



REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche

Scientifique

Université A. MIRA – BEJAIA

Faculté de SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

Département de sciences sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme

Master

En psychologie clinique

Thème

**Le stress vécu au cours de
l'accouchement chez les femmes
césarisées**

Etudiants

HADDOUCHE ALDJIA

BOULKOUANE HASSINA

Encadreur

Dr.LAOUDJ

Promotion 2020

Remerciements

*Nous tenons à remercier **DIEU** le tout puissant de nous avoir donné la volonté et la patience de réaliser ce travail.*

*Nous remercions également et sincèrement notre promoteur **Dr.LAOUDJ** pour nous avoir fait l'honneur de nous encadrer, et nous avoir indiqué les valeurs du travail avec sa simplicité, son enthousiasme et ses précieux conseils tout en offrant une grande liberté dans la réalisation de ce travail.*

A nos chers parents pour leur soutien tout au long de nos études.

*On remercie également le Directeur de l'hôpital « **Akloul Ali** » d'Akbou, et la Psychologue **Mm ARBANE** pour son orientation et sa disponibilité durant notre recherche, ainsi que la gynécologue, les sages-femmes et les infirmières pour le soutien qu'elles nous ont apporté.*

Enfin, nos remerciements s'adressent à toutes les personnes qui ont contribué de près et de loin à la réalisation de ce travail.

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail :

A la source qui déborde, la personne devant laquelle tous les mots de l'univers sont incapables d'exprimer mon amour et mon affection pour elle, à l'être qui m'est le plus cher, à ma douce mère ;

A la personne de qui je tire, la patience et le courage, j'ai pris la persévérance, celle qui m'a planté l'art de la réussite, à mon père ;

A mes frères : Zidane et Massinissa pour leurs encouragement et leurs soutien ;

A mes sœurs : Saida et Yasmina pour l'aide qu'elles m'ont apporté;

A toute ma famille ;

A mabinôme Hassina pour son respect et sa confiance ;

A mes amies pour le réconfort qu'elles m'ont apporté.

A tous qui ont contribués de proche ou de loin à l'élaboration de ce modeste travail.

ALDJIA

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail :

A la source qui déborde, la personne devant laquelle tous les mots de l'univers sont incapables d'exprimer mon amour et mon affection pour elle, à l'être qui m'est le plus cher, à ma douce mère ;

A la personne de qui je tire, la patience et le courage, j'ai pris la persévérance, celle qui m'a planté l'art de la réussite, à mon père ;

A mes frères : Youcef, Hamid, Moussa, Karim, Badis

A ma chère sœur Salima ;

A mes chers oncles : Salah, Amar, Hachemi ;

A mes chères tantes : Malika, Hassina, Louiza, Ouardia, Houria ;

A toute la famille BOULKOUANE ;

A ma binôme Aldjia pour ses efforts, son respect et sa confiance ;

A mes amies : Assia, Hanane, Lydia, Wafaa, Nadine, Souad, Radia, Katia, Mouna pour le réconfort qu'elles m'ont apporté.

A tous qui ont contribués de proche ou de loin à l'élaboration de ce modeste travail.

HASSINA

Introduction

Introduction générale :

Le stress est dans tous les discours car il constitue un risque de santé publique, un problème économique, un phénomène social et souffrance psychosomatique dans sa globalité, il est le résultat d'un facteur déclenchant ainsi tout le monde concerné par ce phénomène.

Le stress est considéré comme le nouveau mal de siècle, c'est un phénomène extrêmement complexe qui constitue le principale problème en matière de santé mental, est l'un des événements les plus nuisibles pour la santé car il est présent presque dans de nombreuses pathologies, soit comme un facteur déclenchant soit comme un facteur aggravant.

Le stress chez les parturientes est le deuxième risque le plus important que l'on associer à la période périnatale, ils entendent l'une des fortes tensions émotionnelle qui se prolonge avec le temps, cette tension peut être causée par la peur, la colère, le chagrin, la jalousie ou l'envie.

La grossesse considérée comme étant un état de la femme désiré d'avoir un enfant et d'être maman qui attend un bébé avec la joie, elle se passer par un stress à savoir l'histoire personnelle de chacune.

D.PINES, durant la grossesse la femme doit affronter plusieurs adaptations et transformations déclenchées par les changements somatiques et psychiques.

L'accouchement est un acte, une expérience, un événement tant psychique que physique, dont en principe la césarienne est une intervention chirurgicale dont l'objectif principale est de sauver la mère et/ou l'enfant quand l'accouchement par voie basse est d'emblée impossible ou le devient par la suite.

Nous voulons aborder dans notre thème de recherche ; le stress chez les femmes césarisées au cours de l'accouchement pas seulement comme malaise organique mais aussi prendre en considération leurs souffrance émotionnelles et déséquilibrent selon leurs plan physique et psychique.

Pour entamer notre recherche nous avons décidé de repartir le travail en deux parties : la partie théorique ; le premier chapitre intitulé (le stress) consacré pour les définitions du stress, un aperçu historique, les symptômes et les différents modèles du stress. Dont le deuxième chapitre est consacré pour (l'accouchement par césarienne) ; le déroulement de l'accouchement, les différents types de l'accouchement et ses étapes.

Enfin, la partie pratique ; on a choisissons une méthode purement clinique, l'entretien clinique et l'application de l'échelle : le SASRQ (Standard Ford acute réaction stress questionnaire), et on termine avec la présentation et l'analyse des données, discussion des hypothèses afin de comprendre la problématique posé, et la conclusion générale.

Partie théorique

Chapitre I

Le stress

Préambule :

Le stress est un terme complexe qui englobe un grand nombre de réactions, telle que le stress léger, la détresse, l'angoisse et la dépression. Est l'état de tension chronique (à la fois physique et psychique) qui découle d'une façon inadéquate de gérer la pression (psychique) pendant une période prolongée.

Dans nos cultures modernes, le stress est devenu à force presque un phénomène banal avec lequel chacun vit tant bien que mal. Le stress n'est en effet pas anodin et doit être sérieusement pris en considération parce qu'il peut affecter gravement notre santé physique et mentale.

1- Les définitions de stress :

1-1- Le stress :

Est défini par « le petit Robert » dans son acceptation scientifique comme : « la réponse de l'organisme aux facteurs d'agression physiologique et psychologique ainsi qu'aux émotions qui nécessitent une adaptation ». (Servant.D. et Parquet.ph.1995, p40)

Un ensemble des réactions d'un organisme soumis à des pressions ou contraintes de l'environnement, ces réactions dépendent toujours de la perception qu'a l'individu ; des pressions qu'il ressent.

- Selon la définition médicale ; il s'agit d'une séquence complexe de situations provoquant des réactions physiologiques, psychosomatiques.
- Dans le langage courant, on parle de stress positif (enstress en anglais), ou négatif (distress). Donc le stress est un mécanisme de réponse pouvant amener différentes émotions dont ; l'anxiété.

1-2- Etymologie du mot stress :

Le mot (stress) est un terme qui exprime à la fois l'agression subie par l'organisme et la réaction de ce dernier.

De l'anglais « stress » ; (effort intense) ; lui-même issu en partie de la réduction du moyen français « détresse » (contrainte affliction, détresse) et en partie de l'ancien français « estrece » ; (étroitesse, oppression) voir éteindre et étrécir.

Du latin stringere (serrer, comprimer, resserrer)

Stress : nom masculin ;

Réaction à une agression par un agent extérieur, dont l'intensité dépend à la fois des facteurs internes à l'entité stressée.

1-3- Le stress en psychologie :

Le stress se définit comme une réponse à un événement particulier avec pour objectif d'être prêt à faire face à une situation difficile en mobilisant force, concentration, endurance et vigilance accrue. Le corps réagit à une situation spécifique se produisant autour de lui en libérant des substances chimiques dans le sang.

Pour faire face à cet état de stress et de pression, l'organisme secrète des hormones comme l'adrénaline, la pression artérielle augmente, le rythme cardiaque et la respiration s'accélèrent.

Le stress est une sorte de mécanisme de défense qui peut aider l'individu à être réactif, à prendre des décisions face à une situation.

«**Grespy, 1984** » Définit le stress comme étant qualifié de générateur de pathologies, mobilisation de l'organisme tout entier pour apporter une réponse à des agressions environnementales. Cette mobilisation, si elle est souvent imposée, va engendrer progressivement une usure et une dégradation des organes et fonctions concernées.

« **Susan Folkman, 1984** » Définit le stress comme une transaction entre la personne et l'environnement dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être.

Selon « **Hans Selye** » Le stress passe par trois (03) phases : La réaction d'alarme, le stade de résistance, le stade de l'épuisement. (Raoul Vaneigem. 1967, Folioactuel, p.98)

« **Turcotte, 1982** » définit le stress comme le résultat de transactions entre la personne et son environnement. La source de stress peut être positive (opportunité) ou négative

(contrainte) et avoir pour résultat la rupture de l'homéostasie psychologique ou physiologique, l'enjeu de situation doit être important et sa résolution comporter une certaine dose d'incertitude, de plus le stress déclenche des émotions et mobilise les énergies de l'organisme. Du côté des caractéristiques de l'individu, il semble important de tenir compte de ses habilités et ressources de même que de ses besoins. (Delaunoy.M, 2001, p10)

Selon « **Stephane** » (1973), le stress psychologique ne peut être défini simplement en terme de stimulation exercé par l'environnement désagréable, si perturbateur soit-il. Le même événement peut entraîner des réponses tout à fait différentes chez deux sujets, voire chez le même sujet en des circonstances différentes.

- D'après les différentes définitions, ce mot est souvent attaché à « quelque chose » qui le définit ;

Stress physiologique ou « systémique », stress « psychologique » et « stress social », lié à la rupture de l'unité sociale du système.

Le sens du terme **stress** reste néanmoins aussi complexe que vague. (Pierluigi.G, 2005, p10)

2- Aperçu historique :

Le terme « **stress** » a été d'abord employé par « Hans Selye » ; lorsqu'il complétait ses études médicales à l'Université de Montréal dans les années 1920. Il avait remarqué que tous les patients peu importe ce dont ils souffraient, avait quelque chose en commun ; ils avaient tous un air malade, selon lui ils subissent tous un stress physique due à la maladie. C'est ainsi qu'il a suggéré la première définition du stress ; une contrainte non spécifique sur le corps causée par des irrégularités dans son fonctionnement normal (non spécifique) car n'importe quelle maladie peut causer cette contrainte.

En 1928 Cannon, parle du stress émotionnel, il insiste sur le rôle des facteurs psychologiques (émotions) dans les processus d'adaptation ; pour lui la réponse au stress fait partie d'un système unifié corps-esprit dans lequel l'excitation physiologique et

l'expérience émotionnelle sont concomitantes. Il publie à cette époque un ouvrage intitulé « la sagesse du corps ».

En 1935, Walter Canon ; évoquait la sécrétion d'adrénaline en réponse à la peur et à la fureur. (Canon, w. the wisdom of the body) 1932.

Canon démontrait le mécanisme de sécrétion de l'adrénaline qui permet à l'organisme de faire face aux changements extérieurs et intérieurs.

En (1946) Hans Selye, utilise le terme « stress » lors d'une conférence à Paris, la réaction d'adaptation l'aide d'un bon stress et d'un mauvais stress. (Grebout.E, 2008, p07)

A partir de 1970, la définition du stress s'est élargie, on est passé d'un modèle purement physiologique et biologique à un modèle plus complexe, mais plus proche de la réalité ; le modèle biopsychosocial.

Dans cette perspective, le stress a été défini en 1984 par LAZARUS et FOLKMAN ; comme une transaction entre la personne et l'environnement dans laquelle la situation est évaluée comme débordant les ressources d'un individu et pouvant mettre en danger son bien-être.

3- Les types de stress :

L'origine des agents stressants, leur accumulation ainsi que la fréquence et l'intensité de l'exposition peuvent engendrer différentes formes de stress.

3-1- Le stress aigu :

Est la forme la plus répandue, il dure généralement moins d'une heure et trouve son origine dans les pressions récentes et dans pressions à venir, il peut être excitant et même bénéfique dans certaines situations mais trop de stress peut provoquer des troubles psychologiques, des maux de tête, des maux d'estomac et d'autres symptômes directement liés au stress.

Le stress aigu correspond à la réaction de l'organisme face à une situation ponctuelle ou imprévisible, les symptômes de stress s'arrêtent généralement peu de temps après, il peut donc être utile afin de nous aider à faire face à une situation. (Lebel, G.2011p.12)

Les symptômes et les origines du stress aigu peuvent être identifiés par tout le monde, c'est la liste de toutes les choses qui peuvent nous mettre « un coup de pression » dans notre quotidien.

(Elisabeth,G ,2009 p.17)

En raison de sa courte durée, le stress aigu n'a pas assez de temps pour causer des troubles plus grave associés au stress à long terme ainsi, les symptômes du stress aigu les plus répondus sont :

- un changement émotionnel
- colère, irritabilité et déprime
- des problèmes musculaires et un rythme cardiaque accéléré

3-2- Stress aigu répétée (ou continue) à des agents et sources de stress :

Les personnes atteintes du stress aigu répété, font souvent preuve d'un tempérament irritable, d'anxiété et de nervosité.

Elles se décrivent souvent comme étant une boule d'énergie nerveuse en mouvement.

Une autre forme de stress aigu répétée provient d'un sentiment d'inquiétude permanent, cela revient à imaginer des désastres à chaque coin de rue...le monde est un endroit dangereux dans lequel quelque chose d'horrible est toujours en train de se produire.

Généralement les personnes ayant ce modèle de pensée présentent les premiers symptômes d'un état de trouble anxieux et de dépression. (Elisabeth.G.2009p.18)

3-3- Le stress chronique :

Il est prolongé et répétée ; le stress chronique fait partie de la vie quotidienne, de par son apparition systémique : il est la conséquence d'une exposition répétée et/ou continue a des sources de stress.

Notre système n'est pas fait pour maintenir un état de surexcitation continu, et doit avoir des périodes de récupération. Le stress chronique maintien les mécanismes mis en jeu pour faire face à une situation ce qui épuise le système et entraine des effets néfaste pour la santé.

(Lebel.G, 2011.p12)

Le stress chronique est plus dangereux pour la santé, il engendre des troubles anxieux persistants et peut conduire à la dépression.

Les symptômes du stress chronique peuvent varier de l'anxiété, la dépression, l'isolement social, maux de tête, les douleurs abdominales, manque de sommeil ou mal de dos et les difficultés de concentration.

Cependant « l'état de stress aigu » et « l'état de stress chronique » n'ont pas les mêmes conséquences sur la santé, autant qu'un phénomène d'adaptation du corps face à une situation.

4- Les symptômes de stress :

Le stress découlent certains symptômes ;

Ces symptômes sont repartis en plusieurs catégories :

4-1- : Symptômes physique et comportementaux :

- Actes agressifs ou violents
- Fatigue constante
- Trouble de l'alimentation et la modification des conduites alimentaires, consommation accrue de tabac, de caféine, de sucre, de chocolat, l'alcool...
- Palpitation cardiaque (la réaction chimique du stress entraîne en fait une accélération du rythme cardiaque, ce qui peut mener en cas du stress durable à des palpitations cardiaque)
- Addictions
- Absentéisme
- Evitement de certaines situations

4-2- Symptômes psychique et émotionnel :

- Sentiment permanent de tension (du fait de la réaction chimique au stress, le corps comme l'esprit se trouve sous tension un long moment)
- Irritabilité et crise de larme (pleurer ou être déprimé)
- Sensibilité, névrose et inquiétude
- Diminution de la confiance en soi et baisse de libido
- Faible estime de soi

- Isolement social

4-3- Symptômes cognitifs et intellectuel :

- Augmentation des erreurs et diminution du niveau de prestation
- L'hésitation
- Difficulté de concentration, erreurs de raisonnement, oublis, l'indécision, difficultés à prendre des décisions, douleurs de la perception négative de la réalité (Lebel, G.2011, p13)
- La désorganisation

4-4- Symptômes somatique :

- Douleurs musculaires, crampes
- Troubles de sommeil
- Troubles de l'alimentation (anorexie, boulimie...)
- Problèmes digestifs
- Maux de tête et de dos
- Vertiges, souffle court...etc.

5- Les facteurs de risque du stress :

C'est-à-dire les situations contraignants qui favorisent l'apparition et l'état de stress pathologique, indissociable des processus d'adaptation. (J.piaget.Bloch,Depret,E.et al,2002)

Dans le stress psychologique, la réaction individuelle dépend de la signification consciente et inconsciente qu'on attribue à l'évènement.

Il est nécessaire de reconnaître les facteurs de risque du stress, parmi ses facteurs :

5-1- Les situations:

Certaines situations peuvent être considérées comme des facteurs de risque du stress, ce peut être par exemple une soudaine augmentation de la charge de travail qui déclenche le stress.

Les situations qui comportent des facteurs de risque du stress peuvent même être des frustrations de la vie de tous les jours.

Le stress excessif ne se forme en générale pas en quelques jours, ce sont souvent des périodes plus longues.

5-2- La personnalité:

La personnalité est un facteur pouvant avoir une forte influence sur les facteurs de risque du stress.

Les mécanismes cognitifs du stress sont en partie déterminés par la personnalité.

La réaction d'un individu face à une situation stressante est déterminée par sa propre personnalité

La personnalité recouvre les comportements, les pensées, les sentiments ainsi que les normes et valeurs d'une personne ; tout le monde ne réagit pas de la même façon à une même situation.

5-3- L'environnement:

L'environnement joue également un rôle important,

Problèmes familiales tels que : (divorce, séparation, décès...), les problèmes sociale et professionnel.

Il existe en fait des éléments qui contrebalancent le stress, tel qu'une bonne vie sociale.

6- Les conséquences de stress :

6-1- Les conséquences physiologiques de stress :

Au niveau cardiovasculaire :

- Augmentation de la fréquence cardiaque
- Dilatation des vaisseaux sanguins au niveau des muscles
- Dilatation pupillaire

Au niveau respiratoire :

- Augmentation de la fréquence et de la profondeur de la respiration

Au niveau musculaire :

- Augmentation du tonus

Au niveau cutané :

- Rétrécissement des vaisseaux sanguins
- Augmentation de la sudation

Au niveau digestif :

- Diminution de la motilité digestive(ou parfois l'inverse)

Au niveau sanguin :

- Diminution du temps de coagulation
- Augmentation de la glycémie (Schower.M, 1999, p22)

6-2- Les conséquences psychologiques :**Effets cognitifs :**

- Augmentation de la distractibilité (on perd souvent le fil de ce qu'on est en train de penser ou dire, même en plein milieu d'une phrase)
- Difficultés de prévoir la vitesse de réaction
- Détérioration de la capacité d'organisation et de la planification

Effets émotionnels :

- Augmentation de l'hypocondrie
- Augmentation des tensions physiques et psychologiques
- Modification de certains traits de personnalité
- Affaiblissement des contraintes d'ordre moral ou émotionnel
- Apparition de la dépression et des sentiments de désespoirs

7- Les différents modèles de stress :

7-1- Le modèle spécifique de H. Selye 1956 :

Pour H.Selye (1956), le stress est la réponse de l'organisme aux exigences de l'environnement. Le stress correspond à des manifestations organiques non spécifiques, en réponse à une agression physique.

L'ensemble de ces réponses non spécifiques est provoqué par un agent agressif physique entraînant des réponses stéréotypées quel que soit l'agent.

H.Selye, a élaborer un modèle théorique « Le syndrome général d'adaptation » SGA ; qui précise qu'à la suite d'un stress, l'organisme a pour objectif de rétablir l'homéostasie.

