le dernier trimestre de la grossesse, du fait de la compression de l'estomac par l'utérus. Les remontées acides sont accentuées par l'ingestion d'aliments acides, épicés, de sucreries. Elles surviennent habituellement après le repas, le plus souvent en position couchées. (JACQUES LASNAC, 2012, p 376).

- La constipation :

Au cours de la grossesse, près d'une femme sur deux présentera une constipation. Cela correspond, chez une femme sur trois, à la persistance ou l'aggravation d'une constipation préalable, et chez une femme sur cinq à l'apparition après l'accouchement. Le transit gastro-intestinal est le plus souvent ralenti par de l'activité physique au 3^e trimestre. (JACQUES LASNAC, 2012, p 376).

- La diarrhée :

Elle est fréquente en en début de grossesse.

Le traitement commence par appliquer certaines règles diététiques que vous indiqueront le médecin ou la sage-femme : consommez des carottes cuites, évitez les aliments riches en fibres.

- Les hémorroïdes :

Elles sont favorisées à la fois par la constipation et par la modification du retour de veineux. L'anus est douloureux lors de la selle, et parfois il y peut y avoir un saignement rouge après la selle. (JACQUES LASNAC, 2012, p 377).

- Les contractions :

Elles sont fréquentes, en particulier en fin de grossesse. L'abdomen devient dur pendant une minute ou deux. Après 3 ou 4 contractions espacées de cinq ou six minutes, tout rentre dans l'ordre.

- Les crampes :

Il s'agit de contraction musculaire involontaire essentiellement ressenties dans les membres inférieurs. Elles durent de 30 secondes à 1 minute et sont souvent extrêmement douloureuses. Elles surviennent habituellement dans les trois derniers mois de la grossesse. (JACQUES LASNAC, 2012, p 382).

- DES VARICES SUR LES JAMBES :

Les varices des membres inférieurs sont des troubles fréquents. La grossesse aggrave les lésions déjà existantes. L'apparition de varices fait peser

un risque de phlébite dans les suites de couches. Les varices apparaissent et s'aggravent pendant la grossesse du fait des modifications de la circulation veineuse. (JACQUES LASNAC, 2012, p 385).

- **Les vergetures :**

Le tissu situé sous la peau, quand il est trop distendu sous l'effet de la prise de poids et de l'imprégnation hormonale, se déchire formant des vergetures. Si le poids de l'enfant ne joue pas de rôle, il existe en revanche un facteur familial prédisposant. Les vergetures apparaissent au niveau de l'abdomen, des cuisses, des fesses et des seins. (JACQUES LASNAC, 2012, P 385).

- **L'envie Fréquente d'uriner :**

Pendant la grossesse, l'utérus grossit et appuie sur la vessie, et ce d'autant plus que la grossesse avance. La vessie se remplit, et la pression de l'utérus l'empêche de se dilater. Pas étonnant que l'envie d'uriner arrive plus rapidement. (JACQUES LASNAC, 2012, p389).

- **Le mal de dos :**

Fréquent au cours de la grossesse, le mal dos lumbago peut se manifester tôt, il apparaît généralement vers le 5^e et 7^e mois, surtout lorsque le surpoids imposé à votre colonne vertébrale entraîne des malpositions de la région lombaires et d'autres plus que vous vous tenez cambrée. (Ibid. P 141).

- **Les pertes vaginales :**

La sécrétion du col de l'utérus et la sécrétion des parois vaginales augmentent pendant la grossesse, d'une exagération des pertes. L'usage de mini tampons vaginaux peut pallier cet inconvénient. Des pertes excessives, malodorantes ou prurigineuses doivent faire l'objet d'une consultation médicale. (HADJAM. R, p 70).

- Le gonflement des mains et des pieds :

Le gonflement des mains et des pieds est un phénomène propre à la grossesse. Il survient chez deux tiers des femmes enceintes. Il disparaît partiellement ou totalement pendant la nuit. Ce gonflement résulte d'une rétention de liquide dans l'organisme. Le volume hydrique total augmente de 30% et la rétention globale d'eau en fin de grossesse peut atteindre 6 à 7 litres. Pour éviter ce phénomène, la femme aménagera son lit de façon à ce que ses pieds se trouvent légèrement surélevés durant le sommeil nocturne. Elle s'étendra sur le lit quelques instants au cours de la journée et elle effectuera une marche prolongée. (HADJAM. R, p 69).

- Le masque de grossesse :

Le masque de grossesse est fréquent surtout chez les femmes brunes à peau mate. Il consiste en l'apparition de pigmentation en nappes sur les zones exposées du visage (nez, joues, front) lors de l'exposition au soleil. Le bronzage fait apparaître des taches brunes. Il apparaît le plus souvent dès la fin du 1^{er} trimestre de grossesse et régresse en un à deux ans après l'accouchement, mais sa régression peut être incomplète ou persister, en particulier lors de la reprise de la contraception. Il est donc très important de vous protéger du soleil pendant votre grossesse. (JACQUES LASNAC, p 388).

2.2- Les signes de menace envers la grossesse :

certaines signes qui constituent une menace pour la grossesse :

- La grossesse extra-utérine :

Une grossesse utérine normale se développe dans l'utérus : l'œuf progresse dans les trompes pendant les 7 premiers jours de gestation, puis s'installe à l'intérieur de l'utérus.

Il arrive que la grossesse ne débute pas au bon endroit. On parle alors de grossesse « extra-utérine » (GEU), car l'œuf reste dans les trompes et ne s'implante pas à l'intérieur de l'utérus. La grossesse n'est pas viable, et si le

corps ne la stoppe pas spontanément, le développement de l'œuf peut être dangereux pour la maman. En effet, la trompe dans laquelle l'œuf séjourne et grossit peut se rompre, ce qui peut être grave pour la mère. (JACQUES LASNAC, 2012, p407 408).

- **Le diabète gestationnel :**

Le diabète gestationnel se définit comme un diabète survenant pendant la grossesse, le plus souvent à partir du 2^e trimestre. Chez toutes les femmes enceintes, les hormones de la grossesse réduisent l'action de l'insuline dont la production par le pancréas est alors plus importante. Chez certaines femmes, la sécrétion d'insuline est insuffisante, ce qui ne permet pas une utilisation adéquate du sucre par les cellules et entraîne l'augmentation des taux sanguins de glucose. Une alimentation équilibrée et l'aide d'une diététicienne peut être nécessaire. Il est conseillé de maintenir une activité physique régulière telle que la marche ou la natation. (JACQUES LASNAC, 2012, p 397).

- **L'anémie :**

L'apparition d'une anémie (diminution du nombre de globules rouge) est fréquente au cours de la grossesse, car le bébé va consommer beaucoup de fer pour développer sa circulation sanguine. La maman va donc souvent manquer du fer nécessaire au renouvellement de ses propres globules rouges. L'anémie peut être due à une carence en vitamine B12, à une mauvaise alimentation.

Si le médecin ou la sage-femme vous trouve pale en vous examinant, il ou elle fera faire une numération des globules rouges, parfois au premier trimestre et toujours au sixième mois. Si le nombre de globule rouges est insuffisant cela signifie qu'il y a une anémie. Il faut alors la traiter, car des saignements importants peuvent se produire lors de l'accouchement et il est indispensable que vous soyez dans de bonnes conditions physiques pour pouvoir aborder cet événement. (JACQUES LASNAC, 2012, p 399).

- La mole :

Rare, elle survient en début de grossesse. Les saignements sont importants et elle est souvent accompagnée de signes sympathiques de grossesse exagérés. **(HALLOT ISABELLE, 2007, p 57).**

LE décollement du placenta à l'hématome rétro placentaire : rare et souvent associé à une hypertension, c'est une urgence du troisième trimestre de la grossesse.

Un afflux de liquide par le vagin signifie que la poche des eaux s'est rompu. De la fièvre et des frissons témoignent d'une infection.

Une augmentation excessive du poids, des œdèmes, des maux de tête violents ou des troubles visuels présagent d'une toxémie gravidique.

L'interruption des mouvements du fœtus pendant plus de 24 heures peut être synonyme d'une mort fœtale. **(HADJAM .R, p 71).**

2.3- LA Surveillance de la grossesse :**2.3.1- L'examen médical :**

Le premier examen médical de grossesse est l'occasion de rencontrer un praticien, médecin généraliste au gynécologue, qui va authentifier la grossesse. C'est un qui le pratique car il comporte un examen général, les consultations peuvent être effectuées par une sage-femme. **(FRYDMAN, COHEN-SOLAL, 1989, p 137).**

La première consultation obligatoire doit avoir lieu avant la fin de la 14^e semaine de la grossesse. C'est-à-dire la fin de troisième mois. La fin de 2^e mois est la bonne période pour se faire examiner soigneusement et faire les examens de laboratoire dont le résultat gagne à être connu plus tôt possible pour un bon déroulement de la grossesse. **(DELAHAYE MARIE-CLAUDE ; 2014, p 38).**

Trois échographies sont obligatoires au cours de la grossesse :

- **L'échographie du 1^{er} trimestre :**

L'échographie du premier trimestre est réalisée entre 11 et 13 semaines d'aménorrhée (SA) +5 JOURS. L'échographie est très vigilante sur ces dates, en raison de la mesure de la clarté nucale, qui n'a de valeur que dans cet intervalle de temps.

Sur le compte rendu d'échographie du premier trimestre apparaîtront les dates suivantes ; soit la date des dernières règles, la date présumée de grossesse. (JACQUES LASNAC, 2012, p 434).

- **L'échographie du 2^e trimestre :**

L'échographie de 2^e trimestre, dite de morphologie, se pratique autour de la 21^e semaine d'aménorrhée. Elle donne des indications pour localiser le placenta et évaluer la croissance du bébé.

- **L'échographie du 3^e trimestre :**

Pratiquée au cours du 8^e mois, soit à 32-34 semaines d'aménorrhée, elle permet de déceler un retard ou un excès de croissance qui aurait pu échapper à l'examen clinique ; d'évaluer la quantité de liquide amniotique, abondant, normale ou insuffisante ; de contrôler la localisation du placenta et de préciser sa structure, sa maturité, de dépister d'éventuelles malformation se révélant tardivement . (FRYDMAN, COHEN-solal, 1989, p 137).

2.3.2- La prise de poids au cours de la grossesse :

La grossesse est parfois le prétexte d'une certaine démesure diététique, tant par excès que par défaut. Il n'est pas nécessaire de bouleverser vos habitudes alimentaires, mais simplement d'être attentives à certains besoins spécifiques à cette période. Un gain de poids entre 9 et 12kg est tout à fait acceptable, vous pouvez même prendre un peu plus si vous êtes très mince.

Pendant le 1^{er} trimestre, il se peut que vous ne preniez pas de poids. Le 2^e trimestre, vous allez prendre en moyenne 4-5kg. Ensuite, la prise de poids est plus importante, car elle correspond à la croissance du bébé. (JACQUES LANSAC, 2012, p 349).

2.3.3- L'alimentation de la femme enceinte :

Il est important de souligner qu'il existe des règles, par exemple celles concernant l'alimentation : elles sont strictes et incontournables. L'alimentation doit être équilibrée, manger pour deux, pas comme deux, doit être la devise des futures mères. Le besoin nutritionnels se répartit comme suit :

- **Protéines :**

Les sont indispensables à la croissance de bébé. Les meilleures sources de protéines sont animales (viandes, œuf, poisson, fromage, lait...) les céréales et les légumineuses en contiennent également mais de moins qualité nutritionnelle.

- **Calcium :**

Il est indispensable à la formation des os. On les trouve dans le lait et les produits laitiers.

- **Glucides :**

Source d'énergie pour le fœtus, ils doivent être consommés par la future maman. Sous forme de sucres lents (pâtes, riz, légumes...).

Vitamines D :

Fabriquée par la peau sous l'effet de l'exposition au soleil, elle permet d'assimiler le calcium.

- Lipides :

Ils ont un rôle dans le transport de certaines vitamines et dans les constitutions des membranes nerveuses du bébé. Il conseille de varier les apports en mangeant des lipides d'origine animale et d'origine végétale.

- Fer :

La grossesse augmente les besoins en fer et nombre de femmes enceintes sont carencées. On trouve du fer dans les viandes, poisson, œuf et légumes secs. **(HALLOT ISABELLE, 2007, P119 ,120).**

2.3.4- L'activité physique au cours de la grossesse :

A condition qu'elles n'entraînent aucune fatigue excessive, toutes les activités physiques habituelles sont permises, tout au moins durant les deux premiers trimestres de la grossesse.

La femme enceinte doit éviter le surmenage professionnel, les travaux pénibles, les longs voyages, les veillées tardives et les sports violents. **(HADJAM .R, P 68).**

2.3.4.1- Les Bienfaits de L'activité physique :

L'intérêt de la pratique du sport pour notre santé n'est plus à démontrer. Cela reste vrai pendant la grossesse. Lorsqu'on pratique en douceur et régulièrement un sport, la préparation à l'accouchement est facilitée.

Le sport favorise pendant la grossesse :

- Une relaxation.
- Une maîtrise de soi.
- Une bonne circulation sanguine.
- Un entretien du tonus musculaire.
- Un contrôle du poids.
- Une souplesse corporelle.

- Une amélioration du transit digestif. (**JACQUES LASNAC, 2012, p 357**).

2.3.4.2- LES ACTIVITES SPORTIVES :

Le sport pendant la grossesse améliore la santé de la future maman. Réduit la durée du travail, et permet une meilleure récupération à l'accouchement.

Tous les sports doux à intensité modérés sont fortement recommandés pendant la grossesse, pour la santé de la maman et de son bébé.

- La marche :

C'est une activité physique accessible à toutes les femmes. Préférez une marche au vert plutôt qu'en ville. Ne piétinez pas, marchez lentement, mais régulièrement.

Ainsi, la marche peut être pratiquée à tout moment de la grossesse, en respectant votre rythme et votre état physique.

- La natation :

Est un vrai moment de détente. Adoptez la nage sur le dos. L'aquagym est également indiquée durant la grossesse, le risque de blessure est quasiment nul.

- Le yoga :

Apporte relaxation, souplesse, maîtrise de soi et gestion de la respiration. C'est une bonne préparation à l'accouchement.

2.4- La grossesse : aspect psychologique :

2.4.1- MATERNITE ET SENTIMENT MATERNEL :

Le sentiment maternel, sa qualité, son niveau psychologique de fixation et de développement, peuvent être perçus et étudiés, même en dehors de la maternité, par exemple lors de l'adoption ou de certaines activités philanthropiques. Ce sentiment est soumis à plusieurs influences : hormonale, psychologique, culturelle.

On a demandé à environ mille femmes à quels moments se représentaient l'embryon en tant qu'être vivant. Or, la majorité d'entre elles ont donné une réponse « relationnelle » : l'embryon devenant un être humain et vivant quand il prenait un sens pour le couple qui l'adoptait psychologiquement. **(HAYNAL .A, et al, 1997, P 150).**

On peut considérer comme relevant de perturbations du sentiment maternel des troubles traduisant :

a) Une envie inconsciente de grossesse : aménorrhée psychogène, oublie des contraceptifs. Anorexie mentale.

b) Une ambivalence vis-à-vis de la grossesse : grossesse nerveuse, comportements irrationnels face à l'avortement, avortement spontanés récidivants.

c) Un refus inconscient ou manifeste de grossesse : stérilité psychosomatique, demande hâtive de stérilisation.

A d'autres étapes de la vie, en particuliers la puberté et la ménopause, lors des suites de stérilisation ou d'hystérectomie, on assiste à des remaniements de ce sentiment. **(IBID.P 150).**

2.4.2- Les bouleversements psychologiques pendant la grossesse :

La conception d'un enfant a été grandement modifiée au cours du 19^e siècle. L'efficacité et l'usage répandu de la contraception ont donné aux femmes et aux couples le sentiment de contrôler la venue d'un enfant dans leur vie.

Simultanément, la place de l'enfant dans notre société s'est progressivement modifiée pour nombreux adultes, qui le considèrent désormais comme l'un des fruits de leurs réalisations personnelles. Cette illusion de maîtrise et ces attentes quant à l'enfant sont démenties par la réalité de la conception et de la rencontre avec un bébé, qui nous rappelle que personne ne contrôle la transmission de la vie, et qu'être parent implique un libre renoncement aux besoins des adultes. Se préparer totalement à la conception est illusoire, car une naissance est par définition l'un des événements de la vie dont on ne contrôle pas le déroulement, même si la science tente de maîtriser la reproduction humaine.

En revanche, il est important de se préparer à un bouleversement : la grossesse et la naissance pourront renvoyer la mère ou le père à leur passé, à leur enfance, et l'arrivée de l'enfant leur demandera sans doute des aménagements psychologiques inattendus.

2.4.3- La dépression et la grossesse :

La grossesse est vécue comme un moment heureux pour la majorité des femmes, mais pour d'autres, l'expérience peut être source de mal être. Environ 10% des femmes présentent des symptômes dépressifs au cours de la grossesse. C'est donc un événement fréquent qu'il faut savoir reconnaître et traiter. .

