

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA
FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES

MEMOIR DE FIN DE CYCLE
EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME DE MASTER EN PSYCHOLOGIE
OPTION : PSYCHOLOGIE CLINIQUE

Thème

*L'angoisse chez les femmes atteintes d'une
grossesse malformée*
« Etude de 6 cas »

Réalisé par :

M^{me} BERKANE Noura

M^{elle} SELLAH Sabiha

Encadré par :

M^{me} GUEDDOUCHE Salima

Année universitaire

2014 – 2015

Remerciement

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

Nous tenons aussi à remercier tous les enseignants qui ont formé tout leurs efforts pour nous faire apprendre, tout au long de notre cursus universitaire.

En exprimant notre profonde gratitude à notre promotrice Mme Gueddouche .S qui a contribué à la réalisation de ce mémoire, pour avoir honorée, en acceptant de diriger ce travail grâce a ses orientations et conseils durant la période de notre travail.

Au personnel des établissements hospitaliers de Bejaia et Akbou qui ont répondu favorablement à notre demande de stage et d'avoir misent à notre disposition tous les moyens nécessaires et informations importantes surtout les psychologues et les gynécologues des établissements, pour rédiger ce petit projet.

On profite de ces quelques lignes pour remercier tout les personnes, qui de près ou de loin ont contribué à l'élaboration de ce mémoire, en particulier M^{me} Touati et M^{me} Ihemouchen pour leur aide et leur conseil.

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

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail :

A mes très chères parents qu'ont toujours été là derrière chaque pas, à me soutenir et à m'encourager aux quels je me serai arrivé où je suis actuellement.

A toute ma famille ; frères et sœurs, tantes et oncles, cousins et cousines, grand et petit qui ont jamais cessé de m'aider avec n'importe quel moyen.

A tous mes amis (es) sans exception.

*Qu'ont énormément m'aider, en particulier ma chère binôme **SABIHA** qu'a accepté de réaliser ce mémoire ensemble.*

Sans oublier ma belle famille ; mes beaux parents qui m'ont été soutenu jusqu'au bout.

A mon très chère mari qu'est toujours à mes côtés soit de près ou de loin.

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

Dédicaces

Je dédié ce modeste travail :

A mes très chères parents qu'ont toujours été là derrière chaque pas, à me soutenir et à m'encourager aux quels je me serai arrivé où je suis actuellement.

A toute ma famille ; frères ; hamza, Rayane et sœurs ; Cherifa, Lydia, Djahida, Kamilia, tantes et oncles, cousins et cousines, grand et petit qui ont jamais cessé de m'aidé avec n'import quel moyen.

A mes grandes mères, Taous, Zuina.

Je dédié aussi cet humble travail, à tous mes amis (es), Tima, Sonia, Kahina, Anna.

*Qu'ont énormément m'aidé, en particulier ma chère binôme **NOURA** qu'a accepté de réaliser ce mémoire ensemble.*

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

SOMMAIRE

INTRODUCTION

Problématique.....	3
Hypothèse.....	8
Définition opérationnelles des concepts clés.....	8

PARTIE THEORIQUE

CHAPITRE I : La grossesse : aspect médical et psychologique

Préambule	10
1. la grossesse : aspect médical.....	10
1.1 Définition de la grossesse.....	10
1.2. Le diagnostic de la grossesse	10
1.3. La surveillance de la grossesse.....	17
1.4. Le développement du bébé in utéro.....	22
1.5. Une grossesse à haut risque.....	24
1.6. Les maladies graves au cours de la grossesse.....	26
2. la grossesse : l'aspect psychologique.....	29
2.1 Maternité et sentiment maternel.....	29

2.2 La psychologie de la grossesse.....	30
2.3. Les relation parents enfant avant la naissance.....	32
2.4. La dépression et la grossesse.....	33
2.5. L'angoisse depuis l début de la grossesse.....	34
2.6.La phobie de la grossesse et de l'accouchement.....	34
2.7. La préparation à l'accouchement.....	35
Synthèse.....	37

CHAPITRE II : La malformation congénitale

Préambule.....	38
1 .les différentes définitions de malformation congénitale.....	38
2. les différents types d'anomalies.....	39
3. les anomalies de développement.....	40
4. les anomalies du développement des organes sexuels.....	45
5. les causes des maladies congénitales.....	45
6. les grandes malformations externes.....	49
7. les soins des malformations congénitales.....	49
8. les moyens de diagnostic anténatal des malformations fœtales.....	51
9. l'annonce de malformation et ses conséquences.....	56
10. les déterminants des malformations.....	58
Synthèse.....	58

CHAPITRE III: L'angoisse

Préambule.....	59
1. les différentes définitions de l'angoisse.....	59
2. les types d'angoisse.....	61
3. les types d'angoisse selon Freud.....	66
4. l'origine de l'angoisse.....	67
5. caractéristique de l'angoisse.....	67
6. Etiologie de l'angoisse.....	67
7. L'etiopathogénie de l'angoisse.....	69
8. L'évolution de la conception de l'angoisse selon Freud.....	69
9. La psychopathologie d'angoisse.....	71
10. Les causes d'angoisse.....	72
11. L'angoisse et les mécanismes de défenses.....	72
12. Le traitement de l'angoisse.....	75
Synthèse.....	76

PARTIE PRATIQUE

CHAPITRE I : La méthodologie de la recherche

Préambule.....	77
1. La méthode de la recherche.....	77
2. La pré- enquête.....	78
3. Présentation des lieux de stage.....	79
4. Le groupe de recherche.....	80
5. Les outils de la recherche.....	81

Synthèse.....	87
---------------	----

CHAPITRE II : présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses.

Préambule.....	88
----------------	----

1. Présentation des résultats de l’entretien et les résultats du l’échelle d’anxiété-état.	88
---	----

2. Discussion des hypothèses.....	112
-----------------------------------	-----

Synthèse.....	113
---------------	-----

Conclusion	114
------------------	-----

La liste bibliographique

Les annexes

La listes des tableaux :

Numéro des tableaux	Titre des tableaux	La page des tableaux
Tableau N ^o 1	récapitulatif des caractéristiques de choix du groupe de recherche.	81
Tableau N ^o 2	l'interprétation des scores selon l'échelle de l'anxiété-état de « Spielberger »	92
Tableau N ^o 3	l'interprétation des scores selon l'échelle de l'anxiété-état de « Spielberger »	94
Tableau N ^o 4	l'interprétation des scores selon l'échelle de l'anxiété-état de « Spielberger »	98
Tableau N ^o 5	l'interprétation des scores selon l'échelle de l'anxiété-état de « Spielberger »	102
Tableau N ^o 6	l'interprétation des scores selon l'échelle de l'anxiété-état de « Spielberger »	106
Tableau N ^o 7	l'interprétation des scores selon l'échelle de l'anxiété-état de « Spielberger »	109

Introduction

La grossesse est un moment exceptionnel dans la vie d'une femme. Chez l'être humain, est une période pendant laquelle se forme le bébé dans le ventre de sa mère. Elle commence au moment de la fécondation et se termine à la naissance du bébé. En moyenne, elle dure neuf mois.

Cette période entraîne de profonds bouleversements physique et psychique peut être source de bonheur, de joie et d'espérance. Mais elle peut aussi être un facteur de souci, d'anxiété et d'incertitude, particulièrement dans le cas où une femme tombe enceinte sa santé se trouve menacée par la grossesse.

La grossesse s'accompagne de graves risques pour la santé de la mère et de bébé, toutes les femmes enceintes souffrent de complications permanentes peuvent mettre leur vie en danger, ce dernier peut provoquer des anomalies congénitales pour la santé de leurs bébé.

Les malformations congénitales constituent, en plus de leur répercussion physiologique et psychologique de l'individu malade, un fardeau social et économique pour les parents et la société entière, suite à l'invalidité entravant toute participation effective, du sujet atteint, dans les activités socio-économiques.

Parfois, la femme enceinte aura certainement à un moment ou à un autre, une angoisse, une peur qui va soudainement l'envahir, des craintes qui peuvent être liées à sa propre santé mais aussi et c'est plus souvent le cas à celle de l'enfant malformé.

Notre objectif visé par cette recherche est d'évaluer l'état d'angoisse chez ces femmes qui présente une grossesse malformé, et de décrire les modalités d'annonce brutales éprouvées 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, s'articule au tour de l'aspect médicale et psychologique de la grossesse.

Le deuxième chapitre est centré sur la malformation congénitale dans lequel, nous avons décrit les différentes définitions ainsi que ces types d'anomalies, ces causes, ces soins, ces diagnostics...etc.

Le troisième chapitre est consacré sur l'angoisse, nous monterons les différentes définitions, ces types, son origine, ces caractéristiques, ces causes, ces symptômes...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 utilisé, 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 bibliographie et annexe.

*Problématique
& formulation des
hypothèses*

1. la problématique

La grossesse, la découverte d'un enfant, la naissance sont des aventures merveilleuses pour une femme.

La venue au monde d'un premier enfant et son existence réel, enrichit toute une famille, chacun se sent concerné, on devient grand-mère, on devient oncle. L'enfant va s'inscrire dans l'histoire personnelle de chacun des parents, mais aussi dans l'histoire d'un couple, parfois avec des significations différentes, toujours avec une certitude commune : ce ne sera plus jamais comme avant. Cette naissance a pu être programmée, inespéré, inattendue, l'annonce peut en avoir été désirée, acceptée, non désirée, de conflictuelle, mais toujours la grossesse impriment le moment le plus profondément émouvant pour une femme enceinte. (Frydman, et al.1989, P15, 16).

La grossesse est une période de transition vers la maternité, ainsi que vers la vie familiale, c'est aussi une phase de changement et de vulnérabilité physique, psychologique, affectif important. Tous ces changements affect notre vie, notre relation, avec notre corps et notre sexualité ainsi que notre désordre émotionnels.

Selon le dictionnaire de Larousse, le terme grossesse est « l'ensemble de phénomène se déroulant chez la femme entre la fécondation et l'accouchement. ». (Dictionnaire de français, Larousse, 1997, P199).

Actuellement, la vie des femmes a changé, attendre un enfant n'est plus un destin ou un devoir, pour la plupart d'entre elles, la maternité est un véritable choix. Pour ces femmes « active » qui ont trouvé une place dans la société, qui a aussi le désir de vivre une maternité épanouie.

La femme enceinte s'éloigne de sa propre jeunesse et de sa propre enfance, elle se rapproche de sa mère à laquelle elle s'identifie ou s'oppose, et les qualités de cette relation entre la fille et la mère (amour, haine, violence) vont influencer sur sa façon de vivre ces 9 mois, comme d'ailleurs les relations avec ses compagnons, avec ses amis, avec son entourage et surtout avec l'enfant à venir. Celui-ci est tantôt l'enfant merveilleux, tantôt l'enfant intrus dans le couple. (Frydman et al.1989, P 77).

D'un point du vue psychanalytique Winnicott ait désigné « folie maternelle primaire » la caractéristique psychique de la femme récemment mère, en suffisamment bonne santé pour se

permettre cette folie, Monique Bydlowski précise l'une des qualités de l'organisation psychique de la femme dès sa grossesse. La « transparence psychique » peut être considérée comme un effet « avant-coup » de la maternité à venir qu'elle prépare. Il s'agit d'un abaissement de la barrière du refoulement et d'une diminution de la pudeur marquant les limites entre soi et autre. Il prépare les déplacements d'investissements narcissiques sur l'enfant et les remaniements secondaires dont une nouvelle organisation métapsychologique. Déportant le centre du sujet en direction de l'enfant. Ce serait une psychose s'il n'y avait pas l'enfant. (Evelyne Séchaud, 1999, P131).

A coté des travaux de Winnicott, il ya d'autres études effectuées sur la « grossesse », en citant Lucile Jérôme en 2010 dans sa thèse intitulé « la grossesse chez les adolescentes » dans l'objectif d'évaluer les difficultés spécifiques ressortant dans la prise en charge des patientes mineurs enceintes, sur le plan obstétrical et pédiatrique ainsi que sur le plan social. Dans le même contexte cet auteur se réfère à des études précédentes qu'ont été déjà fait sur le même sujet tel que Detecker et Coll réalise une rétrospective (en 2000 et 2001) dans le but d'analyser les facteurs de risques obstétricaux des grossesses, ils ont comparée une population de 365 primipares avec une population témoin de 205 primipare de 18 à 29 ans. Tandis que Hamada et Coll, on étudie les caractéristiques de la grossesse et de l'accouchement au Maroc (1999 et 2000) à Rebat. (Dedecker F, et al .2005, P34).

Un grand nombre de personnes considèrent la grossesse comme étant une période heureuse et excitante. Malheureusement, pour certaines femmes, ce n'est pas le cas. La grossesse peut faire réapparaître toutes sortes de sentiments (de la joie, de la peur...etc.). Il est tout à fait normal de ressentir une gamme d'émotions durant la grossesse.

La grossesse n'est pas une maladie, mais elle peut le devenir, sa surveillance médicale a permis de réduire considérablement les complications maternelles et infantiles.

La consultation mensuelle est un moment fondamentale au début, et plus fréquente en fin de grossesse, est important pour dépister toute anomalie concernant le bébé et la mère.

En pratique actuellement 3millions d'échographies, chaque année pour 780000 naissance, soit quatre par femmes en moyenne, mais elles sont inégalement réparties géographiquement et dans le temps, Ainsi plus de18 % des futures mamans passent six échographies ou plus, Pour le collège national des gynécologues et des obstétriciens, trois échographies doivent suffire, elles permettent de dépister un certain nombre d'anomalies fœtales de dater la

grossesse et de mesurer la croissance du fœtus. A 32 semaines ce taux passe à 61% d'où l'intérêt d'une troisième échographie à ce terme. Les anomalies révélés le plus tôt sont les anencéphalies et les malformations des membres. Beaucoup plus tard se reconnaissent les hydrocéphalies et les malformations urinaires, les malformations cardiaques et œsophagiennes étant plus difficiles à déterminer. (Frydman et al, P75).

L'échographie accepte d'établir une première relation entre le père, la mère et l'enfant, qui devient moins irréel et plus présent. L'écran échographique peut ainsi apparaître comme un lieu de complicité et non comme un facteur de distance entre cet homme et cette femme, pas encore tout à fait père et mère, mais plus tout à fait les mêmes. Ce peut être l'occasion pour le sentiment paternel et maternel de s'affirmer dès avant la naissance. (Frydman, Cohen-Solal, 1989. P179)

Certaines femmes traversent les 9 mois de la grossesse sans inquiétude, comme protégées par les bonnes fées. Mais autres femmes enceintes craignent la présence d'une malformation ou d'une anomalie chez l'enfant qu'elles portent. Cette préoccupation peut se manifester avec insistance par des doutes et des questionnements permanents, ou d'une façon plus voilée, plus intermittente. (Ibid. P183)

Les malformations congénitales constituent l'une des principales causes de la mortalité infantile dans le monde et particulièrement dans les pays en développement.

Le pourcentage d'enfants nés avec une anomalie ne dépasse pas 3%, et dans ce chiffre entrent un grand nombre d'anomalies mineures guérissables. Outre les accidents liés à l'âge de la mère, les malformations ont diverses origines ; avec plus de précautions, un certain nombre d'elles pourrait être évité. (Delahaye Marie-Claude, 2014. P85).

Une malformation congénitale est une anomalie morphologique d'un organe ou d'une région du corps qui résulte d'un processus anormal du développement au cours de formation de l'embryon ou du fœtus. Cette anomalie est présente à la naissance même si elle n'est diagnostiquée qu'après la naissance. (Remera, 2010, P28).

Une malformation congénitales peuvent résultent d'une erreur présente dans le code génétique (origine génétique et agent mutagène) ou d'une perturbation dans l'expression de ce code (origine environnementale et agent tératogène). Leur gravité dépend du moment de leur survenu pendant la grossesse. L'origine d'une malformation peut être héréditaire et non héréditaire (soit la famille de mère, soit la famille de marie). (Ibid. P28).

Selon un rapport de l'OMS, chaque année environ 8 millions d'enfants dans le monde naissent avec un trouble congénital grave, dû à des causes génétiques ou environnementales.

Pour le président de la Société algérienne de neurochirurgie, le taux de mortalité dû aux malformations du système nerveux cérébral est passé de 51 décès pour 1000 naissances, dans les années 90, à 27 décès pour 1000 naissances en 2011.

Cette anomalie est traitée par plusieurs chercheurs et spécialistes sont orienté à la réalisation de devers études sur le terme « malformation », parmi eux **Marie Cécile Rousselot** ces études cadré sur la prise en charge et accompagnement des parents lors de l'annonce d'un diagnostic anténatale. En 2011, sa recherche repose sur trois questions principales, l'annonce et prise en charge du pied bot varus équin idiopathique, et prenatal diagnosis of cerebral inalformation with an uncertain prognosis et enfin impact parental de l'échographie 3D / 4D des fentes labiopalatine. (Rousselot Marie Cécile, 2011, P8).

Cette étude à pour objet dévaluation de meilleure façon de prendre en charge et l'accompagnement des parents lors de l'annonce d'un diagnostic. Les résultats de cette étude sont aboutit au fin que ces trais études sont complémentaire, et chacune apport un élément important sur la prise en charge et l'accompagnement des parents lors de l'annonce d'un handicap.

Selon une étude récente (en janvier 2012), réalisée dans trois wilayas du Centre (Alger, Tizi-Ouzou et Boumerdès), la prévalence des malformations fœtales se situe, dans notre pays, aux alentours de 2,8 % des naissances vivantes, soit, environ 24 000 nouveaux cas, par an, si l'on prend pour référence le chiffre de 800 000 naissances vivantes, annuellement. (Hamdi. R, 2012, P5).

Les malformations congénitales constituent un groupe de troubles variés d'origine prénatale qui peuvent être causés par des anomalies d'un seul gène, des troubles chromosomiques, de multiples facteurs héréditaires, des agents tératogènes dans l'environnement et des carences en micronutriments. Certaines maladies infectieuses maternelles, comme la syphilis ou la rubéole, sont une cause importante de malformations congénitales dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Certaines maladies de la mère, comme le diabète sucré, certains états pathologiques, comme les carences en iode ou en acide folique, et l'exposition à des médicaments et à des drogues récréatives, dont l'alcool et le tabac, à certains produits chimiques dans l'environnement et à des radiations à forte dose sont d'autres facteurs à l'origine de malformations congénitales. (Organisation mondiale de la santé, 2010, P2).

Les risques de la grossesse ne sont pas seulement physiologique ils sont aussi psychologique, les transformations physiques sont uniquement subies par la mère, par contre les transformations psychologiques sont, pour certaines d'entre elles, partagées par les deux membres du couple, les angoisses, les craintes ainsi que les joies liées à l'attente de l'enfant peuvent être ressenties et partagées par les deux parents. Cependant il convient également de préciser que cela peut entraîner la réactivation d'un certain nombre de peurs et d'angoisses infantiles liées aux interrogations de la petite enfance sur « comment on fait les enfants? ». (Badinter E, 1980, P 26).

Pour certaines femmes, les sentiments et les changements qu'elles ressentent pendant la grossesse sont troublants, terrifiants ou inquiétants. Une femme sur cinq se sentira déprimée ou angoissée pendant la grossesse. ([Http/ la grossesse réserve parfois des surprises prendre soin de votre santé mentale avant et pendant la grossesse. PDF.](http://la-grossesse-reserve-parfois-des-surprises-prendre-soin-de-votre-sante-mentale-avant-et-pendant-la-grossesse.pdf))

Dès le début de la grossesse l'angoisse est présente. La femme peut avoir certaines craintes et appréhensions concernant le déroulement de la grossesse. Cela se voit surtout chez les femmes atteintes un bébé mal formé.

La grossesse une étape essentielle du développement psycho-sexuel 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.

Mais elle peut aussi être l'occasion d'une apparition ou d'une exacerbation de tels troubles : dépressif, anxieux, névrotique ou psychotique, ces troubles peuvent s'accompagner d'une réactivation de l'angoisse liée aux conflits que pose, dans l'histoire de chacun, la création d'un nouveau lien de filiation.

D'après S. Eyquem et C. Gensous l'angoisse est « une peur irrationnelle, une peur sans objet réel. C'est également une inquiétude, une sensation pénible d'un malaise profond due à un danger que l'on sent venir mais face auquel on reste impuissant. » (Missonnier sylvain, 2012, P13).

A travers ces différentes définitions, d'autres chercheurs ont travaillé sur l'angoisse, on trouve « Mélanie Klein » à partir de ses travaux, de 1935 à 1940, puis de 1946 à 1948, l'ont amenée à distinguer deux formes d'angoisse, l'angoisse persécutrice et l'angoisse dépressive, qui recouvre toutes les formes d'angoisse que traverse l'enfant. L'angoisse est suscitée par la polarisation innée des pulsions, avec conflit immédiat entre pulsion de vie et pulsion de mort. (Mélanie Klein, 2008, P1).

A travers les différentes études sur le terrain, beaucoup d'interrogation traversent nos pensées lorsqu'on parle d'une « angoisse chez les femmes atteintes d'une grossesse malformé », on essayera de répondre aux questions suivantes :

-Est-ce qu'une malformation congénitale peut provoquer des réactions d'angoisses pendant la grossesse ?

- Est ce que le refus d'une malformation congénitale présente un état d'angoisse qui se différent d'une femme a une autre ?

2. La formulation des hypothèses:

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

L'hypothèse générale :

-Une malformation congénitale peut provoquer des réactions d'angoisses pendant la grossesse.

L'hypothèse opérationnelle :

-Le refus d'une malformation congénitale présente un état d'angoisse qui se différent d'une femme a une autre.

3. Les définitions opérationnelles des concepts :

3.1 Les concepts clés :

La grossesse :

Selon le dictionnaire Larousse le terme « grossesse » exprime : « l'ensemble des phénomènes se déroulant entre la fécondation et l'accouchement, durant lesquels l'embryon, puis le fœtus, se développe dans l'utérus maternel ». (Petit Larousse)

L'angoisse :

L'angoisse vient du latin « angustia » ce qui signifié étroitement, resserrement. Elle est un affect lié à un aspect économique, un aspect de quantité. C'est la répétition d'une expérience. L'angoisse et l'anxiété sont des états douloureux liés à l'essence de l'être humain, Chacun a pu les éprouver un jour et les a surmontés avec plus ou moins de difficultés. Souvent

physiologique, cette peur sans objet peut devenir pathologique au-delà d'une certaine intensité, à l'occasion d'aspects qualitatifs particuliers. (Théodore-Yves Nasse, P 2)

La malformation congénitale :

Les malformations congénitales sont des anomalies morphologiques et fonctionnelles présentes à la naissance, elles trouvent leur origine dans la constitution génétique de l'embryon ou dans un défaut extrinsèque lors de son développement in-utéro. (Coulibaly. F, et al, 1997, 409, 414).

3.2 Les définitions opérationnelles:

La grossesse :

La grossesse est vécue comme un rite de passage vers le monde de la maternité, de plus l'accomplissement de la féminité ou au contraire, comme une déformation du corps.

La grossesse peut considérer comme un évènement physiologique pour une femme, mais représente aussi une véritable souffrance physique (l'absence des règles, les seins, la modification du volume de l'utérus, le gonflement des mains et de pieds, le mal de dos etc.) et psychique (trouble de sommeil, somnolence, trouble de l'humeur etc.)

La malformation congénitale :

Il s'agit d'un défaut de développement d'un organe d'un tissu, ou du corps tout entier.

L'angoisse :

Malaise caractérisé par un sentiment de forte peur, sentiment de resserrement avec difficulté de respirer et grande tristesse, et grande affection avec inquiétude

Partie théorique

Préambule

Lors de la grossesse, la femme traverse une période marquée par des bouleversements à la fois somatiques, hormonaux, psychologiques, familiaux et sociaux.

1. La grossesse : aspect médical:

La grossesse est un moment exceptionnel dans la vie d'une femme .elle survient lorsqu'un spermatozoïde féconde un ovule.

Les statistiques montrent que la grossesse a une durée variable. Théoriquement, elle dure en moyenne : 280 jours à partir du 1^{er} jour des dernières règles ; 266 jours à partir du moment de la fécondation. Ces 266 jours représentent approximativement 9 mois du calendrier, soit 38 semaines. Cela correspond à l'âge réel du bébé .les deux formules sont correctes et sont employées indifféremment dans la pratique courante.

Néanmoins, c'est le premier calcul qui est retenu comme convention internationale pour tout ce qui concerne les données de la grossesse ; c'est lui qui est toujours indiqué par votre gynécologue.

Il est en effet plus fiable car toute femme connaît avec précision le jour de ses dernières règles, alors que l'ovulation peut ne pas avoir lieu au 14^e jour du cycle. (Delahaye Marie-Claude, 2014, P 9)

1.1. Définition de la grossesse

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. (Quevauvillers Jacques, 2009, P 414)

1.2. Le diagnostic de la grossesse :

Au début de la grossesse ne constater pas de grandes modifications corporelles, si ce n'est une tension des seins. Pourtant, le corps d'une femme enceinte doit se transformer afin d'assurer le développement de quelque cellules indifférenciées, invisible à l'œil nu, jusqu'au nouveau-né de 3000g prêt à voir, à sourire, à pleurer, à se souvenir.

Cette évolution entraîne des modifications qui sont responsable de certaines troubles habituels au cours de toute grossesse.

1.2.1 Les signes sympathiques :

A) Les modifications physiologiques :

Le premier signe de la grossesse est l'absence de règles, mais pour les femmes qui ont des cycles très irréguliers, ce n'est pas toujours facile de s'y référer.

D'autres petits signes peuvent se manifester avec une intensité variable et de façon inconstante. On les appelle signes sympathique de grossesse et ils peuvent survenir avant tout retard de règles.

- **Les seins :**

Ont augmenté de volume, 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 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.

- **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)

B) les petits désagréments :

Dus à une surproduction d'hormones, ces désagréments sont à peu près constatés chez la plupart des femmes.

- **les nausées et vomissements :**

Sont nombreuses, surtout le matin au réveil .Elle peuvent aller jusqu'au vomissement. Le manque d'appétit et ces digestions sont pénibles.

Les nausées et les vomissements affectent plus de la moitié des femmes enceintes pendant les premiers mois de la grossesse. Ils se produisent principalement le matin, et la femme peut rester nauséuse pendant toute la journée. Des brûlures d'estomac accompagnent fréquemment. (Hadjam. R, P 69)

- **trouble du sommeil :**

Une grosse souffrance des insomnies ou des envies irrépessible de dormir au cours de la journée.