Le syndrome général d'adaptation se décompose en 03 trois stades ou phases :

- **La phase de la réaction d'alarme** : est une phase de mobilisation des ressources hormonales ;

L'organisme mobilise toutes ces ressources pour faire face à l'agression dans un premier temps (phase de choc), il y a la surprise et l'agression soudaine, et la présence des symptômes d'altérations passive de l'équilibre fonctionnel. Dans un deuxième temps (phase de contre choc), il y a la mise en place de moyen de défense activé cortex surrénal augmente de volume et présente une activité élevée. Il y a l'évolution aigu et inversion de la plupart des signes de la phase de choc.

- **La phase de résistance** : Elle correspond à une période de compensation avec une recharge des moyens de défense.

Commence environ 48 heures après l'agression.

Les signes d'alarme disparaissent et sont souvent remplacés par des signes inverses (par exemple hémodilution, hyper chlorémie et anabolisme avec retour au poids normal des tissus)

Cette phase de résistance prolonge et accentue la phase de contre choc.

- **La phase d'épuisement** : Lorsque les ressources biologique et psychologiques ne sont pas suffisantes ; l'adaptation peut disparaître si l'agent agressif est suffisamment important et presser pendant assez longtemps, cette phase reproduit en partie les réactions physique de la phase de choc. (Pierluigi, G.2005.P20.21)

Cette conception repose sur un schéma stimulus-réponse critiquable car elle ne prend pas en compte les variations interindividuelles. Elle définit l'individu comme passif face à une situation stressante et n'intègre pas de composantes psychologiques, ni d'évaluation subjective des situations environnementales.



7-2- Le modèle transactionnel du stress (Lazarus et Folkman) :

Proposé par Folkman en 1984 ; permet de décrire les processus cognitifs, ces auteurs postulent que ce ne sont pas les événements eux-mêmes qui déterminent l'apparition d'un état de stress (avec ses conséquences négatives sur la vie physique et mentales des individus), ce qui est déterminant ce sont les perceptions et le vécu de ces événements. Ainsi ils définissent le stress comme étant « une relation entre la personne et son environnement, qui est évaluée par la personne comme tarissant et excédant ses ressources et menaçant son bien-être.

Lazarus 1984 ; met en évidence trois types de variables comprennent : les prédicteurs, les médiateurs, les effets à court et à long terme.

Dans ce modèle, le stress est défini comme le résultat de l'appréhension individuelle de la situation et de sa propre réaction face à celle-ci.

7-3- Le modèle de R.A.Karasak ou Job Strain model (1979) :

En 1979, a développé le modèle qui met en évidence les facteurs de stress inhérent à l'organisation du travail.

Job Strain de Karasak.R caractérise par des exigences psychologiques avec trois dimensions stress potentiel ;

- Demande psychologique lié à accomplissement de tâche, quantité de complexité aux commente temporelles de stress et la fatigue physique qui peut mener l'épuisement

- Latitude décisionnel ; contrôle des compétences liée au stress
- Support social ; reconnaissance perçue par les collègues et l'anarchie

L'hypothèse est qu'un niveau élevée de latitude de décision ou de contrôle permet de réduire les effets négatifs des demandes de l'environnement professionnel sur la santé

Selon K.A.Karasak ; un niveau élevée de contraintes au travail associée à un niveau faible de latitude de décision aboutit à un niveau élevée de tension.

7-4- Le modèle de l'ajustement personne-environnement :

Le modèle P-E.Fit définit le stress comme un déséquilibre négatif entre la situation perçue et l'état désiré par un individu, à condition que la présence de ce déséquilibre soit considérée comme importante par l'individu (Edwards 1988 P.242)

L'hypothèse centrale de ce modèle est qu'un mauvais ajustement (misfit) entre une personne et son environnement peut produire des tensions (strains) psychologiques, physiologiques, et comportementales (irritation, insatisfaction, ennui, anxiété, dépression, hypertension...etc.)

Selon ce modèle, un déséquilibre personne-environnement menace le bien être, en réponse à ce déséquilibre qui provoque une tension, la personne peut mettre en œuvre un ensemble de stratégies d'ajustement.

7-5- Le modèle de J.Siegrist (1996) :

Son modèle « déséquilibre effort-récompense » ; il dit que le stress proviendrait un déséquilibre entre l'effort produit, une souffrance s'installe et crée un conflit.

(Zablocki.B, 2009.p26-29)

7-6- Le modèle de (Maclean,P 1974) :

Il dit que le stress déclenche :

- Le contexte ; le stress peut être environnemental, rationnel, événement
- Vulnérabilité individuel ; situation vécu comme stressante
- La situation ; implique la présence de facteur de stress.

7-7- Le modèle de (Turcotte 1982) :

Voie que le stress apparait comme le résultat de transaction entre la personne et son environnement

Le résultat de stress peut être positive (opportunité) ou négative (contrainte) et avoir le résultat la rupture de homéostasie psychologique ou physiologique.

L'enjeu de situation doit être important et sa résolution comporte une certaine dose d'incertitude. Le stress déclenche des émotions et mobilise les énergies de l'organisme. Du cote des caractéristiques de l'individu, il semble important de ses habilités et ressources de même que ces besoins. (Delaunois.2001p10)

7-8- Le modèle de (Steploe 1991) :

Le stress psychologique ne peut définir simplement en termes de stimulation exercée par l'environnement désagréable et perturbateur, un même évènement peut entrainer des réponses tout à fait déférentes chez deux sujets voir chez le même sujet en des constances déférentes. (Doucet.C.2000p52)

7-9- Le modèle de Beck :

Beck, considère qu'une transaction stressante résulte d'un processus actif continu qui inclut des analyses, des interprétations et des évaluations successives de la situation externe, des risques , des couts et des avantages d'une réponse particulière.

Les stimuli sont actifs, s'ils sont interprétés comme tels par le sujet, selon le type d'évaluation et la situation donnée. Le sujet est motivé à mettre en place tel ou tel comportement particulier, la direction de la force est appelé « inclination comportemental », dont l'intensité est le conflit du degré l'arousal. Si l'inclination comportementale n'est pas traduite en action, alors l'individu reste dans un état d'arousal pour quelque temps même si le stimulus n'est pas présent.

L'arousal est une dimension de l'activité ou de préparation à l'activité fondée sur le niveau d'excitabilité sensorielle et cortical, selon Beck à chaque fois qu'un individu est mobilisé pour agir, il fait l'expérience d'une réponse active.

L'action ou l'inclination comportementale ainsi que l'émotion (la réponse affective), naissent de l'interprétation ou de la construction personnelle de la situation faite par

l'individu. La mobilisation à l'action de l'individu est la clef pour comprendre les réactions au stress. (Ibid., P38-39)

8- Gestion thérapeutique du stress :

La gestion de stress regroupe un ensemble de techniques basés sur les thérapies comportementales, cognitives et émotionnelles, tels que : (la relaxation, contrôle respiratoire, relaxation musculaire, biofeedback, méditation, visualisation...etc.), la restructuration cognitive, la résolution de problèmes et l'affirmation de soi, qui permettent au sujet de réduire les conséquences du stress.

La psychothérapie permet de prendre conscience des tensions intérieurs, à rencontrer ses sentiments. Lors d'une psychothérapie le patient apprend à exprimer et respecter ses émotions, les écouter et les considérer comme des alliés, les personnes qui manquent de confiance en soi qui n'arrivent pas à s'affirmer, subissent plus de tension et de stress.

La psychothérapie vise à renforcer considérablement la confiance en soi, elle permet de découvrir les capacités et développer les compétences à gérer les situations de la vie quotidienne.

Certaines techniques permettent d'apprendre à se calmer, s'apaiser et se détendre, sous la pression le corps se mobilise sous la forme d'une réaction de stress, d'une tension.

La psychothérapie basée sur la relaxation permet d'apprendre à se détendre ;

➤ **La relaxation :**

La technique de relaxation est particulièrement adaptée pour maîtriser les réponses et aider le sujet à faire face aux situations de stress.

Différentes techniques dont certaines sont très anciennes (Yoga zen), utilisant parfois les mêmes outils peuvent conduire à une réponse de relaxation. (Servant, 2009b)

Le but : est d'apprendre à obtenir un état de détente psychique et physique (contrôle de respiration, de la fréquence cardiaque...etc.)

- **La relaxation musculaire :**

« Edmun Jacobson » ; en 1938, met en avant la relaxation entre l'état de tension musculaire et la tension psychique, le principe de la relaxation musculaire consiste à mettre en tension un groupe musculaire puis de se centrer sur la sensation de détente, différents groupes musculaires sont successivement soumis à cette contraction pour obtenir une réduction de tonus musculaire de l'ensemble du corps. A partir de la relaxation musculaire, une réponse globale de relaxation à la fois physiologique et psychique est obtenue.

Cette méthode est encore très utilisée aujourd'hui et constitue le référence de toutes les relaxations de type neuromusculaires à point de départ physiologique sa méthode s'oppose au training autogène de Schultz.

Jacobson ; insiste particulièrement sur l'aspect non suggestif de sa méthode.

« Les techniques aboutissant à une réponse de relaxants s'avèrent d'excellents moyen d'intervention écologique ». (Chenard, 1990)

-schématiquement le principe de la relaxation musculaire progressive se déroule en trois phases ; la première phase dite la relaxation générale consiste à détendre l'ensemble du corps et à induire un état de détente et de calme, la deuxième phase ; poursuit l'apprentissage par la relaxation différentielle qui consiste à accomplir des mouvements en mobilisant et en maintenant détendus les groupes musculaires non impliqués, et la troisième phase correspond a la relaxation appliqué , une fois l'exercice de relaxation maîtrisés , le patient est amené à l'utiliser dans des situations de tous les jours, ou il ressent de la tension physique ou psychique.

- **Le but de la relaxation :** est d'obtenir un calme dans le domaine psychique c'est-à-dire de mettre le cortex au repos en diminuant le fonctionnement cérébraux neuromusculaire excessif en relaxant directement la partie périphérique de ce circuit. (Guiose, 2007)

Selon Jacobson (1980) ; la relaxation générale signifie l'absence complète de tout mouvements.

- **Le training autogène (la technique de Schultze) autohypnose :**

Avec cette technique on peut atteindre tout ce qui peut être définir sous le terme « détente et immersion psychique » ; elle ressemble à un état de somnolence aux premiers stades du sommeil physiologique.

- **La sophrologie « science de l'esprit serein » ;** elle utilise le psychisme pour découvrir son espace intérieur, un exercice de cette méthode consiste à se concentrer sur les différentes parties du corps (la main droite, le poignet droit, etc...), on continue ce cheminement intérieur pour arriver à un état de relaxation.

- **L'Eutonie** : c'est une technique d'expression corporelle et recherche la grande liberté du corps dans les mouvements, dans les déplacements, j'ai fait tel mouvements, observe les contractions et je trouve mon juste tonus « en tonie ».

(Pierluigi, 2003)

- La pratique d'autohypnose pour réduire l'impact d'un agentstressé.

➤ **Les thérapies comportementales et cognitives :**

Peut encadrer toute démarche personnelle de gestion du stress ou de réduction du stress ;

Cette psychothérapie vise à développer des comportements et des croyances plus adaptés qui vont permettre une réduction du stress. Elles pourront gérer plus de bien-être personnel ainsi que des émotions positives.

Elle aide le patient à identifier les mécanismes à l'origine de ses difficultés, à expérimenter de nouveaux comportements et à sortir ainsi de cercles vicieux qui percutent et aggravent la souffrance psychique.

La TCC vise progressivement à dépasser les symptômes invalidants, tels les rituels, le stress, les évitements, les inhibitions, les cognitions erronées, les pensées automatiques dysfonctionnelles ou la détresse à l'origine de souffrance psychique.

Dans ce type de thérapies, le patient et le thérapeute réfléchissent, d'une part aux moyens de modifier l'environnement du malade de façon à diminuer le nombre de stressseurs auxquels il pourrait être confronté et d'autre part au développement de nouvelles stratégies de coping afin de faire face aux stressseurs incontournables.

Les thérapeutiques les plus utilisées dans les pays anglo-saxons font appel aux méthodes cognitivo-comportementales pour l'élaboration de programmes de gestion du stress ;

- L'auto-observation et l'analyse de la motivation du patient.
- L'analyse des croyances concernant la situation stressante.
- La mise en place des facteurs de protection : la gestion du stress passe par la connaissance des comportements qui favorisent une baisse des tensions ;
- L'hygiène de vie (activité physique régulière, sommeil régulier et en quantité suffisante)
- Le développement des activités de loisir et de plaisir.
- La diversification du soutien social et affectif.

- Restaurer la capacité d'autocontrôle de l'individu dans un environnement mobile, tel est le projet thérapeutique des techniques de gestion du stress.
- La gestion du temps : dans le cadre d'une réorganisation du temps chez les sujets dominés par la célérité et la compétition, une place est volontairement réservés aux activités de détente, notamment physique.
- L'affirmation de soi : l'affrontement de la situation stressante à travers de la méthode des jeux de rôles est la technique la plus utilisée.

➤ **La thérapie psychanalytique :**

Les troubles liés aux stress s'inscrivent dans une pathologie, plus vaste d'ordre conflictuel ou existentielle celle-ci ne nécessite un abord thérapeutique d'inspiration psychanalytique. Les deux approches psychanalytiques comportementalistes peuvent alors travailler de pair.

La psychanalyse est une méthode d'investigation psychologique qui cherche à déceler dans l'esprit d'un individu l'existence des souvenirs, désirs ou images, dont la présence inconsciente cause des troubles psychique ou physique, le comportementalisme quant à lui étudie la façon dont un individu agit dans la vie, et les moyens de corriger les mauvaises façons de comporter de manière à ce que le fonctionnement du sujet soit plus adapté et cesse d'être source de souffrance. Psychanalyse et comportementalisme, sont donc complémentaires ; comprendre pourquoi on agit de telle ou telle façon, permet de mieux se corriger soi-même et changer son attitude. (Schweb, M.1999.p99-105)

Certaines techniques de gestion du stress ayant pour objectif de renforcer le sentiment de contrôler de diminuer la détresse des individus malades. (Marilou, B.2001.p20-21)

- **La technique d'inoculation du stress :** décrite par « Michenbaum » 1977 ; propose une exposition en imagination, puis en réalité aux situations stressantes, et une modification des réponses par l'utilisation de différentes techniques tels que (gestion des émotions) ; l'identification des émotions négatives ressenties par le patient, analyse détaillée des émotions comme (la peur, la colère, la tristesse...etc.)
- **Le soutien social :** peut être définie comme le réconfort, l'aide, l'estime, et les soins reçus d'individus ou de groupes.

Le soutien social peut être émotionnel (empathie reçue) ou un soutien d'estime (approbation), il peut être aussi un soutien tangible tel un prêt personnel ou un soutien par un partage d'informations.

- **Le sentiment de contrôle** : c'est le sentiment qu'une personne peut prendre des décisions et poser des gestes efficace qui ont des effets désirables.
- **Le coping** : ou les stratégies de faire face ;
Le coping « to cop » faire face en anglais ; désigne les stratégies d'ajustement aux situations stressantes

On distingue généralement trois stratégies principales :

- **Le coping centré sur le problème** : ce sont les tentatives pour contrôler ou modifier la situation.
- **Le coping centré sur l'émotion** : ce sont les tentatives pour contrôler ou modifié la tension émotionnelle induite par la situation.
- **Le coping centré sur la recherche de soutien social** : ce sont les aides potentielles que l'entourage peut apporter ; elles dépendent de climat et de la qualité des relations interpersonnelles dans l'entreprise et à l'extérieur. (Grepot E, 2009, p74)

➤ **Les recettes naturelles :**

- **La passiflore (fleurs de la passion)** : est utilisé principalement pour calmer la tension nerveuse, l'agitation et l'irritabilité.
- **La valériane** : est utilisé pour améliorer le sommeil, réduire l'anxiété et le stress, et améliorer l'humeur.
- **Rescue (fleurs de bach)** : est l'un des élixirs les plus connus, il comprend Cinq essences florales sous forme liquide ou en crème, on l'utilise en cas de stress intense, de choc ou de blessure. Il aurait démontré une efficacité chez certaines personnes mais aucune étude n'a pu le démontrer.

Conclusion :

Le stress est le piment de la vie ; est associé à toutes les formes d'activité, il se situe à la frontière avec notre monde émotionnel et notre mémoire, il est conceptualisé comme une transaction entre un individu et une situation et estime ses capacités pour faire face dès ces évaluations résulte le bien être ou le mal être si l'on préposé des thérapeutiques préventives ou curatives du stress. Nous pouvons cependant le définir par les contraintes de l'environnement s'exerçant sur un individu en excluant les agressions physiques et chimiques et les conditions stressantes d'exception.

Enfin le stress est un phénomène à la fois biologique, psychologique et social qui met en jeu notre organisme dans sa globalité corps et cerveau.

Chapitre II

L'accouchement par césarienne

Préambule :

La grossesse est le processus de développement d'un nouvel être à l'intérieur des organes génitaux de la femme, c'est l'existence et le bonheur de chaque maman et la mise en monde d'un enfant est un événement majeur dans la vie d'une femme, ainsi que l'accouchement est une épreuve difficile aussi bien sur le plan physiologique que psychologique. Lorsque l'accouchement ne se passe pas comme prévu qu'il présente un risque pour la mère ou pour le bébé, la césarienne est parfois incontournable.

1- Définitions de la grossesse :

La grossesse : est le développement normal d'un enfant dans le ventre de sa mère et aboutit à l'accouchement, la grossesse normale dure environ neuf mois.

La grossesse : est un moment exceptionnel dans la vie de la femme et du couple, elle survient lorsqu'un spermatozoïde féconde un ovule au niveau du tiers externe de la trompe Fallope pour former un œuf qui progresse lentement jusqu'à l'utérus grâce à la contraction de la trompe

La grossesse : chaque femme enceinte passe par la période entre la fécondation et l'accouchement, l'ovocyte s'immobilise et attend les spermatozoïdes, s'ils ne sont pas déjà là il peut attendre, 12 à 24 heures avant d'être fécondé. Pendant ce temps, les spermatozoïdes déposés dans le vagin au cours de l'acte sexuel passent par le canal du col utérin, traversent l'utérus et gagnent les trompes. Un seul spermatozoïde pénètre dans l'ovocyte, la fusion de la cellule maternelle avec la cellule paternelle dans la première cellule du futur bébé. Cette première cellule commence immédiatement à se diviser. Une fois dans l'utérus, l'œuf se rapproche de la muqueuse utérine et y enfuit, autour du 7^{ème} jour, c'est la nidation. A ce moment-là vous ne savez toujours pas que vous êtes enceinte. Vous êtes au 21^{ème} jours du cycle. (Delahaye, M-C.1992.p218)

Cette grossesse se manifeste sous des nombreux signes et parmi ses signes on peut citer : (l'arrêt des règles, l'augmentation de volume des seins et une douleur mammaire, des nausées parfois accompagnées des vomissements, un besoin fréquent d'uriner, une fatigue inhabituelle, des troubles digestifs et de l'appétit...etc.

2- Les changements physiologiques pendant la grossesse :

2-1- Le corps qui se transforme :

Le cœur : le cœur de la femme se déplace un peu dans la cage thoracique, le pouls de la femme augmente d'environ 10/mn et le volume de sang augmente de 40a 45 % pour subvenir les besoins accrus du fœtus et la mère.

Les poumons : l'augmentation du besoin d'oxygène de la mère et l'enfant vont également entrainer un changement au niveau du système respiratoire (20%) à la fin de la grossesse.

La vessie : la vessie est sensible pendant toute la période de la grossesse lors que l'utérus prend de l'expansion et la tête du bébé exerce une pression sur la vessie et donne envie d'uriner plus souvent la nuit

Les seins : devient sensible et prend du volume à partir de la 16eme semaine, et produit le colostrum pour l'alimentation du bébé.