Désintérêt pour les activités que vous appréciez auparavant, modification de l'appétit, troubles du sommeil, tristesse, agitation ou irritabilité, fatigue, perte d'énergie. Ces signes peuvent être confondus avec la manifestation « normale » de la grossesse et décelés tardivement. Ils convient de s'alerter s'ils persistent plus de semaines.

Certains facteurs peuvent favoriser la dépression. Parmi eux les antécédents dépressifs, les difficultés familiales, financières ou dans le travail mais aussi des tensions au sein du couple. Les grossesses à risque ou celles survenues suite à un traitement de stérilité sont également mises en causes. Une grossesse non planifiée ou un bébé non souhaité peuvent être aussi des facteurs déclenchants. Une future maman dépressive se désintéresse de sa grossesse et le futur bébé risque d'en être affecté. Les accouchements prématurés sont d'ailleurs plus fréquents. Une prise en charge est donc nécessaire.

La dépression peut être traitée de plusieurs manières, mais il est important que la future maman en parle au gynécologue qui suit la grossesse. Plusieurs options thérapeutiques s'offrent : les groupes de soutiens, la psychothérapie ou le traitement médicamenteux. **(HALLOT ISABELLE, 2007, p 125).**

Synthèse :

En effet, la grossesse est l'ensemble des processus psycho- affectif qui se développe et s'intègrent chez la femme à la maternité. Ces modifications psychiques de la femme enceinte suivent un cheminement naturel et nécessaire pour le vécu cohérent de la grossesse, de la conception jusqu'à l'accouchement.

CHAPITRE III :

ANXIETE

Préambule :

L'anxiété est une émotion normale en réponse au stress dans la vie quotidienne. Elle devient pathologique quand elle est source de détresse pour l'individu qui ne la contrôle plus.

Peut-être que le médecin, le psychologue et le philosophe, qui font une même observation, ne parlent pas de la même chose.

La vulnérabilité anxieuse donc est non seulement susceptible de se manifester à l'occasion d'évènements de vie, traumatique ou non, mais également de manière apparemment spontanée à divers âges de la vie.

Par contre la période périnatale favorise l'émergence de diverses craintes, il s'agit d'« anxiété spécifique » qui se manifeste par des peurs relatives à la grossesse et à l'accouchement, notamment celle de perdre le bébé, ou d'avoir un enfant malformé ou malade ou encore des préoccupations en rapport avec le déroulement de l'accouchement, ou encore des transformations du corps.

Dans ce chapitre on va essayer de donner une clarification pour l'anxiété à partir de quelques éléments importants, ainsi qu'à l'anxiété spécifique à la grossesse.

3- Aperçu historique :

Le mot « anxiété » est rapporté dans le dictionnaire historique de la langue française qui signifie un emprunt au dérivé latin anxietés, lui-même dérivé de anxius, forme du verbe angere (oppresser, serrer la gorge), dont l'usage en français remonte au XII^e siècle, mais dont l'utilisation n'est devenue fréquente qu'au XVIII^e siècle, tout d'abord dans le langage médicale, puis au XIX^e siècle dans le langage courant.

L'anxiété a toujours été différenciée de la peur comme, par exemple dans les descriptions de Kierkegaard en 1844. De plus si la plupart des langues utilisent deux mots différents pour anxiété et peur, en effet c'est en français que l'on retrouve trois mots ; angoisse, anxiété et peur, alors qu'en allemand sont opposés Angst et Furch et que, de manière similaire l'anglais oppose anxiety et fear, le terme anguish étant un terme non usité en médecine et réservé à un domaine plus littéraire. **(Jean-Philippe Boulenger, Jean-Pierre Lépine ; 2014, P 1).**

Ce n'est en effet qu'au XIX^e siècle que Le concept médical d'anxiété est réellement né dans l'Europe.

En 1866 dans un article de Morel, la première description d'un état anxieux a été faite dans un article sur le « délire émotif », pourtant sans jamais nommer le terme d'anxiété. Le délire émotif associe des idées fixes, des peurs morbides et des impulsions qui préfigurent la description des obsessions et des phobies. Il décrit une névrose du système végétatifs et « que l'on ne doit pas confondre ni avec l'hystérie, ni avec l'hypochondrie, ni à plus forte raison avec la folie proprement dite ». L'anxiété, l'émotivité représentent la caractéristique principale de ce trouble auquel il attribue une seule étiologie : l'atteinte du système nerveux viscéral. Mais c'est vers le milieu du XIX^e siècle que les grands syndromes anxieux comme les phobies et les obsessions entrent dans la nosographie psychiatrique **(Pour revue Pichot, 1998).**

Les différentes descriptions médicales pourraient être apparentées aux crises d'angoisse ou attaque de panique Le syndrome du cœur irritable de Jacob Mendes Da Costa (1871) décrit des accès somatiques survenant sous forme d'accès aigu à forte composante cardiovasculaire chez des soldats américains

ayant participé à la guerre d'indépendance. Dans la névropathie cérébrocardiaque de Krishaber (1873), le trouble est marqué par la survenue de crises brutales, d'une « intensité extrême », comportant des symptômes somatiques et cognitifs (vertiges, distorsions auditives et visuelles, etc...). L'asthénie neurocirculatoire, le syndrome d'hyperventilation et la névrose cardiaque ont été également décrits, mais ces expressions ne sont plus couramment utilisées. **(Dominique Servant ; 2012 ; P 6-7).**

Janet oppose les phobies systématisées aux phobies généralisées, étant elles-mêmes différenciées en sous-types somatique, d'objet, situationnelle.

Chacun de Freud et Janet, auront donné par leurs travaux naissance à des courants psychothérapeutiques qui restent indispensables à la compréhension et prise en charge contemporaine des pathologies anxieuses, ces pathologies divisées entre une anxiété permanente chronique, évocatrice de l'anxiété phobique.

Le DSM-IV permettra aux cliniciens de redécouvrir ce qu'avaient décrit les auteurs du siècle précédent, à savoir l'importance des comorbidités, les liens unissant les différences pathologiques anxieuses. **(Jean-Philippe Boulenger, Jean-Pierre Lépine ; 2014 ; P 3-4).**

3.1- Différentes définitions de l'anxiété :

3.1.1- Définition de l'anxiété :

- **Selon le grand dictionnaire des malaises et des maladies :**

L'anxiété est une certaine peur de contrainte de l'inconnu qui peut se rapprocher de l'état de l'angoisse.

Elle inclut certains symptômes comme ; des palpitations nerveuses, augmentation du débit de la voix, des crampes, tension, des insomnies, transpiration. **(Jacques Martel ; 2018 ; P 52).**

- **Définition classique :**

Comme l'écrit le philosophe Alain Finkiel-Kraut : « L'anxiété accompagne la vie de tous les jours alors que l'angoisse nous arrache soudainement à cette vie, et nous arrache à notre inquiétante étrangeté de notre situation nue. L'anxiété est liée à l'affairement, l'angoisse relève de l'abîme. L'angoisse expose l'homme à la démesure de l'être, l'anxiété résulte de la volonté démesurée de l'homme ». (Dominique Servant ; 2012 ; P 4).

- **Selon P.Pichot :**

Pour P. Pichot (1987), « L'anxiété (ou l'angoisse) est un état émotionnel fait sur le plan phénoménologique de trois éléments fondamentaux : la perception d'un danger imminent, une attitude d'attente devant ce danger et un sentiment de désorganisation lié à la conscience d'une impuissance totale en face de ce danger ». (Nicolas Perrier, et All ; 2011; P 70).

- **Selon Pierre Bonnier (1913) :**

« L'anxiété, le vertige, la nausée sont des états bulbaires ; ce qui est cérébral, c'est la conscience de cette anxiété, de ce vertige, de cette nausée ». (Dominique Servant ; 2012 ; P 2).

3.2- Distinction de l'anxiété :

3.2.1- L'angoisse :

En se référant à Pierre Pichot (1998), les deux termes angoisse et anxiété ont, sur un point étymologique, une origine commune qui prend ses sources dans la sanscrit *amhas* (l'étroitesse). Cette racine donne naissance en latin à deux séries de mots : la première avec les verbes *ango*, *angusto*, *angustio*, et les adjectifs et substantifs s'y rapportant ; la deuxième avec le verbe *anxio*, et adjectifs et substantifs en dérivant.

Cependant, certains auteurs classiques ont utilisé le même mot mais avec des sens différents : *ango* signifie chez Virgile serrer, étrangler et chez Cicéron, tourmenter, inquiéter.

La psychiatrie française a longtemps conservé une distinction entre les deux termes : l'anxiété est réservée au versant psychologique, l'angoisse au versant somatique.

Pour Brissaud (1890), l'angoisse est une crise où n'interviennent que des sensations physiques, les « réactions anxieuses qui peuvent s'y ajouter n'étant que contingentes ». Il définit ainsi sa théorie : « l'angoisse est un trouble physique qui se traduit par une sensation de constriction, d'étouffement, l'anxiété est un trouble psychique qui se traduit par un sentiment d'insécurité indéfinissable ».

Claude et Lévy-Valensi (1938) et d'autres auteurs ont repris cette conception et définissent l'angoisse comme étant « l'ensemble des sensations et des réactions somatiques qui accompagnent à l'ordinaire l'anxiété ». Ces auteurs répandent l'idée que l'angoisse est une sensation psychique et l'anxiété un état d'âme.

La diffusion des classifications psychiatriques anglo-saxonnes tend à imposer le terme d'anxiété dans leurs descriptions cliniques. Si l'usage maintient une utilisation alternative de ces deux termes, sans véritable discrimination sémantique, cette réflexion sur la différence de nature entre angoisse et anxiété constitue une exception culturelle des langues latines.

Cette distinction semble pourtant licite, nous parlons plus volontiers d'anxiété lorsque nous posons un regard médical et d'angoisse lorsque nous considérons ce même phénomène sur un plan philosophique et existentiel. (**Dominique Servant ; 2012 ; P 2-3**).

3.2.2- La peur :

La différence entre Les deux notions ; anxiété et peur est affaire de degré et surtout de cognition, On appelle peur un état quand ce dernier a un contenu émotionnel et représentatif de son objet. Les behavioristes parlent du stimulus au lieu de parler d'objet.

Au sens phrénologique on peut aussi parler d'intention, (par exemple : « il a peur que le gros chien ne le morde », il s'agit d'un évènement décrit par un simple objet. (**Henriette Bloch**, .(73P ; 2002 ;Didier Casalis

La peur se manifeste par le caractère subi, l'expression viscérale, l'expressivité corporelle, les conduites qui en découlent la matérialisent de manière évidente ; sueurs froides, contractions stomacales, palpitations cardiaques, sécheresse de la bouche, les tremblements.

Schématiquement, plus richesse représentationnelle est grande, plus le contrôle potentiel de l'éprouvé semble accessible à la volonté. (**Antonie Lesur ; 2014 ; P 50**).

3.2.3- Le stress :

Le stress est la mise sous tension d'une transaction particulière entre l'individu et son environnement, déclenchée par une rupture d'équilibre, à un moment de son histoire. (**Dominique Hoareau ; 2001 ; P 54**).

Le stress peut être psychologique qui se manifeste par une pression de l'entourage, physique (une puissante demande pour mon corps liée au travail, sport...), chimique ou biochimique (changement hormonal, prise de médicaments, chimiothérapie). (**Jacques Martel ; 2018 ; P 397**).

Le rôle du stress ou des évènements stressant de la vie est supposé depuis longtemps dans l'anxiété (Servant, 1998). Ces évènements peuvent avoir un impact dans la survenue d'un trouble anxieux, le stress désigne en effet la réaction hormonale en réponse à un tresseur, le père fondateur de ce concept (Hans Selye), décrit dès 1936 sur la base d'études menées chez l'animal, sous le terme de syndrome général.

D'adaptation mettent en jeu principalement les hormones surrénaliennes, qui permettent de maintenir l'équilibre de l'organisme. (**Dominique Servant ; 2012 ; P 51-52**).

3.3- L'anxiété et sa forme pathologique :

L'anxiété peut-même être essentielle à la suivre dans certaines situations. Il est normal et même nécessaire d'éprouver une certaine anxiété, le cerveau transmet un message au système nerveux quand on se sent en danger qui réagit en sécrétant de l'adrénaline, ce dernier nous met en état d'alerte, tout en se préparant à faire face au danger. **(Neil A. Rector, Danielle Bourdeau et al ; 2017 ; P 4).**

La fonction de l'anxiété est multiple et complexe, l'anxiété n'est pas pathologique en soi et s'inscrit dans le registre émotionnel humain normal.

Parmi les différents registres dont les réponses anxieuses s'expriment ; registre physiologiques, psychologiques, émotionnels et comportementaux.

L'anxiété psychologique permet de détecter un danger et de préparer les comportements de défense. L'anxiété physique, cognitive et émotionnelle met en jeu différentes fonctions d'évaluation, de perception, de traitement de l'information et de mémorisation.

L'anxiété est donc un facteur d'adaptation permettant de faire face aux situations de danger et d'urgence. Elle devient pathologique dans le sens où elle devient pénible, envahissante et, au contraire, inhibe et entrave le sujet dans son adaptation face au monde environnant. **(Dominique Servant ; 2012 ; P 4-5).**

Autrement dit, l'anxiété ne pose un problème que si ; elle perturbe ce que vous voulez faire, quand elle se manifeste souvent, ou elle dure souvent et gêne le sujet, lorsque le sujet essaye de lutter pour contrôler ses angoisses, mais celles-ci le perturbent et ne s'apaisent pas, et enfin elle dépasse de loin le niveau réel du risque. **(Dr Charles H. Elliott, Dr Laura L. Smith, et All ; 2009 ; P 45-46).**

3.4- Quelques modèles théoriques de l'anxiété :

3.4.1- La théorie psychanalytique :

Freud propose en 1895 de faire une distinction la névrose d'angoisse neurasthénie et la relie à des perturbations de la vie sexuelle ; cette névrose « actuelle », à laquelle il reliera plus tard l'hypocondrie, s'oppose pour lui aux psychonévroses qu'il qualifiera ensuite de névroses de transfert ou de défense, liées à des traumatismes anciens dépendant de l'histoire infantile et de la trajectoire existentielle des sujets, catégorie à laquelle seront associées les névroses obsessionnelles et phobiques.

On retrouve en effet dans sa description des manifestations d'excitabilités générale, une attente anxieuse (anxiété chronique), des attaques aiguës d'anxiété, des attaques d'anxiété légère, des symptômes somatiques multiples, des terreurs nocturnes et l'association fréquente à des phobies physiologiques ou de la locomotion (notamment l'agoraphobie). **(Jean-Philippe Boulenger, Jean-Pierre Lépine ; 2014 ; P 2).**

1926 l'angoisse est définie comme un état d'affect face à une situation de danger révélant un caractère particulier de déplaisir accompagné de manifestations corporelles. Freud distingue l'angoisse automatique qui est une angoisse-signal face à un danger réel de l'environnement, de l'angoisse névrotique qui signifie une angoisse-signal face à un danger inconnu, un danger pulsionnel se ramenant à une perte ou une séparation. **(Dominique Servant ; 2012 ; P 24-25).**

3.4.2- La théorie comportementale :

D'après cette théorie certaines évaluations émotionnelles sont effectuées de manière automatique et non consciente.

Le sujet de l'émotion n'est mieux conscient que des conséquences de ces activations, notamment en termes de changements corporels ou comportements, il peut par exemple remarquer qu'il tremble et transpire, ou qu'il parle plus

rapidement ou plus fort. L'individu a alors l'impression que l'émotion se déclenche automatiquement et qu'elle est en dehors de sa volonté et de son contrôle.

L'évaluation émotionnelle automatique est déclenchée donc par deux types de stimuli : d'une part, les stimuli inconditionnels, d'autre part, les stimuli conditionnés. Concernant les premiers, différentes recherches ont montré que certains stimuli déclenchaient de manière innée des émotions, notamment des émotions centrales dans les troubles anxieux.

Les stimuli conditionnés ont acquis quant à eux les apprentissages sont omniprésents et peuvent devenir particulièrement élaborés au cours du développement, les éléments d'expérience s'associant les uns aux autres. Certains apprentissages peuvent toutefois rester simples et persistants pendant de très longues périodes. **(Pierre Philippot, Céline Douilliez ; 2014 ; P 8).**

3.4.3- La théorie cognitive :

Le modèle cognitif repose sur le traitement de l'information des stimuli internes et externes. Ce traitement est soumis à ce que Beck appelle les schémas cognitifs. Le sujet n'a accès qu'à une production superficielle, les monologues et les pensées intérieures.