Sommeil perturbé, les cauchemars sont plus fréquent pendant la grossesse : insomnies, somnolence, cauchemars, on ne peut pas dire que la grossesse soit la période idéale 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 de dormir irrépessible en pleine journée, au une insomnie juste ou moment d'aller sous la couette une seule solution : une petite sieste réparatrice dix minutes suffissent parfois pour récupérer.
- **Second trimestre :** C'est la grand forme, les petits maux de la grossesse ont disparu et le sommeil, enfin paisible.
- **Troisième trimestre :** Entre le volume de l'utérus, les galipettes de bébé et l'envie de faire pipi au beau milieu de la nuit, difficile de dormir.

La grossesse et 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 la forme de cauchemars récurrent. (Hallot Isabelle, 2007, P 39,40)

- **La fatigue, somnolence :**

En début de grossesse, vous risquez de vous sentir très fatiguée, même en dehors de toute activité professionnelle. C'est la conséquence du climat hormonal de la grossesse qui peut entraîner une forte somnolence. (Frydman, Cohen-Solal, 1989, P 133).

- **les fréquences envie d'uriner :**

Dues à la pression de l'urine sur la vessie. Elles cesseront quand l'utérus se développera vers le haut, dans quelque temps. (Delahaye Marie-Claude, 2014, P 28)

- **Tiraillements dans le bas-ventre :**

Ils sont le fait du développement de l'utérus qui tire sur les ligaments.

- **la salivation :**

Une salivation exagérée surtout en fin de grossesse. Chez certaines femmes, elle est tellement importante qu'elles sont obligées de cracher souvent car elles ont du mal à l'avaler.

- **les brûlures d'estomac :**

Très fréquentes au troisième trimestre, ce symptôme nécessite d'éviter de manger trop et de supprimer tous les aliments riches en graisse, comme les choux et les légumes secs.

Ainsi des brûlures d'estomac, des aigreurs, des renvois acides jusque dans la bouche sont fréquents en cours de grossesse. Il ne faut pas laisser l'estomac vide, mais absorber des aliments qui vont diluer la sécrétion gastrique comme, lait, œuf, féculents digestes. (Frydman, Cohen-Solal, 1989, P 135).

- **les constipations :**

Beaucoup de femmes souffrent de constipation et vous constaterez que la grossesse renforce cette tendance.

La constipation due à une pression générale de tous les muscles lisses. Attention au risque d'hémorroïdes veillez à ce que votre alimentation soit riche en légumes verts crus et cuits, et en laitages du genre yaourts. Buvez beaucoup d'eau et n'utilisez pas de laxatif sans l'avis de votre médecin. (Delahaye Marie-Claude, 2014, P 37)

- **la mauvaise circulation du sang :**

Avec la sensation d'avoir les jambes lourdes, il faut faire chaque jour une marche d'environ 30 minutes : c'est excellent pour régulariser la fonction intestinale et la circulation sanguine. (Ibid. P. 37).

- **le fourmillement :**

Fréquents la nuit, notamment dans les bras. Dans ce cas, il faut faire quelque mouvement pour activer la circulation sanguine car ils sont dus à la compression d'une racine nerveuse. (Delahaye Marie-Claude, 2014, P 37)

- **Les crampes :**

La majorité des femmes se plaignent de crampes nocturnes extrêmement douloureuses qui raidissent les muscles du mollet et les réveillent brutalement. Cette contraction musculaire va céder à l'étirement du muscle. Les crampes pouvant être dues à un manque de vitamine B, de magnésium ou de potassium, elles seront traitées par un apport complémentaire de ces éléments. (Frydman, Cohen-Solal, 1989, P 139).

- **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 quelque instant au cours de la journée et elle effectuera une marche assez prolongée. (HADJAM .R, P 69)

- **La diarrhée :**

Si les selles plus au moins liquides deviennent nombreuses, ce qui est plus rare dans la panoplie des troubles digestifs de la grossesse, doit corriger ces alimentations : diminution des salades et des légumes verts au profit du riz, des pommes douces crues râpées, des carottes cuites. (Frydman, Cohen-Solal, 1989, P 134).

- **Le mal de dos :**

Fréquent au cours de la grossesse, le mal de dos lumbago peut se manifester tôt, mais 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 lombaire et d'autant 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'où 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)

- **Les saignements de nez et de gencives :**

La coagulation sanguine est modifiée pendant la grossesse et il n'est pas rare de faire soigner ses gencives en se lavant les dents. Les gencives sont plus fragiles dans cette période.

Les saignements de nez, le plus souvent peu importants, peuvent éventuellement se répéter. (Frydman, Cohen-Solal, 1989, P 137).

C) Les troubles urinaires :

Durant les premiers et les derniers mois de la grossesse, les besoins d'uriner sont plus fréquents et vous réveillent la nuit. C'est la conséquence de la compression de la vessie par l'utérus.

La diminution des boissons n'y fera rien, il est au contraire préférable de boire abondamment, afin d'éviter une trop forte concentration urinaire qui entraînerait picotements et gêne. Dire qu'il est normal d'uriner plus souvent pendant la grossesse ne doit pas conduire

à ignorer une infection urinaire sous-jacente. Au moindre doute, à la moindre sensation de brûlure pendant la miction, interroger le médecin. Il faut être extrêmement attentif à ces signes.

Les premiers signes d'une infection urinaire (cystite) sont l'envie fréquente d'uriner, accompagnée de brûlures. (Ibid. P. 140).

Tout ces signes est parfaitement normal, que le corps de la femme s'organise. C'est les signes que le bébé s'installe.

1.2.2 Les signes de menace envers la grossesse :

Certains signes qui constituent une menace pour la grossesse on peut citer :

➤ **Des saignements vaginaux :**

Un saignement au cours de la grossesse est toujours vécu avec angoisse par la future maman.

➤ **Les saignements graves :**

La grossesse extra-utérine : la grossesse s'implante en dehors de l'utérus, le plus souvent dans la trompe. Les saignements sont accompagnés de douleurs intenses. C'est une urgence qui impose une intervention chirurgicale

La môle : 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 rétroplacentaire : rare et souvent associé à une hypertension, c'est une urgence du troisième trimestre de la grossesse.
- De violentes douleurs abdominales peuvent être attribuées à un avortement spontané ou à une quelconque complication.
- Un afflux de liquide par le vagin signifie que la poche des eaux s'est rompue.
- 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)

1.3. La surveillance de la grossesse :**1.3.1 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 le 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 premier trimestre :

Pratiquée avant la fin du 3^e mois, cette première échographie a pour avantage de déterminer aussi précisément que possible l'âge de la grossesse, ce qui est la condition d'un bon suivi médicale.

L'échographie du premier trimestre permet également de découvrir la présence de jumeaux que l'examen clinique a du mal à identifier à ce terme.

➤ L'échographie du deuxième 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. Mais son plus grand intérêt est de pouvoir dépister une éventuelle malformation.

➤ L'échographie du troisième 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 précise sa structure, sa maturité, de dépister d'éventuelles malformation se revalant tardivement. (Frydman, Cohen-Solal, 1989 ,P 137).

1.3.2. La prise de poids au cours de la grossesse :

Une femme dont le point était normal initialement pèse généralement 10 à 12 kg de plus en fin de grossesse ; néanmoins, la grossesse étant le point de départ d'une obésité rebelle, une femme de poids excédentaire devra observer un régime alimentaire strictement équilibré.

La prise de poids est particulièrement importante pendant le dernier trimestre, période de croissance maximum de l'enfant.

Normalement, le poids de la mère augmente de 1 à 12 kg au 1^{er} trimestre, 4 à 5 kg au 2^e trimestre et de 5 à 6 kg au cours de 3^e trimestre. (Hadjam. R, P 66, 67)

1.3.3. L'alimentation de la femme enceinte :

Doit être équilibrée, manger pour deux, pas comme deux, doit être la devise des futures mamans.

Le besoins nutritionnels se répartit comme suit :

- **Protéines** : elles sont indispensables à la croissance de bébé. Les meilleures sources de protéines sont animales (viande, œuf, poisson, fromage, lait....) les céréales et les légumineuses en contiennent également mais de moins bonne qualité nutritionnelle.
- **Glucides** : source d'énergie pour le fœtus, ils doivent être consommés par la future maman. Sous forme de sucres lents (pates, riz, légumes...) et répartis aux différents.
- **Lipides** : ils ont rôle dans le transport de certaines vitamines et dans la constitution des membranes nerveuses du bébé. Il conseille de varier les apports en mangeant des lipides d'origine animale et d'origine végétale.
- **Calcium** : il est indispensable à la formation des os. On le trouve dans le lait et les produits laitiers.
- **Vitamine D** : fabriquée par la peau sous l'effet de l'exposition au soleil, elle permet d'assimiler le calcium.

- **Fer** : la grossesse augmente les besoins en fer et bon nombre de femmes enceintes sont carencées. On trouve du fer dans les viandes, poissons, œuf et légumes secs. (Hallot Isabelle, 2007, P119, 120).

1.3.4. 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)

1.3.4.1. Les bienfaits de l'activité physique :

- Elle contribue à diminuer le stress.
- Elle permet de limiter la prise de poids.
- Elle améliore le sommeil.
- Elle augmente les tenus musculaires et l'endurance nécessaires pour l'accouchement.
- Elle aide à prévenir la constipation, les crampes et les jambes lourdes.
- Elle améliore les capacités cardiaques et respiratoires. (Delahaye Marie-Claude, 2014, P 105)

1.3.5. Le sommeil et le repos au cours de la grossesse :

Huit heures de sommeil par 24 heures constituent un minimum indispensable, mais il ne faut pas hésiter à dormir davantage, si le besoin n'en fait sentir. Par ailleurs, et dans toute la mesure du possible, il est bon d'observer un repos en position allongée ou dans un fauteuil, jambes légèrement surélevées, une demi-heure le matin et une demi-heure l'après-midi. Il faut éviter de dormir au cours de la journée, pour ne pas compromettre le sommeil nocturne. (HADJAM. R, P 68)

1.3.6. Les activités sportives :

Une femme enceinte, qui a une grossesse normale, peut pratiquer des exercices physiques de façon modérée jusqu'à un terme avancé.

Les activités sportives c'est un excellent régulateur d'humeur, d'appétit, de sommeil, c'est aussi un état d'esprit qui aider à préparer à l'accouchement plus aisément.

La marche, la natation et la gymnastique douce, et le yoga est conseillée pour toute femme enceinte.

- **La marche** : est un très bon exercice s'il ne dure pas trop longtemps. la marche est excellente pour le corps et le cœur.
- **La natation** : est des meilleurs sport pour la femme enceinte jusqu'à la fin de sa grossesse. Elle est excellente pour les articulations.
- **La gymnastique** : permet de se sentir en forme, de préparer un accouchement plus facilement. Elle est bénéfique pour la souplesse et la détente des articulations.
- **Yoga** : est une excellente préparation à l'accouchement par la maîtrise du corps qu'il enseigne. Le yoga et les exercices de relaxation aident à la détente du corps et de l'esprit. (Frydman , Cohen-Solal, 1989, P 112, 113, 114).

1.3.7. Les voyages pendant la grossesse :

Avion, bateau, voiture ou train ? les moyens de transport utilisés pour se déplacer dépendent de la longueur du trajet et du terme de la grossesse. Avant d'entreprendre un voyage, il préférable prendre un avis médical. Dans tous les cas un voyage éloigné doit être évité après 35 semaines. (Hallot Isabelle, 2007, P107).

1.3.8. Le tabagisme :

Le tabagisme maternel pendant la grossesse peut être responsable de nombreuses complications.

➤ **Au niveau maternel :**

Un risque accru de fausses couches.

Une augmentation de la fréquence des grossesses extra-utérines.

Des complications plus fréquentes.

➤ **Au niveau du bébé :**

Une augmentation des accouchements prématurés.

Un retard de croissance plus fréquent.

De poids de naissance inférieure par rapport à un nouveau-né de mère non fumeuse.

Une augmentation du risque de mort subite du nourrisson. (Ibid. p. 115)

1.3.9. L'alcool :

De récentes études confirment que l'alcool est très fortement déconseillé au cours de la grossesse.

Ces risques sur le bébé :

- Il risque un retard intellectuel et psychomoteur.
- Un retard de croissance.
- Une petite tête des anomalies au un mauvais fonctionnement du système nerveux central.
- Des troubles de l'attention.
- Des troubles du comportement.
- Des anomalies de l'audition ou de la parole.
- Enfin, des malformations faciales avec raccourcissement de la fente des paupières, minceur de la lèvre supérieure, aplatissement de la région maxillaire, nez court retroussé. (Ibid. p. 116)

1.3.10. Les drogue :

Toutes les drogues sont déconseillées. Les drogues « dures » comme l'héroïne représentent un grand danger, car les enfants naissent souvent petit et prématurés.

En cas de drogues injectées il y a en plus le risque de transmission du virus du sida. (Frydman , Cohen-Solal, 1989, P 93).

1.3.11. Les rapports sexuels pendent la grossesse :

Les relations sexuelles lors d'une grossesse qui se déroule normalement ne fait courir aucun risque à l'enfant. Une diminution de l'appétit sexuel est souvent constatée au cours de 1^{er} trimestre, avec une remontée pendant le 2^e trimestre, puis un nouveau un espacement des rapports en fin de grossesse. (Ibid. p. 97)

1.3.12 Les vaccinations :

La plupart des vaccinations ne sont pas déconseillées durant la grossesse, à l'exception de celles faisant appel à des virus vivants.

1.4. Le développement du bébé in utéro :

La grossesse est une épopée magique qui transforme une toute petite cellule en un magnifique bébé. Ce voyage va durer 9 mois avec différentes étapes.

La première du périple début à la fécondation et s'achève à la fin de la troisième semaine de grossesse, c'est l'embryogenèse. Elle sera suivie par l'organogenèse terminée à la fin de la huitième semaine. La dernière partie plus longue, s'achèvera environ 30 semaines plus tard avec la naissance : c'est la phase de développement fœtal. (Hallot ISABELLE, 2007, P 59)

1.4.1 L'embryogenèse :

La fécondation de l'ovule par le spermatozoïde a lieu dans la trompe et aboutit à la formation d'un œuf un zygote qui possède son propre patrimoine génétique.

- **A la fin de la troisième semaine :** L'embryon a la forme d'un disque formé de trois couches ou feuilletts embryonnaires.
- **Au cours de la quatrième semaine :** le disque embryonnaire se plie, forme un cylindre et prend l'aspect d'un embryon qui mesure entre 1,5 et 3,5 mm. (Ibid. P 59).

1.4.2 La phase dite d'organogenèse :

- **Entre la quatrième et la huitième semaine :** chacune des cellules joue un rôle déterminé elles se divisent, se différencient, se spécialisent, certaines en cellules sanguines, d'autres en cellules nerveuses, d'autres encore en cellules musculaires, et migrent à une place bien définie pour former l'abouche des futures organes.

- **Au cours de la cinquième semaine :** le système nerveux continue son développement, les premiers nerfs crâniens apparaissant, la tête grossit.
- **Pendant la sixième semaine :** les conduits auditifs s'ébauchent l'emplacement du futur système urogénital se délimite.
- **Pendant la septième semaine :** les membres évoluent et la fois commence la fabrication des globules rouge. Les membres supérieurs commencent à s'ossifier et la tête s'arrondit.
- **Huitième semaine :** elle manque la fin de la période embryonnaire. Les différents organes (foie, reins, intestins, cerveau et poumons) sont maintenant en place. (Hallot Isabelle, 2007, P 60)

1.4.3 De fœtus au bébé :

Pendant cette longue période, la croissance et la maturation des organes vont se poursuivre.

- **Neuvième semaine :** le lanugo (fin duvet) apparaît sur le corps, il disparaîtra en fin de grossesse.
- **Troisième mois :** à ce moment le placenta est devenu fonctionnel. Bébé mesure maintenant 12 cm et pèse 65 g.
- **Quatrième mois (départ du second trimestre) :** Les différentes zones sensorielles du cerveau se mettent en place, bébé commence à entendre des sons comme les battements de cœurs. Il réagit aux stimuli visuels. Il mesure 19cm et pèse 200 g.
- **Cinquième mois :** les première salles fœtales, le méconium, apparaissent. Bébé touche, bouge et entend les bruits extérieurs. Il mesure 26 cm et pèse 500g.
- **Sixième mois :** bébé réagit de plus en plus aux sans extérieurs qu'il mémorise. Il mesure 33 cm et pèse 850 g.
- **Septième mois (troisième trimestre) :** Ses poumons poursuivent leur maturation, les mouvements respiratoires sont réguliers. Bébé mesure 37 cm et pèse 1 kg 500.
- **Huitième mois :** en général, c'est au cours de ce mois qu'il prendra sa position définitive dans l'utérus. Il mesure 43 cm et pèse 2 kg 300.

Neuvième mois : à la trente-cinquième semaine, il mesure 45 cm et pèse 2 kg 500. Le bébé n'est plus considéré comme prématuré, il pourrait vivre en dehors de l'utérus. (Ibid. P 60, 61, 62).

1.5. Une grossesse à haut risque :

Une grossesse « à haut risque » (GHR) est une grossesse dont les risques de complications sont connus. Elle est tout particulièrement surveillée afin d'éviter à la mère un problème médical et à l'enfant un handicap à la naissance. L'estampille «GHR » est un gage de vigilance médicale qui devrait rassurer. **Identifier les risques permet de les combattre. Les vraies grossesses à risques sont celles qui restent ignorées jusqu'à l'incident.** Pour certaines femmes présenter une grossesse à haut risque est ressenti comme un échec personnel ou comme une contrainte énorme à laquelle elles sont obligées de se soumettre car une hospitalisation est souvent nécessaire. (Ibid. P .226).

1.5.1 Les risque :

- **pour l'enfant :** il s'agit avant tout d'éviter une naissance prématurée, préoccupation première des accoucheurs, et une souffrance cérébrale avant ou pendant la naissance, génératrice de séquelles neurologiques.
- **Pour la mère :** diverses maladies peuvent évoluer ou se révéler en cours de la grossesse-hypertension artérielle, phlébite, aggravation d'un diabète, par exemple.

Les causes d'entrée dans la catégorie **GHR** sont très variables. Deux types de circonstances peuvent se rencontrer :

- dès le début de votre grossesse, vous êtes placée sous haute surveillance parce qu'une maladie en cours ou des antécédents constituent un risque évident d'incident.
- au cours d'une grossesse normale survient une complication inattendue, qui la transforme soudain en une grossesse à haut risque, une « GHR ».

Hospitalisation de courte durée, surveillance par explorations répétées à l'hôpital, ou encore suivi par une sage-femme ou par une hospitalisation à domicile. (Frydman , Cohen-Solal ,1989 , P 226).

1.5.2 Les facteurs de risques :

Il y a des femmes enceintes n'ont aucun problème. Les autres présentent un ou plusieurs facteurs qui font courir un risque à l'enfant. Les risques le plus général est la plus maturité.

Il ya également les risque de retard de croissance du fœtus liés à une maladie ou au mode de vie de la future mère, ainsi que les risques de souffrance foetale lors de l'accouchement.

- **L'âge de la mère :**

Quand la future mère il très jeune, moins de 18ans, certains risques sont plus importants que chez une femme plus âgée. Le risque de toxémie gravidique, caractérisée par de l'albuminurie et de l'hypertension artérielle, est multiplié par trois, celui d'accouchement prématuré par deux. Ces risques sont souvent liés à des problèmes psychologiques et sociaux qui entraînent des comportements à risque.

L'adolescent qui cache sa grossesse le plus longtemps possible est mal surveillé et souvent mal alimentée. Il est à noter que lorsqu'une adolescente enceinte est bien acceptée par sa famille et entourée affectivement, on observe une nette diminution des complications

Qu'il s'agisse ou non d'une première grossesse et même si tout va bien apparemment, être enceinte à 40 ans nécessite de prendre certaines précautions et notamment de sa faire suivre très scrupuleusement.

Une femme qui débute une grossesse vers 38-39 ans est plus menacée qu'une autre par le risque de maladies associées à la grossesse. (Delahaye Marie-Claude , 2014 , P 82)

Il s'agit le plus fréquemment d'hypertension et de maladies rénales qui peuvent avoir entre autre répercussions un retard dans le développement de l'enfant. il faut savoir également que le taux de césariennes est plus élève, notamment quand il s'agit d'un premier accouchement.

Le risque de fausse couche spontanée est également très élevé puisqu'il interrompt 33% des grossesses entre le 8^e est la10^e semaine.

- **Les grossesses antérieures à problèmes :**

Tout accident survenu lors de grossesses précédentes, comme hémorragies, retard de croissance du fœtus in utero, enfant mal formé ou mort-né ainsi que tout problème survenu au moment de l'accouchement, doit être. Ils peuvent être causés par une mauvaise insertion du placenta ou une dilatation du col difficile et insuffisante au de l'accouchement.

- **Les maladies de la future mère :**

Elles peuvent entraîner une souffrance fœtale, des malformations, un avortement ou un accouchement prématuré.

- **La constitution de la mère :**

Il peut y avoir des problèmes au cours de la grossesse mais surtout au moment de l'accouchement dans les cas :

- d'obésité.
- D'anomalies du bassin. Il peut être trop petit, en particulier chez les femmes mesurant moins de 1,50 m, ou malformé de naissance ou encore déformé à la suite d'un accident.
- D'utérus trop petit avec un ou plusieurs kystes, ou encore d'utérus retraversé.

- **Le nombre de grossesses antérieures :**

A partir du 4^e enfant, le risque d'une présentation anormale et d'un accouchement difficile augmente, car l'utérus peut avoir perdu une partie de son tonus et donc de son pouvoir de contractibilité. Le risque de ces grossesses tient beaucoup au fait que la femme qui attend son 4^e ou 5^e enfant a tendance à être plus négligente dans ses précautions d'hygiène et dans la surveillance générale de sa grossesse. (Delahaye Marie-Claude, 2014, P 82, 83)

1.6. Les maladies graves au cours de la grossesse :

1.6.1 La rubéole :

Lorsqu'une femme enceinte contracte la rubéole au cours de la première moitié de la grossesse, l'enfant à naître sera atteint, dans plus de 50% des cas, d'une malformation à la naissance. Cette malformation peut être cardiaque, oculaire, auditive ou mentale.

Environ 80% des femmes en âge de procréer sont immunisées contre la rubéole. Si une femme non immunisée s'en trouve atteinte en début de gestation, elle peut demander que sa grossesse soit interrompue (avortement thérapeutique).

Il existe un vaccin contre la rubéole, efficace, non obligatoire, mais très recommandé à toutes les fillettes avant la puberté.

Lorsqu'une femme mariée désire être vaccinée contre la rubéole, elle doit suivre une contraception pendant trois mois à compter du jour de la vaccination. . (Hadjam. R ,P 69)

1.6.2 La toxoplasmose :

La toxoplasmose est une maladie provoquée par un parasite. Elle se contracte par l'absorption de viande insuffisamment cuite ou après griffure de chat parasité.

Lorsqu'une femme non immunisée contracte la maladie pendant la grossesse, elle court le risque d'un avortement spontané ou d'une mort fœtale. Si l'enfant arrive à terme, il sera atteint d'un ictère (jaunisse) sévère, et de malformation oculaires ou neurologiques.

Heureusement, 90% des adultes sont immunisées contre le parasite. Mais lorsqu'une femme non-immunisée contracte le parasite, un traitement antibiotique intense(ROVAMYCINE) de la mère et de l'enfant à la naissance permet le plus souvent d'éviter des accidents graves. (Ibid. P. 72, 73)

1.6.3 La listériose :

La listériose est une maladie infectieuse due à un petit bacille (bactérie gram positif) appelé LISTERIA MONOCYTOGENES. Habituellement bénigne chez l'adulte, elle se manifeste par un syndrome pseudo-grippal. Comme le bacille se localise quelque fois dans le vagin, l'enfant risque d'être infecté lors de l'accouchement, ce qui peut provoquer une jaunisse, une méningite, des troubles respiratoires ou neurologiques. Heureusement, la maladie survient rarement et réagit bien aux antibiotiques. (Ibid. P. 73)

1.6.4 L'inclusion cytomégalique :

C'est une maladie virale due cytomégalo virus (CMV), bénigne chez l'adulte, mais qui peut se transmettre au fœtus à travers le placenta et provoquer une jaunisse grave avec anémie.

1.6.5 Les maladies vénériennes :

La syphilis peut se transmettre au fœtus à partir du 3^e ou 4^e mois de la grossesse. L'herpès génital peut se transmettre au nouveau-né durant l'accouchement, au contact de la vulve de la mère atteinte d'une poussée d'herpès, ce qui peut provoquer chez l'enfant une méningo-encéphalite mortelle. C'est pourquoi on doit effectuer une césarienne au moment de l'accouchement.

En ce qui concerne le SIDA, le risque pour que l'enfant d'une femme séropositive soit contaminée par le VIH est de 30%. Cette contamination se fait à la 13^e semaine de la grossesse par passage du virus à travers le placenta. (Ibid. P. 73)

1.6.6 Le diabète :

Pendant la grossesse, l'équilibre de diabète est plus difficile à obtenir et, par conséquent, les risques de toxémie gravidique, d'infections sévères et de mort fœtale s'accroissent. Néanmoins, à condition d'une surveillance attentive de la grossesse, la majorité des femmes diabétiques parviennent à mener à bien leur grossesse. Il faut signaler que, dans certains cas, le diabète ne se révèle qu'à l'occasion d'une grossesse. (Ibid. P. 74)

1.6.7 L'hypertension artérielle :

Une hypertension artérielle augmente le risque de toxémie gravidique pendant la grossesse. Les médicaments qui contrôlaient antérieurement l'hypertension restent efficaces, mais peuvent causer certains désordres chez le fœtus. Par conséquent, le médecin peut changer le médicament antihypertenseur lors de la grossesse pour équilibrer la tension artérielle et garantir une bonne croissance du fœtus. (Ibid. P. 74)

1.6.8 La toxémie gravidique :

La toxémie gravidique est une maladie spécifique de la grossesse. Appelée également pré-éclampsie, elle atteint 10% des femmes enceintes et apparaît 3 ou 4 mois avant l'accouchement. Elle se caractérise par une élévation brutale de la tension artérielle, une prise de poids excessive, des maux de tête, un œdème des chevilles et des paupières, ainsi que la présence d'albumine dans les urines.

Elles surviennent surtout lors de la première grossesse, et le risque de son apparition augmente en cas de diabète ou d'hypertension artérielle.

La toxémie gravidique peut entraîner chez la mère des crises d'éclampsie c'est-à-dire des convulsions répétées pouvant conduire à un coma mortel. L'hospitalisation est indispensable pour un traitement urgent et une surveillance médicale de la grossesse. (Ibid. P. 74)

8.9 L'exposition aux rayons X :

Mieux vaut ne pas s'exposer aux radiographies pendant la grossesse. Particulièrement pendant les premières quatre mois, car c'est à cette période que l'embryon se constitue et les radiations peuvent être à l'origine de malformations graves.