L'utérus : l'utérus développe au environ d'une petite poire et sa taille s'accroit proportionnellement au développement de l'embryon puis le fœtus

Prise du poids : pendant la grossesse la femme prenne du poids, peut varier l'autre qui va de 9 a12kg, elle dépend aussi du poids avant (Doret,N.et Dénaff,D.p23-24)

Métabolisme : augmente par la conséquence elle se sent moite et trop chaud une diminution de la sécrétion gastrique peut provoquer des bouffées de chaleur et transpiration et l'envie d'uriner, les seins douloureux, bruleurs d'estomac, salivation excessive, les maux de tête, fatigues, nausées, vomissements et fièvre, évanouissement, les hémorragies nasales et démangeaisons et autres troubles digestifs (constipation, diarrhée).

La grossesse faite des modifications physiologique commence à apparaitre même si le ventre est un peu tendu, l'utérus est encore trop petit pour être perçue sans toucher vaginal, les seins devient plus volumineux, l'aréole et le mamelon se pigmentent le réseau veineux est apparent.

La texture de la peau se modifie : des vergetures due à une fragilisation de la fibre musculaire et à une perte de collagène, peuvent apparaître. Dans ce cas n'hésite pas à utiliser une huile hypoallergénique, naturelle et sans parfum, pour l'accompagner dans sa modification.

2-2- Les changements hormonaux : généralement les femmes pendant la grossesse sont fortes de tension, manifestent aussi plus de stress et anxiété, par conséquence une augmentation d'une masse excessive.

Les peurs et angoisse : la fin de la grossesse s'accompagne souvent d'une réactivation des peurs et angoisse qui serait la manifestation du travail de deuil ; deuil de l'enfant imaginaire indispensable à la naissance de l'enfant réel, aussi les ruptures conjugales, et la violence faite aux femmes enceintes.

La dépression : les tensions répétées en constituent le model le plus courant, même si la vulnérabilité familiale joue aussi un rôle.

L'anxiété : il est normal d'éprouver une certaine anxiété durant la grossesse, en particulier au cours des derniers mois et plus exactement pour les femmes primé-geste nullipares.

Les troubles de l'humeur : sont fréquents sans aucune logique particulière, ils apparaissent généralement durant le premier trimestre de la grossesse et se manifestent par d'étranges envies. Cela peut se manifester par le dégoût de certaines odeurs ou aliments qui provoquent des nausées et voir même des vomissements.

Sentiment contradictoire : la femme se sent contradictoire ; le désir de voir naître leur enfant s'oppose à celui de prolonger l'état de grossesse.

Le repli sur soi : s'oppose à celui que le bébé devient le centre exclusif des pensées et de préoccupation de la future mère, la femme s'intense de moins au moins aux autres personnes (son mari) au monde extérieure (travail)

Les pertes de mémoire : des troubles de mémoire peuvent survenir assez régulièrement, ce phénomène s'explique par le fait que le cerveau a du mal à se concentrer à cause des hormones de grossesse. (Ibid.p56)

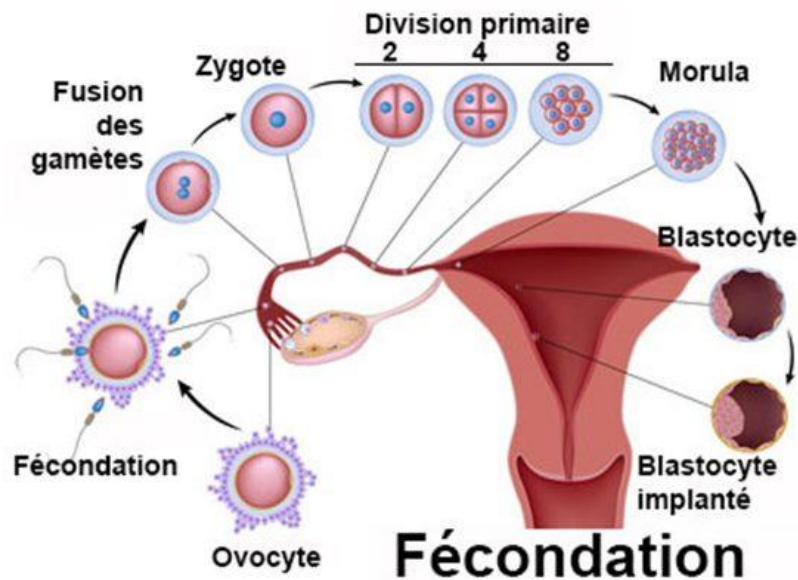
La sensibilité excessive : toutes les femmes enceintes ont en effet une hypersensibilité, une sensibilité plus élevées que d'habitude avec une alternance de bonheur extrême et de tristesse. Cela s'explique par une sorte de régression vers un état symbiotique fœtal qui lui permet de connaître son fœtus par empathie et la prépare à ressentir ses besoins après sa naissance (Ibid.p56)

2-3- Les changements de la sexualité :

La préparation à la maternité est un travail psychologique liée à l'évolution psychoaffective de la femme et en particulier à l'identification a sa propre mère, ainsi qu'aux désirs et aux projets du couple parentale.

La participation à des groupes de préparations à la maternité, ou sont expliqués les aspects psychologiques et biologiques ainsi que le déroulement de la grossesse et de l'accouchement, est un bon soutien psychologique pour lutter contre l'angoisse, il est conseillé de respecter la relation sexuelle surtout au troisième mois car c'est l'origine des fausses couches et des grossesses en danger et les accouchements prématurés.

Une vie sexuelle différente : la limitation de la vie sexuelle est vécue différemment allant de la jalousie au sentiment d'abondons, en passant par la hostilité, les sentiments d'envie et de fécondation, suscités par la féminité accomplie de grossesse, ont aussi souvent refusés ces limitations, ils peuvent réactualiser des frustrations autour de différentes sexes et des conflits anciens vis-à-vis de propres parents (Frydman,René et Schilte, Christine.2010p79-133)



Figure(01) : Fécondation

3- Définitions de l'accouchement :

- **L'accouchement** ; correspond à la fin de la grossesse, au moment de la naissance du bébé.

Le terme **accouchement** est réservé à l'espèce humaine, tandis que l'on parle plus volontiers de parturition lorsqu'on évoque cet événement pour les autres mammifères vivipares.

- **L'accouchement** : est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelle, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6 mois (28ème semaines) d'aménorrhée.

Aussi l'accouchement ; c'est le rôle de chaque mère de faire ressortir un enfant au monde.

(Merger, R.1995.p420)

- **L'accouchement** : est l'ensemble des phénomènes mécaniques et physiologiques aboutissant à l'expulsion du fœtus et de ses annexes hors de l'utérus. L'accouchement

a lieu à terme lorsqu'il survient entre la trente-huitième et quarantième deuxième semaine d'aménorrhée (arrêt des règles). Il est considéré comme prématuré lorsqu'il se produit avant la trente-septième semaine, l'accouchement est dit spontané lorsqu'il déclenche tout seul et provoqué lorsqu'il est consécutif à une intervention extérieure. (Naudin C. Grunbeh N. (2006)).

4- Les trois phases de l'accouchement :

L'accouchement se produise entre début de la 38ème semaine (259 jours) et la fin de 42ème semaine (293 jours), est dit à terme, s'il se produit avant 37ème semaine de la grossesse et prématuré, et l'accouchement naturelle lorsqu'il fait de l'influence de la seule physiologie.

4-1- La dilatation du col : le col de l'utérus s'élargie et s'ouvre petit à petit jusqu'à atteindre un diamètre de 10cm, c'est l'espace suffisant pour laisser passer la tête du bébé. Cette première phase dure en moyenne une dizaine d'heures, car on compte un centimètre par heure.

Une fois le col est dilaté, le travail de l'expulsion commence.

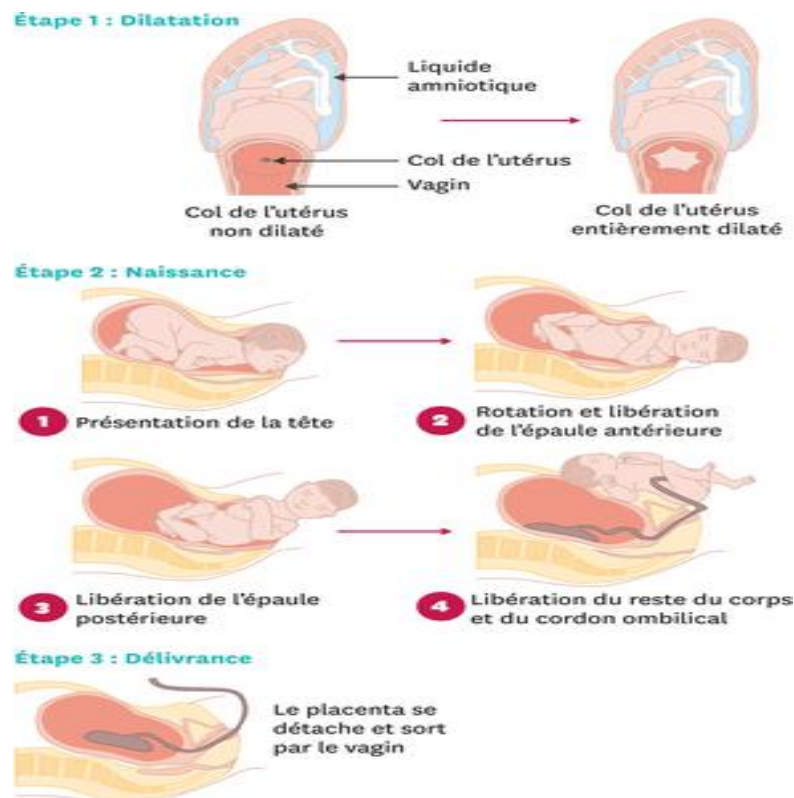
4-2- L'expulsion (sortie de fœtus) : c'est que le col de l'utérus est totalement dilaté, poussé le fœtus vers l'extérieur la femme doit effectuer chaque contraction l'effort de pousser le bébé sort des organes génitaux de sa mère durant 20 a30min. (Hadjam, R.p279)

Chez la primipare la durée de la période d'expulsion est en moyenne, pour les classiques de une à deux heures. En fait la surveillance instrumentale du fœtus a considérablement limité cette durée, dans l'intérêt du fœtus l'expulsion proprement dite ne devrait pas dépasser (20 minutes chez les primipares), chez les multipares, elle est beaucoup plus rapide, excédent rarement de 15 minutes.

Le travail est en générale plus rapide chez les multipares que chez les primipares, l'âge de la mère peut avoir une influence de sur la facilité du travail. S'agissant de la primipare, les femmes de moins de trente ans en générale celles qui accouchent le mieux. (Merger R et al, Op cit, p129)

4-3- La délivrance (la sortie des annexes ; placenta et membranes) : la délivrance est le décollage du placenta et des membranes. La délivrance peut être facilitée par la perfusion d'un médicament ou par un geste médical.

Ces trois périodes portent aussi le nom de travail, elles se sont étudiées successivement. Pour chacune d'elles l'étude physiologique précédera l'étude clinique. (Merger,R et Lévy,J p123)



Figure(02) : étapes (phases) de l'accouchement par voie basse

5- Les types d'accouchement :

- 5-1- L'accouchement par Épisiotomie :** l'épisiotomie est une intervention réalisée par le médecin ou la sage-femme à la fin de la phase d'expulsion du fœtus, c'est un geste médical peu douloureux réalisé par une simple paire de ciseaux, et la taille de l'incision ne dépasse pas 5cm de long. Le médecin fait une épisiotomie pour élargir l'orifice vaginal et faciliter le passage de l'enfant.
- 5-2- L'accouchement par forceps :** C'est lorsque la progression par voie basse est très lente et risque de se compliquer par la mort du bébé ; utérus se contact mal le bassin de sa mère et très étroit ; avec laquelle le médecin attrape la tête de bébé pour le sortir. (Hadjam, R.2000 ,279)
- 5-3- L'accouchement par césarienne :** la césarienne est une intervention chirurgicale qui consiste à inciser, sous anesthésie générale ou péridurale la paroi abdominale et l'utérus pour extraire le bébé. De nombreux facteurs déterminent le choix de la césarienne : tantôt elle est programmée dès le début de la grossesse lors de certaines anomalies osseuses ou certaines fragilité utérine liée à des césariennes antérieurs ; tantôt elle s'impose lorsque toutes les conditions favorables ne sont pas réunis ; tantôt elle est décidée au cours de l'accouchement en cas de souffrance fœtale, d'arrêt de dilatation du col, de mauvaise orientation du bébé (position transversale)

L'opération césarienne réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus. Elle s'exécute par voie abdominale, après colostomie. La césarienne comme césure, sont dérivés du verbe latin cardère : couper, les deux mots ont été créés à la même époque, le premier par Ambroise paré, le second médical par clément Marot. (Merger, R.1995.p533)

C'est une intervention qui dure environ 30min jusqu'à 1h30.

Une césarienne peut être **programmée** pour de multiples raisons. Les plus courants : un antécédent de césarienne, une mauvaise présentation du bébé pour l'accouchement par voie basse, un bassin maternel de taille limite, une grossesse multiple, une pathologie fœtale, un diabète gestationnel ou encore dans le cas d'un placenta prævia.

Une césarienne peut être envisagée **en urgence** en cours d'accouchement dans le cas où l'équipe médicale estime que le bébé ne va pas bien, qu'il existe un risque de rupture utérine ou bien que le travail ne portera pas ses fruits.

5-3-1- Décision de la césarienne : le mode d'accouchement sera discuté, soit par la césarienne soit par la voie naturelle, sous certaines conditions, il semble que la rupture des membranes plus de quatre heures avant l'accouchement soit un facteur d'aggravation du risque de transmission ce qui oblige pratiquement la césarienne. (Frydman, R.et.Schilte ; Ch.2010.p494)

- **Césarienne préventive ou programmée :** prévue à l'avance on peut la programmer au début de la grossesse au quel jour et quel heur la grossesse (date fixé), est effectuée, et la césarienne sera pratiquée.
- **La décision d'une césarienne pendant l'accouchement :** à cause des anomalies de rythme cardiaque de fœtus d'un début d'apport d'oxygène. (Lancs,JC .et al.2005,p118)

➤ **Anesthésie :**

Une césarienne peut être pratiquée sous :

- **Anesthésie locorégionale :** il s'agit d'anesthésier toute la partie inférieure du corps, la patiente reste consciente, elle peut parler et voir le bébé dès son extraction.
-Il existe deux types d'anesthésie locorégionale : l'analgésie et la rachianesthésie ; la péri rachi anesthésie permet de combiner ces deux techniques.
- **Anesthésie générale :** elle est rarement pratiquée.
L'anesthésie générale est réservée aux patientes présentant une contre-indication à l'anesthésie locorégionale (troubles de coagulation sanguine, fièvre maternelle) ou en cas d'extrême urgence (Bradycardie fœtale, hématome rétro placentaire avec souffrance fœtale etc...).

6- Les indications de la césarienne :

6-1- Les indications organiques (les causes mécaniques) :

On utilise ce terme quand le bébé ne peut plus progresser naturellement dans le bassin de la mère. Il existe de nombreuses raisons à cela :

- Un gros bébé par rapport au bassin de la mère
- La présentation du siège dans certains cas et les présentations de l'épaule ou du front.
- Le bassin de la mère très étroit ou déformé (à la suite d'une fracture par exemple), dans ce cas la césarienne sera programmée quelle que soient la taille, la présentation et le poids du bébé.
- Un obstacle anatomique comme un gros fibrome de l'utérus, un placenta prævia situé sur le trajet du col de l'utérus peut parfois empêcher la progression du bébé.
- Si la mère est atteinte d'un trouble cardiaque ou d'un diabète ayant entraîné un poids élevée chez le bébé, ce qui peut rendre difficile son passage dans le bassin de la mère.
- Des lésions herpès actives à la vulve ou au vagin il convient de planifier une césarienne pour empêcher que le bébé soit infecté lors de l'accouchement.
- En cas de grossesse multiples (jumeaux, triplés...), selon les positions respectives des bébés. (Rouzbeh S.R. (2005)

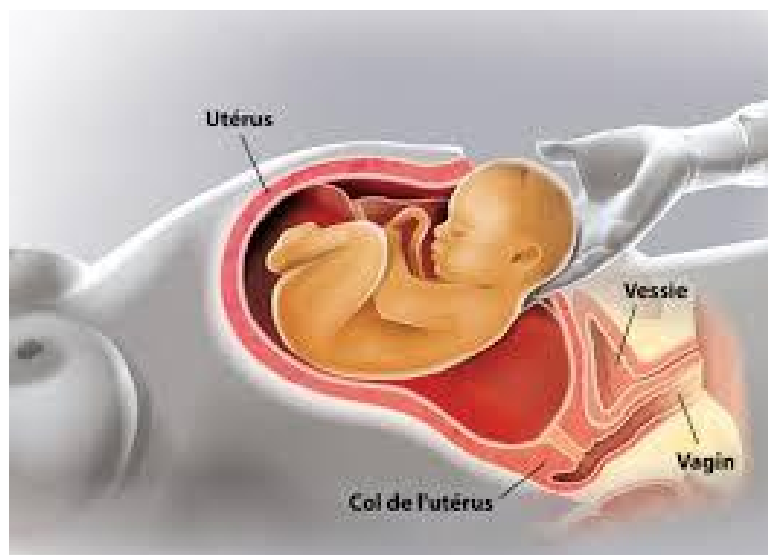


Figure (03) : Accouchement par césarienne

6-2- Les indications liées au bébé :

- Insuffisance de croissance intra-utérine responsable d'un petit poids de naissance.
- Une naissance très prématurée.
- Grossesses multiples.
- Une déflexion primitive de la tête.
- Une mauvaise position du cordon ombilical.
- Certaines malformations fœtales.
- Une présentation de siège.

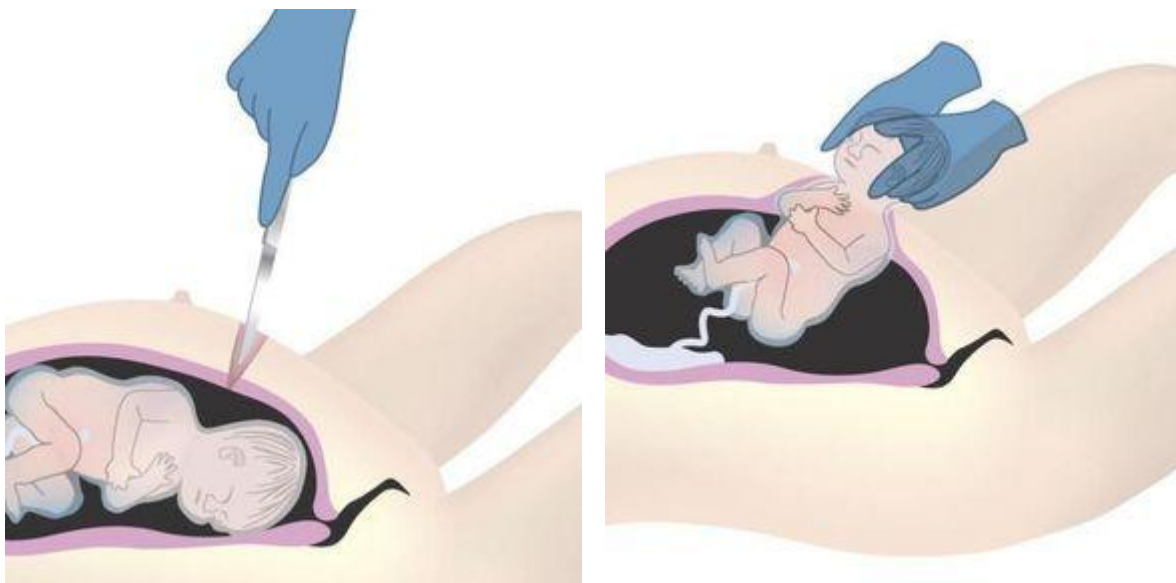
6-3- Les indications psychologiques :

- Dans le cadre douloureux des traumatismes sexuels et des peurs qui y sont régulièrement associés, les femmes expriment assez fréquemment de désir d'accoucher par la césarienne, pendant ainsi peut être protégée des fantasmes associés au passage du bébé et surtout de la tête, à travers des voies génitales, source d'une terrifiante angoisse.
- Une mère ayant vécu un accouchement lourd en séquelle ; par exemple déchirure ayant mis très longtemps à cicatriser (épisiotomie) pourra souhaiter éviter de revivre cela pour son accouchement suivant.
- La peur des femmes devant la douleur pendant le travail de l'accouchement par les voies basses.
- Une mère ayant vécue un traumatisme ; tel qu'un viol ; pourrait ne pas être en état de vivre un accouchement par voie basse. (Bayler B. (2006) p.117)

7- Les étapes de la césarienne :

- Installer la femme sur la table d'opérateur légèrement incliné vers la gauche afin d'éviter un syndrome de compression de la veine cave inférieure.
- Injection de l'anesthésie générale, rachianesthésie (loco régionale)
- Insérer fin tube flexible dans l'utérus et la vessie pour vider l'urine qu'elle contient.
- L'abdomen est nettoyé pour éviter toute infection.
- Incision de la peau ; dans la plupart des cas horizontal, situer à environ deux doigts au-dessus de l'os pubien, l'incision verticale est rarement pratiquée.
- Ecarter les muscles abdominaux.