Beck et Freeman (1990) ont fait l'hypothèse de la présence, chez le sujet anxieux, de schémas impliquant une menace physique ou psychologique et un sens exagéré de la vulnérabilité. L'anxieux serait plus réceptif aux aspects potentiellement menaçants d'une sensation et percevrait son environnement et ses sensations physiques en fonction de processus cognitifs erronés. Chaque trouble anxieux serait sous-tendu par des schémas spécifiques. **(Dominique Servant ; 2012 ; P 33-34).**

3.5- Les troubles anxieux :

Le support le plus constant pour le rôle de facteurs génétiques soit retrouvé dans le trouble de panique. L'application de l'épidémiologie génétique pour comprendre les autres troubles anxieux est limitée par le manque d'études

contrôlées et aussi par le défaut de certitude de la description phénotypique. **(Olia Boukhezra, Philippe Courtet ; 2014 ; P 59).**

L'anxiété prend des formes diverses, la sensation d'étouffement ou de tension dans la gorge ou la poitrine est symptôme courant de l'anxiété. Elle implique aussi d'autres symptômes ; comme la transpiration, les tremblements, la nausée et des battements de cœurs accélérés, elle peut également inclure des peurs.

Les psychologues et les psychiatres ont compilé une liste de sept catégories principales de troubles d'anxiété :

- Trouble d'anxiété généralisée (TAG);
- Trouble panique ;
- Phobie spécifique ;
- Agoraphobie ;
- Phobie sociale ;
- Trouble obsessionnel compulsif (TOC) ;
- Etat de stress post-traumatique. **(Dr Charles H. Elliott, Dr Laura L. Smith, et All ; 2009 ; P 24-25).**

3.5.1- Trouble d'anxiété généralisé (TAG) :

Trouble critiqué pour sa valeur peu discriminative et peu prédictive. Dans une première approche, on peut intégrer le TAG au pôle peur. Cependant, plusieurs études mettent en évidence des antécédents de perte, voire des agrégations familiales similaires à celles qui sont retrouvées pour le trouble de panique et les dépressions majeures.

Ainsi, selon le schéma évoqué à propos des phobies, l'anxiété peut-elle référer à un pôle d'inquiétude et d'appréhension de l'avenir mais aussi, et c'est d'ailleurs ce que suggèrent les critères actuels, à un pôle de soucis et de

préoccupations, qui correspond à une dimension plus particulièrement liée à l'attachement.

Le TAG évolue donc du registre de la peur à celui de la détresse. **(Antonie Lesur ; 2014 ; P 55).**

Symptômes :

- Des difficultés à se concentrer, à s'endormir ou à rester endormi ;
- Les muscles tendus, surtout dans le dos, le cou ou les épaules ;
- Agitation, le sujet est souvent irritable, crispé, nerveux ou tendu ;
- Le sujet est facilement fatigué. **(Dr Charles H. Elliott, Dr Laura L. Smith, et All ; 2009 ; P 26).**

3.5.2- Trouble de panique :

Le trouble de panique correspond au moment où la vie psychique est envahie de manière durable et irréversible par l'émotion primaire.

Ce bouleversement émotionnel s'accompagne d'un cortège de manifestations cliniques souvent négligées, voire méconnues : tendance à la colère et l'impulsivité, faible estime apparente de soi associée à un sentiment paradoxal de toute puissance fantasmatique, enfin besoin de maîtrise parfois accompagné de perfectionnisme.

La souffrance singulière et complexe du paniqueur peut se compliquer de peurs anticipatoires forte qui, au moment de la guérison de l'épisode, disparaissent « comme par enchantement » **(Antonie Lesur ; 2014 ; P 53).**

Symptômes :

- Un rythme cardiaque irrégulier, rapide ou frénétique ;
- La transpiration ;
- Une impression d'étouffement, de suffocation ou de manque d'air ;
- Le vertige ou l'étourdissement ;

- Une douleur ou une autre gêne dans la poitrine ;
- L'impression que les événements sont irréels ou l'impression d'être détaché de soi-même ;
- L'engourdissement ou des picotements ;
- Des vagues subites de chaleur ou de froid ;
- La peur en mourir, bien qu'elle soit en fait non fondée ;
- La nausée ou des troubles digestifs ;
- Un sentiment de grande nervosité ou des tremblements ;
- L'idée que l'on est en train de devenir fou ou de perdre complètement le contrôle de soi. **(Dr Charles H. Elliott, Dr Laura L. Smith, et All; 2009 ; P 30-31).**

3.5.3- Phobie spécifique :

La phobie spécifique est une peur irrationnelle ou excessive, provoquée par un objet ou une situation qui, objectivement, ne présente pas vraiment de danger. Les phobies spécifiques sont réparties en 5 types (DSM IV/ CIM 10) : animal, environnement naturel, sang-injection-accident, type situationnel, autre (par exemple peur de vomir). C'est un trouble extrêmement fréquent. . **(PULL, 2009, P18).**

Symptômes :

- Une transpiration anormale ;
- Tension musculaire ;
- Etourdissement ;
- Evitement des voyages en avion ;
- Besoin d'échapper. **(Neil A. Rector, Danielle Bourdeau, et All ; 2017; P 11).**

3.5.4- L'agoraphobie :

L'agoraphobie se définit selon les critères diagnostiques DSM-IV, comme une anxiété liée au fait de se retrouver dans des situations ou des endroits dans lesquels on ne pourrait pas trouver de secours en cas d'attaque de panique, ou d'où le sujet pourrait être gêné à s'échapper. (**Dominique Servant ; 2012 ; P 83**).

L'agoraphobie peut commencer avec une seule crainte, comme d'être dans une foule, mais les situations redoutées se multiplient dans de nombreux cas au point que la personne craint de sortir de chez elle.

L'agoraphobie donc se joint donc à la panique, les personnes qui en souffrent ont peur de n'importe quelle situation dans laquelle elles pourraient avoir une crise.

Symptômes :

- Appréhender des choses de la vie quotidienne comme quitter le foyer ;
- Le sujet évite tellement les endroits qui lui fait peur que cela envahi sa vie, et devine un prisonnier de sa peur ;
- Il craigne de se trouver quelque part où il ne peut ni sortir ni obtenir de secours dans le cas où quelque chose arriverait. (**Dr Charles H. Elliott, Dr Laura L. Smith, et All ; 2009 ; P 34**).

3.5.5- phobie sociale :

Selon APA la phobie sociale est défini ainsi « peur ou anxiété intenses d'une ou plusieurs situations sociales durant lesquelles le sujet est exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui ». (**Neil A. Rector, Danielle Bourdeau, et All ; 2017 ; P 11**).

Le sujet qui souffre de ce trouble a toujours peur de parler en public, de rencontrer de nouvelles personnes, de manger en public, il trouve ces situations

difficiles parce qu'il s'attend à recevoir des jugements humiliants de la part des autres.

Symptômes :

- Avoir peur des situations dans lesquelles on pourrait vous observer ou vous évaluez d'une manière ou d'une autre.
- Lorsque le sujet est obligé de se retrouver dans une situation inconfort
- Inconfortable en société, son niveau d'anxiété s'accroît fortement.
- Se rendre compte que la peur est plus grande que la situation ne le justifie vraiment.
- Le sujet évite les situations qui lui font peur autant qu'il le peut ou il ne les endure qu'avec beaucoup de douleur. **(Dr Charles H.Elliot, Dr Laura L.Smith, et All ; 2009 ; P 28-29).**

3.5.6- les troubles obsessionnels compulsifs :

Selon le DSM-5 ; le trouble obsessionnel compulsif est caractérisé par la présence d'obsessions et/ou de compulsions.

Les obsessions signifient des pulsions, des pensées ou image récurrents et persistantes qui sont ressenties comme intrusives. Tandis que les compulsions sont des comportements répétitifs que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible. **(Elsevier. Masson ; 2015 ; P 299).**

Les arguments principaux en faveur de l'existence d'un substrat génétique pour le TOC sont l'existence d'antécédent de TOC chez l'adolescent, l'existence de formes familiales et une maladie plus fréquente chez les apparentés de premiers degré par rapport à la population générale. **(Olia.Boukhezra, Philippe.Courtet ; 2014 ; P 61).**

Symptômes :

Ce qui suit s'applique aux obsessions :

- Des pensées obsédantes n'impliquent pas des problèmes de la vie réelle ;
- Les pensées concernées gênent considérablement ;
- Lorsque les pensées se produisent, le sujet essaye de se débarrasser en pensant à quelque chose d'autre ;
- Le sujet sait que ses pensées obsessionnelles viennent de son propre cerveau et pas d'une autre source.

Symptômes :

Ce qui suit s'applique aux compulsions :

- Le sujet croit que ses actes compulsifs peuvent d'une manière ou une autre empêcher qu'un événement terrible ne se produise ;
- A travers les actions et des comportements ou de stratégies mentales que un compulsif se sent obligé de répéter en réponse à l'une de ses pensées obsédantes ou parce qu'il respecte une règle rigide en pensant qu'il est impossible de la transgresser. **(Dr Charles H. Elliott, Dr Laura L. Smith, et All ; 2009 ; P 42).**

3.5.7- L'état de stress post-traumatique :

- Selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV) :

Concernant ce trouble, l'état de stress post-traumatique est caractérisé par la reviviscence d'un événement extrêmement traumatique.

Donc c'est le développement de symptômes exposés à un facteur de stress traumatique impliquant le vécu directe et personnel d'un événement pouvant entraîner la mort, constituer une menace de mort ou une blessure sévère, représenter des menaces pour sa propre intégrité physique. **(Elsevier Masson ; 2004 ; P 493).**

Symptômes :

- Le sujet essaye de supprimer ou d'endormir ses sentiments, si l'on peut dire il évite tout ce qui lui rappelle le traumatique.
- Il se sent sur la défensive.
- Une fois que l'évènement est terminé, le sujet revivra ce dernier d'une façon ç une autre. **(Dr Charles H. Elliot, Dr Laura L. Smith, et All ; 2009 ; P 40).**

3.6- Les quatre modèles de l'anxiété :**3.6.1- Angoisse névrotique :**

Freud pense d'abord, que les névroses sont dues au refoulement d'impressions infantiles consécutives d'authentiques et réelles agressions sexuelles d'adultes sur les enfants. **(Chritian Jeanclaud ; 2008 ; P 24).**

Elle n'a pas une cause immédiate, elle est donc à la fois cause et conséquence du refoulement. La représentation en elle-même, repoussée dans l'inconscient, disparaît la conscience alors que l'énergie qui lui était liée est transformée en angoisse.

Il considère que certaines formes d'anxiétés sont liées à des conflits inconscients et que leurs traitements relève de la méthode psychanalytiques. **(Guy Darcourt ; 2014 ; P 37).**

3.6.2- Angoisse « Actuelle » :

Dans ce deuxième élément, Freud met l'accent sur le fait que l'excitation sexuelle trouve sa source dans le soma et qu'elle nécessite un processus de transformation du pôle somatique au pôle psychique.

On entre dans le domaine des névroses dite actuelles (hypocondrie, neurasthénie névrose d'angoisse), lorsque ce processus de transformation échoue, ces névroses actuelles sont opposées aux psychonévroses de défense (hystérie, névrose de contrainte, phobie). (**Jacques Press ; 2011; P 11-12**).

Dans son dernier travail sur l'anxiété, en 1932, il y revient : «une excitation libidinale est provoquée, mais non satisfaisante, non utilisée ; à la place de cette libido déviée de son utilisation survient alors l'anxiété. Je me suis même cru autorisé à dire que cette libido insatisfaisante se transformait directement en angoisse »

Il considérait qu'elle ne se trouvait pas dans la cure analytique, il a admis par la suite que sa technique pouvait tout de même être utile.

Il écrit en 1912 : « je concède aujourd'hui, ce que je ne pouvais croire alors, qu'un traitement analytique puisse exercer aussi, indirectement, une influence curative sur les symptômes actuels, ou bien en aboutissant à ce que les nuisances actuelles soient mieux supportées, ou bien en mettant l'individu malade en état de se soustraire à ces nuisances actuelles par une modification de son régime sexuel ». (**Guy Darcourt ; 2014 ; P 37-38**).

3.6.3- Angoisse traumatique :

Est due à une situation qui provoque chez le sujet un afflux d'excitation qu'il ne peut maîtriser. Freud parle d'un afflux d'énergie libre. Les notions qui lui sont chères d'énergie libre et d'énergie liée permettent d'éclairer le mécanisme de cette angoisse et les moyens de l'atténuer.

L'énergie libre est celle que le sujet ne peut relier à aucune représentation claire d'une menace, de sa nature il sera moins angoissé que s'il ignorait toute les caractéristique ; c'est -à dire les menaces de ses modalités, de sa force, il pourra évaluer gravité.

La menace mystérieuse et massive crée une anxiété immaîtrisable, c'est l'attaque de panique. A partir du moment où le sujet parle de son anxiété, il établit des liens entre elle et des représentations et par là l'atténue.

Il faut que le sujet revive donc les situations traumatisantes de son enfance, qu'il est autorisé à combattre par le cri qui amène par la suite à la conscience des images et qui crée des liaisons entre elles et l'anxiété.

3.6.4- Angoisse devant un danger réel :

Elle a une cause externe, elle ne s'en différencie par le fait que le sujet identifie ce qui le met en danger. L'angoisse que ressent-il le sujet vient d'expériences antérieures dans lesquelles il s'est senti en état de faiblesse et vulnérable. Il peut redouter un danger qu'il laissera un autre serein, il surestime son importance, selon un mécanisme phobique.

C'est Selon la profondeur des mécanismes que Les technique psychothérapeutiques se relèvent-elles soit une analyse s'ils sont inconscient, et s'ils sont préconscients, une thérapie cognitive pour les défauts d'appréciation. (Guy Darcourt ; 2014 ; P 38).

3.7- Apport de la psychologie évolutionniste à la compréhension de l'anxiété :

Le modèle darwinien a permis des avancées scientifiques considérables pour la compréhension de l'évolution des espèces, La psychologie et la psychopathologie s'est fait jour sous la forme de la psychologie évolutionniste et n'ont pas fait un champ de recherche destiné à une compréhension de l'évolution phylogénétique des processus psychologiques.

Pour ce courant de recherche, les caractéristiques psychologiques observables aujourd'hui correspondent à des adaptations aux environnements auxquels l'espèce a le plus été confrontée au cours de son évolution. Les individus qui présentent des réactions de peur efficaces tendent à augmenter leur survie, in fine, à se reproduire plus, transmettant ainsi d'avantage à la génération suivante les caractéristiques qui sont les leurs, dont les réactions de peur.

L'anxiété se fonde sur la peur. Dont on comprend assez aisément l'intérêt de la peur en termes de survie, Les avantages de la peur en termes évolutionnistes pourraient être illustrés par la formule anglo-saxonne *better safe than sorry* : il est préférable de réagir pour rien plutôt que de rester confronté à un prédateur ou à la chute d'un arbre. Et pour ceux de l'anxiété reposerait sur la capacité à anticiper les éventuels dangers, à « pré-voir »

Ce courant de recherche envisage les troubles anxieux comme des exagérations ou des dérèglements des mécanismes généralement adaptés.

L'anxiété normale peut elle aussi être déclenchée pour surveiller des stimuli non dangereux, ou de façons exagérées.

Elle s'envisagerait alors selon une répartition, les troubles anxieux ne correspondraient pas à des déficits, mais à des variations phylogénétiques à droite de la courbe de gauss. (**Jean-Louis Monestès ; 2014 ; P 29**).

3.8- La symptomatologie de l'anxiété :

Comme tout effet, l'anxiété inclut des symptômes sous forme de comportements anxieux, D'autres signes indicateurs d'anxiété se manifestent par des sensations corporelles. Ainsi que d'autres sous forme de de pensées ou de croyances.

Chez certains les symptômes se manifestent que d'une ou de deux façons en revanche chez d'autres on observe les trois types :

3.8.1- Le comportement anxieux :

Les anxieux essaient inévitablement de se tenir à l'écart de ce qui cause leur anxiété. Qu'il s'agisse de serpents, de hauteurs, d'autoroutes, de souvenirs de fichus moments, ou de parler en public les anxieux cherchent à s'échapper.

L'un des exemples les plus courants et les plus évidents de comportements d'évitement induit par l'anxiété, c'est la manière dont les gens réagissent à leurs phobies.

3.8.2- Symptômes physique :

- L'accélération du rythme cardiaque ;
- Une poussée d'hypertension ;
- Les vertiges ;
- La fatigue ;
- Des troubles gastro-intestinaux ;
- Les douleurs et des maux généralisés ;
- De tension musculaire ou de spasmes musculaires ;
- De transpiration.

3.8.3- Le mode de pensées anxiogène :

- Dépendre toujours de l'approbation des autres ;
- Être perfectionniste ;

- Les pensées affluentes sans cesse ;
- Manque de concentration ;
- Exagération ;
- Vivre dans l'avenir en prédisant le pire. (**Dr Charles H. Elliot, Dr Laura L. Smith, et All ; 2009 ; P 14-15**).

3.9- L'étiologie de l'anxiété :

La manifestation de troubles anxieux semble découler de l'interaction complexe de facteurs ; d'origine médicales, biologiques, environnementaux (Evènement de vie, Problème familiaux, Modes de relations intrafamiliales), psychiques, le stress au travail qui est un facteur majeur d'anxiété.