Lorsque le médecin demande une radiographie à une femme susceptible d'être enceinte de quelques jours (essai volontaire de grossesse ou retard des règles), elle doit le signaler et, sauf cas d'extrême urgence, la radiographie sera différée. (Ibid. P. 75)

2. la grossesse : aspect psychologique**2.1 Maternité 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 quel moment elles 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, oubli des contraceptifs. anorexie mentale
- b) Une ambivalence vis-à-vis de la grossesse : grossesse nerveuse, comportements irrationnels face à l'avortement, avortements 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).

2.2 Psychologie de la grossesse :

La grossesse n'est pas une maladie, mais un état psychologique particulier de la femme. Néanmoins, comme la puberté et le mariage, elle représente une phase de remaniement des équilibres comportant à la fois le risque de décompensation psychologique et la chance d'une réorganisation enrichissante de la personnalité. Les femmes enceintes tournent leur intérêt et leur énergie vers l'intérieur d'elles –mêmes comme si elles avaient besoin de toute leur vitalité pour elles et enfant.

Cet égocentrisme psychologique s'exprime souvent par des détails comme les envies et la demande de preuves d'amour supplémentaires au mari.

L'évolution psychologique de la grossesse dépend de la façon dont se réalise l'identification mère-enfant. On peut envisager deux éventualités :

La fusion physique mère-enfant correspond, dans l'esprit de la femme, à une fusion psychique : la mère et l'enfant ne sont pas qu'un seul être et le retrait narcissique les englobe tous les deux. Ce sont des femmes qui embellissent pendant la grossesse, qui se sentent alors « bien dans leur peau » et vraiment complètes. Mais elles ont tendance à faire dépressions du post-partum.

Enfant est dans la mère, il est déjà quelque chose de différent d'elle. Dans ces cas, toute l'énergie narcissique concentre sur l'enfant et ces femmes se dépriment parfois pendant leur grossesse. En revanche l'accouchement se passe sans problème psychologique.

L'attitude la plus épanouie est le fruit d'une double identification à l'enfant, vécu à la fois Comme une partie de la mère et en tant qu'entité autonome.

Les troubles de grossesse découlent d'une interaction entre processus organique et psychologique : par exemple une nausée d'origine organique peut faire revivre des sentiments refoulés de dégoût, tandis que des sentiments négatifs vis-à-vis d'une grossesse non acceptée renforcent la nausée et peuvent aboutir à des vomissements incoercibles. (Ibid. P.150, 151).

L'état psychologique de la femme enceinte évolue au cours de la grossesse.

➤ **Au premier trimestre :**

Son attitude dépend beaucoup de sa maturité psychique, de sa capacité d'anticiper l'arrivée de bébé, de la « visualiser » à l'intérieur d'elle-même.

Les premières réactions à la grossesse seront différentes selon que la conception a été volontaire ou non. Dans la plupart des cas, on observe des sentiments contradictoires d'envie et d'irritation vis-à-vis du fœtus.

Cet être nouveau, pourtant souvent désilé, vient rompre un équilibre établi, causer de petits ennuis somatiques, gêner une activité professionnelle ou sportive. Beaucoup de pensées négatives sont refoulées mais s'expriment indirectement sous forme de vomissements ou de demande intempestive d'interruption de grossesse.

L'attitude psychologique face à l'enfant dense les douze premières semaines se modifie souvent d'un extrême à l'autre d'une façon passionnelle. Autant un enfant peut être rejeté parce qu'il trouble un équilibre existant, autant ce même enfant peut être aimé la semaine suivante au moment où la femme a décidé de le garder. Cette évidence une demande d'interruption de grossesse au moins dans les pays qui n'octroient pas à la femme le droit de décider elle-même de ce choix.

➤ **Au deuxième trimestre :**

Qu'elle soit désirée ou non la grossesse est là, le mécanisme passionnel d'acceptation de l'enfant s'accroît. Un moment mécanisme passionnel d'accroissement. Un moment psychologiquement intense est représenté par la perception des mouvements de l'enfant qui signifient qu'il est bien vivant et « qu'elle est une bonne mère ».

➤ **Au troisième trimestre :**

Surgissent parfois des problèmes esthétiques : des femmes narcissiques peuvent vivre un conflit des modifications de leur silhouette. Certaines n'osent plus sortir.

A l'opposé, d'autres, plus sensibles à l'investissement social de la maternité, aiment « l'exhiber ». (Haynal, A, 1997, P.151, 152.).

2.3 les relations parents- enfant avant la naissance :

A) Les relations mère-enfant avant la naissance :

Il est clair pour tout le monde que les relations mère-enfant commencent bien avant la conception, dans l'imaginaire.

Les femmes enceintes sont habitées par deux questions profondes, toujours semblables, qui s'expriment plus ou moins intensément. mon enfant sera-t-il normal ? Vais-je être une bonne mère ?

Très schématiquement, on dit qu'il existe trois modalités de relations mère-enfant :

➤ La voie biologique :

Le fœtus est branché sur la circulation sanguine maternelle grâce au placenta et il existe des intermédiaires chimiques et neuro-sympathiques par lesquels les deux organismes sont en relation. En dehors des répercussions biologiques de l'alimentation, de l'alcool et de tabac, les émotions fortes réagissent par une sécrétion hormonale agissent sur le bébé in utero. On sait par l'étude de brebis gestante qu'un stress très violent subi par la mère entraîne des perturbations du fonctionnement cérébral de son fœtus. De tels phénomènes ont été observés chez les femmes enceintes qui doivent, dans toute la mesure du possible, éviter les chocs émotifs importants.

➤ La voie psycho-sensorielle :

La relation entre la femme enceinte et son enfant s'établit aussi par ce qu'ils perçoivent l'un de l'autre. La mère sent les mouvements et les réactions de l'enfant à son humeur et à l'environnement, l'enfant entend la voix de sa mère et chacun de ses mouvements, s'habitue à ses manières de parler, de bouger, de le toucher et à l'ambiance générale de la future famille.

➤ La voie imaginaire :

La troisième modalité est celle évoquée plus haut, c'est-à-dire la manière dont la jeune femme s' imagine dans un rôle de mère, la relation déjà nouée en esprit avec son enfant ; il ne fait aucun doute pour ceux qui s'occupent d'enfants que cette relation fantasmatique va constituer la base des liens à venir entre la mère et son enfant.

Tout enfant a été précédé d'un enfant imaginaire. Celui-ci est porteur de l'attente, des espoirs des parents et parfois de toute une famille ; parfois cette enfant imaginaire est censé tout accomplir et tout réparer, un deuil comme une solitude, ce qui n'a pas été vécu ni réalisé. L'enfant réel sera porteur de la conjugaison de ces deux enfants rêvés, de ces deux parts d'imaginaire insufflés par chaque membre du couple.

La grossesse correspond à un temps physiologique inéluctable, mais également à un temps d'incubation psychique tout aussi indispensable d'élaboration imaginaire de votre enfant. C'est une période de rêves, de fantasmes, de cauchemars, de merveilleux. (Frydman , Cohen-Solal ,1989 , P 76, 77).

B) La paternité avant la naissance :

La femme est mère dans son corps et dans son imaginaire, l'homme devint père dans son imaginaire seulement.

Si beaucoup d'homme vivent avec bonheur l'idée que leur descendance est assurée et prennent même un certain plaisir à voir s'arrondir le ventre et les seins de leur compagne, d'autres s'adaptent mal à la grossesse.

Il est normal que les sentiments du futur père être ambivalents. Il n'y a pas de règle : certains hommes se sentiront père dès le moment de la conception, d'autres lors de la première échographie, ou des premiers mouvements que leur main percevra, d'autres à naissance, d'autres encore plus tard...(Ibid. P 79, 80)

2.4 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 évènement fréquent qu'ils 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 les manifestations « normales » de la grossesse et décelés tardivement. Ils convient de s'alerter s'ils persistent plus de 2 semaines.

Certains facteurs peuvent favoriser la dépression. Parmi aux les antécédents dépressifs, les difficultés familiales, financières ou dans le travail mais aussi des tensions au sein du couples. 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 déclenchant. 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 soutien, la psychothérapie ou le traitement médicamenteux. (Hallot Isabelle, 2007, P125).

2.5. L'angoisse depuis le début de la grossesse :

Aventure physiologique mais aussi épreuve physique et psychologique, la grossesse peut générer des manifestations d'angoisse souvent mal vécues par la future maman. Les moments d'anxiété en début de grossesse sont liés à la peur de perdre son bébé, à la crainte qu'il ne soit pas « normal », à l'impression de ne pas être à la hauteur ou de ne pas correspondre à l'image de la future maman idéale. Ces craintes sont normales au premier trimestre. (Ibid. P .127).

2.6 La phobie de la grossesse et de l'accouchement :

Les angoisses vis-à-vis de l'accouchement sont plus fréquentes et importantes que celles concernant la grossesse.

Les symptômes font partie du tableau de la névrose phobique ou plus rarement de la névrose d'angoisse, ils cachent parfois un noyau de personnalité Psychotique.

L'étiopathogénèse est multiple :

- Il peut s'agir de personnalités infantiles et égocentriques qui craignent les modifications de leur corps et les doubleurs. On retrouve fréquemment dans l'anamnèse une tendance au vaginisme avec peur de la pénétration qui s'est transformée en peur de l'expulsion.
- La phobie de l'accouchement est fréquemment associée à la peur d'étouffer ou d'étrangler l'enfant à la naissance. comme dans le vaginisme, ces femmes ont

une mauvaise représentation de leur schéma corporel et l'impression que « la bas, c'est trop étroit ».

- Dans certains cas, plus graves, la phobie de la grossesse cache la crainte d'être la mauvaise mère, l'obsession d'accoucher d'un monstre ou d'un enfant malformé.

Pour la phobie de la grossesse, on prescrit, selon la structure de personnalité, une psychothérapie de soutien en cours de grossesse ou une psychanalyse si la phobie empêche la « mise en route » d'une grossesse pourtant désirée.

Pour la phobie de l'accouchement, un cours d'accouchement sans douleur commencé précocement suffit parfois, on a conseillé des thérapies de déconditionnement, par exemple la désensibilisation systématique.

Certains gynécologues font un accouchement sous narcose répondant ainsi au désir de la patiente. Mais cette décision gynécologique dépend de la conception psychosomatique du médecin.

Des médecins préoccupés surtout de soulager symptomatique choisiront cette solution de dépannage, tandis que d'autres préféreront aider la femme à comprendre et à dépasser son angoisse. (Haynal. A, 1997, P.152, 153).

2.7. La préparation à l'accouchement :

La grossesse est une période de grands changements tant physiques que psychologiques. Pour accompagner les futurs parents dans cette aventure, la préparation à la naissance est indispensable. Plus uniquement axée sur la prise en charge de la douleur, les séances de préparation à la naissance ont dorénavant pour objectif une plus grande implication des parents dans le projet de naissance.

Véritable outil d'accompagnement, ces séances doivent permettre aux futurs parents de développer leurs compétences parentales grâce à des activités d'information et d'apprentissage.

On ne parle plus désormais de « cours d'accouchement » mais de « préparation à la naissance et à la parentalité ». (Hallot Isabelle, 2007, P123).

Un premier entretien individuel est proposé dès que la grossesse est confirmée. Réalisée par une sage-femme ou un médecin, c'est l'occasion de faire un premier point, de connaître les attentes des futurs parents de leur proposer si besoin des aides ou un accompagnement spécifique, et de présenter et planifier les prochaines séances prénatales.

Les séances de préparation prénatales ont lieu tôt, dès le deuxième trimestre, et sont adaptées à chaque stade de la grossesse. La future maman peut choisir d'y participer seule ou en groupe, à la maternité ou au cabinet d'une sage-femme libérale. La présence des futurs papas y est évidemment bienvenue. Ils peuvent ainsi participer aux techniques de respiration ou apprendre les massages qui pourront être utiles à la future maman. Parce que certaines ont du mal à exprimer ce qu'elles ressentent pendant ces 9 mois, des sessions dédiées uniquement aux futurs papas sont même organisées au sein de certaines maternités.

Chaque séance de préparation aborde un thème particulier mais le contenu n'est pas figé et s'adapte à chaque participant. Une information théorique sur la grossesse, l'anatomie du corps féminin, l'accouchement et la période postnatale est proposée, mais également des conseils pratiques sur la nutrition de la future maman, l'alimentation du nouveau-né et en particulier l'allaitement ou l'organisation de la nouvelle vie avec bébé. Des séances plus actives concernant l'apprentissage de la technique de respiration ou de relaxation, mais aussi de la position utile pour soulager et faciliter le travail sont organisées. (HALLOT ISABELLE ; 2007. P123).

2.7.1 La préparation à la maternité et à la paternité :

Pour beaucoup de couples, les méthodes de préparation à la naissance sont un support à leur propre cheminement vers la maternité et la paternité ; cette démarche c'est un processus spontané.

La préparation est un long cheminement vers le bébé. L'expression « préparation à l'accouchement » ne se limite plus à lutter contre la douleur, à entraîner son corps, mais suscite une démarche active, qui a pour objectif de faire de la maternité une expérience enrichissante, créative et de donner à la naissance toute sa merveilleuse importance.

La préparation n'est pas seulement une préparation physique : c'est le début de l'accueil de cet enfant. L'attachement mutuel entre la mère et l'enfant commence à s'enraciner dans le cours de la grossesse et cela mérite d'être connu des futures mamans. Toute femme souhaite

que son enfant soit serein et qu'il ait toutes les forces psychiques pour se développer.
(Frydman, Cohen-Solal, 1989, P 279, 280).

Synthèse

En effet, la grossesse est l'ensemble des processus psycho-affectif qui se développent 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 II

*La malformation
congénitale*

Préambule

Une malformation congénitale constitue un événement de santé relativement, environ 3 des naissances. Beaucoup d'anomalies sont des maladies rares, qui sont comme des maladies avec une prévalence inférieure à 5 pour 10000.

1. les différentes définitions de malformation congénitale:

1.1 Selon l'OMS :

Le terme malformation congénitale se définit comme toute anomalie Organique présente à la naissance même si elle n'est pas immédiatement reconnue. Elles répondent à des anomalies de développement survenant principalement pendant la période d'organogénèse mais peuvent aussi se produire dès la fécondation (transmise par un des gamètes) ou lors des premières divisions cellulaires. (Baudet. J, et al.1990, P 457).

1.2 Malformation congénitale :

C'est une anomalie d'une ou de plusieurs parties du corps existante à la naissance due à un trouble du développement de la vie intra-utérine. (Delamare Garnier, 2004)

1.3 Une maladie congénitale :

Une maladie apparue durant la vie intra-utérine et révélée à la naissance .Ces anomalies peuvent être dues soit une maladie de la mère telle que la rubéole, la toxoplasmose, la syphilis, soit intoxication de la mère par des produits chimiques ou encore exposition aux rayons X.

Quand la maladie de la mère en lieu à un stade précoce de la grossesse, alors que les membres et les organes les sont en formation, le risque encouru par le bébé à naître est grand. Les malformations seront moins importantes si l'accident en lieu à un stade plus tardif de la grossesse.

Les anomalies congénitales peuvent aussi être liées au monde de vie de la mère, en particulier alcoolisme, tabagisme ou encore drogue. (Delahaye Marie-Claude, 2014.P85).

1.4 Selon l'encyclopédie le terme malformation congénitale :

anomalie morphologique congénitale d'un organe, d'un tissu, voire de tout l'organisme, résultant d'un trouble l'embryogénèse qui peut être due à l'action néfaste de facteurs très divers, tels que : aberrations chromosomiques, maladies infectieuses ex : rubéole..., médicaments toxiques (thalidomide ,radiation, carences(nutritionnelles ou en oxygène).certaines malformation (polydactylie)ne compromettent en aucune façon le pronostic de vie et son justiciable d'une intervention chirurgicale ;d'autres sont incompatibles avec la vie(acéphalie).(Fouquet. E et al.1997).

1.5 Selon Dandy-Walker le terme malformation :

Désigne plusieurs anomalies du système nerveux central. Ces anomalies incluent un kyste au niveau du cerveau (fosse cérébrale supérieure), un développement inexistant ou insuffisant du vermis cérébelleux (zone centrale du cervelet entourée des deux hémisphères cérébraux) et une hydrocéphalie (accumulation de liquide céphalo-rachidien dans l'encéphale). ([http://www.santé-medecin.net/malformation de Dandy-Walker-définition](http://www.santé-medecin.net/malformation-de-Dandy-Walker-définition)).

2. Les différents types d'anomalies :

En distingue quatre types d'anomalies génétiques :

- les anomalies mono géniques qui causent environ 4000 maladies découlant de la mutation d'un seul gène venu de l'un des parents ou des deux à la fois.
- les anomalies de gène dominant Ex : la couleur des yeux : Si la mère a les yeux marrons et le père les yeux bleus, les yeux de l'enfant ne seront pas striés de marron et de bleu. Le gène marron, étant dominant.
- les maladies de gène récessif Ex: le gène bleu, mucoviscidose.

Les maladies héréditaires dont certaines sont transmises par la mère mais n'affectent que les garçons. (Charlish Anne, 2007.P 61).

3. les anomalies de développement :

3.1. Les malformations du système nerveux :

Les anomalies du système nerveux comprennent :

- **Anencéphalie** : Elle est caractérisée par un défaut de fermeture de la partie craniale du névraxe.
- **Acéphalie** : absence de tête
- **Agénésie cérébrale** : Il s'agit d'un défaut de développement du cerveau par l'absence de maturation ou manque de son ébauche embryonnaire.
- **Anencéphalomyélie** : elle est caractérisée par un défaut de fermeture de la totalité du névraxe.
- **Cranioschisis** : Il est caractérisé par un défaut d'ossification localisé de la voûte crânienne.
- **Spina bifida** : C'est une malformation segmentaire osseuse du rachis. Elle s'accompagne ou non d'une hydrocéphalie.
- **Hydrocéphalie** : C'est une dilatation de toutes ou certaines cavités ventriculaires.
- **Amyélie** : C'est l'absence de la moelle épinière.

- **Encéphalocèle** : C'est une hernie du cerveau à travers une fente crânienne, mais sous un revêtement cutané continu.
- **Microcéphalie** : c'est la petitesse extrême du crane, consécutive a un défaut du développement de l'encéphale.
- **Microgyrie** : c'est une circonvolution cérébrale de taille anormalement petite.
- **Micromyélie** : C'est un développement anormalement faible de la moelle épinière.
- **Hydromyélie** : c'est une dilatation au niveau du canal de l'épendyme, remplie du liquide céphalo-rachidien. (Langman. J, 1994)

Ainsi que d'autres anomalies du système nerveux tels que : le méningocèle, le méningoencéphalocèle, le myéломéningocèle et la paralysie des membres inférieurs et des sphincters.

3.2 Les malformations du système cardio-vasculaire :

Les anomalies du cœur et des cloisons intracardiaques :

- **Tronc artériel commun** : Cette malformation caractérisée par l'absence de cloisonnement entre l'aorte et l'artère pulmonaire. Un seul vaisseau part du cœur.
- **Dextroposition de l'aorte** : implantation anormale de l'aorte dont l'origine est plus ou moins déplacée à droite.
- **Ventricule droit à double issue** : la naissance anormale de l'aorte et de l'artère pulmonaire a partir du ventricule droit. Le ventricule gauche ne peut s'évacuer que par une communication interventriculaire.
- **Tétralogie de Fallot** : communication interventriculaire avec atrésie ou sténose de la valvule pulmonaire, Dextroposition de l'aorte et hypertrophie du ventricule droit.
- **Ventricule unique** : Un seul ventricule dans lequel s'ouvrent les deux orifices mitral et tricuspide.
- **communication interauriculaire** : c'est l'existence entre les deux oreillettes d'une communication en rapport avec l'absence de cloison ou la persistance du foramen ovale.
- **Agénésie des valvules pulmonaires** : C'est l'absence totale ou partielle des valves pulmonaires, associée à une dilatation de l'artère pulmonaire.
- **Maladie d'Ebstein** : c'est une cardiopathie caractérisée par l'accolement plus ou moins étendu de la valvule tricuspide de la paroi ventriculaire droite.

- **Insuffisance mitrale** : elle est caractérisée par un reflux du sang du ventricule gauche dans l'oreillette gauche, du fait d'un défaut d'étanchéité de la valvule mitrale déterminant une hypertrophie du ventricule gauche.
- **Rétrécissement mitral** : il est caractérisé par une réduction plus ou moins importante de l'orifice délimité par le bord libre des valves mitrales.
- **Dextrocardie** : c'est la présence du cœur dans l'hémi-thorax droit.
- **Persistance du canal artériel** : c'est la persistance de la voie de dérivation fœtale qui permet au sang de l'artère pulmonaire de rejoindre l'aorte sans passer par les poumons.
- **Coarctation de l'aorte** : c'est la sténose de l'isthme aortique entraînant le développement d'une circulation collatérale de suppléance. (Huch. A, Benz. J, 1995, P 37).

3.3 Les Malformations du système respiratoire :

Les anomalies de l'appareil respiratoire comprennent :

- **Atrésie des choanes** : c'est l'occlusion des orifices postérieurs des fosses nasales par lesquels elles communiquent avec le nasopharynx.
- **Pterygion du larynx** : c'est un voile conjonctival tendu au niveau du larynx.
- **Stridor laryngé** : C'est une affection caractérisée par l'apparition d'un bruit respiratoire, souvent associé à des troubles de la déglutition et à des accès de dyspnée.
- **Poumon en miroir** : C'est une malformation caractérisée par la parfaite symétrie de deux arbres bronchiques.
- **Kyste bronchogénique** : C'est une tumeur médiastinale résultant du développement tardif d'un bourgeon aberrant détaché de la trachée ou d'une grosse bronche.
- **Kyste aérien du poumon** : c'est une formation siégeant à l'intérieur du parenchyme pulmonaire et qui contient de l'air.
- **Bronchectasie** : c'est la dilatation des bronches avec rupture de la charpente musculo-élastique.
- **Séquestration pulmonaire** : elle est caractérisée par la séparation d'une masse de tissu broncho-pulmonaire de ses connexions normales. Ce territoire privé de ventilation et de vascularisation et le plus souvent vascularisé par une artère aberrante provenant de l'aorte. (Langman. J, 1994)

3.4 Les malformations au niveau de la tête et du cou :

- **Division palatine** : c'est l'absence de soudure du palais qui peut n'intéresser que le voile mais aussi partiellement ou totalement tout le palais.
- **Bec de lièvre** : c'est une sorte d'encoche qui interrompt d'un côté ou des deux la lèvre supérieure.

Les anomalies de l'œil comprennent :

- **Anophtalmie** : c'est l'absence d'un ou des deux globes oculaires.
- **Buphtalmie** : c'est la distension de l'œil sous l'effet de l'augmentation de la pression intraoculaire observée dans le glaucome congénital.
- **Cataracte** : c'est une opacité congénitale du cristallin.
- **Colobome** : c'est une fissure congénitale partant de la lèvre supérieure et aboutissant à la paupière inférieure homologue.
- **Ablépharie** : c'est l'absence de paupière.
- **Ptosis** : c'est l'abaissement de la paupière supérieure le plus souvent
- **Ptosis** : c'est l'abaissement de la paupière supérieure le plus souvent incomplète.
- **Albinisme oculaire** : c'est la coloration rougeâtre de l'iris.
- **Les anomalies de l'oreille, de la face et du cou comprennent :**
- **Polyotie** : c'est la présence de petits nodules sous-cutanés cartilagineux.
- **Tragus** : c'est une saillie du pavillon de l'oreille située en avant du conduit auditif externe.
- **Microtie** : c'est une aplasie totale ou partielle uni ou bilatérale du pavillon de l'oreille avec ou sans atteinte du conduit auditif. (Huch. A, Benz. J, 1995, P 41).

3.5 Malformations de l'appareil digestif :

Les anomalies de l'appareil digestif comprennent :

- **Aglossie** : c'est l'absence de langue.
- **Macroglossie** : l'hypertrophie de la langue.
- **Langue plicaturée** : elle est caractérisée par un épaissement de la langue, qui est molle, étalée, dont la face dorsale est parcourue de nombreux plis et dont la muqueuse présente une hypertrophie papillaire.
- **Atrésie du canal salivaire** : c'est l'occlusion ou imperforation du canal salivaire.
- **Fistule broncho-oesophagienne** : c'est un trajet anormal, faisant communiquer les bronches et l'oesophage.

- **Brachy-oesophage** : c'est la brièveté excessive de l'oesophage entraînant la présence intra-thoracique d'une partie de l'estomac.
- **Mégadolicho-oesophage** : c'est l'augmentation du calibre et de la longueur de l'oesophage.
- **Sténose du pylore** : c'est le rétrécissement, diminution du calibre du pylore.
- **Hernie hiatale** : c'est le glissement du cordon à travers l'hiatus oesophagien.
- **Cardiospasme** : il est caractérisé par une constriction de la partie inférieure de l'oesophage entraînant une dysphagie et une dilatation secondaire de cet organe.
- **Diverticule de Meckel** : c'est un diverticule inconstant de l'intestin grêle, situé sur l'iléon. Il représente un vestige du canal vitellin.
- **Imperforation anale** : c'est l'absence de l'ouverture du canal anal.
- **Mégacôlon** : cette affection est caractérisée par un élargissement du cadre colique avec atonie.
- **Volvulus de l'intestin** : c'est la torsion de l'intestin autour d'un axe représenté [par son pédicule.
- **Hépatomégalie** : c'est l'augmentation du volume de foie.
- **Vésicule biliaire intra-hépatique** : la vésicule biliaire se trouve à l'intérieur du foie.
- **Les malformations congénitales de l'abdomen comprennent** : Omphalocèle Laparoschisis
Fistule omphalo-entérique et de l'ouraque Extrophie vésicale Kystes du cordon. (Ibid. P 37).

3.6 Les malformations du système uro-génital :

Les anomalies de l'appareil génital comprennent :

- **Utérus double** : c'est une dualité utérine consécutive à l'arrêt du développement embryonnaire caractérisée par l'existence de deux corps utérins qui se rejoignent au niveau du col ou qui présentent chacun leur propre col utérin.
- **Imperforation de l'hymen** : C'est l'absence de la perforation de la membrane muqueuse qui normalement obstrue incomplètement l'orifice vaginal.
- **Ectopie testiculaire** : C'est une aberration de la migration testiculaire.
- **Cryptorchidie** : C'est la conséquence de la migration incomplète du testicule qui se trouve en dehors du scrotum.
- **Hypospadias** : Il est caractérisé par l'ouverture de l'urètre sur la face antérieure de la verge.
- **Epispadias** : il est caractérisé par l'ouverture de l'urètre sur la face dorsale du pénis.
- **Androgénie** : c'est l'apparition des caractères sexuels secondaires males.