- Ouverture de l'utérus et l'ouverture de la poche des eaux.
- La sortie du bébé, le chirurgien passe ses mains dans l'ouverture et extrait le bébé, le cordon ombilical est coupé puis le chirurgien extrait le placenta également.
- Refermer l'utérus, le chirurgien extrait l'utérus du ventre pour faire la suture, puis refermer la peau.(Stoppard M.1993)



8- Les complications maternelles de la césarienne :

La césarienne est une intervention chirurgicale courante dont les suites sont simples dans la majorité des cas malgré tous les progrès et tous les efforts, il persiste toujours un faible risque maternel et fœtal.

D'une manière générale, un accouchement par voie naturelle s'associe à une morbidité et une mortalité maternelles plus faible qu'un accouchement par césarienne.

Une césarienne programmée s'associe à une morbidité et une mortalité maternelles plus faible qu'une césarienne effectuée en cours de travail ;

8-1- Les complications physiologiques :

- Anémie, suite à une hémorragie ou par défaut de contraction de l'utérus pendant l'intervention.
- Plaie de la vessie qui recouvre l'utérus.

- Une blessure sur un autre organe voisin de l'utérus, comme l'uretère, les anses intestinales... ceci est le plus souvent liée à des conditions opératoires difficiles.
- Une césarienne en urgence ou une intervention sur un ventre opérée à plusieurs reprises, complications anesthésique générale, elles sont les mêmes que toutes les interventions mis à part le risque de broncho-aspiration, qui est plus fréquent en cours de césarienne en urgence ou lorsque la patiente n'est pas à jeun et non prémédiqué.
- Complications infectieuses ; tels qu'une infection urinaire.
- Complications thromboemboliques, bien que rares elles sont graves par leur risque vital.
- Occlusion intestinale, par retard ou non reprise du transit (très rarement)
- Rupture secondaire a une cicatrice de l'utérus, strictement si la patiente a présenté une endométrite du post-partum.
- Risque liée à l'anesthésie et aux produits d'anesthésie.
- Augmentation des risques ; des complications pour une future grossesse (saignement, césarienne, mort fœtale in utéro)

- **Concernant le bébé :**
- La survenue d'une détresse respiratoire légère et la plupart du temps passagère liée à une résorption insuffisante du liquide pulmonaire du bébé.
- Une température corporelle basse, car les salles d'opération sont plus fraîches que la température ambiante habituelle.
- Si la césarienne est effectuée hors travail le bébé ne bénéficie pas des mécanismes hormonaux facilitant la maturation pulmonaire.
- Risque de coupure cutané lors de l'intervention.
- Retard au premier contact avec la mère.
- Une moindre probabilité d'être allaité.

8-2- les complications psychologiques :

- Chaque patiente suite à l'annonce d'une césarienne, a des réactions qui lui sont propres, elles sont liées à sa personnalité et varient d'une femme a l'autre ; cela dépendent de la vision que chacune a de la naissance.
- Dans le cadre de la naissance, l'annonce de la césarienne marque le passage de la physiologie vers la pathologie dans un contexte ou la charge affective et la dimension sociale sont essentielles

- Le vécu d'une intervention chirurgicale peut être associé à des sentiments de stress et d'angoisse qui sont parfois liés à l'appréhension du geste
- Le stress chez les patientes se manifeste cliniquement
- L'annonce de la nécessité d'une césarienne entraîne un processus de deuil de l'accouchement normal, en effet, l'acceptation de la césarienne par les femmes espérant accoucher physiologiquement est source de difficultés et d'angoisse, elles ont parfois une réaction de défense en remettant en question la décision de l'intervention.
- Parfois, lors d'une césarienne ; la mère ressent de la frustration et éprouve la sensation d'avoir été privée d'un moment unique à elle culpabilise de ne pas donner naissance par les voies naturelles.
- Les césariennes se faisant de plus en plus sous anesthésie régionale (rachianesthésie et péridurale), il est important de connaître le rôle que joue l'anesthésie dans la gestion du stress chez les parturientes. (Rousbeh.SR.2005, Paris, p07)

8-3- Bénéfices de la césarienne :

La réalisation d'une césarienne permet de ;

- Réduire le risque maternel ou fœtal pour lequel la césarienne a été indiquée (souffrance fœtale, accouchement dystocique...)
- Éliminer le risque d'un traumatisme périnéal
- Planifier la date et l'heure exactes de la naissance.

9- Psychologie et césarienne :

L'accouchement est le temps fort de la période prénatale, il s'agit du lien entre la grossesse et la venue au monde de l'enfant. C'est un moment joyeux le plus souvent, mais il signifie aussi la séparation physique avec l'enfant. Il peut être source de stress et d'angoisse, voire de rejet, en particulier lorsqu'il y a des complications ou qu'il ne se passe pas comme la mère l'avait envisagé.

Dans l'imaginaire de beaucoup de femmes, l'accouchement ne peut se faire autrement que par voie basse, plus ou moins médicalisé, pour autant une naissance peut être soumise à de nombreux imprévus.

Peu de femmes envisagent la possibilité d'accoucher par la césarienne, surtout si le travail a commencé. La césarienne en urgence, pendant ou en dehors du travail, peut être qualifiée d'imprévue, contrairement à la césarienne programmée. En effet, dans ce dernier cas les femmes savent ce qui les attend, elles n'ont donc pas idéalisé un accouchement par voie basse (normal)

Bien évidemment, certaines femmes vivent très bien la césarienne et ne sont pas envahies de sentiments néfastes, le vécu est également différent selon les cultures.

La peur d'accoucher et les perceptions coupables, face à la perte d'une partie à l'intérieur de soi, pourrait s'exprimer par des insomnies, la peur d'accoucher, les changements d'humeur allant du plaisir de la venue du bébé à la peur consciente et inconsciente de la mort ; la future mère a peur de l'inconnu, peur de mourir, peur de souffrir, peur de perdre ses organes génitaux dans une mare de sang, elle a peur de perdre son bébé, qu'il meurt, qu'il naisse malformé.

L'accouchement par césarienne est un échec voire une déception pour beaucoup de femmes qui ne se sentent pas féminines tant qu'elles n'auront pas donné naissance par les voies naturelles.

Ainsi que l'accouchement représente pour la femme un événement très intense, tant de point de vue physique qu'émotionnel (psychique)

L'incertitude et l'inquiétude peuvent donc accompagner le moment de l'accouchement, ce qui signifie pas que la femme sera stressée, les professionnels de la naissance (sage-femme, obstétriciens, pédiatres, persécutrices, anesthésistes) intègrent à leurs travaux quotidiens les démonstrations psychologiques de la transmission de la vie surtout lorsqu'il existe des préoccupations excessives quant au déroulement de la grossesse, des plaintes corporelles, des inquiétudes vis-à-vis du fœtus (rôle majeur de l'échographe).

La douleur ; lors de la mise en travail, des changements parfois spectaculaires de comportement peuvent survenir comme la levée des défenses, une poussée pulsionnelle d'agressivité liée à l'agression que représente la douleur, une réactualisation de traumatismes. Il peut y avoir un choc émotionnel, angoisse ou un état de panique, la perception de la réalité sensorielle peut être modifiée avec une hypersensibilité au contexte environnemental. La douleur peut être vécue comme une épreuve initiatrice, un défi ou à l'inverse une menace pour l'intégrité corporelle ; suite à une césarienne la douleur est souvent plus importante que celle d'un accouchement ainsi chaque patiente a une perception de la douleur qui lui est propre.

Le deuil de l'accouchement idéal ; le deuil est un processus psychique mis en œuvre par le sujet lors de la perte d'un objet d'amour externe, ici le deuil concerne l'idéal que la femme se fait de son accouchement et donc de sa manière de gérer le fait de ne pas avoir obtenue cet accouchement rêvé.

Le vécu de la cicatrice ; après une césarienne comme après un accouchement , les femmes doivent s'habituer à leur nouveaux corps qui a subi un changement rapide, les femmes ont une vision différente de la cicatrice en fonction de leur position social ou de leur âge ; certaines femmes voient dans leur cicatrice une preuve positive et indélébile de leur maternité d'autres en revanche, y voient une béance dans leur corps, signe du manque qu'elles ressentent d'être passées de l'état de femme enceinte a l'état de mère sans accouchement par voie basse.

Pour cela, la prise en charge psychologique et médicales des femmes enceintes jusqu'à après son accouchement est obligatoire et nécessaire selon les déférents stades de la grossesse pour chaque femme. La future mère et l'expérience de la naissance s'inscrit à l'histoire commune avec son enfant réel, et les évaluations des soins dans le but d'améliorer la santé et faciliter la naissance et les soins à l'enfant

10- Traitement et prise en charge des femmes qui accouchent par césarienne :

10-1- Traitement biologique :

Les études sur les interventions biologiques incluent les traitements antidépresseurs, la thérapie œstrogène, la privation de sommeil, la luminothérapie et l'exercice physique. Dennis et Stewart 2004 ; ont fait une revue des études cliniques randomisées et contrôlées des traitements biologiques.

10-2- Thérapie hormonale : (thérapie œstrogène) ;

Des changements hormonaux spectaculaires ont lieu durant la grossesse et peu de temps après l'accouchement. Plus particulièrement les taux d'œstrogène s'élèvent durant la

grossesse, déclinent brusquement après la naissance et demeurent bas pendant plusieurs semaines ou moins.

Cette déficience d'œstrogène pourrait être plus sévère et durable chez les femmes.

10-3- L'électro convulsivothérapie :

La réalisation d'une série de séances d'électro convulsivothérapie ECT est indiquée quand une dépression sévère, un état mixte, une manie sévère ou une catatonie menace la santé de la femme enceinte ou du fœtus. En cas de grossesse à risque ou lorsque le terme est proche, comme pour toute anesthésie générale chez une femme enceinte jusqu'à son accouchement.

10-4- Psychothérapie brève : (thérapie interpersonnelle)

Zlotnik, Johnson, Miller et al (2001), ont testé une intervention de groupe basé sur la thérapie interpersonnelle qui consistait en quatre séances de groupe hebdomadaires d'une heure visant à fournir une psychoéducation sur le « baby blues » et la DP, à identifier et gérer les transitions de rôle, et plus particulièrement la transition vers la maternité et les conflits interpersonnels potentiels, moitié des femmes qui remplissaient les critères d'inclusion de l'étude ont refusé de participer.

10-5- Thérapie cognitive et comportementale (TCC) :

Hagan, Evans et Pope (2004) ; ont évalué un programme d'intervention de six séances de thérapie cognitive et comportementale TCC apportées par une sage-femme chercheur entre 2 et 6 semaines après la naissance à des mères de bébés très prématurés. Le groupe contrôle recevait les soins habituels, il n'y avait pas de différences entre les groupes concernant le commencement, testé l'efficacité d'une intervention multimodale à faible cout pour réduire la dépression pré et postnatale chez les femmes ayant un faible revu.

L'intervention consistait en des séances de TCC spécialement développée pour la prévention de ladépression et de quatre séances de psychoéducation.

L'intervention n'était pas associée à un changement des symptômes dépressifs.

10-6- Thérapie psycho dynamique :

La thérapie psycho dynamique a été évaluée dans l'étude de Cooper, Murray, Wilson, et al.2003 ; qui compare différentes modalités thérapeutiques.

Cette étude a plusieurs limites et plus de femmes.

Une étude randomisée et contrôlée des femmes souffrant a comparés six séances hebdomadaires à domicile.

10-7- Thérapie interpersonnelle :

Deux études centrées sur les relations interpersonnelles et les transitions de rôle.

Une étude randomisée contrôlée auprès de 99 jeunes mères comparés 12 séances individuelles d'une heure par un thérapeute expérimenté avec un groupe contrôle sur la liste d'attente.

Le pourcentage relativement élevé de refus et d'abandons du traitement psychosocial remet en question l'acceptabilité de la thérapie interpersonnelle pour le fait d'apporter une thérapie interpersonnelle de groupe pourrait améliorer les symptômes des femmes souffrant de stress.

10-8- Le soutien psychologique non-directif :

Aussi appelé psychothérapie de soutien ; a été évaluée ; visites hebdomadaires par des puéricultrices brièvement entraînés au soutien psychologique non-directif ont permis la guérison complète des femmes du groupe.

Traitement comparé à 38% du groupe contrôle qui a reçu les soins habituels.

(Holden,

S.1989p49)

Dans une autre étude randomisée auprès de 41 femmes souffrant, six visites hebdomadaires de soutien psychologique non-directif par des infirmières ont entraîné une guérison complète.

10-9- Le rôle de l'équipe médicale :

Au cours de la césarienne, il peut arriver que les patientes soient extrêmement agitées, inquiéter ou stresser, ce qui peut compliquer leur prise en charge par l'équipe médicale ; le rôle de l'équipe soignante est alors primordial.

Le soignant et soigné doivent être tous les deux disponibles et à l'écoute.

La sage-femme ne doit pas avoir un discours stéréotypé mais plutôt s'adapter en fonction de la patiente, de ses antécédents, de l'accouchement et son vécu, de son état psychologique. Elle doit écouter la demande contraceptive de la femme toute en exerçant ses missions, et prévention des facteurs de risques spécifiques à chaque patiente, de ses sentiments, de son attitude et de son besoin.

Conclusion :

La grossesse constitue une période sensible dans la vie d'une femme, une traversée marquée par un intense vécu corporel et psychique ; cette période sera plus ou moins bien vécue selon les ressources physique et psychique de la femme, ainsi que les caractéristiques du contexte familiale et social dans lequel intervient la grossesse.

L'accouchement est un acte, une expérience, un évènement tant psychique que physique, une femme évoquera toujours l'enfantement ; cette expérience et cette pensée l'aide à accompagner dans sa vie adulte avec plénitude, idéalité, regret et honte ou autre note affective dans l'infini des possibles.

Il existe des raisons très différentes pour décider d'une césarienne ; connus à l'avance, d'autres ne se révèlent qu'en cours de travail avec des degrés d'urgence très variables. Il s'agit de l'utiliser en cas de danger, le plus souvent elle a également un ralentissement sur le fœtus et la décision d'intervenir et la prie dans l'intérêt des deux (la mère et le fœtus).

Ainsi l'annonce de la césarienne et le déroulement de l'intervention chirurgicale, peuvent influencer sur l'état mental des patientes et leurs vécu.

Problématique

1- Problématique :

Grossesse et maternité sont souvent des périodes privilégiées de plénitude et de joie. Toutefois, leur idéalisation par la société est susceptible de conduire au déni des difficultés que peut rencontrer toute femme enceinte ou qui vient d'accoucher. Le terme de maternité a été introduit par « Racamier » psychologue psychanalytique ; pour définir l'ensemble des processus psychoaffectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme à l'occasion de la maternité.

La grossesse chez les femmes, est une étape de renforcement de sa féminité, mais représente aussi une véritable épreuve psychique et somatique.

La grossesse fait des changements pour la femme et s'accompagnent des troubles psychologiques différentes, en plus il n'est pas rare que des saignements assez fréquents lors de la fécondation de l'œuf dans l'utérus au début de la grossesse ainsi que le taux des hormones se doublent. (Merger,R,et al 1989 ,p 191)

L'annonce d'une grossesse représente une confrontation du souhait d'être enceinte à sa réalisation concrète, est donc un moment de vacillement du sujet.

Ainsi l'accouchement est vécu différemment d'une femme à une autre, mais il restera toujours épreuve difficile aussi bien sur le plan physique que psychique. De nombreuses émotions, sentiments ou sensations négatives peuvent venir augmenter la douleur, notamment le stress.

Pour D. STERN ; l'accouchement il s'agit d'une expérience existentiellement unique pour la femme ; « devenir mère dans son corps et sa psyché »

Le type d'accouchement occupe beaucoup les pensées des femmes qui s'apprêtent à donner vie, comme dans le cas de la césarienne qui est une intervention chirurgicale (programmée ou en urgence), qui consiste en une extraction fœtale lorsque les conditions d'un accouchement normal ne sont pas réunies.

L'accouchement par césarienne est souvent vécu comme un échec par les jeunes mamans, ce qui peut laisser place au sentiment de stress et d'inquiétude ; la césarienne a brisé leurs espoirs d'accouchement « normal », elles se sentent parfois compétentes car elles n'ont pas été capable d'accoucher et ne sont pas accomplies en tant que mère puis qu'elles n'ont véritablement pas participé à la naissance de leurs enfants.

Une césarienne peut être mal vécue, et laisser outre une cicatrice physique, des traces psychiques, mais aujourd'hui cette opération présente peu de risque, à tel point que certains dénoncent une hausse de césarienne de confort.

Le stress est un phénomène universel lié à l'existence et à la poursuite de la vie d'un être humain.

Le stress ; est une réaction de l'organisme tant émotionnelle que physique, face à une situation ou expérience vécu comme perturbante. Le stress est une réaction naturelle si celle-ci n'est pas excessive et l'état de tension chronique (à la fois physique et psychique) qui découle d'une façon inadéquate de gérer la pression (psychique) pendant une période prolongée.

Le stress est un état qui menace l'individu et qui mets en danger ses mécanismes homéostatiques soit physique ou psychologique émotif, suite à des symptômes différents (la fatigue, problèmes d'attention, choque...etc.) notamment l'incapacité de penser et de réagie a la situation. (S, L2007p16)

La réaction de stress est variable selon la tolérance du sujet, lorsque la réaction au stress est de courte durée adaptée à la situation et responsable d'un comportement cohérent, il s'agit d'une réaction normale, mais quelque fois cette état de stress peut devenir anormal lorsque sa durée est prolongée, son intensité importante, ou lorsqu'il survient dans des situations bénignes.

Actuellement, le stress est devenu un terme récurant pour expliquer un bon nombre de nos désordres psychiques et physiologiques

➤ **Question générale :**

-Quels sont les réactions psychologiques des futures mères face à la césarienne ?

➤ **Question partielle :**

-Quel est le degré de stress chez les femmes césarisées ?

2- L'hypothèse de la recherche :

Afin de répondre aux questions spécifiques de notre recherche, nous avons formulés les hypothèses suivantes :

➤ **Hypothèse générale :**

-Les femmes qui subissent une césarienne manifestent du stress pathologique.

➤ **Hypothèse partielle :**

-Les femmes césarisées présentent un score élevé à l'échelle du SARSQ.