3.9.1- Facteur d'origine médical de symptômes semblables à ceux de l'anxiété :

Un nombre de maladies ou d'affections peuvent également générer des symptômes semblables à ceux de l'anxiété.

Le fait de tomber malade peut causer une inquiétude à propos de la santé du sujet ; le diagnostic d'un trouble chronique progressif, d'une maladie cardiaque grave, d'un cancer, celui-ci peut entraîner l'apparition de symptômes d'angoisse au sujet de la façon dont il va gérer les conséquences de cette maladie. (**Dr Charles H.Elliott, Dr Laura Smith, et All ; 2009 ; P 52-53**).

3.9.2- Facteur biologique :

Les études familiales suggèrent que les patients souffrant de troubles anxieux présentent de manière assez homogène des facteurs favorisant de nature génétique.

Les facteurs génétiques semblent particulièrement présents dans certaines phobies, ainsi que le TAG et le trouble de panique, les études de jumeaux suggèrent que l'agrégation familiale des cas s'explique plus par la génétique que par l'environnement familial.

3.9.3- Facteur environnementaux :

3.9.3.1- Evènement de vie :

Les évènements de vie négatifs sont considérés comme un impact dans l'étiologie des troubles anxieux, Notamment La survenue inattendue de ces évènements augmenterait le risque de développer un TAG, Et Parmi les personnes ayant vécu un évènement de vie négatif de type traumatisant, développent un ESPT, le risque étant maximal pour les enfants. Le type de traumatisme vécu pourrait aussi expliquer certaines différences interindividuelles.

3.9.3.2- Problème familiaux :

Sont considérés comme des « facteurs de stress chroniques », plusieurs études se sont intéressées à l'environnement familial en particulier aux conflits avec et entre les parents ; l'alcoolisme du père, la perte ou la séparation des parents pendant l'enfance, la présence d'abus (verbaux ou bien physique, sexuels) pendant l'enfance, la toxicomanie, seraient tous des tous des facteurs de risque notamment de TAG.

3.9.3.3- Modes de relations intrafamiliales :

Plusieurs études se sont attachées à étudier les liens entre les troubles anxieux et les types de relations établis entre les enfants et leurs parents.

Les quatre troubles anxieux examinés ; phobie sociale, phobie spécifique, TAG et trouble panique avec et sans agoraphobie, constituaient un groupe relativement homogène quant à leur association avec l'éducation parentale.

L'influence des modalités d'apprentissage acquises pendant l'enfance sur le développement d'un trouble anxieux à l'âge adulte, se réfère, en premier lieu, à l'observation par l'enfant de l'anxiété chez les autres, notamment chez les adultes, appelé « modeling ». Ce processus se réfère ainsi à la communication aux enfants concernant les dangers extérieurs.

Le modeling et le transfert d'informations négatives joueraient donc un rôle majeur dans la transmission des troubles anxieux d'une génération à une autre. (Joanna Norton, Delphine Capdevielle, et All ; 2014 ; P 125-126-).

3.9.3.4- Facteurs psychiques :

Il existe deux façons d'appréhender les causes psychiques de l'anxiété ; La théorie cognitive et comportementale, elles sont à l'origine du traitement cognitivo-comportementale, il existe une troisième théorie ; la théorie développementale, visant à expliquer l'anxiété éprouvée à l'âge adulte par l'examen de ce qui a été appris durant l'enfance.

3.9.3.4.1- Théorie cognitive :

Selon la théorie cognitive l'attitude des personnes présentant des troubles anxieux, redoutant le pire, par exemple le danger que présentent les serpents, les araignées, et d'autres animaux, une personne peut être persuadée, en présence de tout serpent, qu'il va la mordre et l'empoisonner, en s'imaginant que le danger est bien plus grand et bien plus courant qu'il ne l'est en réalité, même s'il s'agit d'un serpent non venimeux. Ce qu'on appelle le catastrophisme.

Toutefois, lorsqu'on évite une situation qui engendre la peur, cette dernière ne fait que s'accroître, La théorie cognitive professe donc qu'en confrontant ses peurs on peut les atténuer, car on s'aperçoit alors que le danger n'est pas aussi grand qu'on le croyait.

3.9.3.4.2- La théorie comportementale :

La théorie comportementale de son côté, les personnes qui perçoivent d'un évènement terrifiant, stressant, ou bien traumatisant à certains « signaux » que ce soit externe ou bien internes, évoquera une réaction de peur, cette dernière échappera au contrôle conscient une fois associée au signal établie.

Pour certaines personnes aux prises avec un trouble anxieux pour éviter de tels signaux, prennent des mesures extrêmes et il arrive même que des signaux de même nature soient assimilés au signal d'origine, quand ils évitent de tels signaux, ça leur procure un sentiment de sécurité, mais à la longue, les comportements d'évitements amplifient l'anxiété associés à ces signaux.

3.9.3.4.3- Théorie développementale :

Selon la théorie développementale, il existerait un lien entre la façon dont les enfants apprennent à prévoir et interpréter les évènements et l'anxiété qu'ils éprouveront plus tard dans la vie.

Le degré de l'anxiété ressenti et le sentiment de contrôle varie considérablement d'une personne à une autre. Certains éprouvent une incertitude totale et se sentent totalement impuissants face à l'avenir, tandis que d'autres pensent exercer un contrôle total ce qui leur arrive. **(Neil A. Rector, Danielle Bourdeau, et All ; 2017 ; P 17-18).**

3.9.3.4.4- Stress au travail : facteur majeur d'anxiété :

Le stress au travail touche toutes les professions et tous les secteurs d'activités. Les exigences et la performance, l'urgence du temps, la perte de repères sociaux conduisent également à expliquer un si grande occupation du stress dans les esprits.

Certains évènements, notamment ceux liés au travail sont de nos jours particulièrement sources d'inadaptations. Parmi Les principaux changements pouvant conduire à modifier les conditions de travail on citera ce qui suivent :

- L'insécurité de l'emploi ;
 - Les exigences de flexibilité pour ce qui concerne le nombre d'employés, leurs fonctions et leurs compétences ;
 - La perte d'autorité et de reconnaissance de certaines professions (policier, personnel soignant, enseignant...) ;
 - L'augmentation de nombre d'emplois dans le secteur des services.
- (Dominique Servant ; 2012 ; P 70).**

3.10- Anxiété spécifique à la grossesse :

Plusieurs chercheurs se sont intéressés à l'étude de la spécifiés des manifestations anxieuses lors de la grossesse et ont tenté d'en dégager les thématiques dominantes, L'anxiété vécu durant la grossesse se décline ainsi ; anxiété par rapport à la grossesse, à l'accouchement, et enfin, en lien avec l'hospitalisation.

Standley, et al, (1979) ont démontré la présence de sentiments d'anxiété qui évoque l'existence de peurs spécifique et intense chez la femme enceinte, telles que la crainte de l'incompétence, de la douleur ou de la perte de contrôle

durant l'accouchement, de complications médicales ou encore de changements dans la vie personnelle.

Dunkel Schetter (2011) et Huizink, et al. (2004) définissent l'anxiété spécifique à la grossesse comme un syndrome se référant aux peurs exprimées par la femme au sujet de sa santé, de celle de son bébé, des expériences reliées au suivi médical et à l'hospitalisation et enfin des préoccupations autour du rôle de mère.

Dans une revue littérature s'intéressant à l'évaluation psychométrique de l'anxiété spécifique à la grossesse. De nombreux questionnaires rapportés par Alderdice, et al, (2012) ont été conçus depuis quelques décennies dont l'intérêt, est d'apporter au plan clinique de précieux renseignements sur les préoccupations des femmes enceintes afin d'orienter le travail de soutien et de réassurance auprès de ces dernières. **(Nicolle Reeves, Virginie Pelletier, et All ; 2016 ; P 44).**

3.11- la prise en charge :

3.11.1- Thérapie cognitivo-comportementale :

La TCC est une thérapie de brève durée axée sur les aspects cognitifs et comportementaux des troubles anxieux. Les premières séances sont consacrées à l'examen du trouble anxieux par la personne affectée et le thérapeute, généralement elle consiste de 12 à 15 séances hebdomadaires, deux heures, pour les séances de groupe, ou d'une heure, pour les séances individuelles.

Tout au long de la thérapie, des tâches comportementales et cognitives sont assignées à la personne pour l'aider à développer des compétences qui atténueront ses symptômes anxieux.

Lorsque le traitement prend fin, les thérapeutes fixent des séances de « rappel » plus espacées.

3.11.2- En quoi consiste la TCC :

La thérapie est une partie intégrante de la TCC consiste à mener la personne à s'exposer progressivement, directement ou imaginaire, aux situations qu'elle redoute et qui sont génératrices d'anxiété.

La thérapie d'expositions se fonde sur le principe selon lequel les gens s'exposent à ce qui leurs fait peur, et apprennent que cette dernière est excessive et irrationnelle.

Dans le cas d'une personne qui a peur des chiens par exemple, le thérapeute commencera par la faire parler de chiens, ensuite il lui fait regarder des photos de chiens, il lui demanda d'observer ces chiens afin que la personne s'approche de divers types de chiens.

Elle est amenée à faire de plus en plus les exercices d'expositions entre les séances et de thérapies mesure que la personne réalise des progrès, et atténue l'anxiété et la peur.

La TCC devrait être la première proposée aux personnes aux prises avec des troubles anxieux, sauf si elle n'a pas donné de résultat on envisagera d'autres thérapies, ou si la personne refuse d'en faire l'essai. **(Neil A, Rector, Danielle Bourdeau, et All ; 2017 ; P 23-24-25-26).**

3.11.3- Le déroulement des TCC :

- Prise de contact (une alliance thérapeutique) ;
- Diagnostique psychiatrique selon le DSM-4 et ses cinq axes ou L'ICD 10 ;

- Analyse fonctionnelle : des grilles qui permettent d'analyser les interrelations d'une manière synchronique et diachronique entre cognition, émotion et comportement (Cottraux, 2004) ;
 - Mesure : elles ne sont qu'une représentation mathématique de la clinique ;
 - Explication du problème psychologique afin qu'il sera mis en place pour assurer le changement des pensées, des émotions et des comportements ;
 - Etablir des hypothèses avec le patient ;
 - Etablir une hiérarchie des niveaux du problème en utilisant des unités subjectives de perturbations ;
 - Développement de capacités d'auto-guérison et d'auto-gestion ;
 - Evaluations des résultats du traitement ;
 - Programme du suivi durant un an après la fin de la phase active de traitement.
- (Jean Cottraux ; 2004 ; P 153-154).**

3.11.3.1- L'analyse fonctionnelle :

L'analyse fonctionnelle est l'outil de base en TCC. Il s'agit de compréhension du fonctionnement d'un trouble et de voir l'interaction entre les différentes composantes ou d'une situation sous l'angle cognitif, comportemental et émotionnel. **(Stacey Callahan, Frédéric Chapelle ; 2016 ; P 179).**

3.11.3.2- L'évaluation de l'anxiété :

- **Le questionnaire des peurs (Marks et Mathews, 1979 ; traduction de Cottraux et Coll., 1985) :** ce questionnaire a pour objectif d'évaluer les

problèmes phobiques les plus fréquents. Il évalue également l'anxiété et la dépression associées aux phobies ;

- **Echelle de Cottraux (1993)** : échelle d'évaluation des phobies, attaque de panique et anxiété, cette échelle permet de d'évaluer ces trois grand types d'anxiété ; (**Jérôme Palazzolo, Véronique Bourdenet ; 2012 ; P 8**).

- **Echelle de Spielberger, (1983)** : « stat-trait Anxiety Inventoey » (STAI) qui est l'une des échelles les plus utilisées en psychologie appliquée.

L'anxiété-trait consiste à percevoir subjectivement des situations potentiellement stressantes comme réellement dangereuses (plus l'anxiété-trait est forte, plus la situation est perçue comme menaçante ;

- « **Le questionnaire général self-efficacy scale** » de **Schwarze et Jerusalem (1995)** : il s'agit d'un des tests les plus utilisés dans la recherche en psychologie ;

Cette échelle d'auto-évaluation, unidimensionnelle, comporte 10items. Elle permet de mesurer les croyances en les capacités d'atteindre des objectifs et de faire face aux diverses situations qui peuvent survenir ; (**Sophie Cros, Eric Lombardot, et All ; 2019 ; P 44**).

- **Echelle de phobie sociale de Liebowitz** : ce questionnaire évalue l'anxiété et l'évitement selon deux sous-échelles, portant sur l'interaction sociale et la performance ;

- **Questionnaire des cognitions agoraphobiques (Chambless, 1984. traduction de Cottraux, 1998)** : il évalue des pensées irrationnelles concernant les possibles conséquences de l'anxiété ; (**Jérôme Palazzolo, Véronique Bourdenet ; 2012 ; P 58**).

- **Echelle d'anxiété de Hamilton (Hamilton.1959 ; Pichot, 1981)** par hétéro-évaluation, comportant 14items (0 : absence à 4 : très sévère), avec un seuil à 18 pour parler d'anxiété pathologique. **(Magali Ravit; 2020 ; P217).**

3.11.3.3- Les techniques thérapeutiques :

Plusieurs techniques sont utilisées en TCC, elles appartiennent au registre comportemental, cognitif et émotionnel.

On citera dans ce qui suit quelques techniques :

- Affirmation de soi :

Il s'agit d'une thérapie réalisée en 12 séances hebdomadaires en groupe, permettant de travailler à la fois le développement de la communication et les relations interpersonnelles, par des jeux de rôle.

Elle est souvent utilisée dans un second temps, après des séances de TCC en individuel ayant permis d'améliorer le trouble anxieux.

- La restructuration cognitive :

Elle consiste à mettre au jour les pensées automatiques présentes dans les situations anxiogènes, puis, en séance, à les remettre en question, les critiquer, et éventuellement faire émerger des pensées alternatives. **(Hélène Denis ; 2019 ; P 60).**

- La désensibilisation réciproque :

Ce sont les travaux de Wolpe sur l'inhibition réciproque qui sont à la base de cette technique (Wolpe, 1958).

C'est par la relaxation que le patient va réduire son niveau émotionnel tout en maintenant la vision de ce qu'il redoute. Il est amené en imagination à visualiser la situation qu'il redoute.

- **Jeux de rôle :**

Ils sont fréquemment utilisés dans la thérapie centrée sur l'affirmation de soi. Ils sont aussi utiles dans les exercices sur la communication dans le cadre de la phobie sociale.

- **Exposition cognitive et technique de flooding :**

Dans ces exercices, le patient est amené à se confronter aux angoisses ou obsessions qu'il peut avoir en écoutant un texte reprenant ce qu'il redoute (Stacey Callahan, Frédéric Chapelle ; 2016 ; P 189).

3.11.4- La relaxation :

Est une pratique psychosomatique qui consiste à induire chez le sujet, par différents procédés, un état de relâchement musculaire plus ou moins important et une modification de l'état et du niveau de la conscience plus ou moins profond dans un but thérapeutique, mais aussi prophylactique ou éducatif. (Nathalie Baste ; 2016 ; P 8).

3.11.4.1- La relaxation musculaire :

Le principe de cette technique consiste à se centrer sur la sensation de détente.

Edmun Jacobson, en 1938, met en avant la relation entre l'état de tension musculaire et la tension psychique.

Grace à la méthode de concentration-déconcentration que les différents groupes musculaires obtiennent une réduction du tonus musculaire de l'ensemble du corps. **(Dominique Servant ; 2012 ; P 113).**

3.11.4.2- Sophrologie :

Elle sert à comprendre les mécanismes qui régissent notre être global, à en prendre conscience et à vivre dans une harmonie du corps, du psychisme et de la conscience unifiés.

Le travail de relaxation sophronique est un enseignement, un accompagnement permissif qui ne se traduit jamais par l'emprise d'un individu sur un autre individu, d'un esprit sur un autre esprit. **(Richard Esposito ; 2014 ; P 23).**

3.11.4.3- Le training autogène de Schultz :

Cette technique induit une série de sensation, observées généralement par les patients durant les phases de la transe hypnotique, afin de provoquer un état voisin de l'hypnose par suggestion et concentration.

Le sujet est également invité, assis ou couché, à se répéter en lui-même des formules suggérant des sensations.

Le principe des exercices consiste à induire des sensations de pesanteur et de chaleur dans différentes parties du corps. **(Dominique Servant ; 2015 ; P 12).**

3.11.4.4- Biofeedback ou rétroaction biologique :

Elle nécessite un appareillage sophistiqué qui permet de recueillir un certain nombre de paramètres physiologiques, le sujet évalue et apprend à gérer ces paramètres ; le pouls, les contractions musculaires, la sudation enregistrées par électromyogramme. Informé en temps réel de ses réactions biologiques face à des situations de stress. (Michel Delbrouck ; 2013 ; P 235).

3.11.4.5- Traitements médicamenteux :

Les principaux médicaments utilisés pour traiter l'anxiété sont ; les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, les inhibitions de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline et les benzodiazépines.