- **Hermaphrodisme** : c'est un état intersexuel, défini par la présence chez le même sujet de tissu testiculaire et de tissu ovarien.
- Les anomalies de l'appareil urinaire comprennent :
- Rein polykystique : Il est caractérisé par l'envahissement du parenchyme rénal par d'innombrables formations kystiques.
- Hydronéphrose : c'est la distension du bassinet et des calices, atrophie du parenchyme rénal.
- Reins ectopiques : c'est l'absence de migration des reins dans la région lombaire, ils restent en position pelvienne mais peuvent être fonctionnels.
- Rein en fer a cheval : il est caractérisé par la jonction des deux pôles inférieurs des reins.
- Duplicité urétérale : c'est une anomalie unie ou bilatérale caractérisée par la présence de deux uretères drainant un même rein et s'abouchant séparément dans la vessie.
- Duplication du rein : elle est caractérisée par le développement d'un rein normal d'un côté et d'un double rein de l'autre côté. (Ibid. P 41).

3.7. Les malformations du système ostéo-musculaire :

Les anomalies du système ostéo-musculaire comprennent :

- **Dolichocéphalie** : elle est caractérisée par un allongement de la tête, notamment du crâne.
- **Syndrome de Potter** : il est caractérisé par un faciès particulier, rappelant le mongolisme mais s'en distinguant par l'existence de malformations du pavillon de l'oreille.
- **Torticollis congénital** : c'est un mouvement anormal de la tête et du cou en rotation latérale.
- **Lordose posturale** : c'est une incurvation du rachis à convexité antérieure, qui ne persiste pas en position couchée.
- **Scoliose posturale** : c'est une incurvation latérale du rachis, qui ne persiste pas en position couchée.
- **Luxation de la hanche** : c'est la perte permanente anormale des rapports normaux des surfaces articulaires.
- **Pied bot varus équin** : c'est une attitude pernicieuse du pied sur la jambe, telle que le pied ne repose plus sur le sol par ses points d'appui normaux.
- **Polydactylie** : c'est une malformation caractérisée par l'existence d'un ou plusieurs doigts supplémentaires au niveau des mains ou des pieds.
- **Syndactylie** : c'est une malformation caractérisée par l'absence de séparation entre les doigts ou les orteils.
- **Coxalgie** : c'est une déformation de l'extrémité supérieure du fémur, caractérisée par une ouverture excessive de l'angle cervico-diaphysaire.

- **Coxa vara** : c'est une déformation de l'extrémité supérieure du fémur, caractérisée par une fermeture anormale de l'angle cervico-diaphysaire.
- **Genu valgum** : c'est une déformation caractérisée par une angulation latérale externe de la jambe par rapport au fémur. (Ibid. P 39).

4. les anomalies du développement des organes sexuels :

4.1 Classification :

Selon Drew, les anomalies de la différenciation sexuelle chez le fœtus masculin et féminin peuvent être classées selon:

- **Sexe chromosomique** : division erronée des chromosomes sexuels ; mosaïque ; perte de l'Y translocation sur un chromosome X de la séquence déterminante du testicule ; mutation du gène sr Y.
- **Sexe gonadique** : anomalies du tissu testiculaire. (Hormone gonadique).
- **Sexe somatique** : défaut de sécrétion de MIS (habillé) et de testostérone. (Stimule la fabrication du sperme dans les testicules est responsable de l'apparition des caractères sexuels secondaires mâles après la puberté).
- **Anomalies centrales de la détermination** : identité sexuelle discordante (transsexualité) ; altérations dans les rythmes sécrétoires d'origine centrale. ([http://WWW.de veille sanitaire, les malformations congénitales du petit garçon en langue doc –Roussillon](http://WWW.deveille sanitaire, les malformations congénitales du petit garçon en langue doc –Roussillon)).

5. Les causes des maladies congénitales :

Certaines malformations, leur cause exacte reste inconnue dans près de la moitié des cas. Les causes de malformations peuvent être regroupées en trois groupes : causes intrinsèques (génétiques), causes extrinsèques (environnementales) et causes multifactorielles.

5.1 Cause intrinsèques (constitutionnelles) :

5.1.1 Les maladies héréditaires d'origine génique :

L'anomalie ne concerne qu'un gène c'est-à-dire une infime portion de chromosome. Les malformations peuvent avoir une origine génétique mendélienne, avec une transmission autosomique dominante (ex : certaines polydactylies isolées), une transmission autosomique récessive (ex : polykystose rénale récessive autosomique, dite infantile) ou une transmission récessive liée à l'X (syndrome de l'X fragile). ([Http://www collège Français des pathologistes. Pathologie du développement : malformations congénitales.](http://www.collège Français des pathologistes. Pathologie du développement : malformations congénitales.))

5.2 Les causes d'origine chromosomique :

Elles concernent 1 % des naissances. Elles sont dans la grande majorité des cas accidentels et non reproductibles dans la fratrie. Des syndromes malformatifs bien connus sont d'origine

chromosomique : trisomie 21 (syndrome de Down), trisomie 13 (syndrome de Patau), trisomie 18 (syndrome d'Edwards).

La plupart des cellules comportent 46 chromosomes, chacun des parents en ayant fourni 23. Dans un ensemble de 23 chromosomes, 22 sont numérotés (de 1 à 21), le dernier, dont dépend le sexe de l'enfant, étant ou X ou Y. Les filles reçoivent un X de chacun de leurs parents par contre, les garçons reçoivent un X et un Y. (Charlisch Anne, P61).

5.2.1 Les différents types d'anomalies chromosomiques :

Les anomalies chromosomiques peuvent porter le nombre ou la structure des chromosomes.

A) Les anomalies de nombre :

Au lieu de 46 chromosomes l'être humain peut avoir un chromosome supplémentaire soit 47, ce qu'on appelle trisomie. La plus connue est la trisomie 21 qui donne lieu au mongolisme, mais il existe aussi les trisomies 16 et 18 (selon le numéro de la paire de chromosomes atteinte). A l'inverse la monosomie est l'absence de l'un des chromosomes dans l'une des paires. (Frydman et al, 1989.P188).

B) Les anomalies de structure :

Parfois un chromosome peut se casser, un des fragments du collier peut se fixer sur un autre collier ou disparaître. S'il n'y a pas de perte de matériel héréditaire, la carte d'identité chromosomique- le caryotype- de l'individu est dite équilibrée. Si le fragment de chromosomes est perdu, le caryotype sera alors dit déséquilibré. (Ibid. P188).

Ces anomalies des chromosomes se produisent au moment du renouvellement des cellules sexuelles. Elles peuvent être déjà contenues dans l'ovule ou dans le spermatozoïde avant la fécondation, ou bien survenir au moment de la fécondation, ou encore lors des premiers stades de développement embryonnaire. Heureusement la nature opère une sélection : 80% des avortements spontanés du premier trimestre de la grossesse sont dus à des anomalies du nombre des chromosomes, qu'ils soient en plus ou en moins. La plupart des malformations sont incompatibles avec la survie de l'embryon. (Ibid. P188).

5.3 Les causes extrinsèques (environnementales) :

Ces causes extrinsèques peuvent être d'origine maternelle ou extérieure à la mère. Lorsqu'une agression survient au cours de l'embryogénèse, elle pourra, selon sa gravité, entraîner un avortement précoce, des « malformations » gravissimes et létales ou isolées, ou un syndrome polymalformatif.

5.3.1 Les causes infectieuses sont nombreuses :

- **Bactériennes** : streptocoque B, colibacille, listériose, syphilis.
- **Virales** : rubéole, CMV, herpès virus, varicelle.
- **Parasitaires** : hydrocéphalie. ([Http://www.collège Français des pathologistes](http://www.collègefrançaisdespathologistes.fr). Pathologie du développement : malformations congénitales.)

5.4 Malformation dues à des agents physiques :

A) Les radiations ionisantes :

Peuvent être responsables de malformation. Ex : les enfants qui naissent après l'explosion atomique d'Hiroshima et de Nagasaki, et après l'accident de Tchernobyl. Leur utilisation médicale peut aussi être à l'origine de malformations :

- **Fortes doses** : curiethérapie de contact chez une femme enceinte
- **Faibles doses** : explorations radiographiques chez une femme qui ne sait pas qu'elle est enceinte.

A) Disruptions de l'hyperthermie maternelle :

La température trop élevée (fièvre) peut avoir un effet tératogène (un agent extérieur qui affecte le développement du fœtus), entraînant des troubles du développement du système nerveux central, des anomalies des membres, les anomalies du tube neural pourraient relever de la fièvre. Ces causes sont difficiles à prouver chez l'homme.

5.4.1 Malformations chimio-induites :

De nombreux médicaments peuvent entraîner l'apparition de malformation ex :

- **L'isotrétinoïne** : est largement utilisé dans le traitement de l'acné. Prescrit durant le premier trimestre, il provoque un avortement ou des malformations craniofaciales.
- **Le valproate de sodium** : est un anti-comitial dont la prescription est associée à une augmentation du nombre des spina-bifida.
- **La thalidomide** : est un hypnotique-sédatif sa prescription à des femmes enceintes dans le traitement symptomatique des nausées du 1^{er} trimestre, durant la période embryonnaire.

A) Facteurs maternels métaboliques :

- **Certaines carences vitaminiques :** (acide folique) sont probablement impliquées dans l'apparition d'anomalies du tube neural.
- **Le diabète gestationnel :** Ex : nouveau-né de mère diabétique avec un diabète maternel mal équilibré ayant entraîné une mort périnatale.
- **Pathologie des addictions :**
 - Le tabagisme.
 - Le syndrome d'alcoolisation fœtale. toxicomanies (LSD, cocaïne). (Http/.www collègue Français des pathologistes. Pathologie du développement : malformations congénitales.)

B) Facteurs mécaniques :

- Maladie des brides amniotiques. Ces brides peuvent provoquer chez le fœtus des amputations distales asymétriques des membres ou des doigts, des syndactylies ou des strictions. Il n'y a pas de malformation viscérale.
- Les déformations sont souvent la conséquence d'une pression mécanique sur le fœtus : par exemple au cours de l'oligo-amnios.
- Disruptions d'origine vasculaire ou ischémique : Des modifications du flux sanguin peuvent aboutir à des lésions destructrices d'origine ischémique. C'est le cas de certaines formes d'atrésie intestinale.

C) Malformations de causes inconnues ou multifactorielles :

Fente labio-palatine, spina-bifida demeurent de cause inconnue. Un certain nombre de malformations congénitales sont multifactorielles. Ex : la luxation congénitale de hanche, associant un déterminisme génétique (profondeur acétabulaire, degré de laxité ligamentaire) et des facteurs environnementaux (position intra-utérine). (Http/.www collègue Français des pathologistes. Pathologie du développement : malformations congénitales.)

5.5 Les maladies héréditaires :

Une maladie que l'enfant reçoit en héritage de ses parents. Cette maladie est codée par les gènes qui, en s'exprimant, la déterminent.

- La maladie peut ne pas être apparente à la naissance et se manifester plus tard ex : la Myopathie. (Delahaye Marie-Claude 2014, p85).
- la maladie d'origine chromosomique peut porter sur le nombre des chromosomes ou sur leur structure ex : trisomie 21 (Ibid. P.86).

➤ **Les risques de transmission héréditaire :**

Les craintes d'avoir un enfant anormal sont fondées sur une maladie héréditaire existante dans votre famille ou dans celle de votre mari. Il faut distinguer une malformation congénitale héréditaire d'une malformation congénitale non héréditaire. Les deux existent à la naissance, mais seule la maladie héréditaire est transmissible. Il est possible que dans votre entourage un enfant soit né avec une malformation, mais que celle-ci ne soit pas transmissible. Ex une surdité liée à la rubéole est une malformation congénitale, aucun des grands-parents ou ascendant n'en avait atteint et l'enfant n'a aucun risque de la transmettre à sa descendance. Une maladie « héréditaire » signifie en revanche que les parents possèdent cette anomalie, exprimée ou non, dans leur patrimoine génétique. Ils peuvent la transmettre à leur enfant, qui lui-même pourra la transmettre à sa descendance, selon certaines lois dites « lois de l'hérédité ».

6. les grandes malformations externes :

- **dysgraphies** : défaut de fermeture touchant le tube neural ou la paroi abdominale atteinte des bourgeons des membres (Amélie, phocomélie).
- **monstres doubles** (pathologie de la gémellité).

6.1 Malformations d'organes :

- **l'agénésie** : absence de son ébauche embryonnaire.
- **aplasie** : ébauche embryonnaire présente mais non développée.
- **hypoplasie** : développement insuffisant.
- **Dysplasie** : organisation anormale du tissu constituant l'organe.

7. les soins des malformations congénitales :

7.1. Soins préconceptionnels :

7.1.1 Planification familiale :

- Présenter aux femmes le concept de choix en matière de procréation.
- Diminuer le nombre total d'enfants nés avec une malformation congénitale.
- Diminuer la proportion de femmes enceintes à un âge avancé, ce qui réduit la prévalence des trisomies autosomiques à la naissance, en particulier pour le syndrome de Down.
- Donner aux mères d'enfants affectés l'option de ne plus avoir d'enfant.

7.1.2 Dépistage et conseil préconceptionnels :

- Utilisation des antécédents familiaux enregistrés au niveau des soins de santé primaires pour trouver les sujets susceptibles d'avoir des enfants affectés.
- Dépistage des porteurs pour les troubles récessifs courants.

7.1.3 Optimiser l'alimentation des femmes avant et pendant la grossesse:

- Promouvoir l'utilisation de sel enrichi en iode pour éviter les troubles dus à une carence en iode.
- Promouvoir la consommation d'un aliment de base enrichi en acide folique et l'utilisation de suppléments multivitaminés pour éviter les anomalies du tube neural et d'autres malformations.
- Éviter l'alcool, le tabac et la cocaïne
- Veiller à une alimentation générale suffisante (protéines, calories, fer)

7.1.4 Prévenir et éviter les infections tératogènes avant et pendant la grossesse :

- Syphilis
- Rubéole

7.1.5 Optimiser la santé de la mère et les traitements avant la conception :

- Pour les diabétiques : insulino-dépendants
- Pour les femmes sous traitement antiépileptique.

7.2 Soins pendant la grossesse :**7.2.1 Dépistage prénatal pour :**

- Le facteur Rhésus
- La syphilis
- Les sujets exposés à un risque d'avoir des enfants présentant, des malformations congénitales à l'aide des antécédents familiaux.
- Le syndrome de Down : grossesse à un âge avancé ; dépistage dans le sérum maternel ; dépistage précoce par échographie.
- Les anomalies du tube neural avec dépistage dans le sérum maternel
- Les malformations majeures par échographie pour dépister les anomalies fœtales (à partir de 18^{ème} semaine de grossesse).
- Les porteurs de troubles récessifs courants (thalassémie et drépanocytose)

7.2.2 Traitement du fœtus :

- Syphilis
- Transfusion intra-utérine pour l'anémie fœtale, Rhésus négatif

7.3 Soins du nouveau-né et de l'enfant :

7.3.1 L'examen physique :

De tous les nouveau-nés par des praticiens qualifiés des soins primaires est faisable dans la plupart des systèmes de santé et dans la possibilité de repérer et d'adresser de nombreux cas de malformations congénitales, dont les anomalies cardio-vasculaires associées à un risque élevé de mortalité.

7.3.2 Dépistage du nouveau-né :

- Hypothyroïdie congénitale
- Phénylcétonurie
- Mucoviscidose
- Autres, en fonction des besoins et de la situation dans chaque pays.

7.3.3 Traitement médicale :

Ex : Ictère néonatal en cas de déficit de glucose-6-phosphate déshydrogénase ou d'incompatibilité du facteur Rhésus

- Traitement et soins des enfants présentant des troubles hématologiques, comme la drépanocytose, la thalassémie, etc.
- Traitement de certaines erreurs innées du métabolisme.
- Soins des enfants atteints de mucoviscidose.

7.3.4 Chirurgie :

Ex : malformations cardiaques congénitales simples

- Fentes labiales et palatines
- Pied bot
- Cataractes congénitales (Malformation congénitale, 1 avril, P1). (SOIXANTE-TROISIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ

8. les moyens de diagnostic anténatal des malformations fœtales:

Techniques d'imagerie :

Il existe des méthodes non invasives, c'est-à-dire sans risque pour la mère ou le fœtus, comme l'échographie, et des méthodes invasives : la choriocentèse, l'amniocentèse et la cordocentèse. Environ 60% des anomalies chromosomiques sont diagnostiquées grâce à ces différents examens prénataux.

8.1 L'échographie :

L'échographie de l'utérus, qui utilise des ultrasons, permet de dépister certaines malformations graves du crâne (hydrocéphalie, microcéphalie, anencéphalie). (Hadjam. R, P.86)

L'échographie permet de rechercher la présence d'anomalies morphologiques (malformations des membres, cardiaques ou rénales, tumeurs), de surveiller le développement de l'embryon et du fœtus, de déterminer l'âge gestationnel.

L'échographie, dans le dépistage anténatal repose sur deux technologies :

- L'échotomographie utilisée pour rechercher éventuelles anomalies morphologiques.
- L'examen doppler pour surveiller l'hémodynamique fœtale.

8.1.1 L'échotomographie :

Le principe de la mesure echotomographique est le suivant la sonde par l'intermédiaire de cristaux émet plusieurs faisceaux d'ondes ultrasonores (une centaine d'environ) qui traversent la paroi abdominale et délimitent par leur trajet une coupe dans la cavité amniotique, sous la forme d'un secteur (sonde sectorielle) ou d'un rectangle (sonde linéaire). Tout au long de leurs parcours, les ondes ultrasonores sont partiellement réfléchies par les interfaces qu'elles rencontrent. La proportion de l'onde réfléchi varie selon la nature des deux milieux réalisant cette interface. Plus la réflexion est forte, plus l'onde réfléchi est énergétique et plus le signal reçu par le récepteur (écho) sera intense. Cette intensité est traduite sur l'image à l'aide d'une échelle de gris, les points les plus brillants correspondent à des réflexions intenses (os de crane, jonction milieu solide-milieu liquide).

L'émission des ondes ultrasonores et la réception des ondes réfléchies sont réalisées à un rythme élevé (entre 40 et 100 fois/seconde). L'image formée à partir des échos est donc renouvelée au même rythme, ce qui donne une image dynamique capable de visualiser les mouvements instantanés du fœtus. (Arbeille. P, et al, 1997, 45)

8.1.2 L'examen doppler :

L'appareil doppler envoie, en direction d'un vaisseau sanguin, une onde ultrasonore de fréquence F , qui est réfléchi par les hématies vers la sonde avec une fréquence F' différente. L'appareil mesure la différence de fréquence ($F-F'$), qu'il présente sur un écran en fonction du temps. Le

document de travail est donc une courbe de fréquence, c'est-à-dire de vitesse. Un index placentaire sera considéré comme un marqueur de la souffrance fœtale chronique, dans la mesure où il est fréquemment associé à l'existence d'un retard de croissance. Un index cérébral sera plutôt considéré comme marqueur de la souffrance fœtale aiguë lorsqu'il devient anormal en fin de gestation. L'appareillage devra être sensible et surtout le signal doppler devra être présenté sur un analyseur de spectre de qualité. (Ibid. P 53)

8.4 L'embryoscopie :

Consiste à introduire un tube optique par le col de l'utérus jusqu'à la poche des eaux et à observer l'embryon par transparence.

Elle se pratique de la 8^e à la 10^e semaine depuis la fécondation pour détecter une malformation qui aurait pu échapper à l'échographie.

Cet examen est pratiqué uniquement lorsqu'il y a une forte présomption de malformation, en particulier des pieds et des mains. Le risque de rupture des membranes. (Delahaye Marie-Claude, 2014.P.43).

8.5 La fœtoscopie :

Consiste à induire un tube optique dans la cavité amniotique à travers l'ombilic et le muscle utérin.

Cet examen doit être pratiqué sous anesthésie générale à partir du 20^e au 22^e semaines de la grossesse et permet de voir le fœtus et de lui faire une prise de sang. Cet examen était abandonné au profit de la ponction de sang fœtal, en dehors de cas très précis (maladie de la peau ou de foie). (Pr Frydman, Dr Cohen-Solal, 1989. P.19).

8.5.1 La consultation :

Cet examen s'adresse aux familles dans lesquelles il y a un risque de voir naître un enfant porteur d'une malformation d'origine chromosomique :

- Aux couples qui ont déjà un enfant anormal et veulent connaître les risques encourus lors d'une future grossesse.
- Aux femmes qui ont déjà fait plusieurs fausses couches par suite d'une aberration chromosomique.

- Aux sujets porteurs d'une maladie ou d'une malformation et qui veulent connaître le risque de transmission de l'anomalie.
- Aux cousins germains qui veulent se marier. (Delahaye Marie-Claude, 2014.P 90).

8.5.2 Les indications de la fœtoscopie :

- Détecter une malformation, notamment de la face, des mains ou des pieds.
- Faire des prélèvements de différents tissus, comme la peau ou le foie, pour les analyses

Prélever du sang fœtal pour dépister des maladies du sang comme la drépanocytose et l'hémophilie ou des maladies métaboliques qui peuvent être soignées très précocement. (Delahaye Marie-Claude, 2014. P 90, 91).

8.6 L'amniocentèse :

Elle est effectuée classiquement entre 15 et 18 semaines d'aménorrhée. Consiste en un prélèvement de liquide amniotique. Les cellules du bébé sont traitées selon certaines techniques de façon à pouvoir examiner leurs chromosomes. Elle n'est pas obligatoire mais elle proposée systématiquement aux femmes ayant dépassé 38ans. (Delahaye Marie- Claude, 2014, P 87).

8.6.1 Les indications de l'amniocentèse :

Elle est indiquée pour détecter une anomalie chromosomique chez le fils d'une mère âgée de plus de 38 ans. indépendamment de l'âge de la mère, elle est pratiquée systématiquement :

- Chez une femme ayant déjà eu un enfant atteint d'une maladie d'origine chromosomique.
- Chez une femme dont le dosage de l'HT 21 fait suspecter une trisomie 21.
- Chez une femme ayant déjà fait plusieurs fausses couches spontanées, celles-ci étant souvent le résultat d'un œuf présentant une anomalie chromosomique.
- S'il existe des antécédents de malformation dans la famille.
- Si l'épaisseur de la nuque du fœtus a été mesurée supérieure à 3 mm, lors de l'échographie effectuée à 12 semaines d'aménorrhée.
- Chez une femme dont le dosage de l'alpha- fœtoprotéine fait suspecter une malformation de la moelle épinière.
- Pour diagnostiquer des maladies héréditaires liées au sexe, comme l'hémophilie ou la myopathie.

- Pour repérer certaines anomalies du système nerveux central. (Delahaye Marie- Claude, 2014, P88).

8.6 L'amnioscopie :

Qui utilise des instruments qui ressemblent à un minuscule télescope introduit à travers l'orifice du col utérin .grâce à cet instrument, le médecin peut visualiser entièrement le fœtus et même prélever une goutte de sang pour l'analyser. (HADJAM. R, P 86).

8.8 La choriocentèse(ou prélèvement de villosités choriales) :

Elle a lieu le plus souvent entre la 10^e et la 11^e semaine d'aménorrhée. Elle consiste à prélever un peu de ce que sera le futur placenta pour permettre l'analyse du patrimoine génétique du fœtus. Ce prélèvement, effectué surtout par voie abdominale, comporte un risque de fausse couche évalué entre 0,5 et 1%.(Hallot Isabelle, 2007, P 26).

8.9 Biopsie de trophoblaste :

Effectué 8^e semaines après la fécondation, cet examen est pratiqué seulement lorsqu'il y a de fortes présomptions de malformations graves d'origine chromosomique. Cet examen est réservé uniquement aux femmes ayant déjà donné naissance à un enfant atteint d'une malformation d'origine chromosomique ou d'une maladie métabolique. (Delahaye Marie- Claude, 2014, P 43, 44).

8.10 La cordocentèse :

Elle est effectuée à partir de la 22^e semaine d'aménorrhée et consiste à prélever du sang fœtal par ponction de la veine ombilicale du cordon. En dehors d'anomalies génétique, la cordocentèse permet le diagnostic de maladies sanguines ou infectieuses, et ceci en 72 heures environ. Ce prélèvement présente un risque de fausse couche de l'ordre de 2 à 3 %.(Hallot Isabelle, 2007, P 26).

8.11 Le diagnostic pré-implantatoire(DPI) :

Cette technique consiste à sélectionner un embryon sain obtenu par fécondation in vitro et à le remplacer dans l'utérus. Elle ne s'adresse qu'aux couples portant une maladie génétique grave transmissible à la descendance (Delahaye Marie-Claude, P 87).

8.12 Le dosage d'alpha-fœtoprotéine :

Il s'agit d'un examen sanguin pratiqué à partir de la même prise de sang faite pour la recherche de l'HT 21. Il est destiné à rechercher une éventuelle malformation du système nerveux central, en particulier le spina-bifida. Ce terme désigne un éventail de malformation plus ou moins graves. (Ibid. P.87).

Autres techniques plus rares ou exceptionnelles sont les prélèvements de liquide d'épanchement, d'urine, de peau, de muscle ou d'organes fœtaux.

9. L'annonce de malformation et ses conséquences :

L'annonce est un moment très important pour les parents. Il convient d'annoncer la malformation ou l'anomalie sans mettre en danger le psychisme des parents et la suite de la grossesse.

Au moment de l'annonce du diagnostic, les parents sont en état de choc. Ils manifestent un trouble psychique, c'est à dire qu'ils ne peuvent plus intégrer les renseignements suivants. Le médecin aura beau compléter les informations, expliquer la prise en charge et les conséquences de cette malformation, les parents ne s'en rappellent plus. C'est souvent l'occasion de sentiments d'impuissance de la part du personnel soignant qui a pourtant pris le temps de répéter les informations un certain nombre de fois.

La colère apparaît ensuite, colère contre le personnel soignant mais aussi contre le fœtus. Les futurs parents lui reprochent de ne pas être normal, de leur faire subir cela. Mais en même temps, ils en éprouvent une grande culpabilité. Ils ne se sentent pas le droit de reprocher à leur enfant ce handicap qu'il n'a pas choisi ; de plus c'est leur enfant, ils se sentent coupable de cette colère envers lui. Un état dépressif succède alors : un désintérêt pour l'avenir de cette grossesse, une tristesse.

Enfin, cette annonce a des conséquences sur la grossesse psychique. Ce traumatisme survient dans une période particulière, fragile. Dans la période anténatale, le fœtus n'est souvent qu'un enfant imaginaire, une idée. Lors de l'annonce d'une anomalie, cette idée devient parfois la pathologie en elle-même. L'enfant disparaît derrière le résultat échographique ou chromosomique. (Francoual. C, et al, 1999, P 249).