3- Définition des concepts clés :

Stress :

Signifie toute réponse de l'organisme à toute demande de sollicitation exercée sur cet organisme. Selon H.Selye (1976)

La grossesse :

Signifie un ensemble des phénomènes qui se déroulent entre la fécondation et l'accouchement, durant lesquels l'embryon, puis le fœtus se développent dans l'utérus maternel. La grossesse dure en moyen neuf mois, regroupés en troisième trimestres, (plus exactement 273 jours à partir de la date de la fécondation) commençant à la fécondation pour finir par l'accouchement. Le début de la grossesse est alors fixé au 1 jour les derniers règles normales. On parle pour indiquer la durée d'une grossesse normale de 41 semaines d'aménorrhée. Avant 37 semaines d'aménorrhée, l'accouchement est dit prématuré, après 41 semaines et 3 jours, on parle alors de terme dépassée. (Domar.A, 2006, p449)

L'accouchement :

C'est de mettre un enfant au monde se faite par voies basses a 38 ou 39 semaines. (Ibid.p491)

L'accouchement par césarienne :

Une opération au niveau abdominale pour sortir le bébé avec une péridurale ou l'anesthésie et d'assurer de l'insensibilisation de la patiente, après elle se reste au lit pendant trois jours avec difficultés de marcher et de bouger, souffrance physique et psychique, souffrance de sommeil.

(Frydman,R.Et Schilte,Ch.2010.p348)

Femme césarisée :

C'est des opérations de chirurgie pour une femme par le moyen dans laquelle on tire l'enfant du ventre de sa mère, en faisant une cession au-dessous de nombril, à côté de la ligne blanche, ou du muscle droit ouvrant le prétoire et en suite la matrice.

Le stress chez la femme césarisée :

La césarienne, si elle est en décision de l'urgence et compliquer d'hémorragie ou un choc, la césarienne peut s'accompagner d'un état de stress aigu ou chronique qu'on tout fois prévenir par le soutien, adapté une pensée négative et souffrances, manque d'endormissement et changement d'habitude, manque d'alimentation. (Dayane.J .2002.p68)

Partie pratique

Chapitre III

Méthodologie de la recherche

1- La méthode de recherche :

La méthodologie est une phase primordiale dans toute recherche scientifique, elle comporte un ensemble d'étapes logique et organisé qui rend le travail objectif.

Différentes forme de pratiques sont appliqués par le chercheur, lors du travail de terrain ; des enquêtes de population restreinte, des études de cas ou encore sous forme d'un problème particulier. En effet un bon travail de recherche nécessite un choix soigneux et rigoureux de la méthode de travail, le chercheur doit donc s'assurer de la faisabilité de son thème, en reconnaissant les points d'appuis et les obstacles du terrain choisi, ce qui va lui permettre une meilleure manipulation des données collectés et enregistrées, donc une bonne organisation lui est nécessaire au bon déroulement de travail.

Dans notre recherche nous avons opté à la méthode clinique ;

La méthode clinique : est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes de sujets souffrants et elle doit se centrer sur le cas, c'est-à-dire l'individualité, mais sans pour autant s'y résumer.

La méthode clinique est liée à une attitude méthodologique générale qui consiste à l'étude plus au moins prolongés de cas individuels, l'individu étant considéré comme le cadre de référence, elle répond à l'objectif principale de la psychologie clinique, à savoir comprendre l'homme dans sa totalité, dans sa singularité en situation et en évolution. (Bénony H et Chahraoui, Kh. 1999p13)

Les méthodes cliniques envisagent la conduite dans sa perspective propre, relevé aussi fidèlement que possible la manière d'être, d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation cherche à en établir le sens, la structure et à résoudre ses conflits.

(Chahraoui & Coll,
2003)

La méthode clinique devra définir son hypothèse de recherche, ses outils méthodologiques qu'on aura sélectionnés. (Casterde, 2003)

La spécificité de cette méthode réside dans le fait qu'elle refuse d'isoler les informations et qu'elle tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle.

La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires : le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelles, entretiens...) de recueil in vivo des informations (en les isolant le moins possible de la situation naturelle dans laquelle elles sont recueillies et en respectant le contexte), alors que le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas. La différence entre le premier et le second niveau ne tient pas aux outils ou aux démarches mais plutôt aux buts et aux résultats ; le premier niveau fournit des informations sur un problème, le second vise à comprendre le cas. (Pedenielli J.L.2006)

C'est pour cela que nous sommes inscrits dans l'approche descriptive pour mener notre recherche qui porte sur l'étude de stress vécu au cours de l'accouchement chez les femmes césarisées, elle nous permet de regrouper un grand nombre de données afin de comprendre au mieux le sujet. Cette méthode intervient au milieu naturel et tente de donner une image précisée d'un phénomène ou d'une situation particulière.

L'objectif de la méthode descriptive est : identifier les composantes d'une situation données et décrire la relation qui existe entre les composantes. (Chahraoui,Kh.Benony H.1999.p125)

La méthode est constitué de l'ensemble des opérations intellectuels par lesquelles une discipline cherche à atteindre les vérités qu'elle poursuit, les démontrer, les vérifier.

(Grawits,

M.2000.p351)

L'étude de cas :

Elle est défini en tant que observation approfondie de sujets particulier qui se produit parfois pendant des années, au cours desquelles sur son milieu de vie, sur l'incidence psychologique de certains évènements sociaux sur les accidents de santé. On procède de façon analogue pour le groupe de l'ensemble des éléments recueillis, on tire de précieux renseignements sur les sujets eux même mais aussi des hypothèses et des lois d'ordre général. (Sillamy, 2003)

Elle sert à accroître les connaissances concernant un individu donnée, elle ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques mais tente de révéler le problème d'un sujet dans un contexte de la vie ou sont prise en compte différents niveaux d'observation et de compréhension , organisation de la personnalité, relations et évènements présents et passés.

Lagache ; considère l'étude de cas comme une « observation inspirée par le principe de l'unité de l'organisme et orienté vers la totalité des réactions d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation, elle permet d'établir un diagnostic et un pronostic et fournit une base rationnelle pour conseiller, traiter, éduquer le sujet ».

Pour D'Allonnes ; l'étude de cas sert à dégager la logique d'une histoire de vie singulière aux prises avec des situations complexes nécessitant des lectures à différents niveaux, et mettant en œuvre des outils conceptuels adaptés. De ce fait, elle n'est plus essentiellement référée à l'anamnèse et au diagnostic, et se dégage des contraintes d'une psychologie médicale, tout en restant clinique et psychopathologique. (Pedenielli J.L 2005, p59-63)

Etant donné que l'étude de cas permet de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet.

2- La pré-enquête :

Nous sommes procéder à une pré-enquête afin de préparé l'enquête proprement dite, est une phase importante de toute recherche car elle permet de recueillir des informations concernant le thème de la recherche ainsi que sur la population visée.

La pré-enquête ; est la phase d'opérationnalisation de la recherche scientifique, elle consiste à définir des liens entre la construction théorique et les faits observables, son aboutissement est la mise en place de l'appareil d'observation. Cette phase comporte une observation préliminaire à l'aide d'entretiens généralement peu directifs. (Chauchat, 1999, p.63)

Le chercheur tente de se familiariser de la façon la plus complète possible avec le sujet ; il est donc indispensable dans notre démarche de travail de s'assurer de la fiabilité de notre recherche, la construction des hypothèses, le guide d'entretien, les conditions de l'étude, et aussi le consentement des sujets.

Pour ce faire nous avons effectué notre pré-enquête à « l'hôpital d'akbouAkloul Ali » ; qui s'est guidée par le psychologue au service de maternité (génécologie obstétrique) qui nous a aidés à mieux construire les techniques qui conviennent pour tester la faisabilité de la recherche

3- Les techniques de recherche utilisées :

Parmi les techniques et méthodes de recherche utilisées ; l'entretien clinique afin d'accéder aux informations subjectives (histoire de la vie d'un sujet, sentiments et représentations

3-1- L'entretien clinique :

Est la technique principale sur laquelle s'appuie le psychologue, qu'il soit à visé thérapeutique ou encore dans un but de recherche, l'entretien se fonde sur la parole. La prise de parole permet aux partenaires de se présenter et de se situer dans le dispositif. De plus la parole offerte au patient met le clinicien en position de devoir écouter ce que le patient a à dire. Dans cette mise en acte régulière de la parole transparait la position du sujet, soit sa vérité ainsi que sa place qu'il réserve au psychologue dans le dispositif, se présentent également des informations nécessaires au clinicien concernant les motifs de la consultation ; est le paradigme du travail du psychologue clinicien.

L'entretien clinique est une relation intersubjective, c'est-à-dire ; qui se produit entre deux sujets humains. Cette situation de communication entre deux personnes est un croisement de deux subjectivité, il s'agit de subjectivité car nul n'est totalement objectif et que chacun se crée son identité par rapport à sa vie, chacun a donc sa réalité et ses idées.

Le clinicien doit savoir écouter et faciliter la parole de l'autre avant de parler lui-même. Pour M. Leroux psychologue français « ce qui le différencie d'un entretien ordinaire, c'est qu'il prend en compte de l'inconscient »

Selon S.Freud, la parole libère car elle permet d'avoir accès à des informations sur la souffrance et les difficultés d'un sujet, apportant des informations sur ce à quoi il a été réellement ou imaginaiement confronté, et sur sa position à l'égard de ses faits.

L'entretien clinique de recherche est le même que les entretiens thérapeutiques et ceux d'évaluation par rapport à sa conduite, aspects techniques et l'attitude clinique que le sujet pousse à adopter. Toutefois il reste différent de ces derniers au niveau de ses objectifs qui vise le développement des connaissances d'un domaine choisi par le chercheur. En trouvant réponse aux hypothèses de sa recherche et de son thème, que le chercheur produit de sa propre initiative ou il se trouve en position de demande. (Chahraoui.K et Bénony.H, 1999, p100)

- Il existe trois types d'entretiens clinique : l'entretien directif, l'entretien non directif et l'entretien semi directif ; ce dernier qu'on va utiliser dans notre recherche.
- **l'entretien directif** : l'entretien semi directif doit être distingué de l'entretien directif utilisé en psychologie clinique pour compléter ces investigations, est un questionnaire dans lequel les questions sont ordonnées et hiérarchisées ; il n'est pas centré sur la verbalisation spontanée du sujet, celui-ci répond seulement aux questions qui sont posées, ce qui ne permet pas une grande implication personnelle. (Chahraoui,Kh et benony,H.1999.p15-16)
 - **l'entretien non-directif** :le clinicien pose une question donne une consigne ou bien circonscrit un thème puis s'efface pour laisser parler le sujet librement avec le respect des moments de silence, ce qui est important c'est que le sujet dise ce qu'il a à dire, ce qu'il veut dire et ce qu'il peut dire, c'est l'avantage d'une attitude clinique faite de respect et d'écoute bienveillante qu'une absence de parole.
 - **l'entretien semi-directif** : se définit en tant que guide d'entretien avec plusieurs questions préparés à l'avance mais non formulées d'avance. Bien entendu le chercheur pose une question puis laisse le sujet s'exprimer librement mais seulement sur le thème préposée sans l'interrompre, car l'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien propose un cadre qui permet au sujet de dérouler son récit. Autrement dit ce type d'entretien favorise l'expression libre et associative à partir d'une question ouverte tout en orientant la personne sur des questions précises par lesquelles l'examineur souhaite une réponse. (Chahraoui&Coll, 2003)

Un entretien clinique semi-directif est celui où le chercheur dispose d'un guide d'entretien à travers lequel le chercheur pose des questions aux sujets qui permet à ces derniers d'associer sur le thème sans l'aspect spontané qui est moins présent dans ce type d'entretien.

(Chahraoui.K et Bénony.H1999, p100)

L'entretien semi-directif est donc celui que nous avons choisi, car il nous fallait de guider les sujets dans les thèmes qui nous semblait plus important tout en préservant la liberté de la parole.

- Le guide d'entretien :

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus au moins structuré.

Pour créer un guide d'entretien, le clinicien commence à lire les différents thèmes et sous-thèmes abordés lors de l'échange, à partir de ces thèmes il va préparer une liste des questions semi-ouvertes, ainsi que les relances (dans le cas où les thèmes n'auraient pas été abordés spontanément par le sujet)

Une attention particulière doit être portée à la formulation des questions pour aider le sujet à donner son avis propre. Il est par exemple déconseillé d'utiliser le terme (pourquoi) qui appelle à une réponse très structurée et rationnelle et qui risque de couper le fil de la communication. (Chahraoui Benony.H, 1999, p.16)

Il est nécessaire que ce guide soit bien intégré avant la réalisation de l'entretien. Le but final est de l'oublier pour que l'entretien se rapproche le plus possible d'une conversation entre deux interlocuteurs dans laquelle les idées du sujet émergent spontanément.

3-2- L'échelle de Stanford aigue Réaction stress Questionnaire (SARSQ) :

Est une échelle anglaise validée, qui est largement utilisée pour le diagnostic de stress aigue post-traumatique. Sa traduction de l'anglais vers le français a été faite par le Dr.Cheix, par souci de cohérence avec les échelles psychologiques, les items ont été revus par le Dr .Baro, (psychiatre praticien hospitalier à la cellule d'urgence médico psychologique du CHU de Grenoble)

Dans la littérature anglaise, cette échelle est applicable à tous types de traumatisme, et doit être délivré dans les trois cinq jours suivants l'évènement traumatisant.

La première question évaluant le vécu de l'évènement dont la réponse est comprise entre « pas du tout perturbant » et « extrêmement perturbant », suivi de 30 questions ayant

comme réponses possibles, une échelle d'intensité de zéro correspondant à « jamais ressenti » à cinq, correspond à « très souvent ressenti »

3-3- Présentation du questionnaire :

✓ **Comment estimez-vous votre vécu de l'évènement ? (Cochez une réponse)**

- Pas du tout perturbant
- Un peu perturbant
- Modérément perturbant
- Extrêmement perturbant

- **Vous trouverez ci-dessous la description de ce que l'on peut ressentir pendant ou après un évènement stressant. Merci de lire attentivement chacun des points suivants et d'indiquer s'il s'applique à ce que vous avez vécu sur le moment et que vous ressentez peut être encore.**

✓ Entourez le chiffre de 0 à 5 qui décrit le mieux votre expérience en utilisant l'échelle ci-dessous.

- Pas du tout ressenti 0
- Pratiquement pas ressenti 1
- Rarement ressenti 2
- Parfois ressenti 3
- Souvent ressenti 4
- Très souvent ressenti 5

1- j'ai des difficultés à m'endormir ou à rester endormie. 0-1-2-3-4-5

2- Je me sens agitée. 0-1-2-3-4-5

3- J'ai l'impression d'être hors du temps ou que le temps s'est arrêtée. 0-1-2-3-4-5

4- Je mets de temps à réagir. 0-1-2-3-4-5

5- J'essaye de ne pas trop penser à ce que je ressens à propos de l'évènement. 0-1-2-3-4-5

6- Je fais souvent des cauchemars liés à cet évènement. 0-1-2-3-4-5

7- Dès que quelque chose me rappelle l'évènement, j'en suis très bouleversée. 0-1-2-3-4-5

- 8- La moindre chose me fait sursauter. 0-1-2-3-4-5
- 9- Après l'évènement j'ai eu du mal à faire les choses que j'avais à faire. 0-1-2-3-4-5
- 10- Je ne me sens plus vraiment moi-même. 0-1-2-3-4-5
- 11- J'essaie d'éviter les activités qui me rappellent l'évènement. 0-1-2-3-4-5
- 12- Je me sens à cran, tendue. 0-1-2-3-4-5
- 13- Je me sens étrangère à moi-même. 0-1-2-3-4-5
- 14- J'évite de parler de l'évènement. 0-1-2-3-4-5
- 15- J'ai des réactions physiques lorsque quelque chose me rappelle l'évènement. 0-1-2-3-4-5
- 16- J'ai du mal à me souvenir de certains détails importants de l'évènement. 0-1-2-3-4-5
- 17- J'évite de penser à l'évènement. 0-1-2-3-4-5
- 18- Je ne vois pas les choses telles qu'elles sont. 0-1-2-3-4-5
- 19- J'ai souvent des flashbacks de l'évènement. 0-1-2-3-4-5
- 20- Je me sens étrangère de mes propres émotions. 0-1-2-3-4-5
- 21- Je me sens irritable ou ai des accès de colère. 0-1-2-3-4-5
- 22- J'évite le contact avec les personnes qui me rappellent l'évènement. 0-1-2-3-4-5
- 23- Je me mets soudainement à me comporter ou à me sentir comme si l'évènement se reproduisait. 0-1-2-3-4-5
- 24- J'ai des absences. 0-1-2-3-4-5
- 25- J'ai des trous de mémoire concernant le déroulement de l'évènement. 0-1-2-3-4-5
- 26- L'évènement me cause des problèmes dans mes relations avec les autres personnes. 0-1-2-3-4-5
- 27- J'ai des difficultés à me concentrer. 0-1-2-3-4-5
- 28- Je me sens distante ou coupée des autres personnes. 0-1-2-3-4-5
- 29- Je suis persuadé que l'évènement se reproduit. 0-1-2-3-4-5
- 30- J'évite les endroits qui me rappellent l'évènement. 0-1-2-3-4-5

✓ **Pendant combien de temps avez-vous ressenti les symptômes de stress les plus marqués ? (cocher une réponse)**

- Aucun jour
- Un jour
- Deux jours
- Trois jours

- Ca persiste encore aujourd'hui

- ✓ **Grille d'évaluation du stress aigue**
- ✓ **Questions à poser aux patientes ayant bénéficié d'une césarienne, le jour du retour à domicile.**
 - (Plutôt oui)
 - (Plutôt non)

- Se sent distante ou coupée des autres
- A des absences ou mets du temps à réagir
- A l'impression d'être hors du temps
- Ne se sent plus vraiment soi-même
- A du mal à se souvenir des détails, a des trous de mémoire
- Fait des cauchemars, à des flashbacks de l'évènement
- Evite de parler ou de penser à l'évènement
- A des difficultés à s'endormir, se sent agitée, à cran, irritable

3-4- L'observation clinique :

L'observation clinique est celle qui se fait au lit du malade, et tente de se dégager de tout pré-supposé théorique dans le moment de l'observation.

L'observation consiste à relever des phénomènes comportementaux, idéatifs, langagiers, émotionnels et cognitifs significatifs, afin de leur donner un sens en les restituant dans la dynamique, l'histoire d'un sujet et dans le contexte de l'observation et dans le mouvement intersubjectif actualisé, ainsi le champ de l'observation clinique concerne l'ensemble des conduites verbales et non verbales, les interactions dans leur référence à la subjectivité et l'intersubjectivité.

(Pidenielli et AL 2005, p13-14)

L'observation clinique ; s'intéresse au psychisme humain donc au processus psychique qui n'est pas observable, la clinique qui vient du mot « cliné » au lit du malade. On observe la subjectivité on ne cherche pas l'objectivité on considère quelque chose avec une attention, c'est à nous d'observer la réalité psychique. Elle est destinée à nous faire percevoir différemment les choses, à en avoir une image plus rigoureuse ; passer d'une perception simple à une méthode permettant de faire de la recherche, l'observation sera le résultat codé de l'acte d'observer suivi de l'acte d'interpréter.

On observe des gestes, des comportements, des mots, des émotions qui sont observables grâce aux comportements aux signes mais aussi à la situation. La réalité du psychologue clinicien existe que dans la relation au sujet quand l'observation construit une réalité entre psychologue et objet de son observation dans la dynamique de transfert, il faut avoir une attention flottante c'est-à-dire être à l'écoute de l'analysé et d'être le plus neutre possible, l'analyse doit être le plus neutre quant à la valeur religieuse, morale et sociale.