En général, pour traiter les troubles anxieux, les médecins prescrivent des (ISRS) ; les inhibitions sélectifs de la recapture de la sérotonine, ou des (IRSNA) ; les inhibitions de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline et les benzodiazépines.

Par ailleurs, des symptômes anxieux particuliers sont parfois traités par d'autres médicaments ; les anticholinergiques et les bêta-bloquants, cette dernière ralenti le rythme cardiaque, et dont les anticholinergiques diminue la transpiration. (Neil A. Rector, Danielle Bourdeau, et All ; 2017 ; P 26-27).

Synthèse :

Pour conclure ce chapitre, nous avons abordé l'anxiété et ses composantes les plus importantes. Cela nous a permis de mieux appréhender qu'éprouver de l'anxiété et de la nervosité par anticipation d'une situation stressante appartenait à un mode de fonctionnement humain sain. Par contre une anxiété exagérée empêche d'agir avec efficacité. Plus qu'un simple trac, il s'agit d'un réel trouble, d'ordre médical, qui peut dans certains cas perturber gravement la vie de certaines personnes.

Toutefois, nous avons pu constater que Les personnes atteintes de troubles anxieux sont incapable de gérer ces affects et de diminuer leurs sensations d'anxiété.

Ces troubles affectent le comportement, les pensées, les sentiments et les sensations physiques.

Ainsi que l'anxiété spécifique à la grossesse qui déclenche une montée d'angoisse et une fragilisation de la structure psychique chez toute mère. Cependant, quel que soit son degré de l'anxiété, il serait souhaitable d'offrir un espace de parole et d'écoute aux femmes enceintes qui souvent vivent avec intensité et anxiété l'expérience de la grossesse, de lui permettre d'avoir une vie plus épanoui après un important travail thérapeutique.

PARTIE PRATIQUE

CHAPITRE IV :

AXE I : LA METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Préambule :

Toute recherche scientifique ne peut être en tant que telle que lorsqu'elle repose sur une méthodologie et une théorie scientifique afin d'affirmer une hypothèse. Ainsi, chaque recherche nécessite une série d'étapes et de démarche méthodologique dans un protocole standard et rigide, afin de rendre le travail le plus objectif possible. Ce chapitre est donc consacré à la présentation des différents étapes suivies pour l'élaboration de notre travail de recherche, c'est un cadre qui sert à guider pour cerner notre basé sur une démarche scientifique bien définie.

4- la pré-enquête :

La pré-enquête est la première étape dans chaque étude, durant la recherche, le chercheur tente de se familiariser avec son sujet et avec le terrain afin d'élaborer son guide d'entretien et de formuler les hypothèses de recherche, elle permet aussi de recueillir des idées et des informations concernant le thème de recherche, d'avoir des renseignements sur le terrain, concernant la population visée. (Cario R.2000, P, 113).

Dans le but de vérifier la faisabilité de cette recherche, notre première étape consiste à parler le terrain avant de prendre la décision finale, après plusieurs visites dans des différentes cliniques nous avons été reçus à **l'établissement hospitalier privé « LE RAMEAU D'OLIVIER »** au service de **la maternité**, nous avons discuté avec les gynécologues et le médecin généraliste du service qui nous ont confirmés qu'ils reçoivent constamment des femmes enceintes, nous avons ensuite demandé à voir le chefs du service, afin de lui demander si elle ne voyait pas d'inconvénient à ce qu'on effectue notre stage à leur niveau, elle a répondu favorablement, après avoir acquis un certain

bagage théorique, qui nous a permis de désigner notre variable de l'anxiété et d'élaborer notre question de recherche, plus tard notre chapitre théorique.

Nous avons essayé d'élaborer notre guide d'entretien à partir de nos lectures, De ce fait on a procédé à poser quelques questions à un certain nombre de femmes, dans l'objectif de balayer le champ d'étude et de déboucher sur d'éventuelles pistes, afin de rapporter les hypothèses de notre recherche.

Cette pré-enquête, nous aide à rédiger une problématique, à poser la question de départ, donner des hypothèses et choisir la population d'étude.

4.1- Présentation du lieu de la recherche :

4.1.1- L'établissement « RAMEAU D'OLIVIER » de Bejaia :

L'établissement Hospitalier Privé « LE RAMEAU D'OLIVIER » est la plus ancienne clinique de la wilaya de BEJAIA.

Elle a ouvert ses portes en 1995 dans la commune d'OUED GHIR avec une capacité de 20 lits.

Les spécialités médicales offertes à l'époque étaient la chirurgie générale, le laboratoire et l'hémodialyse à partir de 2004.

Avec son transfert à BEJAIA en 2009, dans les nouveaux locaux modernes et fonctionnels, l'Etablissement Hospitalier privé « LE RAMEAU D'OLIVIER » a développé d'autres disciplines de plus, cela avec une capacité portée à 84 lits :

- Gynécologie- obstétrique.
- Imagerie médicale avec scanner, échographie, mammographie et radiologie conventionnelle.
- Urgences médico-chirurgicales.

- Consultations externes spécialisées.

Cependant, cet établissement regroupe des fonctions diverses réparties en plusieurs services qui ont des fonctions différentes mais complémentaires, chaque service veille à ce que tout soit fait convenablement. Ces services sont :

- s/sol : est réservé à l'imagerie médicale (IRM), la pharmacie, la cuisine, la lingerie, le laboratoire
- Rez-de-chaussée : accueil-réception, les urgences couvertes par un médecin généraliste, radiologie et l'échographie, salle de prélèvement, les consultations gynécologiques, orthopédiques et pédiatriques.
- Le premier étage : les chambres d'hospitalisation du service hémodialyse géré par des médecins et les infirmiers du service ainsi que l'administration.
- Le deuxième étage : service chirurgie ; les médecins du service et les infirmiers ainsi qu'une psychologue.
- Le troisième étage : les chambres d'hospitalisations du service maternité, notamment la salle et le bloc d'accouchement.
- Le quatrième étage : est réservé aux blocs opératoires de différentes pathologies animées par des médecins spécialistes, médecins réanimateurs, anesthésistes, infirmiers.

4.1.2- Service maternité :

Nous avons pratiqué notre stage au service d'hospitalisation de la maternité qui se situe au troisième étage où la chef du service nous a ouvert une salle bien équipée afin d'effectuer les entretiens dans les bonnes conditions, pour pouvoir enfin accueillir les femmes enceintes.

Ce service est répartie : en salle d'accouchement qui comporte ; 3tables d'accouchement, table chauffante et de réanimation bébé de marque DRAGER ; Hospitalisation est dotée de 10 chambres dont chaque chambre contient deux lits équipés de monitoring, une infirmerie équipé de 4 armoires à pharmacie et enfin une chambre pour préparation de biberon équipé d'un micro-onde et d'un stérilisateur à biberons ; ensuite un box de consultation de sages-femmes contenant une table de consultation gynécologie,

Un échographe mobile de gynécologie SONOACE X8 et 2 RCF. Ainsi que la salle Néonatale équipé de 20 berceaux, une table chauffante et de réanimation bébé de marque DRAGER, une couveuse de transport et deux autres couveuses fixes et enfin le bloc d'accouchement qui a une table d'opération, un appareil d'anesthésie de marque DRAGER, scialytique plafonnier 3 bras de marque DRAGER, Moniteur de surveillance 6 paramètre de marque DRAGER et une table de MAYO.

Concernant les consultations gynécologique se font au Rez-de-chaussée qui est constitué de deux box, le premier box est doté par un bureau de médecin, une table de consultation, échographe général électrique S10, échographe gynécologie de marque SONACHI ; Le deuxième comporte une table de consultation, un échographe général électrique S10 et une armoire pour matériel médical.

4.2- La population d'étude :

Notre groupe de recherche représente cinq (5) femmes enceintes âgées de 26ans à 40ans ; habitant dans la wilaya de Bejaia. On a rencontré ces Cinq femmes dans l'établissement hospitalier privé « Le rameau d'olivier », on a identifié leur prénom pour garder l'anonymat. Et le tableau ci-dessus présente les caractéristiques du choix du groupe de recherche.

Le tableau présent les caractéristiques du groupe de recherche :

| CAS | AGE | profession | Antécédents médicaux | Situation-socio-économique | Niveau scolaire | Mois de grossesse | Sexe de bébé |
|------------|---------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|------------------------|--------------------------|---------------------|
| S.M | 26 ans | Femme au foyer | Rien | moyen | universitaire | 32 semaines | Garçon |
| W.G | 26 ans | Femme au foyer | Rien | moyen | moyen | 36 semaines | filles |
| A.S | 39 ans | Femme au foyer | Rien | moyen | moyen | 36 semaines | garçon |
| A.G | 33 ans | Femme au foyer | Rien | moyen | secondaire | 39 semaines | garçon |
| A.M | 40 ans | Employée universitaire | Rien | moyen | universitaire | 38 semaines | Garçon |

Tableau n°1 : récapitulatif des caractéristiques de choix du groupe de recherche.

4.3- La méthode de la recherche :

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 en arriver à un résultat. La méthode est primordial et les procédés utilisés lors d'une recherche en déterminant les résultats.

L'importance de cette méthode ne se définit pas à l'aveuglette mais se fonde sur des propositions réfléchis 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. (ANGERS MAURICE, 1997,9).

- La méthode descriptive :

Interviennent en milieu naturel et tente de donner à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière. L'objectif de cette approche 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 composants. (CHahraoui.K, ET Bénony, 2003, p125).

- L'étude de cas :

L'étude de cas fait partie des méthodes descriptives et historiques. Elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. L'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence. Par l'étude de cas, le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet, en tenant compte de ses différentes circonstances de survenue actuelles et passées (histoire du sujet, organisation de la personnalité, relations avec autrui, mécanismes de défense, etc.).

Pour cela il ressemble un grand nombre de données issues des entretiens avec le sujet mais également d'autres sources, issues des entretiens avec le sujet mais également d'autres sources, bilans d'examens psychologiques, témoignages des proches et des soignants. L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques mais tente de resituer le problème d'un sujet dans un contexte de vie ou sont pris en compte différents niveaux d'observation et de compréhension. (Chahraoui, K et Bénony, 2003, P, 125).

4.4- Les outils de la recherche :

On a choisis dans notre recherche d'utiliser l'entretien clinique semi-directif et l'échelle de spielberger pour la mesure de l'anxiété (STAI- forme Y-A).

- L'entretien clinique :

L'entretien avec le patient et ou avec son entourage permet d'obtenir des informations sur le psychisme du sujet. Il n'est pas la seule méthode d'évaluation et même s'il peut être complété considérablement par d'autres telles que des observations (en milieu naturel, à l'hôpital, etc.), examens et tests psychologique.

Son but est thérapeutique et diagnostique en ce sens qu'il peut parfois avoir une action bénéfique immédiate et, le plus souvent, instaurer une relation qui permettra la prise en charge dans la mesure où il permet de repérer les symptômes puis les classer. **(Charroi K et Bénony H, 2003, p 32).**

L'objet de l'entretien clinique vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se cernant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation. **(Chahraoui K et Bénony H, 1999, p 11).**

- L'entretien semi-directif :

Le chercheur dispose ici d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance, elles sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique. **(Chahraoui K et Bénony H, 2003, p 143).**

De même, dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet, ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours.

L'aspect spontané des associations du sujet est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte tout de même une attitude non directif, il n'interrompt pas le sujet, le laisse associer librement, mais seulement sur le thème proposé. **(Chahraoui K et Bénony H, 1999, p 16).**

- Guide d'entretien :

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus au moins structuré : il s'agit d'un « ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indication qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer ». **(A. Blanchet, 1992).**

Dans ce guide, le clinicien peut formuler et préparer la consigne à l'avance. Celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets.

Le guide d'entretien comprend aussi les thématiques à traiter, le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, la préparation de ses questions permet de formuler les relances pertinentes au moment venu. A.Blanchet distingue trois type de relance qui peuvent se situer chacune dans un registre model ou référentiel, la réitération, la déclaration, l'interrogation. **(Chahraoui K et Bénony H, 1999, p 68).**

Notre guide d'entretien comprend 4 axes :

Axe I : dans cet axe on a essayé de retenir quelques informations sur l'identité de la femme : son âge, sa profession, ses antécédents médicaux, sa situation socio-économique, niveau d'instruction, le mois de grossesse et enfin le sexe de bébé.

Axe II : cet axe est consacré au déroulement de la grossesse qui contient sept questions.

Axe III : ce troisième axe contient sept questions qui comprennent des informations sur l'état psychologique pendant la grossesse.

Axe IV : c'est le dernier axe qui contient quatre questions et qui correspond aux contraintes par rapport par rapport à la maternité. (La présentation du guide d'entretien voir annexe I).

- **L'échelle d'anxiété état de spielberger :**

En psychologie, les échelles sont en générale des épreuves constituées d'items ordonnés par difficulté croissante. Elles permettent d'évaluer en niveau souvent exprimé, en termes d'âges ».

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 plan au moins ou d'une attitude extrême dans un sens jusqu'à l'attitude extrême opposé. (**Angers Maurice, 1997, p 115**).

- **La présentation de l'échelle d'anxiété-état :**

Ce questionnaire d'auto évaluation a été mis au point par « SPIELBERGER » en 1983 et traduit en français par « M.B SCHWEIZTER et PAULAAN. 1990). Le STAI (STAI- trait anxiety inventory) a été très largement utilisé dans la recherche et la pratique.

- L'objectif de l'inventaire :

Le STAI.Y est une épreuve destinée à évaluer l'anxiété momentanée et l'anxiété habituelle. Cette échelle a pour but d'évaluer l'anxiété-état et l'anxiété-trait chez les sujets.

Ce test comprend deux parties :

Echelle d'anxiété-état (STAI-Forme Y-A) : comprend vingt propositions qui permettent de savoir ce que les sujets ressentent « a l'instant, juste en ce moment ».

Echelle d'anxiété-trait (STAI-Forme Y-B) : comprend vingt propositions permettant de s'exprimer ce que les sujets ressentent généralement.

Ces deux échelles sont imprimées au recto et au verso de la même feuilles de réponses (page A : anxiété-E. page B : anxiété-T) (**SPIELBERGER C, Trad. Bruchon-Schweizer M et Paulhan I, 1993, P8**).

Dans notre étude on a pratiqué l'échelle d'anxiété-état (STAI-Forme Y-A) parce que la grossesse est un état temporaire, donc il semble qu'elle correspond pour définir les réactions émotionnelles actuelles de la femme enceinte qui s'exprime par des sentiments d'appréhension, de nervosité, de tension et d'inquiétude dans le but de déterminer le niveau d'anxiété-état à ce moment-là de grossesse, et plus précisément au moment de la passation de l'échelle. (Voir annexe II).

L'administration :

A) Le temps :

Il n'est pas limite, les sujets mettent en moyenne 6 minutes pour répondre à l'échelle d'anxiété-E. Des sujets de niveau socio culturel peu élevé ou émotionnellement perturbés peuvent mettre jusqu'à 10 minutes pour répondre.

Bien que beaucoup d'items aient une validité apparente en tant que mesure de « l'anxiété », l'examineur ne doit pas utiliser ce terme en administration l'échelle, il doit l'appeler questionnaire d'auto-évaluation. Titre indiqué sur la feuille de réponse, pour éviter les tendances de réponses (se sentir tendu, effrayé ou bouleversé, ou réticences).

B) La consigne :

Les instructions complètes sont imprimés sur la feuille de réponses pour l'échelle d'anxiété-E la consigne utilisée dans l'échelle est la suivante : un certain nombre de phrases que l'ont utilisé pour se décrire sont données dessous. Lisez chaque phrases, puis entourez, parmi les 4 points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez « A L' INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT ». Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments actuels.

C) La cotation :

Chaque réponse à un item de STAI correspond à un score de 1 à 4, 1 indique le degré le plus faible d'anxiété, 4 le degré le plus fort.

On plaçant le corrigé sur la page correspondante (corrigé A sur la page A pour l'échelle d'anxiété-E, corrigé sur la page B pour l'échelle d'anxiété-T).

On repère pour chaque item, à droite, le point entouré d'un cercle par le sujet.

On aligne soigneusement le corrigé à côté des items. La réponse du sujet doit être confrontée au corrigé pour chaque item.

Il y a deux cas :

- Si le corrigé indique 1 2 3 4 il s'agit d'un item exprimant la présence d'anxiété on comptera un score de 1 (si le premier point est entouré) ou de 2 (deuxième point) ou de 4 (quatrième point) conformément à la ligne correspondante du corrigé. Le correcteur écrit le score dans le cercle tracé par le sujet.
- Si le corrigé indique 4 3 2 1 il s'agit d'un item exprimant l'absence d'anxiété. Conformément à la ligne correspondante de corrigé, on écrira 4 (si le cercle tracé par le sujet entoure le premier point), ou 3 (deuxième point) ou de 2 (troisième) ou 1 (quatrième) dans le cercle tracé par le sujet.