9.1. Le pronostic :

Un problème qui se pose assez fréquemment est d'annoncer un pronostic précis. En effet, ce pronostic est très variable selon l'anomalie (visualisation à l'échographie, antécédents familiaux...).

La difficulté d'annoncer un devenir précis varie aussi selon l'affection dont est atteint le fœtus. Mais quelque soit la pathologie fœtale, les couples ont besoin de savoir ce que donnera cette affection.

Selon le type d'anomalie, le pronostic peut être difficile à évaluer. Ex : lors d'une dysgénésie du corps calleux, le pronostic et le degré de handicap ne se chiffre pas en percentile, ni en déviation standard ; il n'a pas de rapport avec la taille mesurable de cette structure. On ne peut prédire un pronostic précis en lien avec le degré d'atteinte. Quand il s'agit d'une anomalie chromosomique, le pronostic est plus simple à établir. <http://www.espace-ethique.org/fr/popup>. Définir un handicap en anténatal : les complexités.)

9.2 L'annonce dans le cadre d'antécédents :

Il peut s'agir d'une maladie familiale ou de parents porteurs d'une anomalie chromosomique ou ayant eu un enfant ou un fœtus atteint. Les parents connaissent déjà la maladie et ne souhaitent pas voir leur enfant atteint. Ils sont donc préparés au fait qu'ils puissent apprendre une mauvaise nouvelle. Ils ont fait ce test avec l'intention de ne pas avoir un enfant atteint de cette affection. De plus, les premiers examens (échographie, dosages sanguins) peuvent avoir été rassurants. Les parents ne viennent pas pour mettre un nom ou une cause sur l'anomalie dont souffre leur enfant. Ils sont déjà informés des effets et conséquences de cette maladie. Ils ne recherchent pas du soutien ou des renseignements, ils cherchent à savoir si leur enfant est sain. Par la suite, ils peuvent évidemment avoir besoin de réconfort si le diagnostic est positif. (Soubieux MJ, 2004, P 224)

9.3 L'annonce dans le cadre d'un dépistage par marqueurs sériques :

Normalement, les parents connaissent le but du dépistage par les marqueurs sériques, ils ont donc déjà entendu parler d'une possibilité que leur enfant soit dans un groupe à risque Ex: (trisomie 21). Mais, le plus souvent, ils n'ont pas sérieusement envisagé la possibilité que ça puisse leur arriver, à eux. De plus, cette annonce n'est pas toujours faite dans des conditions optimales : en effet, le médecin, en recevant les résultats, les appelle pour leur fixer un rendez-vous. Les parents s'angoissent. De plus, après le prélèvement ovulaire, l'attente des résultats avant l'annonce du diagnostic final est très longue (15 jours à 3 semaines). (Teissiere. E, 2002, P, 54)

9.4 L'annonce dans le cadre de l'échographie :

L'annonce lors d'une échographie surprend toujours les parents. Il y a souvent un décalage entre les attentes des parents et le but médical de l'échographie. L'échographe cherche à visualiser les détails anatomiques du fœtus ou de l'embryon pour dépister d'éventuelles anomalies. Alors que pour les parents, il s'agit surtout de voir leur futur enfant, de vérifier sa croissance. Ils envisagent l'échographie comme une simple précaution, ils ne sont généralement pas préparés. Le choc de l'annonce en est d'autant plus grand. (Ibid. P 54).

10. Les déterminants des malformations :

Ils peuvent être classés en :

- **Déterminants personnels** : Âge maternel, hérédité, sexe de l'enfant, antécédents médicaux personnels et familiaux, consanguinité.
- **Déterminants économiques et sociaux** : Éducation, conditions de travail, accès à l'information et à la prévention.
- **Déterminants environnementaux** : Exposition à des agents physiques, chimiques, infectieux
- **Déterminants comportementaux** : facteurs nutritionnels (rôle des vitamines), prise de toxiques (alcool, drogue, tabac), de médicaments;
- **Déterminants liés aux politiques de santé et à l'offre de soins** : législation relative au dépistage anténatal, à l'interruption médicale de grossesse, accessibilité géographique et financière aux services, formation des personnels, démographie médicale, mise en réseau des maternités, etc. (Robert-Gnansia. E, et al, 2005, P 385)

Synthèse

Les anomalies congénitales existent et sont relativement importantes dans nos structures hospitalières. Leur diagnostic prénatal reste faible. Elles sont dominées par les anomalies orthopédiques. Leur mortalité reste élevée. La mortalité est grevée par une létalité plus importante des pathologies congénitales viscérales

Chapitre III

L'angoisse

Préambule

L'état de mal-être qui se manifeste chez l'être humain par une sensation interne, de resserrement et d'oppression ressentie au niveau du corps. Ceci s'accompagnant généralement d'une crainte de malheurs ou de mort imminente. Ces symptômes (sensation) regroupent l'état d'angoisse.

1 Les différentes définitions de l'angoisse :

1.2 Selon le dictionnaire de la psychologie l'angoisse est : « une sensation pénible de malaise profond, déterminé par l'impression diffusée d'un danger vague ,imminent ,devant lequel on reste désarmé et impuissant le plus souvent ,cet état s'accompagne de modifications neurovégétatifs comparables à celles que l'on observe dans les chocs émotionnels : palpitation ,sueurs ,tremblements ,vision brouillé etc. » (Sillamy Norbert,1981, P22)

1.3 Selon le grand dictionnaire de la psychologie :

1.3.1 En psychiatrie l'angoisse est: « l'ensemble de sentiments et de phénomènes affectifs caractérisés par une sensation interne d'oppression et de resserrement et par la crainte réelle ou imaginaire d'un malheur grave ou d'une grande souffrance devant lesquels on se sent à la fois démuni et totalement impuissant à se défendre. »

« S. Freud la longuement décrite comme « une peur devant un danger qui reste inconnu, indéterminé venant le plus souvent de l'intérieur de soi, c'est une réaction d'alarme primitive, inscrite dans le corps, comme un réflexe archaïque ». (Bloch. H, 1991, P42)

1.3.2 En psychanalyse elle est : «l'affect de déplaisir plus ou moins intense qui se manifeste à la place d'un sentiment inconscient chez un sujet dans l'attente de quelque chose qu'il ne peut nommer »

L'angoisse se traduit par des sensations physiques allant de la simple constriction épigastrique à la paralysie totale, elle est souvent accompagnée d'une intense douleur psychique. (Ibid. P42).

1.4 Définition de l'angoisse donnée par le neurologue et psychologue pierre Janet (1859-1947) : « C'est un malaise physique et psychique né du sentiment de l'immensité d'un danger caractérisé par une crainte profonde et diffusé qui peut aller de l'inquiétude à la panique, et par des sensations pénibles de resserrement épigastrique et laryngé ». (Marson Pascale, 2004, P178)

1.5 Angoisse en psychopathologie :

Elle est un élément essentiel de la vie psychique et de la psychopathologie. Cette peur sans objet (Janet) est un état affectif marqué par un sentiment d'insécurité et une très grande sensibilité à l'environnement, qui se traduit par un état émotionnel d'intensité variable, dépendant pour une large part de caractéristiques propres à chaque individu, elle doit être distinguée de la peur, liée à un objet précis, et de la panique qui marque un état d'anxiété extrême. (Ménéchal Jean, 1997, P77).

1.6 Angoisse en psychopathologie analytique :

Il s'agit d'un état psycho-affectif d'anxiété extrême et immotivé par des raisons manifestes et objectives (différent de la peur) dans lequel le sujet ressent de pénibles sensations physiques (comme de tachycardie) et (idée de mourir).

L'angoisse peut être présente dans différents tableaux psychopathologiques (névrotiques, dépressifs comme psychotiques), et survenir sous forme de crises (isolées ou récurrentes selon les sujets) ou bien alors être circonscrite à un objet ou une situation précise (comme dans la phobie). (Camilo Charron, et alt., 2007, P8)

1.7 Angoisse en psychologie médicale :

L'angoisse est rattachée au phénomène psychique de l'émotion, certains auteurs ne distinguent cependant pas l'angoisse de l'anxiété, ces manifestations émotionnelles peuvent être observées à tous les âges de la vie, elles sont généralement associées à des symptômes liés à des dysrégulations neurovégétatives. (Jean-Pierre, et alt. 1999. P. 34).

L'angoisse selon Karl Jaspers :

Conçoit comme un témoin, un effet de notre lucidité face à notre échec dans notre tentative de compréhension de l'être ; mais en même temps, l'angoisse, dans son ambivalence, serait marquée du sceau de l'espoir puisque nous nous pouvons accéder à la connaissance de nous-mêmes qu'à travers nos souffrances et nos échecs. (Marson Pascale, 2004, P179).

L'angoisse selon Heidegger, l'angoisse surgit notamment avec le sentiment d'étrangeté de l'être devant le monde comme tel, et devant le néant. (Ibid. P179).

2. Les types d'angoisse :

2.1 Angoisse réelle :

Est apparait comme quelque chose de très rationnel et compréhensible, est une réaction à la perception d'un danger extérieur c'est-à-dire d'une lésion attendue prévue qu'elle est associée au reflexe de la fuite et qu'on doit par conséquent la considéré comme une manifestation à l'instinct de conservation qui est le propre du moi. (Freud. S, 1921, P159)

L'angoisse réelle, s'apparente à la peur dans la mesure où elle est une réaction déclenchée par la perception d'un danger extérieur faisant redouter une atteinte du corps ; elle est donc liée à l'instinct de conservation qui caractérise le Moi, la personne. (Marson Pascale, 2004, P178)

2.2 Angoisse flottante ou angoisse d'attente :

Elle toujours liée à une frustration dans la vie sexuelle, sa cause la plus fréquente est une excitation libidinale insatisfaction ou inutilisée. Freud donne comme ex les femmes dont le mari ne possède pas une virilité normale à la pratique. (HAAR Michel, P47).

2.3 Angoisse de séparation :

S'exprime habituellement à travers des réactions affectives dans lesquelles nous ressentons et pouvons dire, nos sentiment en relation avec la personne de laquelle nous sommes séparés, par ex : un sentiment d'être abandonné et seul, triste ou fâché, frustré ou désespéré

L'angoisse de séparation est en effet l'une des causes qui déclenchent les plus fréquentes troubles pathologiques, et se trouve on particulier à l'origine de multiples formes de maladies psychiques (dépression, délire, suicide) ou psychosomatiques (entraînant des lésions des organes). Elle traduit l'émotion douloureuse. Plus ou moins conscient qui accompagne la perception du caractère éphémère des relations humaines de l'existence d'autrui et de notre propre existence, fond notre sentiment d'identité aussi bien que notre connaissance de l'autre. (Quinodoz J.M, 2002, P17).

2.3.1 L'angoisse de séparation selon Mélanie Klein: est de perte d'objet s'inscrit dans le cadre de sa conception des relations objectales et de sa propre théories d'angoisse.

Pour elle, la perception du moi et celle de l'objet existent depuis la naissance, et l'angoisse est une réponse directe au travail interne de la pulsion du mort.

Cette angoisse prend deux formes :

- **Une angoisse persécutrice** : qui appartient à la position paranoïde-schizoïde (l'angoisse qui prédomine à ce stade est que le persécuteur ne détruise à la fois le moi et l'objet idéalisé).
- **Une angoisse dépressive** : qui appartient à la position dépressive (les angoisses surgissent de l'ambivalence: ex le nourrisson peur que sa haine et ces pulsions destructrices n'anéantissent l'objet qui l'aime et dont il dépend entièrement. (Ibid. 2002, P79).

2.3.2 L'angoisse de séparation selon D.W.Winnicott :

Elle liée à des troubles de développement émotionnel précoce et demande un aménagement de la situation analytique et parfois du cadre, plutôt que l'usage de l'interprétation. (Ibid. P108).

2.3.3 Angoisse de séparation selon la cure psychanalytique :

Caractéristique des stades prés génitaux et liées à une relation entre deux personnes ou duelle

2.3.4 L'angoisse de séparation selon Freud :

« Est considérée comme un affect éprouvé par le Moi devant un danger qui, en dernière analyse à toujours la signification de la crainte de la séparation et de la perte d'objet. Freud avait considéré que le mécanisme d'apparition de l'angoisse était un phénomène purement physique, le trop-plein d'excitation trouve une voie de décharge en se transformant directement en angoisse ». (Ibid. P66).

2.4 L'amour du l'angoisse de l'autre :

Une espèce de cercle contre les dangers dont le monde extérieur, le menace l'enfant est protégé par les soins des parents .il paie par cette assurance par l'angoisse de la perte d'amour qui livrerait sans nait danger du monde extérieur. (ASSOUN Paul- Laurent, 2006, P50, 51)

2.5 Angoisse de castration :

Peut se traduire dans des phénomènes comme la peur d'échouer ou de réussir qui sont très éloignés du point de vue manifeste des thématiques infantiles de castration on peut dire que l'angoisse de propre à la névrose.

2.5.1 Angoisse de castration en psychopathologie analytique :

L'angoisse de castration génitale réfèrent au conflit œdipien et à la peur fantasmatique de l'enfant de perdre ses organes génitaux ou sa puissance sexuelle en raison de ces désires œdipiens et de la transgression des interdits œdipiens (tabou de l'inceste et interdit de meurtre du parent rival).

2.5.2 Angoisse de castration selon la cure psychanalytique :

Caractéristique du complexe d'œdipe et relie a la relation entre trois personnes ou triangulaire. (Quinodoz J.M, 2002, P 72).

L'angoisse de castration: la perte est une limitation de sa relation à l'autre. L'angoisse de castration s'origine dans la constatation de la différence des sexes et les éventuels interdits parentaux (ex: interdiction de la masturbation).

- Face à cette angoisse, le garçon va se défendre grâce à un surinvestissement du pénis, la négation de la réalité du sexe féminin, par la croyance en une mère pénienne idéalisée.
- La fille, qui a découvert son clitoris, mais pas son vagin, va développer une envie du pénis. Pour la petite fille aucun déni ne peut compenser cette blessure narcissique vécue dans la réalité. C'est cette envie de pénis qui va introduire la fille à la problématique œdipienne par le désir d'un enfant du père, enfant à la signification phallique. (bodenmann Guy, P 36, 37).

2.6 Angoisse de morcellement :

Cette angoisse est le résultat de la séance au clivage mais aussi d'un état de non intégration. (Camilo Charron, 2007, P8).

2.7 Angoisse automatique :

Réaction du sujet, chaque fois qu'il se trouve dans une situation traumatique, c'est-à-dire soumis à un afflux d'excitations, d'origine externe ou interne qu'il est incapable de maîtriser. L'angoisse automatique est une réponse spontanée de l'organisme à cette situation traumatique ou à sa reproduction.

Le terme d'angoisse automatique connote un type de réaction ; il ne préjuge pas de l'origine interne ou externe des excitations traumatisantes. (Laplanche Jean Pontalis J. B, P 28).

2.8 L'angoisse de signal :

Terme introduit par Freud dans le remaniement de sa théorie de l'angoisse (1926) pour désigner un dispositif mis en action par le moi, devant une situation de danger, de façon à éviter d'être débordé par l'afflux des excitations. Le signal d'angoisse reproduit sous une forme atténuée la réaction d'angoisse vécue primitivement dans une situation traumatique, ce qui permet de déclencher des opérations de défense. (Ibid. P447).

2.9 L'angoisse de la naissance selon Freud et Otto Rank :

En affirmant qu'il ya « le trauma de la naissance », Rank installe le trauma au cœur de l'angoisse. Là ou Freud avait pris acte, longtemps avant, de ce caractère traumatique de la naissance, Rank en fait un trauma sui generis « pangénérateur ». Freud pose : « l'acte de naissance est d'ailleurs le premier vécu d'angoisse et en plus de cela la source et le modèle de l'affect d'angoisse ».

Rank a bien noté ce que Freud y déclarait en 1909 « en ce qui concerne l'angoisse, il faut se rappeler que l'enfant ressent pour la première fois de l'angoisse de sa naissance ». Cela ne tombera pas dans l'oreille d'un sourd au point que, surenchérissant, Rank en fera, quelque quinze ans plus tard, le fons et origo de la vie psychique. (ASSOUN Paul- Laurent, 2006, P 43)

2.10 L'angoisse de moi :

« Le moi est réellement le lieu de l'angoisse » et même « l'emplacement de l'angoisse exclusif ». Ce n'est pas le ça qui peut générer de l'angoisse, le ça ne peut être angoissé en personne. Il faut qu'il se soit passé des mouvements dans le ça pour tout se déclenche, mais il

ne peut prendre l'initiative de cet affect sauf à supposer que la pulsion s'angoisserait d'elle-même, mais alors ce ne serait plus en tant que pulsion. L'angoisse nous donne la forte impression qu'en effet la pulsion s'angoisse d'elle-même, mais ce ne peut être que par « moi » inter posé. C'est quand le moi est averti d'une façon ou d'une autre de cette montée pulsionnelle que l'angoisse surgit.

« Freud » en désignant le moi comme emplacement de l'angoisse, soutient ni plus ni moins que : « c'est là que ça se passe ». (Ibid. P14).

L'angoisse de moi peut être considérée comme un véritable réservoir d'angoisse. Menacé par trois dangers, il développe en lui le réflexe de la fuite, à la faveur duquel il retire son attachement érotique à la perception grosse de menaces ou au processus qui, s'accomplissant dans le ça, présente à ses yeux le même caractère, pour l'exprimer sous la forme de l'angoisse. Le moi suis tout simplement l'avertissement qui lui vient du principe du plaisir. (Laveyssière Marie-Thérèse, 2003, P108).

2.11 L'angoisse de mort :

Pose à la psychanalyse un problème difficile, car la mort est une notion abstraite, d'un contenu négatif dont la correspondance inconsciente est encore à trouver. Le mécanisme de l'angoisse de mort pourrait être uniquement celui-ci : le moi se décharge dans une mesure considérable de la libido narcissique, autrement dit il se sacrifie lui-même, comme dans les autres accès d'angoisse il renonce à l'objet. (Freud .S, P 136).

L'angoisse de mort se produit dans deux circonstances qui sont d'ailleurs celles qui favorisent toute angoisse, de quelle nature qu'elle soit ; en tant que réaction à un danger extérieur et en tant que processus interne, comme c'est le cas, par exemple, dans la mélancolie. Une fois de plus, l'occurrence névrotique nous aidera ainsi à comprendre les cas réels. (Ibid. P 108).

2.12 L'angoisse sociale :

« Angoisse sociale » apparaît dans le texte freudien, souvent affectée de guillemets.

C'est bien plutôt de souligner qu'il y a un moment social de l'angoisse, donc il y a une angoisse « sociale » sui generis. La généalogie en est limpide : « l'angoisse de castration se développe en angoisse de conscience, en angoisse sociale ».

Quand il introduit cette expression, c'est pour souligner que la conscience n'est pas « le juge inflexible » que nous représentent les « éthiciens », mais qu'il s'agit du produit du « reproche » de la « communauté », dument intériorisé... du moins en temps de paix et tant que vaut le contrat social. (ASSOUN Paul- Laurent, 2006, P 70)

3. Les types d'angoisse selon Freud :

3.1 L'angoisse devant un danger réel :

Angoisse devant un danger extérieur qui constitue pour le sujet une menace réelle. (Un homme qui nous suit avec un couteau).

L'angoisse devant un danger réel s'oppose à l'angoisse devant la pulsion. Pour certains auteurs, notamment Anna Freud, la pulsion ne serait anxiogène que dans la mesure où elle risque de susciter un danger réel ; la plupart des psychanalystes maintiennent l'existence d'une menace pulsionnelle génératrice d'angoisse. (Laplanche Jean, et Pontalis J.B, P29).

3.2 L'angoisse morale :

Perçue comme sentiment de culpabilité ou de honte à source ne provient ni de la réalité, ni des pulsions (du ça) mais en lien avec le surmoi donc en lien avec le code moral d'une société. (Ex : Un homme qui a peur des hauteurs : car pas raisonnable sinon quelque chose de pas bien).

3.3 L'angoisse névrotique :

Est comme le fruit de l'imaginaire, des fantasmes .elle puise ses sources dans les pulsions sexuelles. Dans le cas du petit enfant, la séparation avec sa mère laisse la libido dans une sorte d'état d'abandon. Elle n'a plus d'objet, de but sur lequel se fixer.il s'ensuit une angoisse qui aura pour écho plus tard celle de l'adulte. (Marson Pascale, 2004, P181).

Selon vocabulaire de la psychanalyse type de maladie que Freud a isolé et différencié :

A) Du point de vue symptomatique, de la neurasthénie, par la prédominance de l'angoisse (attente anxieuse chronique, accès d'angoisse ou équivalents somatiques de celle-ci).

B) Du point de vue étiologique, de l'hystérie : la névrose d'angoisse est une névrose actuelle, plus spécifiquement caractérisé par l'accumulation d'une excitation sexuelle qui se transformerait directement en symptôme sans médiation psychique. (Laplanche Jean et Pontalis J.B, P274).

Angoisse névrotique La menace provient : à l'intérieur de la personne. C'est-à-dire toutes peurs de l'intérieur qui n'ont pas forcément un risque potentiel ex : Peur de perdre le contrôle lui-même.

4. l'origine de l'angoisse :

Dès que le moi a reconnu le danger de castration, il donne le signal d'angoisse et inhibe le processus d'investissement menaçant dans le ça.

4.1 Dans la phobie :

L'angoisse ne survient que lorsque l'objet devient objet de perception. Freud dit encore : « on ne peut avoir peur d'un père absent, mais le problème c'est qu'on ne peut pas s'en débarrasser, il surgit quand il veut ». Le moi se soustrait à l'angoisse par un évitement, par une substitution. Ceci s'accorde très bien avec la conception que l'angoisse est seulement un signal d'affect et que rien n'a été changé dans la situation économique.

Le contenu de l'angoisse reste dans l'inconscient, il ne devient conscient que dans sa déformation.

4.2 Dans la névrose de contrainte :

L'angoisse est l'angoisse du moi devant le sur-moi ; l'hostilité du sur-moi est la situation de danger à laquelle le moi doit se soustraire. Une transformation : Le père est devenu impersonnel et l'angoisse, une angoisse sociale ou indéterminée. Le moi se soustrait à l'angoisse exécutant avec obéissance commandements, prescriptions, pénitences imposées.

4.3 Dans la névrose traumatique :

L'angoisse, est l'angoisse de mort, le trauma est perçu comme un danger pour la vie. (Freud. S, 1925, P 9).

5. Les caractéristiques de l'angoisse :

- une sensation de déplaisir qui se manifeste soit par des actions déconduites par des voies déterminées, soit par une excitation qui crée le déplaisir et allège les éconduites.
- L'état d'angoisse est la reproduction d'une expérience vécue : la première, la naissance comme prototype.
- Elle fit son apparition comme réaction à un danger ; elle est reproduite quand le danger s'installe à nouveau ou quand il est annoncé, visant à signaler et prévenir. (Ibid. 9)

6. Etiologie de l'angoisse :

Différentes approches permettant de comprendre l'origine de l'anxiété :

6.1 L'approche psychanalytique :

Pour elle, l'angoisse est une alerte du « Moi » face aux pulsions instinctuelles du ca. différentes types d'anxiété s'expliquent par les conflits inconscients en cause :

- **Angoisse de castration** provoquée par les pulsions œdipiennes.
- **Angoisse de séparation** qui apparaît lors des certains de perdre une relation d'amour.
- **Angoisse provoquée** par la peur de perdre le contrôle des pulsions.
- **Angoisse issue d'un surmoi** sévère chez des sujets culpabilisés par une conscience rigide. (Kacha Farid, 2002, P 106).

6.2 L'approche cognitive :

Elle attribue l'anxiété a une interprétation cognitive erronée et inadaptée, dramatisant les situations. la réalité est ainsi perçue à travers l'interprétation que fait le malade des situations. Les sujets anxieux ont une capacité à sélectionner les informations anxiogènes dans leur environnement. (Ibid. P106).

6.3 Les théories de l'apprentissage :

Etablissent une relation entre l'anxiété pathologique et les processus d'apprentissage inadaptés. Ils permettent de comprendre l'anxiété provoquée par certains stimuli externes.

6.4 L'approche biologique :

La découverte des récepteurs G.A.B.A. (acide gamma amino-butyrique) qui fixent les benzodiazépines a marqué une étape importante dans la compréhension des mécanismes biochimiques de l'anxiété.

- Le système limbique et le locus coeruleus semblent jouer un rôle important dans le déclenchement de la crise de panique.
- Le système adrénergique et sérotoninergique joue également un rôle dans les manifestations anxieuses. (Ibid. P107).

6.5.1 L'angoisse biologique :

Selon William James: ce sont les états du corps qui créent le vécu d'angoisse et non l'inverse Ex : du trac de l'artiste de l'examen du permis de conduire traité efficacement par les bêtabloquants (blocage adrénergique).

Selon Walter Cannon: l'angoisse est une réaction archaïque comportementale, résolue des patterns automatiques archaïques, dont la commande siège dans le diencephale, serait très réactive, mais dont le déclenchement serait contrôlé maintenant par les structures corticales sus-jacentes (Jackson).

Selon J.W. Papez: les circuits de la mémoire et des émotions siègent dans le système limbique (hippocampe, thalamus, amygdales)

Angoisse et fonctionnement cérébral : les divers modes de fonctionnement mental sont associés à des régimes précis du fonctionnement cérébral et de circuits régulateurs du SNC.

Il existe un système de contrôle au-dessus de l'hypothalamus : ce sont les boucles réentrantes hypothalamo-corticales, Ce système utilise la dopamine comme neuromédiateur

7. L'éthiopathogénie de l'angoisse :

Reste hypothétique malgré les nombreuses propositions psychologiques, biologiques ou sociologiques.(Ibid. P108).

8. Evolution de la conception de l'angoisse selon Freud :

8.1 Première période (1893- 1895): autour de la névrose d'angoisse et de ses relations avec la vie sexuelle.

La source de l'angoisse doit être recherchée dans la sphère psychique. A l'origine on trouve une accumulation de tension physique sexuelle : dans la sexualité normale. Cette tension atteignant un certain seuil c'est-à-dire se met en rapport avec certains contenus idéatifs. (Chabert Catherine, 1983, P238).

- au lieu de se transformer en une tension psycho-sexuelle, la tension physique sexuelle se transforme en angoisse.
- la cause principale de l'angoisse réside dans le fait qu'un affect sexuel ne peut être formé, la tension physique ne peut se lier psychiquement. L'angoisse apparaît comme un substitut de la représentation manquant.