La réalité psychique est différente de la réalité matérielle c'est-à-dire des corps des objets qui obéissent à des lois physiques de la réalité biologique qui s'auto organise, ceci n'est pas l'objet de la psychologie clinique, la réalité psychique est ni mesurable ni palpable, ni visible, c'est une réalité perçue sauf que chaque individu perçoit différemment mais elle se complexifie d'une prise de conscience. Pour Freud ; la réalité psychique a une forme d'existence particulière, ni réalité, ni historique, la réalité psychique est ce qui fait de nous des humains. Elle concerne par ailleurs à la fois la pratique de soi psychique et la recherche.

Observer ; est un processus incluant l'attention volontaire et l'intelligence, orienté par un objectif terminal ou organisateur et dirigé sur un objet pour en recueillir des informations. Elle a pour objet de relever des phénomènes comportementaux significatifs, de leur donner un sens de les situer dans la dynamique individuelle.

Observer avec attention la situation clinique, les expressions du corps et du psychisme des patients comme du clinicien-observateur lui-même, praticien du soi ou chercheur demande un effort important mais essentiel qui fonde la position clinique.

L'observateur par ailleurs, observe avec tous ses sens, il regarde ce qui se déroule sous ses yeux, il écoute les mots, les paroles, mais aussi les sons, les silences. Cette activité d'observation est ainsi toujours intense, elle demande de l'énergie, un effort important.

La position et l'activité du clinicien le conduisait aussi à des choix d'observation qui relèvent du dispositif de l'observation clinique ;

L'observation clinique systématique (contrôlée) : elle permet d'enregistrer le comportement tel qu'il se présente, les sujets sont observés pendant un temps limité et le nombre d'observations clinique est important.

L'observation clinique directe passive : caractérisée par la neutralité et la discrétion, le clinicien se familiarise avec le milieu et les membres actifs de ce milieu, qui lui-même se familiarise avec sa présence ce qui permet de diminuer l'anxiété, la méfiance, l'hostilité des futures observées face à l'observateur. Avoir l'accord du sujet à observer.

L'observation clinique incognito : consiste à observer sans avoir des relations avec les sujets observés, la modification des comportements des observés par le clinicien, observation dissimulé, caché.

L'observation clinique naturelle : permet d'apprécier le comportement naturel tel qu'il se manifeste dans le milieu habituel du sujet, ou l'observateur est en présence des observés, ou les situations ne sont pas construites dans le but d'être observées mais il existe d'autres buts, ces situations ont un passé, un futur des moments intercalés sans observation.

(Robin M. et al. (1984) p83.

L'observation clinique naturelle ; fait l'objet de notre choix d'utilisation, elle nous permet d'appréhender une réalité vécue et recueillir des informations sur les comportements non-verbaux des sujets, tenter de vérifier l'hypothèse en fonction d'un cadre théorique de référence.

La spécificité de l'observation ; n'est pas qu'elle néglige la parole des acteurs, bien au contraire, mais qu'elle la recueille en situations.

4- Le déroulement de la recherche :

Notre recherche sur le terrain est déroulée durant le mois d'avril (du 18 février 2020 au 18 avril 2020), tout d'abord on a commencé par la rencontre du chef de service et les responsable avec l'explication de notre thème de recherche ; réalisé un mémoire de fin de cycle en vue d'obtention d'un diplôme de master en psychologie clinique. En suite avoir le consentement (accord du sujet) et l'accord du gynécologue qui nous a donnée des explications et des informations précieuses pour mieux connaître sur les patientes. Les premiers jours ont été consacrés à une préenquête afin de nous familiariser avec le terrain, ce qui nous a facilité le travail avec les parturientes grâce à l'orientation du psychologue. En ce qui concerne le recueil des données, on a commencé par l'entretien clinique en suite on a passé à l'application de l'échelle (Standford aigu Réaction stress Questionnaire), pour finir avec l'analyse des données.

5- Tableau récapitulatif de la population d'étude :

| Nom | Age | Niveau d'instruction | Profession |
|------------|------------|-----------------------------|-------------------|
| Baya | 39 ans | Secondaire | Femme au foyer |
| Hassiba | 27 ans | Universitaire | Femme au foyer |
| Fatiha | 41 ans | Universitaire | Femme active |
| Kahina | 25 ans | Universitaire | Femme active |

6- Les raisons de choix de thème :

D'après la souffrance physique et psychique des femmes pendant la période d'accouchement, nous avons observées a l'environnement social on a remarqué que la majorité des femmes césarisées vivent un état de stress majeur aussi le développement des comportements inadaptés face à cet évènement qui est important dans la vie d'une femme.

7- L'objectif de la recherche :

- L'objectif principal de notre recherche, est de connaitre le ressenti des femmes face à la césarienne et le stress vécu durant cet évènement.
- représentation de la césarienne chez les femmes.

8- Les difficultés rencontrées :

- ✓ Difficultés de trouver les ouvrages et les informations nécessaires.
- ✓ Difficulté d'obtention l'autorisation d'accès l'hôpital.
- ✓ La pandémie COVID-19 qui nous aénormément perturbés.

Conclusion de la partie méthodologique :

Dans notre recherche, nous avons utilisés une méthode clinique qui se base sur l'étude de cas, pour la collecte des données nous avons élaborés un guide d'entretien afin de recueillir le plus grand nombre possible d'informations et d'éléments concernant le vécu des femmes césarisées en reconnaissant leur degré de stress. Les données recueillis seront décrites et analysées dans le chapitre suivant, les interpréter afin de confirmer les hypothèses.

Chapitre IV
Analyse et
interprétation des
données

Préambule :

Dans ce dernier chapitre nous présenterons en premier lieu les données des entretiens, du questionnaire ainsi que celle des observations réalisés sur les parturientes, cependant nous présenteront des illustrations cliniques, et enfin une synthèse des résultats et une discussion de nos hypothèses.

1- Présentation et analyse des cas cliniques :**1^{er} cas clinique :****Le cas de « Baya » :**

Une jeune femme âgée de 39 ans, est une femme au foyer, le niveau d'instruction 9eme année.

Baya descend d'une famille de 3 frères et sœurs dont elle est la plus grande.

➤ Compte rendu de l'entretien :

Baya, elle avait 3 enfants, elle nous informait qu'elle était très contente a l'annonce de la nouvelle pour elle ainsi que pour son mari ; cet enfant était tant désiré par le couple.

Son état de santé pendant les premiers mois de sa grossesse n'était pas agréable contrairement aux premières grossesses. Baya a souffert des nausées et d'anémie, son mari était toujours à côté d'elle, cependant elle s'est immédiatement soignée.

L'alimentation de Baya a énormément changé, elle mangeait encore plus que d'habitudes. Au cours de cette période elle dormait plus. Elle ne rêvait pas beaucoup, elle est devenue très irritable et nerveuse, les larmes coulait à n'importe quelle raison ; « je pleurais pour tout et pour rien... j'ai devenue très sensible »

La perception des mouvements fœtaux a eu lieu vers le 4eme mois, elle était très heureuse, elle aimait le fait de le sentir bouger a l'intérieure d'elle.

Les échographies se sont très bien déroulées, elle était très contente lorsqu'elle a écouté les battements cardiaques de son futur bébé ; « j'étais très heureuse se dire qu'il existe, qu'il vit... »

Baya à commencer à imaginer son enfant beau et instruit, elle n'avait pas de préférence pour un sexe en disant : « je veux juste voir mon bébé en bonne santé »

A l'annonce du sexe elle était très heureuse que ce soit une fille.

Concernant l'accouchement « Baya » avait l'idée d'accoucher par voie basse, elle n'a jamais pensé à la césarienne.

L'annonce de la césarienne était un moment difficile pour elle, car elle avait vécu un début de travail d'un accouchement normal mais le bébé n'arrivait pas à sortir, alors qu'on lui a annoncé qu'elle devrait subir une césarienne ; « j'avais peur de perdre mon bébé... mais la césarienne c'était la seule solution »

L'équipe médicale a présenté le bébé à la patiente juste à sa naissance, au retour dans sa chambre elle n'a pas eu à le demander.

Baya était très heureuse de voir enfin son bébé « c'était un moment merveilleux pour moi »

Elle nous avançait qu'elle n'a pas envie d'enfanter une autre fois « je vais prendre soin de mes enfants... »

➤ **Résultats du questionnaire :**

Après avoir expliqué notre objectif de recherche, la patiente a accepté de répondre à nos questions sans aucune opposition.

La passation du questionnaire a pris 03 min

Nous avons réalisé que la majorité de ses réponses pendant l'entretien tournaient autour de « très souvent ressenti », ainsi les symptômes du stress persiste chez elle jusqu'au troisième jour suivant son accouchement.

Concernant la grille d'évaluation, nous remarquons que « Baya » a donnée sept réponses de « plutôt oui » sur huit items, alors nous pouvons dire que cette mère risque de développer un stress aigu, si elle ne sera pas prise en charge rapidement.

➤ **Les données de l'observation :**

L'entretien est réalisé au près de lit malade, « Baya » était toujours allongé, elle paraissait fatiguée.

Les signes de stress détectés : (irritabilité, pleuré ou être déprimer, confiance en soi diminué, choc et tristesse sont décrites ; la déception d'avoir une césarienne et de ne pas pouvoir accoucher par voie basse, sentiment d'échec et non accomplissement)

Lorsque l'équipe médicale à ramener le bébé, Baya n'a pas arrêter de le fixer du regard, elle paraît triste car elle ne peut pas prendre son bébé comme il le faut à cause des douleurs de la césarienne.

➤ **Synthèse du cas :**

Le parcours de la grossesse de Baya est marqué par certains troubles d'appétits, sommeil et particulièrement l'anémie et la thyroïde.

L'annonce de la césarienne était un moment difficile pour elle, le stress de Baya augmente, ainsi l'expérience de l'accouchement par césarienne a été vécu avec beaucoup de perturbations.

• **Conseils d'intervention :**

Nous en tant qu'étudiantes en psychologie clinique, nous avons proposé quelques conseils et qui vont aider les patientes à surmonter cet état de stress car trop de stress peut sérieusement affecter la santé de ces femmes. Concernant le cas de « Baya » nous avons remarqué qu'elle a vécu beaucoup de perturbations d'après ce qu'elle nous a raconté. Voici les conseils et les astuces qui permettent de détecter et de gérer son état de stress :

La reconnaissance des signes du stress (émotionnels, physiques et mentaux)

La discussion avec ses proches et/ou le médecin.

Adopter une attitude positive et changer votre manière d'envisager la situation et garder le contrôle, c'est aussi faire le deuil de ce qui est impossible, il est inutile de penser négativement.

Identifier et définir ses objectifs et ses priorités et de pensé à l'avenir de son bébé et de bien recevoir la nouvelle.

Rester en contact à la fois avec sa famille, ses amis et l'ensemble des personnes de son quotidien et ne pas s'isoler.

Changer en douceur et essayez d'intégrer petit à petit nos conseils ; ils deviendront des habitudes en très peu de temps.

Profiter de ce moment joyeux avec votre bébé et votre famille et explorer les sentiments positifs envers soi-même.

2^{ème} cas clinique :

Le cas de « Hassiba » :

« Hassiba » est âgée de 27 ans, mariée depuis 2 ans, une femme au foyer d'un niveau d'instruction universitaire. Elle vit avec sa belle-famille avec qui elle a noué de bonnes relations.

➤ Compte rendu de l'entretien :

Après deux ans de mariage, elle tomba enceinte, cet événement a été tant désirée par le couple surtout le conjoint.

Durant la gestation, l'état de santé de « Hassiba » était désagréable a souffert de beaucoup de nausées, vomissements au point d'éviter de manger pour ne pas vomir. Son sommeil aussi était perturbé, elle dormait plus la journée, cependant le volume du ventre la perturbait les derniers mois.

Parfois elle faisait des cauchemars cela dépendait de son état.

Elle est devenue très sensible et nerveuse « je pleure à tout moment et à n'importe quelle raison... surtout quand je reste tout seule à la maison... »

« Hassiba », a perçus les premiers mouvements fœtaux de son bébé vers le 2eme mois ; elle était très contente ; « je n'ai pas de mots pour décrire ce que j'ai ressenti »

Elle communiquait beaucoup avec son bébé « je lui parlais souvent...je le sens près de moi... »

Elle disait que cette grossesse la murit « tout ce que je faisais était pour mon bébé »

Les séances d'échographies de « Hassiba » se sont bien déroulées sans aucun problème, le premier rendez-vous la marquée, en voyant une tout petite tache blanche qui représentait son futur bébé comme elle le disait « j'avais déjà hâte de le voir »

Pour le sexe du bébé « Hassiba » souhaitait avoir une fille, contrairement pour le mari qui voulait un garçon.

Pour l'annonce de sexe elle était très heureuse que ce soit une fille « j'étais très heureuse...le prénom de ma fille était choisi dès le début de ma grossesse... »

Son mari aussi était très content, malgré au début il voulait un garçon comme elle le disait.

« Hassiba » n'avait pas vraiment d'idée sur son accouchement, elle avait un peu peur, elle pensait même des fois à la césarienne.

La césarienne pour elle représentait une solution, sécurité pour le bébé, elle le voyait comme quelque chose de facile et même pendant sa grossesse elle n'avait pas peur d'accoucher par voie haute, car elle avait hâte de la faire et d'en finir.

Elle n'arrête pas de demander de voir son bébé. « Hassiba » était très heureuse de voir son bébé de le prendre dans ses bras « ça me suffit de voir mon bébé en bonne santé...c'est le bonheur pour moi et pour mon mari »

D'après ce qu'elle nous a raconté, « Hassiba » souhaitera enfanter encore une fois.

➤ **Résultats du questionnaire :**

Après l'accord de « Hassiba », la passation du questionnaire a durée 5min, malgré sa souffrance physique elle était calme et compréhensive.

Nous avons constaté que la majorité de ses réponses tournaient autour de « pas du tout ressenti », le vécu de l'expérience de l'accouchement « un peu perturbant »

La durée des symptômes du stress n'ont tenu qu'une seule journée après son accouchement. De ce fait, elle ne présente aucun risque de développer un stress aigu.

➤ **Les données de l'observation :**

L'entretien clinique réalisé au près du lit de la patiente.

Durant l'entretien nous sentions une réel joie sur son visage, ses yeux brille, elle parait très heureuse, notamment lorsqu'elle a pris son bébé dans ses bras ; en disant « elle m'a fait oublier toute la souffrance et la douleur que j'ai ressenti »

Parmi les signes de stress détectés : (irritabilité, trouble de sommeil, et troubles d'appétit...)

➤ **Synthèse du cas :**

« Hassiba » a relativement bien vécu sa grossesse, elle était marqué par quelque troubles fonctionnels (vomissements, nausées)

« Hassiba » elle a souvent imaginée son bébé avant son accouchement, elle a pu le représenter en tant qu'objet externe pour elle.

La réaction à l'annonce de la césarienne était positive, et l'expérience de l'accouchement a été vécue sans trop de difficultés.

« Hassiba » elle a une estime de soi qui est élevée, ce qui a contribué à l'absence des signes de stress.

Nous constatons que l'évènement de l'accouchement de « Hassiba » été bien vécu.

• **Conseils d'intervention :**

Concernant le cas de « Hassiba » nous avons constaté qu'elle bien vécu l'expérience de l'accouchement sans trop de perturbations, elle nous a dit qu'elle avait un peu peur au début et stressé mais elle a pu le surmonter grâce au soutien de sa famille et notamment son mari. Laisser la patiente s'exprimer librement ses émotions négatives (décharge émotionnelle) ; parler de vos émotions avec les autres cela permet d'extérioriser les sentiments refoulés de plus il est toujours utile de connaître l'avis d'une personne extérieure sur sa propre expérience.

3^{ème} cas clinique :**Le cas de « Fatiha » :**

« Fatiha » est âgée de 41 ans, mariée depuis 5 ans, enseignante au lycée, une mère de deux enfants, doit être césarisée pour la deuxième fois.

➤ Compte rendu de l'entretien :

« Fatiha » elle avait deux enfants (une fille et un garçon), elle nous informait que la découverte de la grossesse était un moment de joie et d'enchantement pour le couple, elle a dit : « j'ai vécu des problèmes familiaux mais la grossesse m'a fait tout oublier... ». Elle n'a aucun problème de santé particulier, son sommeil était un peu perturbé elle dormait plus la nuit cependant elle se sent souvent fatiguée et étouffée, son mari l'a beaucoup soutenue en disant : « mon mari m'a beaucoup soutenue durant ma grossesse... j'ai devenue très nerveuse et irritable mais il a supporté mon caractère... c'est ce qui m'a donné de la force... »

« Fatiha » a perçu les premiers mouvements fœtaux de son bébé vers le 4^{ème} mois, elle était très contente, elle dit qu'elle lui parlait à chaque fois qu'il se remuait ou donnait des coups « j'étais très attachée à lui avant de le voir... ». Les échographies se sont très bien déroulées, pour le sexe de bébé Fatiha elle voulait un garçon, comme son mari le souhaite aussi, à l'annonce du sexe elle était très heureuse que ce soit un garçon « je n'ai pas trouvé les mots pour décrire ce que j'ai ressenti, j'étais très heureuse, j'ai pleuré de joie, mon mari aussi il était très heureux et c'est lui qui a choisi le prénom qui est Abderrahim »

« Fatiha » n'avait pas vraiment l'idée concernant son accouchement, elle avait un peu peur mais elle disait que c'était normal, elle pensait souvent à la césarienne car elle a déjà accouché par voie haute.

Elle n'avait pas peur de la césarienne, elle la voyait comme une protection ou solution pour sauver le bébé, Fatiha nous annonce qu'elle s'inquiète un peu sur les complications de la césarienne à cause de son âge « je me sens que je suis devenue vieille, je ne suis plus jeune comme avant... »

Le moment de la césarienne pour elle était un soulagement et détente après tout ce qu'elle a vécu.

L'équipe médicale a présenté le bébé à la patiente juste à sa naissance.

« Fatiha » était très heureuse de voir son bébé en disant : « il était magnifique, comme je l'es toujours imaginée...quand je le vois il me procure un tel bonheur qui me fait oublier tout la souffrance que j'ai vécu... »

Elle nous avançait qu'elle n'a pas envie d'enfanter une autre fois à son âge.

➤ **Les résultats du questionnaire :**

La passation du questionnaire de Fatiha a pris environ une demi-heure, vu qu'elle a eu une visite d'un membre de sa famille.

La durée des symptômes du stress ont tenu deux jours après son accouchement.

Dans la grille d'évaluation, nous remarquons que Fatiha a donné six réponses de « plutôt oui » sur huit items. De ce fait nous pouvons dire que cette mère risque de développer un stress aigu.

Le stress se définit par la présence d'au moins cinq réponses de « plutôt oui ».

➤ **Les données de l'observation :**

Notre entretien que nous avons fait avec la patiente dans sa chambre, elle était allongée sur le lit malade, elle paraissait encore fatiguée « je suis tellement fatigué et étouffé... j'ai hâte de rentrer chez moi... » ; Elle n'arrête pas de répéter cette phrase.

On souligne un sentiment d'inquiétude en disant « je veux voir mon bébé...peut être il a faim...je veux qu'il soit tout le temps à mes côtés sous ma protection... »

Les signes de stress détectés : (irritabilité, pleurer ou être déprimé, confiance en soi diminué, isolement, troubles de sommeil et d'appétits, tristesse et sentiment d'échec)

A travers l'analyse de l'entretien, le questionnaire et l'observation que nous avons réalisés, nous constatons que le vécu de l'accouchement de Fatiha était plus au moins mauvais et perturbant.

➤ **Synthèse du cas :**

Le parcours de la grossesse de « Fatiha » était marqué par certains troubles psychologiques et somatiques tels que : (troubles de sommeil et d'appétit, vomissements, inquiétude, et particulièrement le stress)

La réaction de « Fatiha » à l'annonce de la césarienne était bouleversante.