Items exprimant la présence d'anxiété-E : 3-4-6-7-9-12-13-14-17-18.

Items exprimant l'absence d'anxiété-E : 1-2-5-8-10-15-16-19-20 .

D) La correction:

Pour obtenir le score AE, on fait la somme des scores obtenus aux vingt items de la page A (item 1 à 20) puis on l'inscrit dans la case E en haut à droite de la page A.

L'interprétation des résultats :

on peut classer les notes T en 5 niveaux :

| Note T |
|---------------------------|
| Très élevé : plus de 65 |
| Elevé : de 56 à 65 |
| Moyen : de 46 à 55 |
| Faible : de 36 à 45 |
| Très faible : moins de 35 |

Synthèse :

Ce chapitre nous a permis de donner une organisation de notre recherche et cela à travers le respect des règles des étapes dans le déroulement de notre travail et arriver à des résultats qu'on peut analyser et interpréter les résultats obtenus.

**AXE II : Présentation, Analyse des résultats
et discussion des hypothèses**

Chapitre IV : Présentation, Analyse des résultats Et discussions des hypothèses

Préambule :

Dans cette partie, nous procédons à l'analyse et l'interprétation des données obtenus durant notre recherche, relatives à l'anxiété chez les femmes enceintes de la wilaya de Bejaia.

Nous avons essayé de recueillir le maximum de données en utilisant l'entretien clinique et l'échelle d'anxiété-état de « Spielberger ».

Nous allons présenter donc quelques cas tout en basant sur le déroulement de leur grossesse, commençant par la présentation du premier cas :

4.5- Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses.

- Présentation du cas N°01 :

M^{me} S.M, jeune femme Agé de 26ans, demeurant de la wilaya de Bejaia. Il s'agit d'une femme au foyer avec un niveau d'instruction universitaire, selon elle sa situation socio-économique est moyenne. Elle est enceinte de 32 semaines et elle attend son premier enfant du sexe masculin.

- Analyse de l'entretien de M^{me} « S.M » :

Lors du premier contact avec M^{me} S.M, en rentrant au bureau de consultation on avait remarqué qu'elle était stressée on la voyant tremblé, on a essayé d'abord de lui parler sur des généralités, pour la rassurer et l'attirer vers nous. Après avoir gagné sa confiance, on a entamé nos questions.

Au cours de l'entretien, elle nous a affirmé que sa relation avec son époux était stable et équilibré, et qu'il s'agit d'une grossesse bien désiré.

Elle a confirmé qu'au cours de la grossesse, sa relation de couple est détériorée, selon ses dires : « mon comportement a beaucoup changé envers

Chapitre IV : Présentation, Analyse des résultats Et discussions des hypothèses

Concernant du changement de l'humeur, de perte d'appétit elle confirme : « j'ai vraiment souffert de ces troubles, j'ai perdu du poids, je pesais 68 kg je suis arrivé jusqu'à 50kg et je change d'humeur d'un moment à l'autre, parfois je me sens gaie parfois je change carrément, je perds le goût de cette vie, comme je vous ai dit d'ailleurs durant le début de l'entretien j'étais très angoissé ».

Elle rajoute qu'elle se trouve triste, désespéré parfois, mais au moment où elle a fait ses 28^{ème} semaines ce sentiment a diminué, car elle a essayé de surmonter cette situation.

On a remarqué la présence des contraintes vis-à-vis de la santé de son bébé par la manifestation des idées négatives, elle évoque : « j'ai tellement peur s'il arrive quelques chose de mal à mon bébé, ces idées me tracassent, de ce moment-là je ne pense même pas de refaire une autre grossesse, vu de ce que j'ai vécu au cours de ma grossesse, c'était une période la plus difficile de ma vie».

Par ailleurs, au sujet des inquiétudes par rapport à la maternité on a constaté qu'elle ne souci pas de ne pas arriver à l'heure à la maternité, par contre son sentiment face à l'inconnu l'a dérange, selon elle : « je me sens un peu stressé, je me demande s'il va m'arriver quelque chose de mal, il suffit juste d'y penser je deviens angoissée et mal à l'aise ».

En ce qui concerne les changements et les responsabilités à venir on peut signaler qu'elle se fait un peu des soucis, selon ses dires : « je vous mens pas parfois je perds Confiance en moi et y a toujours une voie qui me chuchote que je n'y arriverai pas », notamment la peur, elle est remarqué chez elle par rapport aux complications au cours de l'accouchement elle avait signalé « ça me vient souvent à l'esprit la mort, que ce soit moi ou bien mon bébé ».

Chapitre IV : Présentation, Analyse des résultats Et discussions des hypothèses

Tableau N°01: Interprétation du score de l'échelle d'anxiété- état

« Spielberger »

| Les questions | Non | Plutôt non | Plutôt oui | oui |
|--|--------------|------------|------------|----------|
| 1. Je me sens calme | | 3 | | |
| 2. Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté | | | | 1 |
| 3. Je suis tendu(e), crispé(e) | | | | 4 |
| 4. Je me sens surmené(e) | | 2 | | |
| 5. Je me sens tranquille, bien dans ma peau | 4 | | | |
| 6. Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e) | | | | 4 |
| 7. L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment | | | | 4 |
| 8. Je me sens content(e) | | | 2 | |
| 9. Je me sens effrayé(e) | | | | 4 |
| 10. Je me sens à mon aise (je me sens bien) | | | 2 | |
| 11. Je sens que j'ai confiance en moi | | 3 | | |
| 12. Je me sens nerveux (nerveuse) | | | | 4 |
| 13. J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur) | | | | 4 |
| 14. Je me sens indécise(e) | | | | 4 |
| 15. Je suis décontracté(e), détendu | 4 | | | |
| 16. Je suis satisfait(e) | | | 2 | |
| 17. Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse) | | | | 4 |
| 18. Je ne sais plus où j'en suis, je sens déconcerté, dérouté(e) | | | | 4 |
| 19. Je me sens solide, posé(e), pondéré(e) | | | 2 | |
| 20. Je me sens de bonne humeur, aimable | | | 2 | |
| Total | 63/80 | | | |

Chapitre IV : Présentation, Analyse des résultats Et discussions des hypothèses

- Analyse de l'échelle de M^{me} « S.M » :

Lors de la passation de l'échelle d'anxiété-E de spielberger, M^{me} S.M à mit 7 minutes pour la remplir.

D'après les réponses obtenues du questionnaire d'auto d'évaluation de l'anxiété-état de spielberger (1983), l'analyse des résultats montre que M^{me} S.M manifeste une anxiété d'intensité élevée avec une note T=63 sur 80 qui est situé entre 56 et 65, malgré que le déroulement de sa grossesse se passe sans complication.

Ce niveau d'anxiété est exprimé à travers divers symptômes ainsi qu'aux changements d'humeur constatés à l'entretien et confirmé par l'échelle d'anxiété.

De même on peut expliquer ceci par un sentiment ambivalent qui est un phénomène chez toute femme enceinte au début de la grossesse. Cette situation conflictuelle peut contribuer à rendre les femmes enceintes plus anxieuses, et aussi peut être à la première expérience d'être enceinte et aussi la peur sur la santé du bébé d'après ses dires.

On 'a notamment déduit ses inquiétudes et bouleversement qu'on trouve présenté à l'item N° 6, qui sont par rapport à sa santé et celle du bébé qu'elle a vécu durant la 28^{eme} semaine, ainsi que la frousse, la trouille à l'item N° 13.

Mais en ce moment, nous avons conclu que toutes ces pensées sont tournées vers l'accouchement, vu qu'elle a mis une année pour avoir d'enfants ça l'a angoissé de peur de le perdre.

Chapitre IV : Présentation, Analyse des résultats Et discussions des hypothèses

hypoglycémies et même des baisses de tensions, mais dès que je mange et je me repose je récupère un peu ».

Au moment de l'annonce sur le développement de son bébé elle était contente, selon ses dires : « j'étais soulagée et je me sentais la femme la plus heureuse sur terre ».

En évoquant la question des réactions au moment de l'annonce de la nouvelle à sa famille et a belle-famille elle déclare : « leur réaction était émouvante, et sur le plan familial, ma relation avec mes deux familles est bonne d'ailleurs j'ai trouvé beaucoup du soutien de leurs parts ».

De plus, M^{me} G.W déclare qu'elle souffre du trouble de l'humeur : « je souffre de ce trouble jusqu'à cette 36^{eme} semaine de sa grossesse, je deviens très nerveuse, contrairement à la perte d'appétit j'ai pu reprendre ».

Elle rajoute : « je me sens triste parfois, angoissé, je deviens sensible, je pense même à mon bébé, j'ai toujours eu peur vis-à-vis de sa santé malgré que y a pas de complications, ça me vient à l'esprit de me poser des questions surtout quand je le sens pas bouger, je me dis s'il lui arrive quelque de grave » et par rapport à une deuxième expérience, selon M^{me} G.W elle n'en n'a pas peur de réfère une autre grossesse, car son état psychologique s'avère normal.

À propos des soucis de ne pas arriver à l'heure à la maternité on remarque un manque d'inquiétude selon elle : « comme je suis hospitalisée je ne fais pas des soucis, je ne pense pas à ceci, par contre j'ai un sentiment de peur face à l'inconnu, si les sages-femmes ne s'occupent pas bien de moi ».

Concernant les responsabilités et les changements à venir M^{me} G.W insiste que: «je me sens prête et capable d'élever mon enfant et j'assume ma responsabilité malgré mon jeune âge ».

Elle se manifeste par une peur que les complications surviennent au cours de l'accouchement elle souligne : « j'e m'inquiète beaucoup vis-à-vis ma santé et celle de mon bébé surtout les hémorragies ».

Chapitre IV :

Présentation, Analyse des résultats Et discussions des hypothèses

Tableau N°02 : Interprétation du score de l'échelle d'anxiété état de «Spielberger ».

| Les questions | Non | Plutôt non | Plutôt oui | oui |
|---|--------------|------------|------------|-----|
| 1. Je me sens calme | | | | 1 |
| 2. Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sureté | 4 | | | |
| 3. Je suis tendu(e), crispé(e) | | | | 4 |
| 4. Je me sens surmené(e) | | | | 4 |
| 5. Je me sens tranquille, bien dans ma peau | | | | 1 |
| 6. Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e) | | | | 4 |
| 7. L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment | | | | 4 |
| 8. Je me sens content(e) | | | 2 | |
| 9. Je me sens effrayé(e) | | | | 4 |
| 10. Je me sens à mon aise (je me sens bien) | | | | 1 |
| 11. Je sens que j'ai confiance en moi | | | | 1 |
| 12. Je me sens nerveux (nerveuse) | | | 3 | |
| 13. J'ai la frousse, la trouille (j'ai peu) | | | 3 | |
| 14. Je me sens indécise(e) | | | | 4 |
| 15. Je suis décontracté(e), détendu | 4 | | | |
| 16. Je suis satisfait(e) | | | 2 | |
| 17. Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse) | | | | 4 |
| 18. Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté, dérouté(e) | 1 | | | |
| 19. Je me sens solide, posé(e), pondéré(e) | | | 2 | |
| 20. Je me sens en bonne humeur, aimable | | | 2 | |
| Total | 55/80 | | | |

Chapitre IV : Présentation, Analyse des résultats Et discussions des hypothèses

Analyse de l'échelle de M^{me} « G.W » :

Lors de la passation de l'échelle d'anxiété-E de spielberger, M^{me} G.W a mis 12 minutes afin de la remplir.

En se référant aux résultats obtenus par l'échelle, M^{me} G.W manifeste une anxiété indiquant un niveau moyen avec une note T=55 sur 80, situé entre 46 à 55.

A partir de l'analyse de l'échelle et l'entretien, on peut souligner un sentiment de malaise général par rapport aux bruleurs d'estomac et pertes d'appétit, ce

Qui l'a rend faible et énervé, de plus le diabète gestationnel, l'anémie, hypertensions dont elle a souffert.

Il y a aussi un changement de l'humeur, car elle est devenue très nerveuse, colérique et irritable pendant sa grossesse.

On a déduit notamment un facteur plus important, c'est l'ensemble des inquiétudes qu'elle faisait durant la grossesse qui se focalisent sur la peur par rapport à l'absence des mouvements du bébé.

Ajoutant à cela des soucis par rapport au moment de l'accouchement par la crainte aux complications qui peuvent survenir et l'incompétence des sages-femmes, ainsi que son sentiment face l'inconnu.

Chapitre IV : Présentation, Analyse des résultats Et discussions des hypothèses

Présentation du cas N°03 :

M^{me} A.S, Agé de 39ans, demeurant à Bejaia, femme au foyer avec un niveau d'instruction moyen (niveau terminal), concernant sa situations socio-économique selon elle est moyenne, elle est dans sa 32eme semaine de grossesse, et elle attend son premier enfant du sexe masculin.

Analyse de l'entretien de M^{me} « A.S » :

Après avoir l'accord de M^{me} A.S, nous avons eu l'occasion de nous entretenir avec elle.

Durant notre entretien, elle nous a fait s'avoir qu'il s'agit d'un mariage traditionnel, et que leur relation se déroule plutôt pas mal.

Elle a souligné que c'est une grossesse programmée, malgré les conflits familiaux, spécifiquement avec sa belle-mère.

Selon elle : « au moment du résultat du test de grossesse j'étais très heureuse, car mon souhait a été exaucé par le bon dieu ».

Elle nous a confié qu'au cours de la grossesse sa relation a subi des changements positifs « mon mari est devenu plus attentionné, très attaché, j'ai remarqué que cette grossesse l'a attirée beaucoup plus envers moi, ce qui m'a rendu très contente ».

À l'annonce de la bonne nouvelle à son entourage M^{me} A.S nous a évoqué que sa famille était très contente contrairement à ses beaux-parents « j'ai senti surtout de la joie dans les yeux de mes parents et ça m'a vraiment touchée, d'ailleurs j'ai eu beaucoup du soutien de leurs part ».

Chapitre IV : Présentation, Analyse des résultats Et discussions des hypothèses

Quant aux changements de l'humeur qu'elle a connu durant sa grossesse elle a souligné : « j'ai senti un grand changement de mon humeur, je m'énerve souvent, je deviens très sensible au critique, y a des moments où je me sens crispé, triste, désespérée et irritable ».

Les inquiétudes vis-à-vis de la santé du bébé sont très remarquées chez M^{me} A.S, Elle nous a confié : « mon gynécologue m'a rassuré sur le développement de mon bébé le jour de la consultation et j'étais très fière, mais je crains toujours s'il y aura une malformation ».

On lui a demandé si elle va refaire une autre grossesse elle a répondu par suite: « malgré mes peurs, si j'aurais de la chance de retomber enceinte, je serai la femme la plus heureuse car je veux vraiment rattraper le retard des années précédentes ».

Tandis qu'au sujet des contraintes par rapport à la maternité elle fait d'autant de soucis, elle nous a confirmé que son sentiment face à l'inconnu l'a stress énormément.

A partir de ses dires M^{me} A.S exprime qu'elle est prête et capable devant les importantes responsabilités : « je me sens prête et j'attends ce bébé avec impatience car j'ai été privé des enfants pendant 2ans et j'ai peur si les complications surviennent au cours de l'accouchement ».

Chapitre IV : Présentation, Analyse des résultats Et discussions des hypothèses

Tableau N°3 : Interprétation du score de l'échelle d'anxiété état de
« spielberger »

| les questions | Non | Plutôt non | Plutôt oui | oui |
|---|----------|------------|--------------|----------|
| 1. Je me sens calme | | | | 1 |
| 2. Je me sens en sécurité, sans inquiétudes, en sûreté | | | | 1 |
| 3. Je suis tendu(e), crispé(e) | | | | 4 |
| 4. Je me sens surmené(e) | | | | 4 |
| 5. Je me sens tranquille, bien dans ma peau | | | | 1 |
| 6. Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e) | | | | 4 |
| 7. L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment | | | | 4 |
| 8. Je me sens contente | | | | 1 |
| 9. Je me sens effrayé | | | | 4 |
| 10. Je me sens à mon aise (je me sens bien) | | | 2 | |
| 11. Je sens que j'ai confiance en moi | | | | 1 |
| 12. Je me sens nerveux (nerveuse) | | | | 4 |
| 13. J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur) | | | | 4 |
| 14. Je me sens indécise(e) | 1 | | | |
| 15. Je suis décontracté(e), détendu(e) | | | | 1 |
| 16. Je suis satisfait(e) | | | 2 | |
| 17. Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse) | | | | 4 |
| 18. Je ne sais plus où j'en suis, je me sens décontracté(e) | | | | 4 |
| 19. Je me sens solide | | | | 1 |
| 20. Je me sens en bonne humeur, aimable | | | | 1 |
| Total | | | 49/80 | |

Chapitre IV : Présentation, Analyse des résultats Et discussions des hypothèses

quelque chose, une simple odeur suffit à me couper l'appétit tout ça me dégoute et me stresse car je me dis là je ne mange pas et mon bébé aussi je le prive de nourriture j'étais vraiment perturbée à tous sa ».