8.2 Seconde période (1909- 1917) :

Angoisse et libido refoulée :

Les premières théories de l'angoisse traitaient du rapport de l'angoisse au corps. la seconde période s'attache au rapport de l'angoisse à la libido refoulée. L'accent se déplace sur la dominance du conflit psychique sur les relations entre l'affect et le représentant – représentation de la pulsion. (Catherine Chabert, 1983, P238).

Deux formes caractérisent l'angoisse pathologique :

- **Une angoisse flottante** : prête à s'attacher à n'importe quelle représentation : ici le danger est partout, la sécurité nulle part. Toute manœuvre d'évitement est impuissante du fait de l'investissement du "Moi" par l'affect. Est toujours interprétée comme une inhibition à la décharge.
- **Une angoisse circonscrite** : liée à un danger : ici le danger est localisé, la sécurité partout ailleurs ; une certaine est possible par l'évitement de la situation angoissante, mécanisme de défense mis en œuvre par le Moi. (Ibid. P239).

8.3 Troisième période :

L'angoisse et l'appareil psychique :

- **l'angoisse à son siège dans le moi** .seul le moi peut éprouver de l'angoisse.la source de cette angoisse peut provenir du monde extérieur, du ça, du Surmoi
- Ce n'est pas le refoulement qui produit l'angoisse, mais l'angoisse qui produit le refoulement.
- **l'angoisse est le rappel par le Moi**, en fonction d'une nouvelle exigence pulsionnelle, d'un ancien danger.
- **le signal de déplaisir** suscite de la part du Moi une réaction passive (l'angoisse envahit le sujet) ou active (des contre-investissements s'instaurent).
- **le Moi** de son rapport de conjonction et de disjonction avec le Ca est, d'une part, sous la dépendance de celui –ci, mais d'autre se révèle moins impuissant qu'il n'y paraît puisqu'il est apte à mettre en œuvre le refoulement par déclenchement du signal d'alarme
- **l'angoisse névrotique** : est causée par l'apparition d'un état de grande tension ressentie comme déplaisir dont la libération par la décharge est impossible

- **l'angoisse de castration** : relève de la menace de la perte de l'objet partiel (le pénis) : angoisse de la perte d'objet relève de la menace de la perte de l'objet total. Le danger de castration avec la phase phallique, la peur du Surmoi avec la période de latence.
- **l'évolution libidinale** : implique que le danger inconnu aux différentes étapes du développement. Le danger d'abandon psychique coïncide avec l'éveil du Moi. Le danger de perdre l'objet avec la dépendance infantile.
- **L'angoisse automatique-traumatique** : est due à une manifestation directe du Ca, envahissant et débordant les capacités défensives du Moi, induisant un état de panique, d'impuissance, de désespoir. Catherine Chabert le rorschach en clinique adulte. interprétation psychanalytique. (Ibid. P239, 240).

9. Psychopathologie d'angoisse :

9.1 L'angoisse normale :

Dans certaines situations, l'angoisse peut même être essentielle à la survie. Supposons par exemple que vous êtes sur le bord d'une route et qu'une voiture fonce sur vous. Vous reconnaissez immédiatement le danger, vous aurez peur et vous vous déplacerez pour éviter la voiture. Cette angoisse normale, fait en sorte que vous lutterez contre la situation dans laquelle vous vous trouvez ou vous fuirez le danger.

Lorsque nous éprouvons un sentiment de danger ou que nous avons l'impression que le danger est imminent, le cerveau transmet un message au système nerveux, qui réagit en produisant de l'adrénaline. Cet afflux d'adrénaline donne alerte, donne de l'énergie et de la force, et prépare le corps à attaquer (lutte) ou à quitter les lieux (fuite). Toutefois, il peut avoir des effets secondaires désagréables comme la nervosité, la tension, les étourdissements, les sueurs, les tremblements ou l'essoufflement.

9.2 L'angoisse pathologie :

Chaque fois que la réaction de lutte ou de fuite se manifeste en raison d'un danger, qu'il soit réel ou imaginaire, elle modifie la façon dont on pense (symptômes cognitifs), la façon dont le corps réagit (symptômes physiques) et la façon dont on agit (symptômes comportementaux). L'ampleur de ces modifications varie d'une personne à l'autre et dépend du contexte.

9.2.1 Symptômes cognitifs :

On se concentre immédiatement et automatiquement sur la menace potentielle. La réaction peut varier d'une légère inquiétude à une terreur extrême. ([Http : //www.angoisse et les troubles anxieux/ PDF. mht](http://www.angoisse-et-les-troubles-anxieux/PDF.mht)).

9.2.2 Symptômes physiques :

voici quelques-uns : palpitations, accélération du rythme cardiaque, respiration superficielle, tremblements, sueurs, étourdissements, vertige, impression que les genoux se dérobent sous soi, froid, tension musculaire, essoufflement et nausée.

9.2.3 Symptômes comportementaux :

On peut adopter divers comportements et en délaisser d'autres pour se protéger contre l'angoisse (p. ex., suivre un cours d'autodéfense ou éviter certains endroits à la tombée de la nuit). ([Http : //www.angoisse et les troubles anxieux/ PDF. mht](http://www.angoisse-et-les-troubles-anxieux/PDF.mht)).

10. Les causes d'angoisse :

Elles sont très nombreuses, mais difficiles à repérer car le motif est rarement apparent. Parfois seule une psychothérapie menée à son terme permet d'en découvrir toutes les origines et de la faire baisser.

10.1 Origine physique : certaines maladies donnent des symptômes voisins. Une consultation s'impose donc.

10.2 Interrogation existentielle, qu'on les personnes qui n'ont pas trouvé le sens de leur vie sur terre, et s'interroge sur leur destinée après la mort.

10.3 Origine psychologique : l'angoisse peut être apprise, par identification à des parents toujours anxieux.

Elle peut être liée à l'impossibilité de trouver un lien qui relie le passé, le présent et l'avenir de notre existence. Il peut s'agir aussi d'un refoulement. La libido (traduction psychique de pulsion sexuelle) devient angoisse si la pulsion ne peut obtenir satisfaction.

L'angoisse permet au Moi d'anticiper le danger provoqué par la manifestation d'une pulsion. ([Http : //www.anxiété,angoisse,stress et dépression en hormonologie /PDF.mht.théodore-yves Nassé](http://www.anxiété,angoisse,stress-et-dépression-en-hormonologie/PDF.mht.théodore-yves-Nassé)).

11. L'angoisse et les mécanismes de défenses :

L'angoisse est un phénomène clinique présent dans toutes les structures pathologiques. C'est un signal contre un danger imaginaire. Il est à différencier de la peur, qui est lié à un objet réel, ou de l'anxiété qui a un caractère anticipatoire.

Les angoisses sont articulées aux fantasmes et aux stades. Classiquement, on distingue :

- **L'angoisse de morcellement** : dans la schizophrénie (stade oral), l'angoisse de persécution dans la paranoïa (premier stade anal),
- **L'angoisse de perte**: d'objet dans les états limites (stade anaclitique),

- **L'angoisse de castration** : dans la névrose (stade œdipien). (Combaluzier Serge, P34).

11.1 Les mécanismes de défense :

Le sujet se défend contre l'angoisse par les mécanismes de défense. On peut dire que les mécanismes de défense sont utilisés par le Moi.

Il existe donc des mécanismes archaïques : projection, introjection, clivage, déni, identification, et des mécanismes élaborés dont les plus achevés sont le refoulement (dans la névrose) et la sublimation. (Ibid. P34).

❖ Le refoulement :

Se produit dans les cas où la satisfaction d'une pulsion- susceptible de procurer par elle-même du plaisir- risquerait de provoquer du déplaisir à l'égard d'autres exigences.

Dans la clinique, les refoulements se traduisent par les phénomènes d'oubli ; toutefois, on observe plus souvent des retours de refoulé (lapses, actes manqués, symptômes, rêves...). (Combaluzierp Serge, P49).

❖ Clivage du moi :

Est le processus qui permet au sujet de maintenir au sein du Moi, de deux attitudes psychiques à l'égard de la réalité extérieure en tant qu'elle vient contrarier une exigence pulsionnelle : l'une tient compte de la réalité et l'autre la dénie et met à sa place une production du désir.

Freud a mis en évidence le rôle du déni dans la perversion (fétichisme) ainsi que son influence dans la psychose, où ce mécanisme rend compte de l'angoisse de morcellement. (Ibid. P47).

❖ Déni :

Il consiste en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante, essentiellement l'absence de pénis chez la femme. Ce mécanisme est à l'œuvre dans la psychose, dans la perversion, mais aussi dans certaines situations de la vie quotidienne. (Ibid. P48)

❖ Projection :

Est le processus par lequel le sujet expulse de soi et localise dans l'autre, personne ou chose, des qualités, des sentiments, des désirs, voire des « objets » qu'il méconnaît ou refuse en lui. (Ibid. P49).

À l'œuvre dans la vie quotidienne, ce mécanisme de défense est particulièrement repérable dans les délires paranoïaques. Il explique en grande partie l'angoisse de persécution. (Ibid. 49)

❖ **Introjection :**

Processus mise en évidence par l'investigation analytique : le sujet fait passer, sur un mode fantasmatique, du « dehors » au « dedans » des objets et des qualités inhérentes à ces objets.

L'introjection est proche de l'incorporation qui constitue son prototype corporel (introjection dans le moi, dans l'idéal du moi, etc.). Elle est dans un rapport avec l'identification. (Laplanche Jean et Pontalis .J.B, P 209).

❖ **Identification :**

Est le processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci. La personnalité se constitue et se différencie par une série d'identification.

Si l'identification est un mécanisme à l'œuvre dans la vie quotidienne, notamment dans la constitution du Moi, certaines formes sont fréquentes dans la pathologie. Ainsi, dans la mélancolie, un certain nombre de symptômes sont expliqués par une identification à la personne morte ; de même certains aspects des troubles hystériques sont sous-tendus par une identification partielle au désir tourné vers l'objet d'amour inconscient. (Combaluzierp Serge, P 49)

❖ **Formation réactionnelle :**

Transformer un sentiment angoissant sur le plan inconscient en son contraire sur le plan conscient. Et alors pour cette transformation, la personne « en fait trop », c'est une manière de se mentir à soi-même. Ex : quand on déteste quelqu'un, on affirme le contraire en faisant trop. (Ibid. P 15)

❖ **la fixation et la régression :**

Retour à un stade primitif de son développement psychique :

-Si les sentiments sont trop intenses engendre une fixation. Le développement normal est interrompu: Ex: L'enfant reste fixé au stade où il est continu à dépendre des autres

-Si on vit expériences traumatisantes engendre une régression. Ex : L'enfant régresse dans son développement, recommence à sucer son pouce. Il arrive aussi aux adultes: des fixations

partielles (se ronger les ongles) Ou adopte un comportement immature (se mettre en colère facilement). (Ibid. P 16).

❖ **Intellectualisation :**

Généraliser: se donner l'impression de ne pas être impliqué personnellement: Transformer le problème concret en problème abstrait. C'est-à-dire moins menaçant Ex: un adolescent qui se sent coupable de se masturber mais ne peut s'abstenir de le faire une question philosophique qui porte sur le rôle du plaisir sensuel dans la vie d'un homme. (Ibid. P 18).

❖ **La sublimation :**

Le fait que certaines pulsions de la libido sont détournées de leurs buts sexuels et orientées vers des buts socialement supérieurs et qui n'ont plus rien de sexuel .La sublimation remplace la recherche du plaisir que procure l'acte sexuel par une quête plus idéalisée, celle qui mène à des réalisations dans le domaine social, culturel ou artistique. En d'autres termes, les buts les plus élevés de l'humanité dérivent de buts sexuels sublimés. (HAAR Michel, P 41).

❖ **Rationalisation :**

Donner une explication morale, correcte à une refoulée qui est interdite moralement.
Rechercher: explication raisonnable à un acte, une pensée honteuse pour nous.
Ex : Un père déteste le copain de sa fille, (qui a lui-même des désirs sexuels envers sa fille), trouvera des excuses pour dire que ce garçon n'est pas convenable. (Ibid. P 20).

12. Le traitement de l'angoisse :

Est maîtrisable, gérable, à partir du moment où l'on en a compris la nature, le mécanisme, et la signification.

Un traitement médicamenteux peut aider, en apportant une période de calme mise à profit pour analyser le trouble. Ceci doit aider le patient à ne plus être le témoin impuissant de son angoisse mais de la maîtriser mieux en la verbalisant.

L'angoisse monte pour signaler un dysfonctionnement, et redescend quand il est résolu.

- **Valium (benzodiazépines).**
- **Le GABA** (acide gamma-amino-butérique) : est un neurotransmetteur inhibiteur, il réduit l'excitabilité du neurone post-synaptique ; il régule l'équilibre adrénaline, dopamine. Le dysfonctionnement de cette activité régulatrice fait que d'autres systèmes de neuromédiateurs (dopamine, sérotonine, endorphines) (Payot, 1986, P 2).

Synthèse

Finalement, nous avons mis en évidence que l'angoisse, indépendamment de ses effets, est toujours de même nature. En fait, l'angoisse étant inévitable, inconsciente la plupart du temps, ses effets se traduisant alors dans les symptômes, elle signale toujours un dysfonctionnement du principe de plaisir, et dit de façon plus simple, un refus ou une incapacité du sujet d'être à l'écoute de lui-même pour pouvoir réagir adéquatement à la fonction d'alarme de l'angoisse

Partie
Pratique

Chapitre I
Méthodologie de la
recherche

Préambule :

Ce cadre méthodologique est consacré à la présentation des différentes parties qu'on a suivies tout au long de notre travail concernant la malformation congénitale et leur lien avec l'apparition de l'angoisse chez les femmes enceintes.

1. 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 primordiale, et les procédés utilisés lors d'une recherche en déterminent les résultats.

L'importance de cette méthode ne se définit pas à l'aveuglette, mais se fonde sur des propositions réfléchies qui lui permettent de procéder avec rigueur à l'aide d'outils qui sont autant de moyens assurant à la fois le succès et la validité de la démarche. (Angers Maurice, 1997, p 9).

- **La méthode descriptive**

Intervient 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 composantes. (Chahraoui. K, et Bénony, 2003, P125).

- **L'étude de cas :**

Consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. A travers 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 rassemble un grand nombre de données issues des entretiens avec le sujet mais également d'autres sources, bilans d'examen 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 où sont pris en compte différents niveaux d'observation et de compréhension : organisation de la personnalité, relations avec l'environnement et avec l'entourage, événements présents et

passés. De l'ensemble de ces données descriptives, le clinicien essaie de suggérer des hypothèses sur l'origine de la conduite, celles-ci étant multiples, il essaiera de focaliser l'analyse sur un ensemble réduit de facteurs ayant probablement entraîné la situation problématique. (Ibid. P 125, 126).

L'étude de cas sert à accroître les connaissances concernant un individu donné. Elle permet de regrouper un grand nombre de données issues de méthodes différentes (entretiens, tests projectifs, questionnaires, échelles clinique, témoignages de proches) afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale en référence à lui-même, à son histoire et à son contexte de vie. (Ibid. P 126).

2. La pré-enquête :

Cette étape dans la recherche scientifique est primordiale, la première des choses adoptée par le chercheur avant d'effectuer sa recherche. Elle lui permet de saisir sa recherche, et de préciser sa problématique, et de bien opter l'échantillon sur lequel elle aboutira son étude. Ensuite, elle permet de recueillir plusieurs informations concernant l'échantillon et les sujets à choisir.

La pré-enquête est une étape qui consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments (questionnaires, analyse des données) prévue pour effectuer l'enquête. (Grawitz Madeleine, 2001, p550).

En ce qui concerne notre pré-enquête, elle a été réalisée en Février 2015. A ce moment là nous avons commencé d'abord de rechercher la disponibilité de l'échantillon représentatif, car les cas de notre recherche rare et difficile à trouver. Ainsi, nous avons essayé d'avoir d'abord l'existence des cas de malformation congénitale, dans les deux établissements hospitaliers : de l'EPH d'Akbou et l'unité hospitalière « mère et enfant » du CHU de Bejaia.

Au niveau de Bejaia, nous nous sommes d'abord déplacés à l'hôpital CHU de Bejaia qui nous orienté vers le service gynécologique « mère et enfant » malheureusement on n'a pas trouvé aucun cas a ce moment là. Pour cette raison on été obliger de déplacer vers un autre hôpital de l'EPH d'Akbou. A travers ces deux lieux de stage, on a commencé de trouver des cas de notre échantillon.

A l'intérieur des deux hôpitaux, tout s'est déroulé normalement, les responsables travaillant au sein des deux entablements ont été à l'hauteur. Ils nous ont aidé pour pouvoir travailler alaise son difficulté durant notre pratique de deux mois.

3. Présentation des lieux de stage :

3.1. L'établissement de L'EPH d'AKbou :

L'hôpital civil d'AKbou est un établissement public de santé datant d'avant l'indépendance. Avant sa construction, le siège de l'hôpital civil d'Akbou était sis à l'ancien hôpital situé à la haute ville et construit en 1872.

En 1959, il a été décidé de construire une nouvelle structure hospitalière à la nouvelle ville et les travaux commencent en 1960. Le nouveau hôpital est réceptionné en mars 1962 et fut inauguré le 21 novembre 1968. L'activité hospitalière est transférée vers le nouvel hôpital baptisé au nom du chahid lieutenant AKLOUL Ali en 1970.

La couverture de la population en matière des prestations de soins et d'hospitalisation de toutes les régions environnantes, ce qui est concrétisé avec le décret exécutif n° 97-466 du 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires.

La promulgation du décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des Établissements publics hospitaliers et des Établissements publics de santé proximité a eu pour conséquence la création de deux EPSP, en l'occurrence ce lui de Tazmalt et celui de Seddouk, ce qui a mis fin à la dépendance des unités de soins de base vis-à-vis de l'hôpital et a rompu l'intégration et la hiérarchisation des prestations de soins.

Cependant, la plupart des prestations de soins sont restées concentrées dans l'hôpital qui devient un Établissement public hospitalier, et l'amélioration des soins de santé de base n'a pu être concrétisée, vu le manque de moyens humains et matériels nécessaires et d'encadrement administratif existant, et le manque d'assise juridique pour assier les prérogatives et les compétences de chaque établissement. Ainsi la prise en charge de la population en termes d'hospitalisation et de soins spécialisés est restée, en effet, toujours à la charge de l'EPH.

3.2 Service gynécologie « mère enfant » de CHU de Bejaia :

L'unité hospitalière « mère enfant » au CHU de Bejaia, elle est sous l'autorité d'un directeur, entre 1991 et 2007. Cette unité était une clinique d'accouchement rattachée à l'ex secteur sanitaire de Bejaia.

Entre 2007 et 2009, l'unité « mère enfant » a été érigée en hôpital après la réforme de la carte sanitaire en Algérie en 2007, puis en 2009, cette unité est devenue comme unité hospitalière du CHU de Bejaia.

L'unité hospitalière « mère enfant » est constituée de deux niveau : le rez-de-chaussée et un étage.

Le rez-de-chaussée : comporte l'administration qui compose la direction, le secrétariat, le bureau de surveillance, le bureau de mouvement et les admissions, le service du dépistage du cancer du col de l'utérus, les consultations d'anesthésie et de gynécologie, le laboratoire, pharmacie, la cuisine, le foyer, la lingerie et la morgue.

Le premier étage : l'établissement regroupe des fonctions diverses réparties en cinq services qui ont des fonctions différentes mais complémentaires, chaque service veille à ce que tout soit fait convenablement. Ces services sont : le service d'urgence, service du bloc opératoire, service de maternité, service de néonatalogie, et enfin le service de gynécologie.

4. Le groupe de recherche :

Notre groupe de recherche rencontré six femmes enceintes âgée 19ans à 45ans, habitant à Bejaia. On a rencontré quatre femmes à l'unité hospitalière « mère et enfant » du CHU de Bejaia, et deux femmes à l'hôpital de L'EPH d'Akbou. On a identifié leur prénom, pour garder l'anonymat. Et le tableau ci-dessus présente les caractéristiques de choix du groupe de recherche.

Le tableau présent les caractéristiques du groupe de recherche:

Cas	Age	Profession	Antécédents médicaux	Situation Socio-économiques	Niveau scolaire	Mois De grossesse	Sexe de bébé	Type de malformation
Manel	19 ans	Femme au foyer	Rien	Moyen	Secondaire	24 semaines	Garçon	Hydro-céphale
Ouarda	39 ans	Femme au foyer	goitre	Moyen	Secondaire	17 semaines	Garçon	Polymalformation
Ferroudja	44 ans	Femme au foyer	Rien	Moyen	Universitaire	32 semaines	Garçon	Trisomie 18
Lydia	30 ans	Femme au foyer	Rien	Moyen	Secondaire	24 semaines	Garçon	Hydro-céphalie et spinabifida
Yasmina	24 ans	Femme au foyer	Rien	Moyen	Moyen	16 semaines	Garçon	Hydrocéphalie
Nihad	38 ans	enseignante	Hypertension Artérielle	Elevée	Universitaire	20 semaines	Garçon	Vessie

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

Remarque : durant notre pratique, et par coïncidence on a noté que les femmes atteignent une, grossesse malformé, leurs bébés ont été du sexe masculin.

5. Les outils de la recherche :

5.1L'entretien clinique :

Peut être défini dans un premier temps comme un dispositif de base en psychologie clinique. Il est à la fois un outil de diagnostique, de thérapie, de soutien, c'est lui qui permet d'accéder à la représentation du patient, à son émotion et a son vécu.

Selon Bénony et Chahraoui (1999), l'entretien clinique est un échange de paroles entre plusieurs personnes sur un thème donnés « l'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens, vise a appréhender et a comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en

se s'entrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation ». (Bénony et chahraoui, 1999, P11).

L'entretien clinique s'inscrit dans une activité d'interventions psychologiques .Au cours de cette activité un dispositif d'enregistrement de l'entretien peut être mis en place, ce qui permet dans un deuxième temps en dehors de la relation d'aide de travailler sur le corpus de l'entretien ; cette technique est utilisée dans la recherche sur les psychothérapies. Ce type de recherche doit être réalisé, pour garantir une certaine objectivité, par un groupe de recherche afin d'éviter que le thérapeute assume seul les deux positions (celles de chercheur et de thérapeute). (Bénony et chahraoui, 2003, P141).

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

L'entretien clinique de recherche se distingue aussi de l'entretien de recherche pratiqué dans d'autres disciplines dans le sens où l'accent est mis sur la dimension intersubjectives et interactive de l'entretien. (Ibid. P142)

L'entretien semi-directif :

Une recherche peut être conduite uniquement à partir d'entretiens exploratoires non directifs (pour prendre connaissance d'un terrain).mais généralement, après quelques entretiens de ce type, on passera à une technique un peu plus directive, comme celle de l'entretien semi directif ou guidé .Dans ce type d'entrevue, l'enquêteur s'est fixé des zones d'exploration et veut obtenir que le sujet traite et approfondisse un certain nombre de thème.

L'entretien semi directif combine attitude non directive pour favoriser l'exploration de la pensée dans un climat de confiance et projet directif pour obtenir des informations sur des points définis à l'avance.la nécessité d'assurer à la fois la réexpression compréhensive au niveau de chaque séquence et la souplesse des transitions pour introduire les thèmes demande un entrainement solide et une bonne connaissance du guide d'entretien.

Contrairement à ce que l'on peut penser (la sécurité par la liste des thèmes), il est souhaitable de bien savoir conduire un entretien non directif pour conduire une interview guidée de qualité. Sinon l'enquêteur risque de transformer le guide en une série de questions à

réponses ouvertes (se qui est un autre type d'approche, plus directive). (Berthier Nicole, 2010, P 78).

Selon Chiland.C« l'entretien semi directif est défini comme la situation ou le clinicien pose quelques questions simplement pour orienter le discours sur certains thèmes, cette structuration peut ce préciser jusqu'à proposer un véritable guide d'entretien, les thèmes abordés par le clinicien sont préparés a l'avance, elle s'adapte a l'entretien, la structure d'un guide d'entretien reste souple ». (Chiland.C, 1983, P11).

Le clinicien utilise un guide d'entretien qui propose une trame de questions. Il faut quelques interventions pour relancer le patient sur se qu'il vient de dire : hochement de tête, acquiescement, répétitions des fins de phrases du sujet...les relances peuvent aussi être des questions plus ciblées ou plus fermées dans le cas ou les informations attendues n'ont pas été abordées dans une question plus générale (question ouverte).le clinicien interrompt peu le sujet. Il « Le laisse associée librement mais seulement sur le thème proposé ». (Bénony et Chahraoui, 1999, P16).

Le guide d'entretien :

L'entretien clinique de recherche est toujours associe a un guide d'entretien plus ou moins structuré : il s'agit d'un ensemble organisé de fonction d'opérateur et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer ». (Blanchet,1992).dans se guide, le chercheur formule et prépare la consigne a l'avance ,celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets, elle est généralement soigneusement préparée et le clinicien veille a ce que la formulation ne soit pas inductive. (Chahraoui k et Bénony, 2003,P144).

Notre guide d'entretien reproduit en quatre axes :

AXE I : On a essayé de retenu quelques renseignements quand ils étaient utiles a la compréhension sur l'identité de la femme : son âge, sa profession, sa situation socio-économique, ses antécédents médicaux, le moi de grossesse, est enfin le sexe de bébé.

AXE II : le déroulement de la grossesse :

Cet axe contient huit questions qui comprennent des informations sur le déroulement de cette grossesse.

AXE III : le vécu de la malformation congénitale :

Cet axe contient cinq questions qui comprennent les renseignements sur cette malformation.

AXE IV : l'état d'angoisse pendant la grossesse :

Cet axe contient douze questions qui correspondent à l'état d'angoisse chez les femmes enceintes. (la présentation du guide d'entretien voir annexe I)

6. 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 ou de stade ». (BLOCH. H 1991, P254).

D'après **Maurice Angers**, l'échelle est définie comme technique pour assigner un score à des individus en vue d'un classement, les échelles sont utilisées pour classer des individus ou des ensembles d'individu selon leurs réponses à des questions construites à partir d'indicateurs choisis. On regroupe ainsi un ensemble d'indicateurs transformés en questions et on essaie d'évaluer le résultat chiffré d'une personne selon ses réponses ; on la classe alors sur une échelle allant du plus au moins ou d'une attitude extrême dans un sens jusqu'à l'attitude extrême opposé. (Angers Maurice, 1997, p115).

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

Ce questionnaire d'auto évaluation a été met 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 dans la pratique.