L'expérience de l'accouchement a été perturbante, « Fatiha » a manifesté un risque de développer un stress aigu.

- **Conseils d'intervention :**

Elaborer des solutions en faisant preuve de créativité ; on a donc aider la patiente à identifier les pensées dysfonctionnelles et a les modifier par des pensées plus adaptés, identifier ce qui déclenche les émotions négatives (colère, culpabilité...) et apprendre à réagir de façon différente.

Déterminez vos besoins d'abord et ceux qui peuvent attendre.

Pensez d'abord à votre bien être et celui de votre bébé.

Un sentiment de contrôle améliore en effet l'estime de soi.

N'hésitez pas à partager vos sentiments avec votre partenaire, vos amis et votre famille.

Essayer de profiter le mieux de ce moment unique que dieu vous a offert

Bien que maîtrisée, la césarienne reste une opération chirurgicale qui demande soutien et communication.

4^{ème} cas clinique :

Le cas de « Kahina » :

« Kahina » est une jeune femme âgée de 25ans, d'un niveau d'instruction universitaire, elle travaille couturière à la maison, doit césarisée pour la première fois.

- **Compte rendu de l'entretien :**

« Kahina » nous a raconté que son mariage c'était le fruit d'une relation amoureuse, la relation conjugale était bien, la découverte de la grossesse était un moment de joie pour le couple, la grossesse était programmée et acceptée par les deux conjoints.

Son état de santé pendant les premiers mois de sa grossesse n'était pas vraiment agréable, Kahina a souffert des douleurs abdominaux, vomissements, nausées et particulièrement d'anémie, cependant son alimentation a énormément changé elle ne mange plus comme avant à cause de la perte d'appétit.

Elle disait que cette grossesse la perturbé, elle nous a avoué que la prise de poids et le gonflement du ventre la gênée notamment durant les derniers mois de grossesse.

La perception des mouvements fœtaux a eu lieu vers le 2eme mois, elle était très heureuse « j'étais très contente...c'était vraiment un évènement marquée pour moi... »

Les échographies se sont très bien déroulées. Le couple parentale désirent d'avoir un garçon avec chaleur. A l'annonce du sexe « Kahina » était très heureuse que ce soit un garçon comme elle a souhaitait, son mari était très content « j'étais très heureuse, un moment de joie et de bonheur pour moi et pour mon mari...j'ai même préparé des vêtements pour lui... »

L'annonce de la césarienne était un moment difficile pour elle « l'information de la césarienne m'a fait peurs car au début j'avais l'idée d'accoucher par voie basse », « j'avais peur de perdre mon bébé...j'avais des craintes... »

« Kahina » nous a avançait que sa famille ainsi que son mari l'on beaucoup soutenue pendant ces moment difficiles, elle s'est immédiatement soignée.

L'équipe médicale a présenté le bébé pour la patiente juste à sa naissance, elle était très contente, elle avait les larmes aux yeux en disant « Dieu merci mon bébé est en bonne santé, c'est le bonheur pour moi »

« Kahina » était très heureuse de voir enfin son bébé, elle nous a avançait qu'elle a envie d'enfanter une autre fois, mais elle souhaiterait que ce soit par voie basse et non par césarienne.

➤ **Résultat du questionnaire :**

La patiente a accepté de répondre à nos questions avec toute franchise, la passation du questionnaire a pris environ 03min

La majorité des réponses tournait autour de « très souvent ressenti »

Les symptômes de stress persiste chez elle jusqu'au troisième jour suivant son accouchement

Nous remarquons que Kahina a donnée cinq réponses de « plutôt oui » sur huit items dans la grille d'évaluation, de ce fait nous réalisons qu'elle risque de développer un stress aigu, si elle ne sera pas prise en charge rapidement.

➤ **Les données de l'observation :**

Nous avons réalisé notre entretien au près du lit malade, Kahina paraissait fatiguée, stressée et heureuse au même temps.

Elle était calme et compréhensive, nous sentions la souffrance qu'elle a vécue.

Les signes de stress détectés : (irritabilité, inquiétude, tristesse, sentiment d'échec, confiance en soi diminué, évitement, troubles de sommeil et d'appétits...)

« Kahina » elle n'arrête pas de demander de voir son bébé.

Nous constatons à travers notre observation que l'expérience de l'accouchement de « Kahina » a été perturbante.

➤ **Synthèse du cas :**

La grossesse de « Kahina » était marquée par des troubles somatiques particulier (douleurs abdominaux, nausées, vomissements, anémie) et psychologique (stress, peurs et craintes, angoisse...)

La réaction à l'annonce de la césarienne était négative, elle a refusé l'idée d'être opérée, elle a persuadé un soutien familiale et parentale.

Elle a mal vécue la césarienne, ce qui a contribué à la présence des signes du stress aigu.

• **Conseils d'intervention :**

Concernant le cas de « Kahina » nous avons réalisé qu'elle a mal vécu la césarienne, car au début celle a totalement refusé l'idée d'accoucher par voie haute.

On a laissé la patiente exprimer sa plainte, ses attentes et ses demandes, on a approprié peu à peu son stress, on a proposé des changements et des règles d'adaptation ; « vous êtes au centre de votre problème, vous pouvez le surmonter, on est là pour vous aider et vous montrer que l'on peut aborder les choses différemment »

Proposer de façon simple à partir d'exemples concrets de présenter le caractère normale de stress « cela touche tout le monde, le stress permet de s'adapter, les conséquences peuvent être négatives pour la santé et le bien être... »

Il faut mettre des mots sur vos émotions, au lieu de s'isoler et de ne pas oser évoquer votre stress.

2- Discussion des hypothèses :

Les parturientes que nous avons rencontrées sont de milieux sociaux différents, ainsi que leurs activités professionnelles sont variés.

L'état de santé chez la plupart des femmes était plus au moins désagréable, car elles avaient souffert de multiples troubles fonctionnels ; troubles alimentaire, trouble du sommeil, particulièrement l'anémie, thyroïde et problèmes rénal.

Nous avons constaté également que presque la totalité des femmes sont devenues hypersensibles et irritables.

L'anticipation de l'accouchement est marquée par l'appréhension et l'inquiétude, dont l'intensité est variable d'une femme à une autre. Concernant l'annonce de la césarienne la plupart des femmes ne l'ont su qu'à leur arrivée à la clinique, pour diverses raisons (le poids du bébé ou de sa position), alors que d'autres ne l'ont appris qu'après avoir commencé un début de travail d'accouchement normal, mais pour stagnation de la dilatation ou échec au déclenchement, la césarienne a été décidée.

La souffrance de vivre une césarienne se manifeste par des sentiments d'inutilité et d'auto-dévalorisation. Ainsi les femmes césarisées présentant un stress, blessures narcissique et corporelle.

Le stress est lié à la perception individuelle de chaque sujet, et la peur de faire face à la situation délicat

Notre travail s'est centré sur la relation d'aide, on a étudié les buts et la motivation au changement grâce à l'entretien, par cet entretien on a fait une analyse afin d'en dégager un diagnostic clinique et comportementale, ensuite on a exposé nos hypothèses aux patientes pour mieux comprendre les choses.

On a guidé les patientes et susciter des questions et des réponses par étape, afin de faire accepter et aborder autrement la situation, être à l'écoute, empathique et accepter la plainte autour du problème pour laisser s'approprier et s'attribuer le changement.

L'idée principale de notre prise en charge est d'avoir un rapport collaboratif avec nos patientes pour réaliser une bonne alliance thérapeutique.

L'alliance thérapeutique avec le patient commence dans la définition de ses attentes et de ses objectifs, il convient de mettre le sujet au centre de changement, de le motiver et de l'encourager tout en l'aidant à formuler son problème.

3- Tableau récapitulatif des résultats :

| Les cas cliniques | Le nombre de réponses de « plutôt oui » |
|--|--|
| 1 ^{er} cas clinique « Baya » | 07 |
| 2 ^{ème} cas clinique « Hassiba » | 01 |
| 3 ^{ème} cas clinique « Fatiha » | 07 |
| 4 ^{ème} cas clinique « Kahina » | 06 |

Premier cas clinique :

Echelle standardisée :

Le SASRQ (Standford Aigu Réaction Stress Questionnaire)

Questionnaire pour les femmes ayant accouchées par césarienne :

- **Comment estimez-vous votre vécu de l'événement ? (cochez une réponse)**

Pas du tout perturbant

Un peu perturbant

Modérément perturbant

Très perturbant

Extrêmement perturbant

- **Vous trouvez ci-dessous la description de ce que l'on peut ressentir pendant ou après événement stressant. Merci de lire attentivement chacun des points suivants et d'indiquer s'il s'applique à ce que vous avez vécu sur le moment et que vous ressentez peut-être encore.**
- **Entourez le chiffre de 0 à 5 qui décrit le mieux votre expérience en utilisant l'échelle ci-dessous**

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-------------------------|------------------------------|----------------------|---------------------|---------------------|------------------|
| Pas du tout ressenti | Pratiquement pas ressenti | Rarement ressenti | Parfois ressenti | Souvent ressenti | Très ressenti |

1- J'ai des difficultés à m'endormir ou à rester endormi 0-1-2-3-4-5

2- Je me sens agitée 0-1-2-3-4-5

- 3- J'ai l'impression d'être hors du temps ou que le temps s'est arrêté 0-1-2-3-4-5
- 4- Je mis du temps à réagir 0-1-2-3-4-5
- 5- J'essaye de ne pas trop penser à ce que je ressens à propos de l'événement 0-1-2-3-4-5
- 6- Je fais souvent des cauchemars liés à cet événement 0-1-2-3-4-5
- 7- Je suis très bouleversée dès que quelqu'un me rappelle l'événement 0-1-2-3-4-5
- 8- La moindre des choses me fait sursauter 0-1-2-3-4-5
- 9- Je ne me sens plus vraiment moi-même 0-1-2-3-4-5
- 10- J'essaye d'éviter les événements qui me rappellent l'événement 0-1-2-3-4-5
- 11- J'essaye d'éviter les activités qui me rappellent l'événement 0-1-2-3-4-5
- 12- Je me sens à cran, tendue 0-1-2-3-4-5
- 13- Je me sens étrangère à moi-même 0-1-2-3-4-5
- 14- J'évite de parler de l'événement 0-1-2-3-4-5
- 15- J'ai des réactions physiques lorsque quelque chose
- 16- J'ai du mal à me souvenir de certains détails importants de l'évènement 0-1-2-3-4-5
- 17- J'évite de penser à l'évènement 0-1-2-3-4-5
- 18- Je ne vois pas les choses telles qu'elles sont 0-1-2-3-4-5
- 19- J'ai souvent des flashbacks de l'évènement 0-1-2-3-4-5
- 20- Je me sens étrangère de mes propres pensées 0-1-2-3-4-5
- 21- Je me sens irritable (excès de colère) 0-1-2-3-4-5
- 22- J'évite le contact avec les personnes qui me rappellent l'évènement 0-1-2-3-4-5
- 23- Je me mets soudainement à me sentir comme si l'évènement se reproduisait 0-1-2-3-4-5
- 24- J'ai des absences 0-1-2-3-4-5
- 25- J'ai des trous de mémoire concernant l'évènement 0-1-2-3-4-5
- 26- L'évènement me cause des problèmes dans mes relations avec les autres personnes 0-1-2-3-4-5
- 27- J'ai des difficultés à me concentrer 0-1-2-3-4-5
- 28- Je me sens distante des autres personnes 0-1-2-3-4-5
- 29- Je suis persuadée que l'évènement se reproduit 0-1-2-3-4-5
- 30- J'évite les endroits qui me rappellent l'évènement 0-1-2-3-4-5

- Pendant combien de temps avez-vous ressenti les symptômes du stress les plus marquée ? (cochez une réponse)

- Aucun jour
- Un jour
- Deux jours
- Trois jours
- Ca persiste encore aujourd'hui

Annexe 2

Grille d'évaluation du stress pathologique :

Question à poser aux patients ayant bénéficié d'une césarienne, le jour du retour à domicile.

| | (plutôt) Oui | (plutôt) Non |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Se sent distante ou coupée des autres | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| A des absences ou met du temps à réagir | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| A l'impression d'être hors du temps | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Ne se sent plus vraiment soi-même | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| A du mal à se souvenir des détails, à des trous de mémoire | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Fait des cauchemars, à des flash-back de l'événement | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| A des difficultés à s'endormir, se sent agitée, à cran, irritable | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Evite de parler ou de penser à l'événement | <input checked="" type="checkbox"/> | |

Deuxième cas clinique :

Echelle standardisée :

Le SASRQ (Stanford Aigu Réaction Stress Questionnaire)

Questionnaire pour les femmes ayant accouchées par césarienne :

- Comment estimez-vous votre vécu de l'événement ? (cochez une réponse)

Pas du tout perturbant

Un peu perturbant

Modérément perturbant

Très perturbant

Extrêmement perturbant

- Vous trouvez ci-dessous la description de ce que l'on peut ressentir pendant ou après événement stressant. Merci de lire attentivement chacun des points suivants et d'indiquer s'il s'applique à ce que vous avez vécu sur le moment et que vous ressentez peut-être encore.
- Entourez le chiffre de 0 à 5 qui décrit le mieux votre expérience en utilisant l'échelle ci-dessous

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-------------------------|------------------------------|----------------------|---------------------|---------------------|------------------|
| Pas du tout ressenti | Pratiquement pas ressenti | Rarement ressenti | Parfois ressenti | Souvent ressenti | Très ressenti |

- 1- J'ai des difficultés à m'endormir ou à rester endormi 0-1-2-3-4-5
- 2- Je me sens agitée 0-1-2-3-4-5
- 3- J'ai l'impression d'être hors du temps ou que le temps s'est arrêté 0-1-2-3-4-5
- 4- Je mets du temps à réagir 0-1-2-3-4-5
- 5- J'essaie de ne pas trop penser à ce que je ressens à propos de l'événement 0-1-2-3-4-5
- 6- Je fais souvent des cauchemars liés à cet événement 0-1-2-3-4-5
- 7- Je suis très bouleversée dès que quelqu'un me rappelle l'événement 0-1-2-3-4-5
- 8- La moindre des choses me fait sursauter 0-1-2-3-4-5
- 9- Je ne me sens plus vraiment moi-même 0-1-2-3-4-5
- 10- J'essaie d'éviter les événements qui me rappellent l'événement 0-1-2-3-4-5
- 11- J'essaie d'éviter les activités qui me rappellent l'événement 0-1-2-3-4-5
- 12- Je me sens à cran, tendue 0-1-2-3-4-5
- 13- Je me sens étrangère à moi-même 0-1-2-3-4-5
- 14- J'évite de parler de l'événement 0-1-2-3-4
- 15- J'ai des réactions physiques lorsque quelque chose
- 16- J'ai du mal à me souvenir de certains détails importants de l'événement 0-1-2-3-4-5
- 17- J'évite de penser à l'événement 0-1-2-3-4-5
- 18- Je ne vois pas les choses telles qu'elles sont 0-1-2-3-4-5
- 19- J'ai souvent des flashbacks de l'événement 0-1-2-3-4-5
- 20- Je me sens étrangère de mes propres pensées 0-1-2-3-4-5
- 21- Je me sens irritable (excès de colère) 0-1-2-3-4-5
- 22- J'évite le contact avec les personnes qui me rappellent l'événement 0-1-2-3-4-5
- 23- Je me mets soudainement à me sentir comme si l'événement se reproduisait 0-1-2-3-4-5
- 24- J'ai des absences 0-1-2-3-4-5
- 25- J'ai des trous de mémoire concernant l'événement 0-1-2-3-4-5
- 26- L'événement me cause des problèmes dans mes relations avec les autres personnes 0-1-2-3-4-5
- 27- J'ai des difficultés à me concentrer 0-1-2-3-4-5
- 28- Je me sens distante des autres personnes 0-1-2-3-4-5
- 29- Je suis persuadée que l'événement se reproduit 0-1-2-3-4-5
- 30- J'évite les endroits qui me rappellent l'événement 0-1-2-3-4-5

- Pendant combien de temps avez-vous ressenti les symptômes du stress les plus marquée ? (cochez une réponse)

- Aucun jour
- Un jour
- Deux jours
- Trois jours
- Ca persiste encore aujourd'hui

Annexe 2

Grille d'évaluation du stress pathologique :

Question à poser aux patients ayant bénéficié d'une césarienne, le jour du retour à domicile.

| | (plutôt) Oui | (plutôt) Non |
|---|--------------|--------------|
| Se sent distante ou coupée des autres | | X |
| A des absences ou met du temps à réagir | | X |
| A l'impression d'être hors du temps | | X |
| Ne se sent plus vraiment soi-même | | X |
| A du mal à se souvenir des détails, à des trous de mémoire | | X |
| Fait des cauchemars, à des flash-back de l'événement | | X |
| A des difficultés à s'endormir, se sent agitée, à cran, irritable | X | |
| Evite de parler ou de penser à l'événement | | X |

Troisième cas clinique :

Echelle standardisée :

Le SASRQ (Standford Aigu Réaction Stress Questionnaire)

Questionnaire pour les femmes ayant accouchées par césarienne :

- **Comment estimez-vous votre vécu de l'événement ? (cochez une réponse)**

Pas du tout perturbant

Un peu perturbant

Modérément perturbant

Très perturbant

Extrêmement perturbant

- **Vous trouvez ci-dessous la description de ce que l'on peut ressentir pendant ou après événement stressant. Merci de lire attentivement chacun des points suivants et d'indiquer s'il s'applique à ce que vous avez vécu sur le moment et que vous ressentez peut-être encore.**
- **Entourez le chiffre de 0 à 5 qui décrit le mieux votre expérience en utilisant l'échelle ci-dessous**

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-------------------------|------------------------------|----------------------|---------------------|---------------------|------------------|
| Pas du tout ressenti | Pratiquement pas ressenti | Rarement ressenti | Parfois ressenti | Souvent ressenti | Très ressenti |

1- J'ai des difficultés à m'endormir ou à rester endormi 0-1-2-3-4-**5**

2- Je me sens agitée 0-1-2-3-4-**5**

- 3- J'ai l'impression d'être hors du temps ou que le temps s'est arrêté 0-1-2-3-4-5
- 4- Je mis du temps à réagir 0-1-2-3-4-5
- 5- J'essaye de ne pas trop penser à ce que je ressens à propos de l'événement 0-1-2-3-4-5
- 6- Je fais souvent des cauchemars liés à cet événement 0-1-2-3-4-5
- 7- Je suis très bouleversée dès que quelqu'un me rappelle l'événement 0-1-2-3-4-5
- 8- La moindre des choses me fait sursauter 0-1-2-3-4-5
- 9- Je ne me sens plus vraiment moi-même 0-1-2-3-4-5
- 10- J'essaye d'éviter les événements qui me rappellent l'événement 0-1-2-3-4-5
- 11- J'essaye d'éviter les activités qui me rappellent l'événement 0-1-2-3-4-5
- 12- Je me sens à cran, tendue 0-1-2-3-4-5
- 13- Je me sens étrangère à moi-même 0-1-2-3-4-5
- 14- J'évite de parler de l'événement 0-1-2-3-4-5
- 15- J'ai des réactions physiques lorsque quelque chose
- 16- J'ai du mal à me souvenir de certains détails importants de l'événement 0-1-2-3-4-5
- 17- J'évite de penser à l'événement 0-1-2-3-4-5
- 18- Je ne vois pas les choses telles qu'elles sont 0-1-2-3-4-5
- 19- J'ai souvent des flashbacks de l'événement 0-1-2-3-4-5
- 20- Je me sens étrangère de mes propres pensées 0-1-2-3-4-5
- 21- Je me sens irritable (excès de colère) 0-1-2-3-4-5
- 22- J'évite le contact avec les personnes qui me rappellent l'événement 0-1-2-3-4-5
- 23- Je me mets soudainement à me sentir comme si l'événement se reproduisait 0-1-2-3-4-5
- 5
- 24- J'ai des absences 0-1-2-3-4-5
- 25- J'ai des trous de mémoire concernant l'événement 0-1-2-3-4-5
- 26- L'événement me cause des problèmes dans mes relations avec les autres personnes 0-1-2-3-4-5
- 27- J'ai des difficultés à me concentrer 0-1-2-3-4-5
- 28- Je me sens distante des autres personnes 0-1-2-3-4-5
- 29- Je suis persuadée que l'événement se reproduit 0-1-2-3-4-5
- 30- J'évite les endroits qui me rappellent l'événement 0-1-2-3-4-5