De plus, elle a évoquée qu'elle souffre de trouble de sommeil, selon ses dires « parfois je fais des nuits blanches, et quand je dors j'ai des réveils fréquents durant la nuit avec difficultés de me rendormir, et là c'est comme si mon cauchemar commence je pense qu'a de mauvaises choses j'imagine que des choses pas bonnes et là je commence à paniquer et pleurer ».

Elle rajoute que sa plus de 36heures quelle est hospitalisée et très se sent très fatiguée et déboussolée que son accouchement se fera par césarienne et non accouchement par voie basse comme ce qui était prévue.

Madame A.G est restée ensuite 6minute sans dire aucun mot tout en pleurant, le visage effrayée crispée pleins de larmes. Au bout des six minutes elle me confia : « je prends tout sur moi, tous les problèmes que ceux de ma famille ou celle de ma belle-famille, jamais j'en parle je me sens comme envahis par ses soucis, je me fais du mal émotionnellement et là je mon bébé ressens toute cette douleur et même ma fille ainée ressent tous sa, et là vous savez à quoi je pense, je pense à ma fille ainée c'est elle qui est ma première joie » tout en souriant. « Et je ne crois pas que je voudrais avoir un autre enfant, non je ne veux pas je veux plus revivre la même chose ».

À la fin de l'entretien elle m'a remerciée tout en souriant, elle s'exprime comme suite : « ça m'a fait un grand bien d'en parler et de tout vider, j'ai rarement l'habitude de parler aux autres ni mon entourage ni même les étrangers et là c'est une première pour moi merci beaucoup »

Chapitre IV :

Présentation, Analyse des résultats Et discussions des hypothèses

Tableau N° 04 : Interprétation du score de l'échelle d'anxiété état de
« spielberger »

| Les questions | Non | Plutôt non | Plutôt oui | oui |
|--|-----|------------|--------------|-----|
| 1. Je me sens calme | | 3 | | |
| 2. Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté | 4 | | | |
| 3. Je suis tendu(e), crispé(e) | | | | 4 |
| 4. Je me sens surmené(e) | | | | 4 |
| 5. Je me sens tranquille, bien dans ma peau | 4 | | | |
| 6. je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e) | | | 3 | |
| 7. L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment | | | | 4 |
| 8. Je me sens content(e) | 4 | | | |
| 9. Je me sens effrayé(e) | | | | 4 |
| 10. Je me sens à mon aise (je me sens bien) | 4 | | | |
| 11. Je sens que j'ai confiance en moi | 4 | | | |
| 12. Je me sens nerveux (nerveuse), irritable | 1 | | | |
| 13. J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur) | | | 3 | |
| 14. Je me sens indécise(e) | | | 3 | |
| 15. Je suis décontracté(e), détendu(e) | 4 | | | |
| 16. Je suis satisfait(e) | | | | 1 |
| 17. Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse) | | | 3 | |
| 18. Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté, dérouté | | | 3 | |
| 19. Je me sens solide, posé(e), pondéré(e) | | | | 4 |
| 20. Je me sens de bonne humeur, aimable | | | | 4 |
| Total | | | 68/80 | |

Chapitre IV : Présentation, Analyse des résultats Et discussions des hypothèses

A travers cette analyse, il est possible de conduire que tous ses symptômes d'anxiétés constatés à l'entretien avec le cas et confirmés par l'échelle sont une manifestation clinique d'une anxiété intense qui dévoile la crainte de la réaction de la belle-famille sur le sexe du bébé.

- présentation du cas N° 5 :

Il s'agit de « A.M », une femme âgée de 44ans qui habite à bou3endas, mère d'une petite fille, elle travaille dans une administration, issue d'une famille moyenne avec un niveau d'instruction universitaire. Elle s'est présentée au service de maternité de l'établissement hospitalier privé « le rameau d'olivier», à sa 38ème semaine de grossesse.

- L'analyse de l'entretien de M^{me} « A.M » :

Madame « A.M » à facilement acceptée de participer à cet entretien elle s'est montrée coopérative et nous a facilement expliquer que sa grossesse était désirée par le couple et par les membres de leur familles.

Au cours de l'entretien « A.M » à soulignée ainsi qu'elle avait une bonne relation avec sa famille (ses parents) étant donné qu'ils ne sont pas loin d'où elle habite. Elle ajouta « mes parents sont toujours à mes côtés, et mes belles sœurs eux aussi, elles m'ont toujours apprécié même avant que j'épouse leur frère, alors c'est ce qui me rassure d'avoir tout le monde près de moi et autours de moi je n'arrive pas à rester seul je ne peux pas je n'aime pas la solitude » « même au travail j'aime être entourée par tout le monde mes collègues et ce que je crains le plus c'est de faire des erreurs, parfois je pleure à force de m'inquiéter mon travail compte beaucoup pour moi c'est ce qui me rends heureuse » , « je suis pas bien, je ressens de la tristesse de la solitude quand je suis seule, même parfois que y'a tout le monde autour de moi, je sens un vide un énorme vide, je sais pas comment vous l'expliquer ».

Ajoutant ainsi « depuis ma grossesse je ne dors pas assez j'ai des insomnies et mes nuits parfois se transforme en cauchemars quand j'essaie de dormir, durant les 3 premiers mois j'ai souffert de vomissements ce qui m'oblige parfois à m'éloigner un peu de mon mari c'est comme si je me crains. Selon les dires de madame « A.M » « parfois j'imagine mon bébé entre mes bras, mais en pensant à l'accouchement j'ai un froid dans le dos, j'ai les pieds qui se sert, j'ai vraiment peur de cette instant-là, je suis même terrorisée de ne pas y'arriver, je crains beaucoup qu'il y ait des difficultés durant l'accouchement ».

À la fin de l'entretien « A.M » me confia qu'elle aimerait avoir un autre enfant et dès que sa sera possible.

Chapitre IV :

Présentation, Analyse des résultats Et discussions des hypothèses

Tableau N° 05 : Interprétation du score de l'échelle d'anxiété état de
« spielberger »

| Les questions | Non | Plutôt non | Plutôt oui | Oui |
|---|--------------|------------|------------|-----|
| 1. Je me sens calme | 4 | | | |
| 2. Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté | | 3 | | |
| 3. Je suis tendu(e), crispé(e) | | | 3 | |
| 4. Je me sens surmené(e) | | | | 4 |
| 5. Je me sens tranquille, bien dans ma peau | | | | 1 |
| 6. Je me sens ému(e), contrarié(e) | | | | 3 |
| 7. L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment | | | | 1 |
| 8. Je me sens content(e) | | | | 2 |
| 9. Je me sens effrayé(e) | | | | 4 |
| 10. Je me sens à mon aise (je me sens bien) | | | | 1 |
| 11. Je sens que j'ai confiance en moi | | | | 1 |
| 12. Je me sens nerveux (nerveuse) | | | 3 | |
| 13. J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur) | | | | 4 |
| 14. Je me sens indécise(e) | | | | 4 |
| 15. Je suis décontracté(e), détendu | 4 | | | |
| 16. Je suis satisfait(e) | | | 2 | |
| 17. Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse) | | | | 4 |
| 18. Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté, dérouté(e) | 1 | | | |
| 19. Je me sens solide, posé(e), pondéré(e) | | | | 1 |
| 20. Je me sens en bonne humeur, aimable | | | | 1 |
| Total | 51/80 | | | |

Chapitre IV : Présentation, Analyse des résultats Et discussions des hypothèses

4.6- Discussion des hypothèses :

Dans cette partie nous allons procéder à une discussion des hypothèses afin de répondre aux questions de notre problématique, et dans le but d'affirmer ou d'infirmer nos deux hypothèses partielles. Notre objectif, étant de déterminer et de décrire l'anxiété chez les femmes enceintes, en évaluant leur niveau et leur degré.

Pour répondre à nos questions de recherche et vérifier nos hypothèses, nous avons utilisé, un entretien de recherche semi-directif, l'échelle d'anxiété-état « Spielberger ».

Hypothèse N°1 : la nature de l'anxiété développée pendant la grossesse diffère d'une femme à une autre.

Cas N°1 : M^{me} S.M :

Pour vérifier notre première hypothèse, nous nous sommes appuyées sur les résultats de l'entretien semi-directif de recherche et l'échelle d'auto d'évaluation de l'anxiété-état de Spielberger, pour évaluer le degré et la nature d'anxiété dans le but d'affirmer ou d'infirmer notre hypothèse.

Selon les informations que nous avons regroupées dans l'entretien semi-directif de recherche qui est l'annexe N°1, M^{me} S.M présente des signes d'anxiété. D'abord, cela exprimé par ses dires « je pense que mes symptômes sont très graves je ressens de la peur et je crains l'arrivée d'une catastrophe au degré où je me trouve angoissée, déprimé, en crise de panique, j'ai l'impression de m'étouffer, de m'évanouir, ça m'arrive même d'avoir peur de perdre le contrôle ce n'est pas aussi facile pour moi, je suis arrivée au degré où je ne me supporte pas, je me suis jamais imaginé au point d'aller consulter un psychiatre

Chapitre IV : Présentation, Analyse des résultats Et discussions des hypothèses

et lequel m'a prescrit des antidépresseurs». Elle souffre aussi des changements d'humeur et perte d'appétit, cela est considéré comme des symptômes anxieux.

Par ailleurs, le trouble de panique est effectivement dénoncé dans le DSM-IV comme une période bien délimitée de crainte ou de malaise intenses, dans laquelle au minimum quatre des symptômes suivants sont survenus de façon brutale et ont atteint leur acmé en moins de dix minutes : qu'on a détecté chez elle lors sa déclaration à l'impression d'évanouissement, la peur de perdre contrôle de soi, l'étouffement ainsi que la dépersonnalisation.

De ce fait, la clinique de la dépression chez la femme enceinte est peu spécifique, associant une humeur triste, une perte du plaisir, une vision pessimiste de l'avenir, un sentiment de dévalorisation et de culpabilité, une irritabilité et des signes somatiques qui sont difficile à différencier des symptômes de grossesse, notamment au premier et troisième trimestre (Lavoisier 2015).

Dans l'échelle qui est citée dans l'annexe N°2, M^{me} S.M a obtenu un score de 63, qui indique que notre sujet de recherche présente une anxiété d'intensité élevée.

Cas N°2 : M^{me} G.W :

À la suite des informations accrochées par l'entretien de recherche semi-directif montré dans l'annexe N°1, M^{me} G.W présente certains signes qui indiquent la présence d'anxiété ce qui est exprimé par une tristesse, angoisse et une insécurité, elle disait « je me sens triste parfois, angoissée je deviens sensible, je pense même à mon bébé j'ai toujours eu peur de sa santé malgré que y a pas de complications, ça me vient à l'esprit de me poser des questions surtout quand je le sens pas bouger, je me dis s'il lui arrive quelque chose de grave ».

Chapitre IV : Présentation, Analyse des résultats Et discussions des hypothèses

Rajoutant à cela les troubles de sommeil, elle disait « parfois je fais des nuits blanches, et quand je dors, j'ai des réveils fréquents durant la nuit avec des difficultés à me rendormir, et là c'est comme si mon cauchemar commence, je pense qu'à de mauvaises choses j'imagine que des choses pas bonnes et là je commence à paniquer et pleurer » donc notre sujet répond bien au critère du DSM-IV, qui indique : la plainte essentielle est une difficulté d'endormissement ou de maintien du sommeil, ou un sommeil non réparateur, ceci pendant au moins un mois. Dans le critère A.

Dans l'échelle présentée dans l'annexe N°2, M^{me} A.G a obtenu un score de 68, ce qui indique que notre cas présente une anxiété d'intensité élevée.

Cas N°5 : M^{me} A.M :

En fonction de notre entretien de recherche semi-directif énoncé dans l'annexe N°1, M^{me} A.M exprime une anxiété relative à un bouleversement en rapport avec le sentiment de solitude qui s'explique par l'incapacité de rester seule, ainsi que les signes sympathiques, notamment les insomnies.

Cependant, dans l'échelle exposée dans l'annexe N°2, M^{me} A.M a obtenu un score de 51 qui fournit une indication que notre sujet de recherche manifeste une anxiété d'un niveau modéré.

Selon l'analyse des données qu'on a pu obtenir dans l'entretien semi-directif et dans l'échelle d'anxiété-état de spielberger, on confirme notre première hypothèse pour tous les cas, sachant que chaque femme manifeste un niveau d'anxiété différent d'une autre.

Hypothèse N°2 : il y a un effet des facteurs relationnels, santé sur la nature de l'anxiété pendant la grossesse.

Chapitre IV : Présentation, Analyse des résultats Et discussions des hypothèses

Pour pouvoir vérifier la viabilité de cette deuxième hypothèse, nous nous sommes appuyées sur les résultats de l'entretien semi-directif de recherche et de l'échelle de spielberger pour but d'affirmer ou d'infirmer notre hypothèse, nous avons constaté que tous les résultats se ressemblent donc on va les présenter brièvement.

Cas N°1 : M^{me} S.M :

En se basant sur les données récoltées dans l'entretien de recherche ainsi que l'échelle d'anxiété-état de spielberger, on a constaté un facteur qui explique la nature de l'anxiété accompagné par les inquiétudes et les bouleversements qu'on trouve exprimés chez notre sujet par rapport à sa santé, et présenté à l'item N°6, Notamment la frousse et la trouille à l'item N°13.

Ainsi que les idées de malheurs qui l'a tracassent sur l'accouchement.

Cas N°2 : M^{me} G.W :

En se référant aux résultats obtenus dans l'entretien semi-directif et l'échelle, on a déduit un facteur plus important présenté chez notre sujet, c'est l'ensemble des inquiétudes qu'elle faisait durant la grossesse qui se focalisent sur la peur par rapport à l'absence des mouvements de son bébé, et qu'on a confirmé par sa réponse sur l'item N°2, ainsi que la surmenage à l'item N°4.

Ajoutant à ce facteur les soucis et les contraintes qui peuvent survenir au moment de l'accouchement, notamment l'incompétence des sages-femmes.

Cas N°3 : M^{me} A.S :

D'après les réponses obtenues dans l'entretien et l'échelle d'auto d'évaluation de l'anxiété-état de Spielberger.

Chapitre IV : Présentation, Analyse des résultats Et discussions des hypothèses

On n'a conclu que l'anxiété exprimée chez M^{me} A.S ne peut être expliquée que par la crainte de malformation et par son doute et incertitude vis-à-vis de son bébé au point où les assurances du gynécologue ne lui servent à rien.

On n'a déduit notamment un facteur familial, de même les inquiétudes éprouvées sur le déroulement de l'accouchement.

Cas N°4 : M^{me} A.G :

Selon les résultats obtenus de l'entretien, l'échelle de l'anxiété-état de Spielberger, Cette analyse nous a permis de souligner que notre sujet exprime une anxiété par la crainte d'avoir un autre enfant, ainsi que ses peurs fréquentes présentées par l'item N°13 « j'ai la frousse, la trouille (j'ai peur) », manque de confiance en soi, ceci se présente par l'item N°11, il paraît que notre cas fait beaucoup de soucis pour le sexe du bébé par rapport à sa belle-famille avec qui d'ailleurs vivait en conflits avec eux, selon ses dires « ma belle-famille voulait un garçon et moi là je leur donne de nouveau une fille et là c'est une déception pour eux je le vois dans leur regard et leur mimique quand ils me parlent et même leur mots me font de la peine, mais moi et mon mari on est satisfait de ce qu'Allah nous donne », on constate que la nature de cette anxiété stipule un problème relationnel sur le plan familial.

Cas N°5 : M^{me} A.M :

En se référant aux résultats obtenus par notre entretien et l'échelle d'anxiété-état, on a déduit que notre cas présente une anxiété par ses inquiétudes révélées pour son bébé, ainsi que sa santé, elle se sent terrorisée de ne pas y arriver, elle craint beaucoup qu'il y ait des difficultés durant l'accouchement.

Selon l'analyse de données obtenues dans l'entretien et l'échelle, on confirme notre deuxième hypothèse pour tous les cas.

Synthèse :

À partir des résultats que nous avons obtenus, à partir les outils de la recherche, nous avons pu constater que la grossesse, peut engendrer plusieurs changements, soit pour la vie de couple ou celle de la famille.

Nous synthétisons que tous nos sujets de recherche ont confirmés nos hypothèses (partielles et générale), c'est à dire qu'il existe de l'anxiété et que sa nature diffère d'une femme à une autre, et particulièrement il y a un effet des facteurs sur la nature de l'anxiété pendant la grossesse et cela aux raisons des facteurs relationnelles et de la santé.

En effet, on doit préciser que d'après notre étude M^{me} S.M et M^{me} A.G selon notre entretien de recherche et notre échelle d'anxiété-état, semblent présenter une anxiété de nature élevé, par contre M^{me} A.M, M^{me} A.G, M^{me} A.S expriment un niveau d'anxiété du type modéré.

La synthèse de notre travail donne un éclairage sur la réalité que vivent les femmes enceintes pendant leur grossesse.