L'objectif de l'inventaire :

Le STAY.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 :

- échelle d'anxiété – état (STAI-Forme Y-A) : comprend vingt propositions qui permettent de savoir ce que les sujets ressentent « AL'INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT ».
- échelle 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 feuille 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 tem, donc il nous semble qu'elle correspond mieux pour définir les réactions émotionnelles actuelles de la femme enceinte qui s'exprime par des sentiments d'appréhension, de tension, de nervosité et d'inquiétude dans le but de déterminer le niveau d'anxiété-état a ce moment de la grossesse, et plus précisément au moment de la passation de l'échelle.(présentation de l'échelle voir annexe II)

L'administration :

A) Le temps :

IL N'EST PAS LIMITE, les sujets mettent en moyen 6 minutes pour réponde à l'échelle d'anxiété –E.des sujets de niveau socio culturel peux élever on émotionnellement perturbés peuvent mettre jusqu'à 10 minutes pur 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'appelé questionnaire d'auto-évaluation. Titre indiqué sur la feuille de réponses, pour éviter les tendances de réponse (réticences, se sentir tendu, effrayé ou bouleversé).

B) La consigne :

Les instructions complètes sont imprimées sur la feuille de réponses pour l'échelle d'anxiété –E la consigne utilisé dans l'échelle est la suivante :

« Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données dessous. Lisez chaque phrases, puis entourez, parmi les 4points a droite, celui qui correspond le mieux a ce que vous ressentez A l' INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT .il n'ya 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 a un item de STAI correspond a un score de 1 a 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 a coté 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 a 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 a la ligne correspondante de corrigé, on écrira 4(si le cercle tracé par le sujet entoure le premier point), ou 3(deuxième point) ou d 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 : 1-2-5-8-10-11-15-16-19-20.

C) 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 a 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 servi à donner une bonne organisation de notre recherche et cela a travers le respect des règles et étapes dans le déroulement de notre travail et pour arriver à des résultats qu'on peut analyser et interpréter les résultats obtenus

Chapitre II
présentation, analyse
& discussion des
résultats

Préambule

Dans ce chapitre, nous procédons à la présentation, analyse et discussion des hypothèses, relatives l'angoisse chez les femmes atteintes d'une grossesse malformé, en vue de la vérification des hypothèses émises dans la recherche.

Présentation et analyse des résultats :

1. Présentation du premier cas (Manel) :

Il s'agit d'une jeune femme au foyer âgée de 19 ans, demeurant à Oued Amizour, issue d'une famille moyenne. Elle s'est présentée au service de gynécologie à l'unité hospitalière « mère-enfant » du CHU de Bejaia, à cause des complications dans sa grossesse malformée de type « hydrocéphale » et qui attend la 24 semaine.

1.1 Analyse de l'entretien :

Manel a accepté avec élégance de faire cet entretien avec nous, elle était positive durant tout le dialogue. Nous avons déduit par la suite qu'il s'agit d'une grossesse souhaitée par le couple qui vivait une très bonne relation, mais qui s'est compliquée après la découverte de malformation de leur enfant attendu.

Durant les trois premiers mois de sa grossesse, le gynécologue lui assure à chaque contrôle que tout allait dans les normes, jusqu'au 4^{ème} mois où son médecin lui lance la mauvaise nouvelle celle de malformation de son bébé attendu. Manel dit : « à chaque contrôle médical, le gynécologue me confirme que tout allait bien, cette fois-ci contrairement, il me lance une mauvaise nouvelle celle de malformation congénitale de type hydrocéphalie ». Le médecin lui explique que ces complications sont dues à plusieurs facteurs soit à son âge, soit à des causes infectieuses indéterminées, elle ajoute : « les raisons peuvent être soit à mon âge avancé soit à des causes infectieuses ».

La famille spécialement Manel ont eu du mal à accepter cette réalité amère, le choc était intense selon elle : « toute sorte d'images se défilait dans ma tête, à ce moment mon cœur se mettait à battre très fort et je ne pouvais plus respirer, je commençais à avoir des douleurs dans les pieds, les genoux et les hanches je me sentais mal au point de ne plus pouvoir bouger » elle rajoute : « j'ai eu des épisodes où je n'arrivais pas à arrêter de pleurer, et de crier, j'étais tellement frustrée, je n'arrivais pas à exprimer ma frustration ».

Chapitre II Présentation, analyse et discussion des hypothèses

Même à travers le temps elle n'arrivait pas encore à accepter la vérité : « je me sentais tellement perturbée et brisée car l'idée d'avoir un bébé malformé ne me chantait pas. C'étais comme si j'étais dans un état de stupeurs, déconnectée de la réalité. Comme si j'étais prise en monde intérieur et le monde extérieur. J'avais l'impression d'être en train de perdre la tête, je n'avais aucune idée de ce qui m'arrivait, vraiment je ne s'avais pas quoi faire ».

Au 6^{ème} moi, le médecin averti les parents de l'importance d'avorté mais les parents refuse de laisse tomber leur enfant pour des raisons dite religieuses: « malgré sa malformation, nous, moi, mon mari et toute la famille avons voulu de cette enfant ».

Manel décide de garder son enfant avec le soutien de toute la famille, notamment son mari selon ces dire: « parmi les personnes qui m'ont données un soutien moral pendant cette période c'est bien mon mari car il m'a encourage, il ne m'a jamais détesté malgré mon humeur il a fait de son mieux pour mon bien être ».

A la fin de l'entretien, en lui a demandé si elle va refaire une autre grossesse elle a répondu par suite « j'ai peur de retomber enceint encore une fois, je crains de ne pas pouvoir supporté une autre déception, et parfois je reste toute seule dans ma chambre et je me dis qu'est ce qui ma pris d'avoir opté par cette grossesse ».

Chapitre II Présentation, analyse et discussion des hypothèses

1.2 Présentation des résultats de l'échelle: le tableau suivant présente les résultats obtenu par Manel comme suite :

Les questions	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1. je me sens calme.			2	
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.	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).	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.			2	
12. je me sens nerveux (nerveuse), irritable			3	
13. j'ai la frousse, la trouille (j'ai peur).				4
14. je me sens indécise(e).			3	
15. je suis décontracté (e), détend (e).			2	
16. je suis satisfait (e).			2	
17. je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse).				4
18. je ne sais plus ou j'en suis, je me sens d déconcerté, dérouté.				4
19. je me sens solide, posé (e), pondéré (e).	4			
20. je me sens de bonne humeur, aimable.			2	

Tableau N^o2 : l'interprétation des scores selon l'échelle de l'anxiété-état de « Spielberger »

D'après les résultats obtenus dans le tableau présidant par l'échelle d'anxiété état, on a souligné une anxiété très élevée avec une note T=68 sur 80(le score maximum que le sujet peut obtenir).dépassé de 65 qui fournie une indication dans la position a l'échelle de l'anxiété- E

Chapitre II Présentation, analyse et discussion des hypothèses

Au moment de la passation de l'échelle de l'anxiété- état de spielberger , Manel a mit 6 minutes pour la compléter.

Manel a répondu aux items exprimant la présence d'anxiété dont le corrigé indique : 3,4

Pour les items, 12,14(plutôt oui) qui compte un score de (3).

Pour les items, 3, 4, 6, 7,9 13, 17,18(oui) qui compte un score de (4).

Donc les résultats obtenu pour l'ensemble de ces items est de 38

Manel a répondu aux items expriment l'absence d'anxiété dont le corrigé indique 1,3

Pour les items 2, 10,19, elle a répondu (non) qui compte un score de (4).

Pour les items ,1,4,8,11,15,16,20, elle a répondu(plutôt oui) qui compte un score de (2).

Donc les résultats obtenu pour l'ensemble de ces items est de 30.

On a constaté que les items qui montrant la présence d'anxiété est supérieur que celle des items qui montrent l'absence d'anxiété.

1.3 L'analyse de l'échelle (Manel)

Après l'analyse de l'échelle de l'anxiété- état de Spielberger, nous pouvons constater que Manel souffre à cause de la malformation congénitale de son fœtus, chose qui lui cause une anxiété de type très élevée.

A travers ses réponses, nous pouvons montrer que son niveau d'anxiété est de (68), un niveau élevé par rapport à la norme de (65, ce qui indique un état d'anxiété très élevée.

Manel souffre des troubles émotionnelles dues à un choc psychique très fort qu'on peut signaler à travers l'échelle d'anxiété dans l'Item N^o 6 « je me sens ému, bouleversé(e), contrarié(e). Comme elle éprouvé des sentiments de crainte, l'inquiétude, irritable à travers l'échelle d'anxiété l'Item N^o 9 « je me sens effrayé(e), l'item N^o 12 « je me sens nerveux (nerveuse), irritable. » et l'Item N^o 13 « j'ai la frousse, la trouille (j'ai peur) ».

La patiente présente une importante asthénie, à travers l'échelle de l'anxiété dans l'item N^o 3 « je suis tendu(e), et l'Item N^o 4 « je me sens surmené(e) »

La synthèse :

Selon l'analyse menée sur l'entretien et les résultats obtenus, nous avons conclu que Manel souffre d'un état d'anxiété très élevé qui est expliqué par le jeune âge de la patiente qui n'arrive pas à assimiler son cas. Elle refuse carrément de refaire une autre grossesse.

2. Présentation de deuxième cas (Ouarda) :

Il s'agit d'une femme au foyer âgée de 39ans, mère de deux enfants habite à Bejaia, son niveau scolaire était moyen ainsi que sa situation familiale, nous l'avons rencontrée au service gynécologique de l'unité hospitalière « mère enfant », elle dans 17^{ème} semaines de grossesse malformé du type « polymalformation ».

2.1 L'analyse de l'entretien

Ouarda a facilement accepté de participer à cet entretien, elle s'est montrée coopérative et elle nous a facilement expliqué que sa grossesse était non désirée par le couple, pour des raisons familiales.

Les premiers symptômes sympatiques sont parvenues sous forme de bouffés de chaleurs, vertige, maux de tête, et fourmillement.

Lors du contrôle du 3^{ème}, son médecin traitant lui confirme la constatation des difficultés dans la croissance et le développement de son fœtus. Au contrôle suivant il lui déclare que son bébé souffre d'une malformation dite congénitale de type « polymalformation », due à des causes inconnues selon les dires de Ouarda « avant de présenter chez le gynécologue j'étais très stressée, comme si quelque part je savais qu'elle allait m'annoncer une mauvaise nouvelle. Malheureusement, j'ai rassuré se que je me sentais, mon gynécologue m'a déclaré que mon bébé est souffrant d'une malformation congénitale de type « polymalformatif et ce qui concerne la cause na pas été détecté. ».

La mauvaise nouvelle a noté une influence intense sur la vie de la patiente, soit sur le stade physique (fatigue, battement de cœurs accélérés.....), notamment sur le stade psychique qui parvient comme la suite : la peur, l'angoisse intense, crise de nerfs, Ouarda dite : « je suis devenue une autre personne méchante notamment envers mes enfants ». Une reviviscence anxieuse au sommeil à travers les cauchemars d'après elle : « je fais des cauchemars je vois dans mes rêves un homme inconnu avance en vert moi dans le but de me tuer puis je me mets

Chapitre II Présentation, analyse et discussion des hypothèses

à créer mais personne ne parvient à mon aide, je renvoie cette sein à plusieurs reprises ».

Ouarda à connu un changement de l'humeur, détresse et de tristesse.

A la fin d'entretien avec elle, elle nous a confirmé qu'elle ne pensera jamais à refaire encore une autre grossesse, elle s'exprime comme suite : « Non, jamais, comment je vais refaire une autre grossesse alors que mon mari ne voulait de la présente ».

Chapitre II Présentation, analyse et discussion des hypothèses

2.2 Présentation des résultats de l'échelle d'anxiété état : le tableau suivant

expose les résultats obtenus par l'échelle d'anxiété état.

Les questions	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1. je me sens calme.	4			
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).				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			3	
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).			2	
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).				4
15. je suis décontracté (e), détend (e).		3		
16. je suis satisfait (e).				1
17. je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse).	1			
18. je ne sais plus ou j'en suis, je me sens d déconcerté, dérouté.				4
19. je me sens solide, posé (e), pondéré (e).	4			
20. je me sens de bonne humeur, aimable.				1

Tableau N° 3: l'interprétation des scores selon l'échelle de l'anxiété-état de « Spielberger »

D'après les résultats obtenus par l'échelle d'anxiété, on a signalé une anxiété moyen avec une note T=54 sur 80(le score maximum que le sujet peut obtenir).qui situent entre 46 et 55 fournie une indication dans la position a l'échelle de l'anxiété- E.

Chapitre II Présentation, analyse et discussion des hypothèses

Au moment de la passation de l'échelle de l'anxiété-E de spielberger, Ouarda a mit 8 minutes pour la compléter.

Ouarda a répondu aux items exprimant la présence d'anxiété dont le corrigé indique : 1 3 4
Pour les items, 12, 17, (non) qui compte un score de (1).

Pour les items, 7, 13 (plutôt non) qui compte un score de (3).

Pour les items, 3, 4,6, 9, 14,18(oui) qui compte un score de (4).

Donc les résultats obtenu pour l'ensemble de ces items est de 32

Ouarda a répondu aux items expriment l'absence d'anxiété dont le corrigé indique 1 2 3 4

Pour les items 1, 8,19 elle a répondu (non) qui compte un score de (4).

Pour les items 15 elle a répondu (plutôt non) qui compte un score de (3).

Pour les items 10 elle a répondu (plutôt oui) qui compte un score de (2).

Pour les items 2, 5, 11, 16, 20 elle a répondu (oui) qui compte un score de (1).

Donc les résultats obtenu pour l'ensemble de ces items est de 22

On a constaté que les items qui montrant la présence d'anxiété est supérieur que celle des items qui montrent l'absence d'anxiété.

2.3 L'analyse de l'échelle :

D'après l'analyse des résultats obtenus du questionnaire d'anxiété - état de spielberger, Ouarda présente un état d'anxiété moyen, son niveau d'anxiété est de (54) qui se centré entre (46 à 55), se qui correspondent une résistance moyen de l'angoisse.

Notre cas manifeste un sentiment de frustration, de déception, et de bouleversement par apporta l'image de la santé de son bébé qui son lié a l'incapacité de surmonter qu'il est malformé, a travers l'échelle d'anxiété, dans l'Item N^o 06 « je me sens ému(é), bouleversé(e), contrarié(e) ».

On a signalé l'existence d'un sentiment de sécurité concernant le sa grossesse, malgré que son gynécologue lui assure que son bébé est déformé. Ceci est expliqué par l'item N^o 02 « je

me sens en sécurité, sans inquiétude en sureté », item N^O 10 « je me sens a mon aise (je me sens bien), et enfin item N^O 11 « je me sens que j'ai confiance en moi »

Ouarda a déclaré qu'elle se sent en bonne humeur, malgré sa souffrance physique et psychique dans l'item N^O 20 « je me sens de bonne humeur, aimable.

A partir de cette analyse on peut constituer que notre patiente à vécu un sentiment de contrainte vis-à-vis de la santé de son bébé, se trouve d'ans l'item N^O 13 « j'ai la frousse, la trouille (j'ai peur) ».

Synthèse :

Après avoir analysé notre entretien avec la patiente, et l'échelle de l'anxiété- état de spielberger, nous avons déduis que malgré sa souffrance, les événements vécu avant et lors de la grossesse (deux accouchements césarienne, une maladie de goitre, la malformation de son bébé), mais la patiente reste son état d'anxiété moyenne. Nous rajoutons qu'elle est très optimiste et très satisfaite d'accepté la réalité et les moments les plus difficiles, profondément dans sa vie. Sa confiance en elle s'est améliorée, s'inscrit dans une continuité, elle se trouve enrichie et renforcée par le lien fort qu'elle a crié avec son entourage familial.

3. Présentation du troisième cas (Ferroudja)

Farroudja âgée de 44ans, habite à Akbou, femme au foyer diplômée, mère de cinq enfants, issues d'une famille moyenne, elle était hospitalisée au service gynécologie « mère enfant » de CHU de Bejaia à cause d'une grossesse malformée de « trisomie 18 » qui attend la 34^{eme} semaine.

3.1 L'analyse de l'entretien :

Au début de la rencontre avec Farroudja, nous avons eu du mal à faire un entretien cohérent car la patiente nous à rejetée, elle n'est pas prête pour exprimé sa souffrance, et par la suite elle a finis par nous parler.

Comme début elle nous a avoués que cette grossesse était souhaitée par les deux parents d'après ses dites : « j'ai envie d'avoir encore un troisième garçon, et c'est ce qui ma amené à faire une sixième grossesse ».

Chapitre II Présentation, analyse et discussion des hypothèses

Ferroudja menait une très bonne relation avec son conjoint, une relation restée stable même après la découverte de la malformation congénitale de leur bébé.

Du début de la grossesse jusqu'au 7^{ème} mois, notre patiente à surveiller régulièrement sa grossesse, son médecin ne lui a signalé aucun problème organique par apport le poids affaibli du bébé. C'est au 8^{ème} mois qu'il lui déclare la malformation de son bébé : « mon médecin m'a annoncé que mon bébé est malformé, il a atteint d'une « trisomie 18 » qui est due à des causes probablement relatives à mon âge ».

Ferroudja était extrêmement choquée et frustrée selon elle : « j'ai trouvé ça vraiment dure à accepter, c'était une chose inattendue, c'est comme si une partie de moi était perdue ». Elle avait une peur intense de perdre son bébé, elle ressentait la culpabilité dans ce qui arrive à son bébé : « je veux demander pardon à mon bébé, c'est de ma faute, j'étais indulgente ».

La vie émotionnelle de la patiente était bouleversée, malgré le grand soutien qu'elle à reçu de son mari et de son entourage familiale, elle aimait s'isoler du monde entier, comme elle souffert des trouble de sommeil, comme elle le confirme : « depuis que j'ai découvert cette situation, je n'arrive pas à dormir ».

Elle rajoute qu'elle à entièrement perdu l'appétit : « je ne mange pas à ma fin puisque mon bébé ne s'est pas bénéficié de cette nourriture ».

Ferroudja nous avoué que l'idée d'avortement serai acceptable, s'elle avait découvert cette complication au début de sa grossesse, mais à ce stade elle est une chose impossible selon elle : « si j'avais appris la nouvelle au 2^{ème} mois j'aurais pu l'avorter mais au 8^{ème} mois c'est strictement ».

3.2 Présentation des résultats de l'échelle d'anxiété état : le tableau suivant

expose les résultats obtenus par l'échelle d'anxiété Etat.

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.	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).	4			
9. je me sens effrayé(e).				4
10. je me sens à mon aise (je me sens bien).		3		
11. je sens que j'ai confiance en moi.	4			
12. je me sens nerveux (nerveuse), irritable.				4
13. j'ai la frousse, la trouille (j'ai peur).			3	
14. je me sens indécise(e).				4
15. je suis décontracté (e), détend (e).			2	
16. je suis satisfait (e).	4			
17. je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse).				4
18. je ne sais plus ou j'en suis, je me sens d déconcerté, dérouté.				4
19. je me sens solide, posé (e), pondéré (e).	4			
20. je me sens de bonne humeur, aimable.	4			

Tableau N°4: l'interprétation des scores selon l'échelle de l'anxiété-état de « Spielberger »

Les résultats présentés selon l'échelle d'anxiété obtenus, nous montrent une anxiété très élevée avec une note T=74 sur 80 (le score maximum que le sujet peut obtenir). dépassé de 65 qui fournit une indication dans la position à l'échelle de l'anxiété- E

Chapitre II Présentation, analyse et discussion des hypothèses

Au moment de la passation de l'échelle de l'anxiété-E de Spielberg, Ferroudja a mis 10 minutes pour la compléter.

Ferroudja a répondu aux items exprimant la présence d'anxiété dont le corrigé indique : 3 4

Pour les items, 3,13 (plutôt oui) qui compte un score de (3).

Pour les items, 4, 6,7, 9,12, 14, 17, 13 (oui) qui compte un score de (4).

Donc les résultats obtenus pour l'ensemble de ces items est de 38

Ferroudja a répondu aux items exprimant l'absence d'anxiété dont le corrigé indique 1, 2, 3

Pour les items 1, 5,8, 11,16, 19,20 elle a répondu (non) qui compte un score de (4).

Pour les items 2, 10 elle a répondu (plutôt non) qui compte un score de (3).

Pour les items, 15 (plutôt oui) qui compte un score de (2).

Donc les résultats obtenus pour l'ensemble de ces items est de 36

On a constaté que les items montrant la présence d'anxiété est inférieure que celle des items qui montrent l'absence d'anxiété.

3.3 L'analyse de l'échelle :

A partir des résultats résolus d'anxiété de Spielberg, nous avons constaté que Ferroudja souffre d'un niveau d'anxiété très élevé qui est de (74) qui dépasse la norme (65).

Sous le choc, Ferroudja, éprouvait un sentiment de déception, sidération et impuissance lié au manque de confiance en soit été pouvoir élever un bébé malformé. Chose expliquée dans ses réponses négatives aux items suivants items N° 2 « je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté », et item N° 11 « je sens que j'ai confiance en moi ».

La patiente présente une importante asthénie qui s'est aggravée après l'annonce item N° 3 « je me sens surmenée ».

Une autre manifestation d'angoisse et des signes d'anxiété sous forme d'inquiétude, exprimé par les changements de l'humeur, et nervosité fréquente item N° 12 « je me sens nerveux (nerveuse), irritable. », et item N° 17 « ceux qui incluent un sentiment de

bouleversement Item N° 6 comme nous avons notamment remarqué un sentiment de contrainte vis-à-vis la santé de son fœtus item N° 13 « j'ai la frousse, la touille (j'ai peur).

Synthèse

A travers notre entretien et l'échelle de l'anxiété- état de spielbeger, nous avons conclu que la patiente e présente un état d'anxiété très élevé vis-à-vis de son état physique dû a son âge avancé, suite d'une malformation congénital, manifeste chez elle des signes d'angoisse cause par un stresse intense , de peur, des idées de malheur ainsi la défaillance exprimé par des troubles d'asthénie , de sommeil et de l'appétit .

4. Présentation de quatrième cas (Lydia) :

Il s'agit de Lydia âgée de 30 ans, demeurant à Seddouk, femme au foyer et mère d'une fille unique, d'un niveau scolaire moyen, elle était enceint de son deuxième enfant, de sexe masculin, c'était la 24semaines. Elle s'est présentée au service « Gynéco- Obstétrique » de LEPH d'Akbou, pour l'avortement de son bébé malformé atteint d'une anomalie congénitale de type « hydrocéphalie ».

4.1 L'analyse de l'entretien :

Dés le début de l'entretien, Lydia s'est montrée positive, elle répondu avec exactitude et sans complexe a nos questions, nous avons compris que cette grossesse était programmée et attendue par le couple qui menait déjà une vie instable, une vie influencée par les contraintes familiales du coté de la famille de Lydia.

Au cours de tout les contrôles médicaux, le gynécologue lui cadre la vérité de son cas, c'est grâce a sa carte médicale qu'on lui a confié qu'elle découvre que son bébé est anormal selon ses dites : « mon médecin me disait que mon bébé était en bonne santé, il m'a caché la réalité de l'état anormal de mon bébé, c'est en lisant ma carte médicale que j'ai découvert cette réalité affreuse ajoutant que mon mari était en courant. »

La découverte de cette nouvelle a causé un choc violent sur Lydia, qui était forte de personnalité d'après elle : « je suis très forte, je supporte toutes les contraintes de la vie, je suis faite ainsi », mais qui n'arrivais à admettre cette réalité affreuse au point d'un coté elle se culpabilise : « peut être qu'a cause d'un manque de la foi, c'est pourquoi le bon dieu m'a

Chapitre II Présentation, analyse et discussion des hypothèses

puni de cette manière », et d'un autre côté elle se récompense par dire : « je dois accepter ce bébé tel qu'il est, c'est une vérité inévitable ».

L'état psychique de la patiente s'est dégradé du jour à autre, elle a eu des difficultés de sommeil elle dit « dès que j'ai appris la nouvelle je n'ai pas pu fermer un œil pour des nuits successives » ainsi que des troubles d'appétit : « je ne mange presque rien »

Contrairement aux autres cas, Lydia et malgré sa situation embarrassante l'idée de refaire une autre grossesse ne lui était pas impossible.

4.2 Présentation des résultats de l'échelle d'anxiété état de Spielberger : le tableau ci-dessus expose les résultats obtenus par l'échelle d'anxiété état.

Les questions	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1. je me sens calme.				1
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)				4
7. L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment			3	
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.				4
13. j'ai la frousse, la trouille (j'ai peur).		2		
14. je me sens indécise(e).				4
15. je suis décontracté (e), détend (e).		3		
16. je suis satisfait (e).	4			
17. je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse).				4
18. je ne sais plus ou j'en suis, je me sens d déconcerté, dérouté.				4
19. je me sens solide, posé (e), pondéré (e).			2	
20. je me sens de bonne humeur, aimable.	4			

Tableau N°5: l'interprétation des scores selon l'échelle de l'anxiété-état de « Spielberger »

D'après les résultats obtenus par l'échelle, on a constaté une anxiété très élevée avec une note T=71 sur 80 (le score maximum que le sujet peut obtenir). dépassé de 65 qui fournit une indication dans la position à l'échelle de l'anxiété- E.

Chapitre II Présentation, analyse et discussion des hypothèses

Au moment de la passation de l'échelle de l'anxiété-E de spielberger, Lydia a mit 11 minutes pour la compléter.

Lydia a répondu aux items exprimant la présence d'anxiété dont le corrigé indique : 2, 3,4

Pour les items, 13, (plutôt non) qui compte un score de (2).

Pour les items, 7 (plutôt oui) qui compte un score de (3).

Pour les items, 3, 4, 6, 9, 12, 14, 17, 18 (oui) qui compte un score de (4).

Donc les résultats obtenu pour l'ensemble de ces items est de 37

lydia a répondu aux items expriment l'absence d'anxiété dont le corrigé indique 1, 2, 3, 4

Pour les items 2, 5, 8, 10, 11,16, 20 elle a répondu (non) qui compte un score de (4).

Pour les items 15 elle a répondu (plutôt non) qui compte un score de (3).

Pour les items, 19 (plutôt oui) qui compte un score de (2).

Pour les items (oui) qui comporte un de (1)

Donc les résultats obtenu pour l'ensemble de ces items est de 34

On a constaté que les items qui montrent la présence d'anxiété est supérieure que celle des items qui montrent l'absence d'anxiété.

4.3 L'analyse de l'échelle :

Après l'application et les résultats du questionnaire d'auto-évaluation de l'anxiété- état de speilberger (1983), nous avons constaté que notre sujet souffre d'un niveau d'anxiété très élevé (66) qui dépasse (65).

La crainte et la peur se manifestent clairement chez Lydia, item N^o 9 « je me sens effrayé(e) et item N^o 17 « je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse).