- Pendant combien de temps avez-vous ressenti les symptômes du stress les plus marquée ? (cochez une réponse)

- Aucun jour
- Un jour
- Deux jours
- Trois jours
- Ca persiste encore aujourd'hui

Annexe 2

Grille d'évaluation du stress pathologique :

Question à poser aux patients ayant bénéficié d'une césarienne, le jour du retour à domicile.

| | (plutôt) Oui | (plutôt) Non |
|---|--------------|--------------|
| Se sent distante ou coupée des autres | | X |
| A des absences ou met du temps à réagir | X | |
| A l'impression d'être hors du temps | X | |
| Ne se sent plus vraiment soi-même | X | |
| A du mal à se souvenir des détails, à des trous de mémoire | X | |
| Fait des cauchemars, à des flash-back de l'événement | X | |
| A des difficultés à s'endormir, se sent agitée, à cran, irritable | X | |
| Evite de parler ou de penser à l'événement | X | |

Quatrième cas clinique :

Echelle standardisée :

Le SASRQ (Standford Aigu Réaction Stress Questionnaire)

Questionnaire pour les femmes ayant accouchées par césarienne :

- **Comment estimez-vous votre vécu de l'événement ? (cochez une réponse)**

Pas du tout perturbant

Un peu perturbant

Modérément perturbant

Très perturbant

Extrêmement perturbant

- **Vous trouvez ci-dessous la description de ce que l'on peut ressentir pendant ou après événement stressant. Merci de lire attentivement chacun des points suivants et d'indiquer s'il s'applique à ce que vous avez vécu sur le moment et que vous ressentez peut-être encore.**
- **Entourez le chiffre de 0 à 5 qui décrit le mieux votre expérience en utilisant l'échelle ci-dessous**

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-------------------------|------------------------------|----------------------|---------------------|---------------------|------------------|
| Pas du tout ressenti | Pratiquement pas ressenti | Rarement ressenti | Parfois ressenti | Souvent ressenti | Très ressenti |

1- J'ai des difficultés à m'endormir ou à rester endormi 0-1-2-3-4-5

2- Je me sens agitée 0-1-2-3-4-5

- 3- J'ai l'impression d'être hors du temps ou que le temps s'est arrêté 0-1-2-3-4-5
- 4- Je mis du temps à réagir 0-1-2-3-4-5
- 5- J'essaye de ne pas trop penser à ce que je ressens à propos de l'événement 0-1-2-3-4-5
- 6- Je fais souvent des cauchemars liés à cet événement 0-1-2-3-4-5
- 7- Je suis très bouleversée dès que quelqu'un me rappelle l'événement 0-1-2-3-4-5
- 8- La moindre des choses me fait sursauter 0-1-2-3-4-5
- 9- Je ne me sens plus vraiment moi-même 0-1-2-3-4-5
- 10- J'essaye d'éviter les événements qui me rappellent l'événement 0-1-2-3-4-5
- 11- J'essaye d'éviter les activités qui me rappellent l'événement 0-1-2-3-4-5
- 12- Je me sens à cran, tendue 0-1-2-3-4-5
- 13- Je me sens étrangère à moi-même 0-1-2-3-4-5
- 14- J'évite de parler de l'événement 0-1-2-3-4-5
- 15- J'ai des réactions physiques lorsque quelque chose
- 16- J'ai du mal à me souvenir de certains détails importants de l'événement 0-1-2-3-4-5
- 17- J'évite de penser à l'événement 0-1-2-3-4-5
- 18- Je ne vois pas les choses telles qu'elles sont 0-1-2-3-4-5
- 19- J'ai souvent des flashbacks de l'événement 0-1-2-3-4-5
- 20- Je me sens étrangère de mes propres pensées 0-1-2-3-4-5
- 21- Je me sens irritable (excès de colère) 0-1-2-3-4-5
- 22- J'évite le contact avec les personnes qui me rappellent l'événement 0-1-2-3-4-5
- 23- Je me mets soudainement à me sentir comme si l'événement se reproduisait 0-1-2-3-4-5
- 24- J'ai des absences 0-1-2-3-4-5
- 25- J'ai des trous de mémoire concernant l'événement 0-1-2-3-4-5
- 26- L'événement me cause des problèmes dans mes relations avec les autres personnes 0-1-2-3-4-5
- 27- J'ai des difficultés à me concentrer 0-1-2-3-4-5
- 28- Je me sens distante des autres personnes 0-1-2-3-4-5
- 29- Je suis persuadée que l'événement se reproduit 0-1-2-3-4-5
- 30- J'évite les endroits qui me rappellent l'événement 0-1-2-3-4-5

- Pendant combien de temps avez-vous ressenti les symptômes du stress les plus marquée ? (cochez une réponse)

- Aucun jour
- Un jour
- Deux jours
- Trois jours
- Ca persiste encore aujourd'hui

Annexe 2

Grille d'évaluation du stress pathologique :

Question à poser aux patients ayant bénéficié d'une césarienne, le jour du retour à domicile.

| | (plutôt) Oui | (plutôt) Non |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Se sent distante ou coupée des autres | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| A des absences ou met du temps à réagir | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| A l'impression d'être hors du temps | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Ne se sent plus vraiment soi-même | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| A du mal à se souvenir des détails, à des trous de mémoire | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Fait des cauchemars, à des flash-back de l'événement | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| A des difficultés à s'endormir, se sent agitée, à cran, irritable | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Evite de parler ou de penser à l'événement | <input checked="" type="checkbox"/> | |

Conclusion

Conclusion :

La naissance d'un enfant est un moment unique dans la vie d'une femme. La césarienne pose des problèmes d'acceptation, elle peut être très difficile à vivre.

La réaction après une césarienne varie d'une femme à une autre et dépend de la vision que chacune a de la naissance, elles sont liées beaucoup plus à sa personnalité.

Le stress est un phénomène tout à fait normal dans la vie d'une personne.

L'être humain confronte chaque jour des situations difficiles de son entourage, il répond par des différents mécanismes afin de s'adapter à la situation stressante.

Durant la grossesse, la femme peut s'accompagner un degré de stress, à cause du changement de ses sentiments négatifs.

Dans notre étude nous avons choisi d'utiliser la méthode clinique, dont les techniques d'investigation étaient : (l'entretien clinique semi-directif, le questionnaire, et l'observation clinique).

A partir de l'analyse des données ; nous avons constatés que les femmes césarisées souffrent d'un degré de stress élevée.

Le stress a été confirmé chez la totalité des femmes césarisées, il présente une souffrance cependant chaque femme vit la césarienne d'une manière différente de l'autre.

Bibliographie

1. Références bibliographiques :

- 1- Angers, Mauris 1997 « **Apprendre à chercher** », Edition De Boeck Université, Bruxelles.
- 2- Bayle, B, 2006« **Maternité et traumatisme sexuelle de l'enfant** », Paris, France.
- 3- BenonyH.Chahraoui K. (1999),« **L'entretien clinique** », Paris, Dunad.
- 4- Bonheur, G et al. 2010 « **stress de pression et pathologie cardiovasculaire** ». Edition Masson, France.
- 5- Chahraoui. Kh et Hervé.B« **l'entretien clinique** » transformation physique et représentation de l'objet interne, vol 13.
- 6- Chahraoui, Kh, et Hervé, B 2003 « **Méthode, évolution, recherche en psychologie clinique** »,Dunad Paris, France.
- 7- Pedenielli J.L (2006), « **Introduction à la psychologie clinique** », Paris, Armand Colin.
- 8- Cousin M et al 2001. « **petit précis d'anesthésie** », France.
- 9- Chilaud C. (1983). « **L'entretien clinique** », Paris, PUF.
- 10- Dayan J. (1999), « **psychologie de la périnatalité** ». Paris, Masson.
- 11- Délassés, J-M 1999 « **Le sens de la maternité** », Paris, France.
- 12- Doucet 2000 « **La psychosomatique** » (théorie et clinique), Edition, Armand colin Paris, France.
- 13- Grawits, Madeline 2000 « **Méthodes des sciences sociales** », Editions Dalloz, Paris, France.
- 14- Grebot. E 2007-2008 « **Le stress** » Edition le Clavier Bleu, France.
- 15- Graziani.P. et Swendsen.J (2005). « **Le stress, Emotions et stratégies d'adaptation** », France, Armand Colin.
- 16- Hadjam, R 2000 « **guide médical de la famille** » Alger EDC.Omega.
- 17- Lansac.jacques 2011 « **le grand livre de ma grossesse** » Edition Eyrolles, N° : 4172, Paris, France.
- 18- Lansac.Petal (2000), « **Obstétrique pour le praticien** » Paris, Masson.
- 19- Lebel, G 2011 « **guide d'auto soins pour le praticien** », Paris, France, Edition Masson.
- 20- Mathai, M.al 1994 « **La prise en charge des complications de la grossesse et del'accouchement** » Genève OMS.2004.Mathai.M.al.2004 celone 1995.
- 21- Marilon, Bruchon-Schweitzer et Bruno Quintard, 2001 « **Personnalité et maladie stresscoping et ajustement** » Edition Duand, Paris, France.
- 22- Menechal.I. (1997) « **Introduction à la psychopathologie** » Paris, Dunad.

Références Bibliographiques

- 23- Moro M.R (1993) « **Les méthodes cliniques** » In, Ghiglione& JR, Richard « **Cours de psychologie** ». Bases, méthodes, épistémologie, Paris, Dunod.
- 24- Merger, R, et al, 1989 « **Précis d'obstétrique** », Masson, Paris, France.
- 25- Merger, R, Léavy J et al 1999 « **Précis d'obstétrique** », Edition Masson, Paris, France.
- 26- Pierluigi, G 2005 « **Le stress** », émotion et stratégie d'adaptation édition Armand Colin, Paris, France.
- 27- Pedenielli J, L, Fernandez L, (2005) « **L'observation clinique et l'étude de cas** », Paris, Armand Colin.
- 28- Rouzbeh S.R (2005) « **Comprendre le coût bénéfique d'une césarienne sur la demande maternelle et d'un accouchement par voie basse** » Université de Lausanne, Paris
- 29- Stoppard M, (1993) « **Le livre de la naissance** », London, Liber.
- 30- Winnicott D.W, (1993) « **La préoccupation maternelle primaire** », Paris.
- 31- Zablocki. B (2009), « Du stress au bien-être et à la performance ». Belgique, Edition pro.

2. Dictionnaires :

- 1- NAUDIN G.GRUNBEH N. (2006) Larousse médicale, Paris, Larousse.
- 2- SILLAMY.N (1983) « Dictionnaire usuel de la psychologie ».
- 3- SILLAMY.N (2003) « Dictionnaire de la psychologie », France, Larousse.
- 4- YBERT (2010), Le petit Larousse de la médecine, Paris, Larousse.

Annexes

Le guide d'entretien :

1^{er} Axe : Renseignements personnels

- Nom
- Prénom
- Age
- Niveau d'instruction
- Nombre d'enfants
- Environnement familial
- Présence d'une maladie ; laquelle ?

2^{ème} Axe : Réaction à la nouvelle (la grossesse)

- 1- Quelle est votre réaction au moment de la découverte de cette grossesse ?
- 2- Qu'en est-il de votre mari ?
- 3- Comment vous imaginez vous en tant que mère ?

3^{ème} Axe : Etat de la santé des femmes

- 1- Comment vous portez vous durant la grossesse ?
- 2- Avez-vous souffert d'un problème de santé particulier au cours de cette période ?
- 3- Votre alimentation a-t-elle changé ?
- 4- Votre sommeil a-t-il changé ?

4^{ème} Axe : Réactions aux premiers mouvements fœtaux

- 1- A quel moment de votre grossesse avez-vous senti votre bébé bouger pour la première fois ?
- 2- Quelles ont été vos impressions, vos sensations ?

5^{ème} Axe : Réactions à l'examen échographique

- 1- Comment se sont déroulées les échographies ?
- 2- Comment avez-vous réagi ?
- 3- Quelle était votre réaction à l'annonce du sexe ?

6^{ème} Axe : L'anticipation de l'accouchement

- 1- Qu'est-ce qu'elle représente la césarienne pour vous ?
- 2- Comment avez-vous réagis à l'annonce de la césarienne par le médecin ?
- 3- Avez-vous des idées sur le déroulement de la césarienne ?

7^{ème} Axe : Après l'accouchement par césarienne

- 1- Comment sentez-vous à ce moment après l'accouchement par césarienne
- 2- Comment est votre bébé ?
- 3- Avez-vous vous-même demandé de voir votre enfant après la césarienne ?
- 4- Comment ressentez-vous juste après la fin de la césarienne ?
- 5- Après cette expérience avez-vous toujours envi d'enfanter ? Pourquoi ?

Liste des figures :

| | |
|---|------|
| I-1- Les phases du stress..... | P 13 |
| II-1- Fécondation..... | P 26 |
| II-2- Etapes (phases) de l'accouchement par voie basse..... | P 28 |
| II-3- Accouchement par césarienne..... | P 31 |

Liste des tableaux :

| | |
|--|------|
| VI- Tableau récapitulatif des résultats..... | P 71 |
|--|------|

Le sommaire

| | |
|-----------------------------------|-----------|
| Introduction générale..... | 01 |
|-----------------------------------|-----------|

Partie théorique

Chapitre I : Le Stress

| | |
|--|----|
| <i>Préambule.....</i> | 03 |
| 1. Définition du stress..... | 03 |
| 2. Aperçu historique..... | 05 |
| 3. Les types de stress..... | 06 |
| 4. Les symptômes de stress..... | 08 |
| 5. Les facteurs de stress..... | 09 |
| 6. Les conséquences de stress..... | 10 |
| 7. Les différents modèles de stress..... | 12 |
| 8. Gestion thérapeutique du stress..... | 16 |
| 9. Conclusion..... | 21 |

Chapitre II : L'accouchement par césarienne

| | |
|---|----|
| <i>Préambule.....</i> | 22 |
| 1. Définition de la grossesse..... | 22 |
| 2. Les changements physiologiques pendant la grossesse..... | 23 |
| 3. Définition de l'accouchement..... | 26 |
| 4. Les trois phases de l'accouchement..... | 27 |
| 5. Les types de l'accouchement..... | 29 |
| 6. Les indications de la césarienne..... | 31 |
| 7. Les étapes de la césarienne..... | 32 |
| 8. Les complications de la césarienne..... | 33 |
| 9. Psychologie et césarienne..... | 35 |
| 10. Traitement et prise en charge des femmes qui accouchent par césarienne..... | 37 |
| Conclusion..... | 40 |

Problématique et formulation des hypothèses

| | |
|---------------------------------------|----|
| 1. Problématique..... | 41 |
| 2. Hypothèse de recherche..... | 43 |
| 3. Définitions des concepts clés..... | 43 |

Le sommaire

Partie pratique

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

| | |
|---|----|
| 1. La méthode de la recherche..... | 45 |
| 2. La pré enquête..... | 47 |
| 3. Les techniques de recherche utilisées..... | 48 |
| 3.1. L'entretien clinique..... | 48 |
| 3.2. L'échelle de Standford aigu réaction stress questionnaire (SARSQ)..... | 50 |
| 3.3. Présentation du questionnaire..... | 51 |
| 3.4. L'observation clinique..... | 53 |
| 4. Le déroulement de la recherche..... | 56 |
| 5. Tableau récapitulatif de la population d'étude..... | 56 |
| 6. Les raisons de choix de thème..... | 57 |
| 7. L'objectif de la recherche..... | 57 |
| 8. Les difficultés rencontrées..... | 57 |
| Conclusion de la partie méthodologique..... | 58 |

Chapitre IV : Analyse et interprétation des données

| | |
|---|----|
| 1. Présentation et analyse des cas cliniques..... | 59 |
| - Présentation et analyse du 1 ^{er} cas clinique..... | 59 |
| - Présentation et analyse du 2 ^{ème} cas clinique..... | 62 |
| - Présentation et analyse du 3 ^{ème} cas clinique..... | 65 |
| - Présentation et analyse du 4 ^{ème} cas clinique..... | 67 |
| 2. Synthèse et discussion des hypothèses..... | 70 |
| 3. Tableau récapitulatif des résultats..... | 71 |
| Bibliographie..... | |
| Annexe..... | |
| Liste des figures | |
| Liste des tableaux | |

| | |
|--------------------------|--|
| Conclusion générale..... | |
|--------------------------|--|

Résumé :

Le stress constitue un risque de santé publique, il est le résultat d'un facteur déclenchant ainsi tout le monde concerné par ce phénomène.

Le stress est défini comme un ensemble des réactions d'un organisme soumis à des pressions ou contraintes de l'environnement. Il existe différents types de stress : (le stress aigu, le stress aigu répété, et le stress chronique) ainsi ils découlent certains symptômes tels que : (les symptômes physique et comportementaux, les symptômes psychique et émotionnel, les symptômes cognitifs et intellectuel, et les symptômes somatique)

La psychothérapie permet de prendre conscience des tensions intérieures, elle vise à renforcer la confiance en soi, elle permet aussi de découvrir les capacités et développer les compétences à gérer les situations de la vie quotidienne. Certaines techniques permettent d'apprendre à se calmer comme la relaxation, les thérapies comportementales et cognitives, la thérapie psychanalytique.

L'accouchement par césarienne ; est une intervention chirurgicale qui consiste à inciser sous anesthésie générale ou péridurale la paroi abdominale et l'utérus pour extraire le bébé.

Il existe des raisons pour décider d'une césarienne ; connu à l'avance d'autres ne se révèlent qu'en cours de travail avec des degrés d'urgence très variables.

Ainsi l'accouchement est vécu différemment d'une femme à une autre, mais il restera toujours épreuve difficile aussi bien sur le plan physique que psychique. La réaction de stress est variable selon la tolérance du sujet.

Enfin, la prise en charge psychologique et médicale des femmes enceintes jusqu'à après son accouchement est primordiale, selon les différents stades de la grossesse pour chaque femme, pour but d'améliorer la santé et faciliter la naissance et les soins de l'enfant.

Abstract :

Stress constitutes a public health risk, it is the result of triggering factors for everyone concerned by this phenomenon.

Stress is defined as a set of reactions of an organism subjected to pressures or constraints of the environment. There are different types of stress : (acute stress, repeated acute stress, and chronic stress) and some symptoms, psychological and emotional symptoms, cognitive and intellectual symptoms, and somatic symptoms)

Psychotherapy makes it possible to become aware of internal tensions, it aims to strengthen self confidence, it also makes it possible to discover the capacities and to develop the competences to manage the situations of the daily life ; some techniques make it possible to learn to calm down such as relaxation, behavioral and cognitive therapies, psychoanalytic therapy.

Cesarean delivery ; is a surgical procedure that involves making an incision in the abdominal wall and uterus under general or epidural anesthesia to remove the baby. There are reasons to decide on a cesarean ; known in advance others only come to light during work with varying degrees of urgency.

Thus childbirth is experienced differently from one woman to another, but it will always remain difficult or deal, both physically and psychologically. The stress reaction is variable depending on the tolerance of the subject.

Finally, the psychological and medical care of pregnant women until after childbirth is essential, according to the different stages of pregnancy for each woman, in order to improve health and facilitate the birth and care of the child.