Effectivement, on peut dire que toute femme enceinte à un profond remaniement identitaire s'accompagnant d'une résurgence des conflits infantiles, elle est dans l'état d'une femme qui accepte déjà ou qui travaille pour accepter en elle, psychiquement et physiquement, une présence étrangère au cœur d'elle-même, elle a la nausée.

Elle est en train de transformer ses limites intérieures, ses frontières, psychique et physique, pour commencer à faire une place à un autre en elle. Cet autre, même désiré consciemment et inconsciemment, même voulu, décidé, programmé, est d'abord un intrus, un étranger, quelqu'un qui la met en danger, qui la parasite et qu'elle devrait rejeter, que son corps rejetterait s'il n'y avait pas le placenta pour les concilier.

Conclusion

Pour arriver au terme de notre étude, nous pouvons déduire que l'anxiété est considérée comme étant un concept multidimensionnel totalement subjectif avec une nature complexe qu'à définir et à mesurer, qui a des conséquences importantes et désagréable sur la vie.

Les résultats de ce travail ne concernant qu'une partie de l'échantillon de femmes enceintes, malgré ce faible échantillon on a pu avoir une approche qualitative, en définissant la nature d'anxiété et les facteurs qui sont à l'origine, et une approche quantitative qui nous a permis d'évaluer à partir d'une échelle standardisée leurs niveaux d'anxiété à un moment précis.

Entre autres, la population étudiée présente un niveau d'anxiété mais cela ne veut pas dire que ces femmes ont toutes le même niveau d'anxiété. Ceci peut être dû aux différents facteurs que peuvent subir ses femmes pendant leur grossesse, y compris la façon de voir la vie. Une femme qui dit ressentir beaucoup d'anxiété pendant sa grossesse peut ne pas vivre des situations angoissantes, anxieuses et perturbantes, que d'autres femmes, mais elle peut être une personne qui réagit négativement ou avec plus d'ardeur aux tracas de la vie quotidienne.

Ainsi, les résultats de notre recherche permettent d'émettre l'hypothèse que l'anxiété pendant la grossesse semble être un frein important au bon déroulement de la grossesse. Elle peut avoir des effets négatifs non seulement sur la santé de la maman, mais aussi sur celle du bébé quelle porte en elle, et être à l'origine de différents problèmes qui affecteront l'enfant tout au long de sa vie.

La synthèse de notre travail nous donne la lumière sur la réalité que vivent les femmes pendant leur grossesse, mais son reste très limitée pour comprendre et mettre une analyse approfondie sur le phénomène. Il y aurait fort intérêt à d'autres recherches en vue d'identifier leur besoins en matière de suivi de leur grossesse.

Des interventions devraient être mises en place en Algérie, la mise en place de consultations obligatoires, d'examen biologiques et radiologiques, dépistage anténatal, une politique de santé publique est aussi instaurée pour favoriser la prévention plutôt que la guérison, dépistages des femmes potentiellement susceptibles de développer des pathologies, arrêt de travail précoce, adaptation des horaires professionnelles. Elle s'associe à la création et à l'amélioration de la protection sociale des femmes enceintes, et des psychothérapies de soutien à la cour de la grossesse.

L'ensemble de ce programme de recommandation permettra de réduire tous les risques et tous les maux que pourront subir ses femmes, et procurant ainsi à la femme enceinte la sécurité indispensable à une grossesse vécue sereinement.

Nous souhaitons que cette présente étude soit une collaboration à de nouvelles études ultérieures pour bien éclairer et comprendre en profondeur et analyser la réalité des femmes souffrant d'anxiété pendant leur grossesse.

Liste bibliographique

Liste des ouvrages :

- Angers Maurice, (1997), initiation pratique à la méthodologie des Sciences humaines, casbah, Alger.
- Boulenger, J. & Lépine, J. (2014). 1. névrose, troubles anxieux ou anxiété pathologique ? .Dans : Jean-Philippe Boulenger éd, les troubles anxieux (pp.1-5). Cachan, France : Lavoisier.
<https://doi-org.snd11.arn.dz/10.3917/Lav.boule.2014.01.0002>.
- Boukherzra, O. & Courter, P. (2014). 7. Génétique de l'anxiété. Dans : Jean-Philippe Boulenger éd., les troubles anxieux (pp.59-68). Cachan, France : Lavoisier.
<https://dois-org.snd11.arn.dz/10.3917/Lav.boule.2014.01.0059>.
- Badinter.E, « la grossesse et la naissance, l'amour en plus », Paris, FLammarion, 1980.
- Benoit Parmentier, 2002 « mon carnet de grossesse ».
- Bénony.H & Chahraoui. KH ; (1999). l'entretien clinique. Paris : Dunod.
- Charlotte.M, Adeline.V, (2004), « l'indispensable de la psychologie », Dieyfus.
- Chahraoui.KH & Bénony.B ; 2003. Méthode, évaluation et recherche en psychologie clinique.
- Cros, S., Lombardot, E. & Vrai, B. (2019). Manager sous stress aigu en situation de crise. Revue française de gestion, 282,37-56.
<http://dois-org.snd11.arn.dz/10.3166/rfg.2019.00360>.

Liste bibliographique

- Callahan, S., Chapelle, F. (2016). Les thérapies comportementales et cognitives : Fondements théoriques et applications clinique. Paris : Dunod. <https://dois-org.snd11.arn.dz/10.3917/dunod.calla.2016.01>.
- Cario, R (2000). Victimologie de l'effraction d'inter subjectif à la restauration social (2^e éd). Paris : Harmattan.
- Christian Jean-Claude, (2008), Freud et la question de l'angoisse : l'angoisse comme affect fondamental.
- Delay Marie-Claude, (2014), le guide de la femme enceinte, édition hachette livre (Marabout).
- Dominique Hoareau, (2001), Apprivoisez votre stress, éd d'organisation.
- Darcourt, G. (2014). 5. Psychodynamique des troubles anxieux.
Dans : Jean-Philippe Boulenger éd., les troubles anxieux (pp.36-45). Cachan, France : Lavoisier.
<https://dois-org.snd11.arn.dz/10.3917/Lav.boule.2014.01.0036>.
- Dr Charles. H, Elliott, Dr Laura. L Smith, Dr Martine André, (2009), Guérir l'anxiété chez les nuls.
- Denis, H. (2019). Traiter les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent : du diagnostic à la prise en charge. Paris : Dunod.
<https://dois-org.snd11.arn.dz/10.3917/dunod.denis.2019.01>.
- Dominique Servant, (2015), la relaxation : nouvelles approches, nouvelles pratiques.
- Dominique Servant, (2012), Gestion du stress et de l'anxiété. 3e éd.

Liste bibliographique

- Elsevier Masson, (2015), Manuel diagnostique et statistiques des troubles anxieux DSM-5.
- Elsevier Masson, (2004), Manuel diagnostique des troubles mentaux.
- Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., Conde, A. & Teixeira, C. (2007). Anxiété, dépression et investissement émotionnel de l'enfant pendant la grossesse. *Devenir*, 19, 243-260.
<https://doi-org.sndl1.arn.dz/10.3917/dev.073.0243>.
- Grawitz Madeleine, (2001), méthodes des sciences sociales, 11^e éd. Dalloz, Paris.
- Jérôme Palazzolo, (2012), cas cliniques en thérapies comportementales et cognitives : Collection pratique en psychothérapie. 3^e éd, révisée.
- Jacques Lansac, Nicolas Evrard, (2010), le grand livre de ma grossesse.
- Lesur, A. (2014).6. Apport de la théorie de l'attachement et la compréhension, de l'angoisse et des troubles anxieux. Dans : Jean-Philippe Boulenger éd., *Les troubles anxieux* (pp.46-58). Cachan, France : Lavoisier.
<https://doi-org.sndl1.arn.dz/10.3917/Lav.boule.2014.01.0046>.
- Lansac, Jacques, (2013), le grand livre de ma grossesse, Paris.

Liste bibliographique

- Petit, L. (2006). La grossesse est un rêve: Éloge de la rêverie maternelle. Toulouse, France: Érès.
<https://doi-org.snd11.arn.dz/10.3917/eres.petit.2006.01>.
- Monestès, J. (2014). 4. Approche évolutionniste de l'anxiété. Dans : Jean-Philippe Boulenger éd., Les troubles anxieux (pp.28-35). Cachan, France : Lavoisier.
<https://dois-org.snd11.arn.dz/10.3917/Lav.boule.2014.01.0028>.
- Magali Ravit, (2020), l'examen psychologique au fil des âges : du bébé au sujet âgé. Paris : Dunod.
- Michel Delbrock, (2013), Psychothérapie : Manuel du médecin et du psychothérapeute.
- Norton, J., Capdevielle, D. & Boulenger, J. (2014). 13. Épidémiologie, facteurs de risque, incapacité et coût social des troubles anxieux. Dans : Jean-Philippe Boulenger éd., Les troubles anxieux (pp. 119-131). Cachan, France: Lavoisier.
<https://doi-org.snd11.arn.dz/10.3917/lav.boule.2014.01.0119>.
- Nathalie Baste, (2016), méthode de relaxation.
- Neil.A Rector, Kate Kitchen, Danielle Bourdeau, (2017), les troubles anxieux : guide d'information.
- Reeves, N., Pelletier, V., Schauder, C., Thériault, J. & Wendland, J. (2016). Anxiété et mécanisme d'adaptation spécifique à la grossesse ;

une étude longitudinale et qualitative. Devenir, 28,43-64. <https://doi-org.sndll.arn.dz/10.3917/dev.161.0043>.

- Richard Esposito, (2014), guide de sophrologie appliquée.
- Spielberger, C D, et al, « inventaire d'anxiété Etat- Trait forme Y « STAI-Y », éd ECPA les éditions du centre de psychologie Appliquée, Paris, 1983.

Les dictionnaires :

- Bloch.H, (1999), Grand Dictionnaire de la psychologie Larousse.
- Bloch.H et coll, (1997), Dictionnaire fondamentale de la psychologie, Paris.
- Bloch.H, E et Dider Lasalis, (2002), Dictionnaire fondamentale de la psychologie Larousse.
- Bloch.H, (1991), Dictionnaire de la psychologie Larousse, Paris.
Charroun Cmlilo, et al Dictionnaire de la psychologie de A à Z (500 mots pour comprendre), Dunod, Paris, 2007.
- Bodos, (1997), Dictionnaire Français Larousse.
- Domar.A, Bou neuf, (2006), Nouveau Larousse médicale, librairie Larousse, Paris.
- Delmare Garnier, (2004), Dictionnaire illustré des termes de médecine, 28^e édition, Maloie.
- Fauquet.E et al, (1997), Dictionnaire hachette encyclopédique, Hachet livre, Paris.
- Jacques Martel, (2007), Le grand dictionnaire des malaises et des maladies. (Edition quintessence).

Liste bibliographique

- Norbert, (1980), Dictionnaire encyclopédique de psychologie, Bordas, Paris.
- Quevauvillier Jacques, (2009), Dictionnaire médicale, 5^e édition, Masson.
- Sillamy Norbert, (2003), Dictionnaire de la psychologie Larousse, Paris.
- Sillamy Norbert, (1983), Dictionnaire de la psychologie Larousse, Paris.

Les sites web:

Doc: Daniel Winnicdt- free grum lidesforets. Free.fr.

<https://www.doctissimo.fr>

<https://www.passeportsante.net>

<https://www.cairn.info>

ANNEXES

Annexe N°1 : Guide d'entretien clinique semi-directif

Axe I : les caractéristiques personnelles :

- ✓ Nom :
- ✓ Prénom :
- ✓ Age :
- ✓ Profession :
- ✓ Niveau d'instruction : secondaire : lycée : universitaire :
- ✓ Antécédents médicaux :
- ✓ Antécédents psychiques :
- ✓ Situation socio-économique : faible : moyen : élevé :
- ✓ Situation matrimonial « nombre d'enfants » :
- ✓ Le mois de grossesse :
- ✓ Le sexe du bébé :

Axe II : le déroulement de la grossesse :

- 1) cette grossesse est-elle désirée par votre mari et vous ?
- 2) comment vivez-vous avec votre mari ? autrement dit étiez-vous heureux ?
- 3) votre relation de couple a-t-elle changé au cours de cette grossesse ?
- 4) quels sont les effets de vos sentiments, et de vos symptômes sur votre grossesse, et vos relations avec les autres ?
- 5) Vos symptômes sont-ils très grave ?
- 6) Avez-vous déjà pris des médicaments pour traiter ce genre de symptômes ?
- 7) Avez-vous souffert d'une maladie au cours de votre grossesse ? laquelle ? (anémie, hypertension artérielle, rubéole) ?

Axe III : l'état psychologique pendant de la grossesse :

- 1) Quelle est votre réaction au moment de l'annonce sur le développement de votre bébé ? s'il est en bonne santé ou bien malformé ?

- 2) Comment votre belle-famille a réagi quand elle a reçu la nouvelle ?
- 3) Pouvez-vous me dire quelle est votre relation avec votre famille ?
- 4) Quelles sont les personnes qui vous donnent un soutien pendant cette période ?
- 5) Avez-vous souffert des troubles de l'humeur, de perte d'appétit ?
- 6) Vous sentez vous maussade, triste, irritable, désespéré ?
- 7) Avez-vous des contraintes vis-à-vis de la santé de votre bébé ? avez-vous peur de réfère une autre grossesse ?

Axe III : les contraintes par rapport à la maternité :

- 1) Faites-vous des soucis de ne pas arriver à temps à la maternité ?
- 2) Quel est votre sentiment face à l'inconnu ?
- 3) Vous vous sentez prête ou capable devant les importantes responsabilités et les nombreux changements à venir ?
- 4) Est-ce que vous avez peur que les complications surviennent au cours de l'accouchement

Annexe N°2 :

Questionnaire D'auto-évaluation de C.D.SPIELBERGER et AL.

Inventaire d'anxiété Etat-Trait/forme Y.A

Nom : _____ prénom : _____

Age : _____ sexe : féminin

Consigne : un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données dessous. Lisez chaque phrase, puis entourez, parmi les 4 points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez à l'instant, juste en ce moment. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments actuels.

Non Plutôt non Plutôt oui Oui

1. je me sens calme
2. je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté....
3. je suis tendu(e), crispé(e).....
4. je me sens crispé(e).....
5. je me sens tranquille, bien dans ma peau.....
6. je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e).....
7. l'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment.....
8. je me sens content(e).....
9. je me sens effrayé(e).....
10. je me sens à mon aise (je me sens bien).....
11. je sens que j'ai confiance en moi.....
12. je me sens nerveux (nerveuse), irritable.....
13. j'ai la frousse, la trouille (j'ai peur).....
14. je me sens indécise(e).....
15. je suis décontracté(e), détend(e).....
16. je suis satisfait(e).....
17. je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse).....
18. je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté, dérouté.....
19. je me sens solide, posé(e), pondéré(e).....
20. je me sens de bonne humeur, aimable.....

| | |
|---|---|
| E | T |
| | |

Corrigé

Inventaire d'anxiété Etat-Trait

Forme Y-B

Assurez-vous d'être bien sur la page correspondant à ce corrigé. Ensuite, comptez simplement les points correspondants au cercle fait par le sujet sur la feuille de réponse. Reportez le total dans les cases appropriées sur la feuille de réponses. Référez-vous au manuel pour les données nominatives.

| | Non | plutôt non | plutôt oui | oui |
|---------|-----|------------|------------|-----|
| 1..... | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2..... | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5..... | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8..... | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10..... | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11..... | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15..... | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 16..... | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 17..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19..... | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 20..... | 4 | 3 | 2 | 1 |

L'Anxiété chez la femme enceinte

Résumé

Cette étude porte sur « l'anxiété chez la femme enceinte étude de cinq cas », son objectif est d'identifier les composantes de cette anxiété et parfois de décrire la relation qui existe entre ces composantes. En effet, elle s'est effectuée au sein de l'établissement hospitalier privé le rameau d'olivier, elle porte sur cinq femmes enceintes, afin de réaliser ce travail, nous avons opté pour la méthode clinique de type descriptif par étude de cas, ainsi que l'entretien clinique semi-directif et l'échelle d'anxiété état de spielberger.

Les résultats obtenus ont révélés un niveau important d'anxiété élevée pour deux de nos cas, et un niveau moyen pour les trois autres.

Mots clés : la grossesse, la femme enceinte, l'anxiété, anxiété état.

Abstract

This study is about "Anxiety in Pregnant Women Study of Five Cases"; its objective is to identify the components of this anxiety and sometimes to describe the relationship between these components. Indeed, it was carried out in the private hospital establishment the olive branch, it concerns five pregnant women, in order to carry out this work, we opted for the clinical method of descriptive type by case study, as well as the semi-structured clinical interview and the Spielberger state anxiety scale.

The results obtained revealed a significant level of high anxiety for two of our cases, and an average level for the other three.

Key words: the pregnancy, the pregnant woman, anxiety, anxiety state.