Notre sujet exprime un sentiment de bouleversement, elle est devenu très nerveuse, colérique cela est présenté par les items N^o6 «je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e).et item N^o12 « je me sens nerveux (nerveuse), irritable. »

Par contre nous avons noté un calme et une puissance de surmonter aux difficultés, ceci explique dans l'item N° 01 « je me sens calme ».

Lydia présente une asthénie notable sur l'item N° 03 « je suis tendu(e), crispé(e) », et l'item N° 04 « je me sens surmené(e) ».

Synthèse

D'après l'analyse de l'entretien et l'échelle d'anxiété de spielberger on constate chez la patient l'existence d'une mauvaise image parental, elle n'a jamais eu de relation affective positive avec ses deux parents elle vit toujours des conflits en sein de sa famille, se qui résulte le sentiment de l'hostilité, elle souffre encore plus lorsque elle a vécu un traumatisme psychique le jour de la découverte d'une anomalie de son futur bébé, se qui accroître et aggravé son niveau d'anxiété. Tout ces événements ont contribué à bouleversé l'état d'inquiétude, l'irritabilité et une angoisse qui se manifeste par la nervosité l'agitation, le sentiment de mal être, de dégoût et de fatigue.

5. Présentation de cinquième cas (Yasmina) :

Il s'agit de Yasmina, une jeune femme âgée de 27ans qui habite à Seddouk, mère d'un enfant unique, elle travaille comme femme de ménage, issue d'une famille pauvre, son niveau d'étude est primaire. Elle s'est présentée à l'hôpital d'Akbou, au 5ième mois de sa grossesse dite malformé de type « hydrocéphalie », dans le but d'avortement.

5.1 L'analyse de l'entretien :

Yasmina accepté avec joie d'échanger avec nous, elle commence par nous assurée que sa grossesse était planifiée et bien désirée malgré les conflits familiaux, notamment entre Yasmina et sa belle mère.

Notre sujet affirme le soin et le suivi de sa grossesse n'était pas régulier, le premier était au 5^{ème} moins de grossesse dans lequel le médecin déclare la malformation hydrocéphalie du bébé. Une malformation due a des raisons non détectées par le médecin.

Le choc émotionnel s'est traduit par des pleurs sans cesse, ajoutant l'inquiétude et la peur chez la patiente selon ses dires : « j'avais peur, j'avais peur, j'avais peur tout le temps », ainsi

Chapitre II Présentation, analyse et discussion des hypothèses

que des troubles de sommeil « je ne peux pas dormir, je pense sans a son avenir ». Comme réaction, Yasmina choisit de se taire et de s'isoler du monde.

Ces troubles d'angoisse se produisent par des crises selon elle « quand je m'inquiète, je souffre des brulures d'estomac, de fièvre, fatigue, des sensations de peur et une envie de vomir à la fois ».

A la fin de l'entretien, Yasmina dit même si elle pense à refaire une nouvelle grossesse cela ne lui récompense pas la première perte.

5.2 Présentation des résultats de l'échelle d'anxiété état : le tableau ci-dessus présent les résultats obtenus par l'échelle de yasmina comme suite :

Les questions	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1. je me sens calme.	4			
2. je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sureté.			2	
3. je suis tendu(e), crispé(e)				4
4. je me sens surmené (e).				4
5. je me sens tranquille, bien dans ma peau.		3		
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.			2	
12. je me sens nerveux (nerveuse), irritable.				4
13. j'ai la frousse, la trouille (j'ai peur).	1			
14. je me sens indécise(e).				4
15. je sui décontracté (e), détend (e).	4			
16. je suis satisfait (e).		3		
17. je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse).			3	
18. je ne sais plus ou j'en suis, je me sens d déconcerté, dérouté.	1			
19. je me sens solide, posé (e), pondéré (e).	4			
20. je me sens de bonne humeur, aimable.			2	

Tableau N^o6 : l'interprétation des scores selon l'échelle de l'anxiété-état de « Spielberger »

D'après les résultats obtenus par l'échelle, nous avons constaté une anxiété élevée avec une note T=64 sur 80(le score maximum que le sujet peut obtenir).centré entre 56 et 65 qui fournie une indication dans la position a l'échelle de l'anxiété- E

Chapitre II Présentation, analyse et discussion des hypothèses

Au moment de la passation de l'échelle de l'anxiété-E de Spielberger, Yasmina a mis 7 minutes pour la compléter.

Yasmina a répondu aux items exprimant la présence d'anxiété dont le corrigé indique : 1, 3, 4

Pour les items, 13, 18 (non) qui compte un score de (1).

Pour les items, 6, 17 (plutôt oui) qui compte un score de (3).

Pour les items, 3, 4, 7, 9, 12, 14 (oui) qui compte un score de (4).

Donc les résultats obtenus pour l'ensemble de ces items est de 32

Yasmina a répondu aux items exprimant l'absence d'anxiété dont le corrigé indique 1, 2, 3

Pour les items 1, 8, 10, 15, 19, elle a répondu (non) qui compte un score de (4).

Pour les items 5, 16 elle a répondu (plutôt non) qui compte un score de (3).

Pour les items, 2, 11, 2 (plutôt oui) qui compte un score de (2).

Donc les résultats obtenus pour l'ensemble de ces items est de 32

On a constaté que les items qui montrent la présence d'anxiété est similaire à celle des items qui montrent l'absence d'anxiété.

5.3 L'analyse de l'échelle :

D'après les réponses de notre sujet, nous avons déduit qu'elle montre un état d'anxiété élevé (64), d'après les résultats des questionnaires d'anxiété état, un niveau élevé par rapport à la norme (56 à 65).

Nous avons remarqué une grande réactivité émotionnelle, chez la patiente éprouvée pas de sentiments de peine et frustration. Ainsi qu'un changement remarquable de son humeur exprimé par des crises des nerfs, colère et agitation, ce qui est confirmé dans l'item N° 6 « je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e) », et l'item N° 12 « je me sens nerveux (nerveuse), irritable », et enfin l'item N° 17 « je suis inquiet, soucieux (soucieuse) ».

Nous pouvons signaler un sentiment de doute et de soucis sur la santé de son bébé par item N° 7 « l'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment », et l'item N° 13 « j'ai la frousse, la trouille (j'ai peur), et enfin l'item N° 9 « je me sens effrayé (e).

Synthèse

D'après l'entretien et les résultats obtenus par l'échelle d'anxiété - état de spielberger, nous avons conclu que la patiente souffre d'un état d'anxiété élevé, ainsi que celle-ci présente des relations perturbantes avec sa belle famille influençant par la mauvaise situation socioéconomique, et aggrave chez elle le niveau d'angoisse, manifeste sous forme des crises des nerfs, colère agitation et la peur.

Présentation de sixième cas (Nihade) :

Nous parlons de Nihade, jeune maman âgée de 38 ans, demeurant à Tazmalt, travaille comme enseignante d'histoire- géographie, mère de trois garçons, sa situation socioéconomique est élevée. Nous l'avons trouvée au service « Akbou », Elle s'est présentée dans le but d'avorter sa grossesse malformée.

6.1 L'analyse de l'entretien :

Nihade nous a approuvé un certain transfert positif. Elle s'est montrée forte de personnalité, confiante et sur de soi.

De ce qui concerne sa grossesse, elle nous avoue qu'elle l'avait attendue depuis sept ans. En lui réservant une situation familiale aisément stable.

Sa grossesse était parfaitement suivie vu, que la patiente souffert d'une maladie chronique. C'était à la vingtième semaine que le médecin confirme la malformation au niveau de l'appareil urinaire (la vessie) de son fœtus.

Le choc était doublé sur les parents, c'était la deuxième grossesse malformée qu'ils vont subir. Notamment Nihade qui n'a pas accepté la situation, son état émotionnel était bouleversé mais elle ne l'exprime pas « vraiment toutes ses réactions montrent un sentiment d'ambivalence.

6.2 Présentation des résultats de l'échelle d'anxiété état: le tableau suivant présent les résultats obtenu par l'échelle de Nihade comme suite :

Les questions	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1. je me sens calme.	4			
2. je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sureté.	4			
3. je suis tendu(e), crispé(e)			3	
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).		3		
9. je me sens effrayé(e).			3	
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.			3	
13. j'ai la frousse, la trouille (j'ai peur).				4
14. je me sens indécise(e).	1			
15. je suis décontracté (e), détend (e).	4			
16. je suis satisfait (e).	4			
17. je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse).				4
18. je ne sais plus ou j'en suis, je me sens d déconcerté, dérouté.	1			
19. je me sens solide, posé (e), pondéré (e).			2	
20. je me sens de bonne humeur, aimable.		3		

Tableau N^o7 : l'interprétation des scores selon l'échelle de l'anxiété-état de « Spielberger »

Lors de l'analyse des résultats obtenus par l'échelle, on a remarqué une anxiété très élevé avec une note T=66 sur 80(le score maximum que le sujet peut obtenir).dépassé de 65 qui fournie une indication dans la position a l'échelle de l'anxiété- E.

Chapitre II Présentation, analyse et discussion des hypothèses

Au moment de la passation de l'échelle de l'anxiété-E de spielberger, Nihad a mit 10 minutes pour la compléter.

Nihade a répondu aux items exprimant la présence d'anxiété dont le corrigé indique : 1, 3,4

Pour les items, 14, 18 (non) qui compte un score de (1).

Pour les items, 3, 6, 9, 12 (plutôt oui) qui compte un score de (3).

Pour les items, 4, 7, 17, 13 (oui) qui compte un score de (4).

Donc les résultats obtenu pour l'ensemble de ces items est de 30

Nihade a répondu aux items expriment l'absence d'anxiété dont le corrigé indique 1, 2 ,3

Pour les items 1, 2, 5, 10, 11, 15, 16 elle a répondu (non) qui compte un score de (4).

Pour les items 8, 20 elle a répondu (plutôt non) qui compte un score de (3).

Pour les items, 19 (plutôt oui) qui compte un score de (2).

Donc les résultats obtenu pour l'ensemble de ces items est de 36

On a constaté que les items qui montrent la présence d'anxiété est inférieure que celle des items qui montrent l'absence d'anxiété.

6.3 L'analyse de l'échelle :

Après l'utilisation de l'échelle, nous avons constaté que notre cas souffre d'un niveau d'anxiété très élevé. Et les résultats du questionnaire d'auto-évaluation de l'anxiété montrent que son niveau d'anxiété est de (66) qui dépasse (65), donc indiquent un niveau d'anxiété très élevé.

D'après l'analyse des résultats qu'on a obtenus avec Nihad , nous avons constaté qu'elle présente des signes d'angoisses qui apparaîtront par des douleurs et la fatigue, se confirme par l'item N° 04 « je me sens surmené(e).

M^{me} Nihad manifeste des changements émotionnels qui se marqués par des nerfs intense, et d'inquiétude dévoilé par des changements d'humeurs exprimés par une nervosité fréquente, sentiment de colère, ceci se présente par item N° 12 « je me sens nerveux (nerveuse) irritable », et l'item N° 17 « je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse), tout ces

changements l'ont bouleversé par l'item N⁰⁷ « l'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment »

Synthèse

A travers l'entretien et les résultats obtenu dans l'échelle de l'anxiété -état, on a conclu que la patiente souffre d'un état d'anxiété très élevé, elle envahie par des revivances angoissantes s'impose à elle surtout pendant la découverte d'une malformation congénitale, Elle essaye d'éviter tous les spectacles qui évoquent l'événement traumatique de terme « malformation congénitale », elle est devenue très angoissante, irritable, perturbante, et inquiète, et une tendance à fuir, ce qui résulte chez la patiente un niveau d'angoisse très élevé manifeste par des divers symptômes comme la fatigue, trouble de sommeil et d'appétit.

Discussion des hypothèses

Après l'analyse des résultats, nous avons procédé à une discussion des hypothèses.

Discussion de la première hypothèse (générale)

« Une malformation congénitale peut provoquer des réactions d'angoisses pendant la grossesse ».

D'après les résultats obtenus et l'analyse des données de chaque cas, nous avons constaté que les femmes enceintes présentent un état d'angoisse, d'anxiété, de stress éprouvé par l'agitation, la fatigue, un trouble de sommeil, par le changement et le bouleversement de leur irritabilité, qui sont manifestés au cours de l'annonce de la malformation. Parmi nos six cas, nous avons trouvé quatre cas sur six cas leur anxiété était très élevée, il y a un seul cas sur six cas qui présente une anxiété élevée, et un seul cas sur six cas leur anxiété moyenne. De ce fait on peut dire que notre hypothèse générale est relativement confirmée.

Discussion de la deuxième hypothèse (secondaire)

« Le refus d'une malformation congénitale présente un état d'angoisse qui se différencie d'une femme à une autre. »

Après la lecture des contenus de chaque entretien et l'interprétation des résultats de l'échelle de l'anxiété de Spielberger, nous pouvons constater que toutes les femmes souffrent de différents niveaux d'angoisse, en effet nous avons remarqué qu'il existe des différences significatives au niveau de ce dernier, qui s'exprime à des degrés différents selon le groupe de recherche. Les cas qui représentent un état d'angoisse très élevé selon l'échelle d'anxiété montrent le premier cas Manel, troisième cas Ferroudja, quatrième cas Lydia et sixième cas Nihad. Le cinquième cas Yasmina, représente un état d'anxiété moyen et ce qui concerne les femmes qui ont un niveau d'anxiété moyen : deuxième cas Ouarda. Ainsi nous avons déduit chez les cas étudiés que leurs pensées sont pas centrées seulement au moment de l'acceptation de cette anomalie congénitale, mais aussi de ce qu'il peut y arriver à la naissance. De ce fait on peut annoncer que notre hypothèse secondaire est confirmée.

Synthèse

A partir de l'analyse faite pour chaque cas, on peut conclure, que la majorité des femmes qui présente une grossesse malformé, souffre d'une anxiété très élevé, liée a une série de facteurs, relatif a la peur , des souci concernant la santé de leur bébé malformé.

Conclusion

De nombreuses craintes sont présentées à l'esprit des femmes concernant leurs future grossesse ont fait en sorte qu'elles manifestent une souffrance psychique : elles ne peuvent plus intégrer l'information que leurs bébés seront anormales, ou encore l'idée de refaire une autre grossesse.

Cependant cette situation inhabituelle démontre aussi que l'anomalie congénitale lors de la grossesse a eu des répercussions sur l'état de santé psychique qui éprouve chez ces femmes un état d'angoisse.

Pour étudier l'état d'angoisse chez les femmes atteintes d'une grossesse malformée, nous avons effectué notre recherche au niveau de l'unité hospitalière « mère enfant » de CHU de Bejaia, et au service « gynéco-obstétrique » de LEPH d'Akbou, auprès d'un groupe de recherche constitué de six femmes souffrantes d'une grossesse malformée, et pour écrire cet état d'angoisse, nous avons adopté la méthode descriptive qui se fonde sur l'entretien semi-directif profond dans l'étude de chaque cas, ainsi que l'échelle d'anxiété qui est un questionnaire d'auto-évaluation de C.D de spielberger (inventaire d'anxiété Etat-Trait forme Y-A), qui sert à mesurer et estimer l'état d'angoisse des femmes enceintes durant leurs grossesse, ces outils nous avons permis de vérifier les hypothèses que nous avons présenté au début de notre étude.

Dans le cadre de cette recherche, nous avons essayé d'évaluer l'état d'angoisse chez ces femmes pendant leur grossesse malformée, relativement à l'hypothèse générale est les résultats obtenu de notre étude, la malformation congénitale peut provoquer des réactions d'angoisse durant cet période. Ils ont montré que l'état d'angoisse très élevé est détecté chez la majorité des cas, se qui relève que notre hypothèse générale est confirmée, Néanmoins,

Concernant l'état d'angoisse qui se diffère d'une femme à une autre, montre que cet état est élevé, mais cela ne veut pas dire que ses femmes ont toutes les mêmes niveaux d'angoisse tout dépend les différences individuelles, et les traits de la personnalité de chacune, se qui signifié que notre hypothèse secondaire est confirmé.

A cet effet, nous avons noté que plusieurs femmes ont présenté de problème de santé psychique comme des difficultés de sommeil, des problèmes d'appétit et la fatigue. Egalement, elles ont souffert d'un état de choc d'angoisse et de détresse psychologique, de trouble de l'humeur. Certains entre elles se sont isolées des membres de leur entourage et ont cessé de fréquenter le réseau social habituel à la suite de malheur.

Nous souhaitons, que cette présente étude sera une collaboration à de nouvelles études ultérieures, pour bien éclairer et pour comprendre en profondeur et analysé la réalité des femmes enceintes souffrantes d'une malformation congénitale pendant leur grossesse.

La liste
Bibliographie

La liste bibliographique

La liste des ouvrages :

- 1-**ANGERS Maurice, Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines, Casbah, Alger.1997.
- 2-**ARBEILLE. P et al, Technique en obstétrique, Paris, 1997.
- 3-** ASSOUN, PAUL-LAURENT, Leçon psychanalytiques sur l'angoisse, 3^{eme} édition, économique, Paris, 2006.
- 4-** BADINTER. E, La Grossesse et la naissance, L'amour en plus, Pris, Flammarion, 1980.
- 5-** BAUDET-J, RONAYETTE, Généralité sur les malformations congénitales, Obstétriques Pratique, Paris, 1990.
- 6-**BENONY.H, CHAHRAOUI. K, L'entretien clinique, DUNOD, Pris, 1999.
- 7-**BERTHIER NICOLE, Les technique d'enquête en sciences sociales, (méthode et exercices corrigés), 4^e édition, Armand colin, Paris, 2010.
- 8-** CHABERTE CATHERINE, le rorschach en clinique adulte, (interprétation psychanalytique), édition, DUNUD, Paris, 1983.
- 9-**CHAHRAOUI. K et al, Méthode, évaluation et recherche en psychologie clinique, Paris, Dunod, 2003.
- 10-** CHARLISH ANNE, Je veux être maman, (se donner toute les chances d'une grossesse heureuse), Octopos (Hachette livre), France, 2004.
- 11-** CHILAND. C, L'entretien clinique, PUF, QUADRIGE MANUEL, Paris, 2008.
- 12-** DELAY MARIE - CLAUDE, Le guide de la femme enceinte, édition Hachette livre(Marabout) ,2014.

- 13-** FREUD. S, Introduction a la psychanalyse, Tome II, édition de groupe, 1921.
- 14-** FRYDMAN. R, Attendre bébé, édition Hachette livre, 2010.
- 15-** FRYDMAN, COHEN-SOLAL, Ma grossesse mon enfant, (le livre de la femme enceinte), édition Odile Jacob, 1989.
- 16-**GRAWITZ Madeline, Méthodes des sciences sociales ,11^{ème} éd, Dalloz, Paris.2001.
- 17.** HADJAM .R, Etre femme en bonne santé, (de la puberté a la ménopause, des réponses a toute vos questions), édition -D-C- OMEGA, Alger.
- 18-** HALLOT ISABELLE, La grossesse, (en 200 questions), Edition Hachette livre ,2010
- 19-** HAYNAL. A, et al, Médecine psychosomatique, Masson, Paris, 1997.
- 20-** HUCH. A, BENZ.J, Checklist obstétrique, édition, vigot, paris, 1995.
- 21-**JEAN PIERE et al, Guide pratique de psychogériatrie, 2^e édition, MASSON, 1999.
- 22-** KACHA FARID, Psychiatrie et psychologie médicale, 2^e édition, Printed in Algeria, 2002.
- 23-** LANGMAN. J, Embryologie médicale, (développement humain normal et pathologique), 2^{ème} édition Masson, Paris, 1994.
- 24-** LAPLANCHE.J.et al, Vocabulaire de la psychanalyse, 1^{er} édition, France, 1967.
- 25-** LAVEYSSIERE, M-T, Freud choix de textes, édition, paris, 2003.

26- MARSON PASCALE, 25 mots clés de la psychologie et de la psychanalyse, édition Maxi- Livres, 2004.

27- MENECHAL JEAN, Introduction à la psychopathologie, Dunod, Paris, 1997.

28- QUINODOZ.J.M, La solitude apprivoisée, (l'angoisse de séparation en psychanalyse), 2^{ème} édition, Paris, 2002.

29- RONCOUL. C, et al, Annonce de la malformation et du handicap avant et après la naissance, édition, Pédiatre, 1999.

30- SECHAUD EVELYNE et coll. Psychologie clinique, (approche psychanalytique), DUNOD, Paris, 1999.

31- SOUBIEUS, M J, Annonce d'une malformation in utero, édition Pédiatre Péuri, 2004.

32- 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.

33- TEISSIERE.E, Aspect psychologiques du dépistage des anomalies chromosomiques du premier trimestre, édition Gynécol Obstét Fertil, 2002.

Les dictionnaires :

34-BLOCH. H, Grand dictionnaire de la psychologie, Larousse, Paris, 1991.

CHARRON CAMILO, et al, Dictionnaire la psychologie de A à Z, (500 mots pour comprendre), Dunod, Paris, 2007.

35- DELAMARE GARNIER, Dictionnaire illustré des termes de médecine, 28^e édition, Maloine, 2004.

36- Dictionnaire Français, Larousse-Bodos, 1997.

37- QUEVAUVILLIER JACQUES, Dictionnaire médical, 6^e édition, Masson, 2009.

38-SILLAMY Norbert, Dictionnaire de psychologie, Larousse, Paris, 2003.

39- SILLAMY Norbert, Dictionnaire usuel de psychologie, Paris, 1983

Les encyclopédies :

40-FAUQUET.E.et al, Dictionnaire Hachette encyclopédique, Hachette livre, Paris, 1997.

Les articles et revue :

41-COULYBALY et al, Etude épidémiologique des malformations congénitales dans l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de CHU de cocody médecine d'Afrique noire, 1997, vol 44.

42-MISSENIER SYLVAIN, Grossesse, stress et psychanalyse un débat primordial, la psychiatrie de l'enfant, volume : 55/ 2012.Sous press.

43- ROBERT GNANSIA.E, et al, le registre France centre -est de malformation congénitale .environnement, risque et santé, 2005, vol.4, n^o 6.

Les thèses :

44-DEDECKER. F, et al. Étude des facteurs de risques obstétricaux, dans le suivi de 365 grossesses primipares adolescentes à l'île de la Réunion. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2005.

45- H. HAMADA, et al. Grossesse et accouchement chez l'adolescente : caractéristiques et profil, à propos de 311 cas. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2004.

46- LOCILE JEROME, La grossesse chez les adolescentes, 2010.

47- ROUSSELLO MARIE-CECILE, Prise en charge et accompagnement des parents lors de l'annonce d'un diagnostic anténatal. Gynecology and obstetrics. 2011.

Les cite internet :

48-[http //WWW.santé medecin.net/malformation de Dandy- Walker- définition](http://WWW.santé medecin.net/malformation de Dandy- Walker- définition), consulté le (17 /02/2015), 11 :50.

49-[http//WWW.institu de veille sanitaire, les malformations congénitales du petit garçon en longue doc-Roussillon](http://WWW.institu de veille sanitaire, les malformations congénitales du petit garçon en longue doc-Roussillon), consulté le (31/01/2015).14 :15

50-<Http//www. Angoisse et les trouble anxieux/ PDF.mht>. (consulté le 8 /04/2015) 16 : 05

51-<Http//www.anxiété, angoisse, stress et dépression en Hormonologie / PDF.mht>. Théodore- yves nassé (8/04/2015).10 :20

52-<Http/ la grossesse réserve parfois des surprises prendre soin de votre santé mentale avant et pendant la grossesse. PDF>. Consulté (26 / 04/2015) 7 : 55.

Annexes

ANNEXE I

Le guide d'entretien (semi-directif) :

AXE I : Les caractéristiques personnelles

- 1) Nom
- 2) Prénom
- 3) Age
- 4) Adresse
- 5) Profession
- 6) Niveau scolaire : moyen secondaire universitaire
- 7) motif d'admission
- 8) Antécédents médicaux
- 9) Antécédents psychiques
- 10) Situation socio-économiques : faible moyen élevée
- 11) situation matrimonial « nombre d'enfants »
- 12) Le mois de grossesse
- 13) le sexe de bébé

AXE II : Le déroulement de la grossesse

- 1) Est- ce que c'est une grossesse désiré ou non désiré ?
- 2) Est -ce que cette grossesse est désirée par votre marie ?
- 3) Comment vous vivez avec votre marie ? autrement dit étiez-vous contente ?
- 4) Est- ce que votre relation de couple est changé au cours de cette grossesse ?
- 5) Quelles sont les effets de vos sentiments et de vos symptôme sur votre grossesse et vos relation avec les autres ?
- 6) Est- ce que vos symptôme son très graves ?

7) Avez-vous déjà pris des médicaments pour traiter ce genre de symptôme ?

8) Avez-vous souffert d'une maladie au cours de la grossesse ?

Laquelle ? (anémie, hypertension artérielle, rubéole)?

AXE III : le vécu de malformation congénitale :

1) À quel mois vous- avez découvert que votre bébé est malformé ?

2) Est-ce que vous connaissez le type de malformation ?

3) Quelles est la cause selon votre médecin traitant ?

4) Avez-vous des idées d'avortés ?

AXE IV : L'état d'angoisse pendant la grossesse :

1) Quelle est votre réaction au moment de l'annonce que votre bébé est malformé ?

2) Comment vous vous sentez en ce moment ?

3) Comment la famille de votre marie a réagi quand elle a reçu la nouvelle ?

4) Pouvez-vous me dire comment est votre relation avec votre famille ?

5) Quelle sont les personnes qui vous donnent un soutien pendant cette période ?

6) Avez-vous souffert des troubles de l'humeur, de perte d'appétit ?

7) Etiez-vous angoissée depuis le début de la grossesse ou bien au moment de la découverte de la malformation ?

8) Vous sentez vous maussade, triste, irritable, désespéré ?

9) Avez –vous des craintes vis-à-vis de la santé de votre bébé ? Avez-vous peur de réfère une autre grossesse ?

ANNEXE II

QUESTIONNAIRE DAUTO- EVALUATION DE C.D.SPEILBERGER et AL.

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

Nom :
Age
Date de passation :

Prénom :
Sexe : féminin

E	T

Consignes : Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données dessous. Lisez chaque phrases, puis entourez, parmi les 4points a droite, celui qui correspond le mieux a ce que vous ressentez A L' INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT .il n'ya 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 sureté... | | | | |
| 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 a 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 sui décontracté (e), détend (e)..... | | | | |
| 16. je suis satisfait (e)..... | | | | |
| 17. je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse)..... | | | | |
| 18. je ne sais plus ou j'en suis, je me sens d déconcerté, dérouté..... | | | | |
| 19. je me sens solide, posé (e), pondéré (e)..... | | | | |
| 20. je me sens de bonne humeur,aimable.... | | | | |

ANNEXE III

CORRIGE

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 correspondant au cercle fait par le sujet sur la feuille de réponses. 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